



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y CONTEXTO
FAMILIAR DE ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON TDAH
DURANTE LA NIÑEZ
(PAPIME PE302622)**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
FERNANDA MISHHELL GARCÍA HERNÁNDEZ

JURADO DE EXAMEN

Directora: Dra. Lidia Beltrán Ruíz

Asesora: Dra. Raquel Rodríguez Alcántara

Asesor: Dr. Omar Alejandro Villeda Villafaña

Sinodal: Dr. Sergio Carlos Mandujano Vázquez

Sinodal: Mtro. Vicente Cruz Silva



Ciudad de México, abril de 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Al Programa de Apoyo a Proyectos para la Innovación y Mejoramiento de la Educación (PAPIME) por el acompañamiento y apoyo para concluir satisfactoriamente este proyecto.

A la Dra. Lidia Beltrán por impulsarme con su enseñanza a idear y escribir esta tesis, ya que sin sus clases nunca hubiera dado el primer paso.

A mis asesores y sinodales por la retroalimentación dada y por confiar en la idea que dio paso a la redacción del proyecto.

A los participantes incluidos en esta investigación, sin sus palabras esto no hubiera sido posible.

Dedicatorias

Quiero dedicar esta tesis a mi madre Mariana por confiar siempre en mí y hacerme creer con sus palabras y apoyo que puedo lograr todo lo que me proponga, sin ella nunca habría conocido lo que me apasiona: la Psicología.

A mis abuelos, Reyna y Mario por cuidarme y animarme durante gran parte de mi vida.

Por último, a mi niña interior que sé que estaría orgullosa de todo lo que hemos logrado y de nuestro interés por intentar aportar algo al mundo con esta pequeña/gran investigación.

Índice

Agradecimientos	2
Dedicatorias	3
Resumen	6
Introducción	7
Marco teórico	12
Consideraciones sobre la historia de la Psiquiatría	12
El pensamiento mágico	12
Psiquiatría en México	14
Las enfermedades mentales y la clasificación	18
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)	22
Definición.....	23
Acercamiento actual al TDAH	26
TDAH desde un Enfoque Sistémico	29
Relevancia de la familia en el diagnóstico del TDAH.....	33
Estilos educativos parentales	35
El contexto familiar.....	37
La memoria y la narrativa como entendimiento del TDAH	39
Planteamiento del problema	41
Propuesta metodológica	43
Pregunta general	45
Preguntas específicas	45
Objetivo general	45
Objetivos específicos	45
Metodología	46
Diseño de estudio	46
Categorías de análisis	46
Participantes.....	48
Instrumentos y materiales.....	48
Procedimiento	49
Análisis de la información.....	50
Resultados	53

Discusión	76
Conclusiones	83
Referencias.....	85
Apéndices	93

Resumen

Este proyecto se orienta a profundizar los conocimientos acerca del estilo de vida familiar de los participantes durante el proceso vivido en la niñez relacionado con el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) conforme a la Teoría Fundamentada y por medio de la narrativa de 5 personas adultas de entre 20 y 30 años que residen en la Ciudad de México. El objetivo principal fue identificar los Estilos educativos parentales y el Contexto familiar que se relacionan al TDAH por medio de una entrevista en profundidad. Resultados: Mediante el análisis de las transcripciones con el programa MAXQDA, se realizó una codificación de los datos, encontrando que los Estilos educativos parentales que sobresalen en el discurso de los participantes según el modelo de Maccoby y Martin son el Autoritario-reciproco y el Autoritario-represivo. Para la categoría de Contexto familiar se obtuvieron códigos y subcódigos, entre los que destacan el Interés por el cuidado de los hijos, la Dinámica sin padres, la Crianza compartida, los Cambios con el diagnóstico y el Tiempo de calidad. Discusión: Considerando que diversos autores retoman el papel de la familia como principal fuente de socialización, resulta valioso considerar las diversas perspectivas de las personas con este diagnóstico, profundizando en su forma de ver el mundo siendo niños y de qué manera ha ido cambiando en las etapas de su vida, así como la participación de la dinámica familiar en sus ideas y emociones.

Palabras clave: Estilos educativos parentales, contexto familiar, TDAH, narrativa.

Introducción

En años recientes, la importancia hacia el desarrollo psicosocial de los niños y las niñas se ha visto en aumento, relacionado principalmente al hecho de que, para entender la conducta de una persona, se vuelve necesario conocer en profundidad de dónde proviene y qué aspectos de su vida han influido meramente en su comportamiento, es decir el contexto en el que se ha visto inmerso. Al respecto Flores et al. (2005 citado por Galaz et al., 2009) mencionan que desde el nacimiento, es común que el niño se encuentre involucrado en la dinámica de una familia, de tal manera que sus primeras relaciones sociales se establecen con los padres, quienes suelen ser los primeros agentes del proceso de socialización. Así mismo, es importante hacer hincapié en el hecho de que más allá de ser sólo uno de los primeros acercamientos al mundo social, la familia y el rol que cumplen los padres, o aquellos cuidadores primarios, suele ser un pilar fundamental para el desarrollo de los niños. No obstante, Rodrigo y Palacios (1998 citado por Vázquez, 2016) refieren que también es importante tomar en consideración otros factores aún más distales, como la existencia de redes de apoyo para la familia, las características del vecindario en el que viven, las particularidades de la experiencia laboral de los padres, etc. (p. 37). Así, dichos autores también mencionan que:

El estudio psicológico del sistema familiar se ha realizado desde los presupuestos *contextualista, transaccional y ecológico-sistémico*. Lo que lleva a una visión de la familia como un sistema dinámico de relaciones interpersonales recíprocas, enmarcado en múltiples contextos de influencia que sufren procesos sociales e históricos de cambio. A su vez, situar el estudio de la familia en el eje temporal de cambios sociales e históricos pone de relieve la importancia de todos aquellos temas que muestran la interconexión entre la dinámica familiar y las realidades extrafamiliares (por ejemplo, la conciliación entre la vida familiar y laboral, los efectos del desempleo y las tensiones económicas en la educación de los hijos, la cultura juvenil predominante, etc.) (p. 38).

Con todo, se hace evidente que la crianza de los hijos adquiere cierto valor cuando se habla de mantener en un estado saludable a los niños y niñas dentro del seno familiar, definida por Palacios y Moreno (1999 citado por Rodríguez et al., 2011) como una tarea multifacética, en los padres tienen que prestar atención a una gran variedad de circunstancias, y las demandas que plantean los hijos son cambiantes. Por consiguiente, el interés que surge hacia el desarrollo del niño o la niña durante la primera etapa de su crecimiento involucra distintos factores, uno de los cuales podría relacionarse con el comportamiento del niño en diversos contextos como la escuela o el hogar, llegando a conclusiones sobre qué y cómo debería actuar “normalmente”, conduciendo, por ejemplo, al interés por consultar especialistas para una valoración, culminando en el psicodiagnóstico a una edad temprana, Gomila (2008 citado por San Pedro, 2010) define el psicodiagnóstico infantil como “el estudio científico del funcionamiento bio-psico-social del niño en interacción con el medio al que pertenece con objeto de determinar para el sujeto y su familia, la orientación o el tratamiento más apto a las necesidades planteadas y a la personalidad del sujeto evaluado” (p. 20). No obstante, las ideas alrededor de dicho concepto van más allá de una mirada psicobiológica, ya que el desarrollo del niño es sostenido por sectores de salud, de educación y otras instituciones de orden social. Por ejemplo, lo que en su momento fue reconocido como “higiene mental” en el campo educativo en México, ofrece una perspectiva de cómo gran parte de lo entendido como “anormal” en el comportamiento del niño inicia con una ideología errónea de la prevención de una *desviación* o incluso de la criminalidad; de acuerdo con Ríos (2016) con la creación en 1936 del Instituto Nacional de Psicopedagogía (INP)

Se haría más eficiente el aparato educativo ya que se podrían clasificar a los educandos, unificar grupos con relación al nivel intelectual y encontrar anomalías de carácter, errores en la conducta o manifestaciones de cualquier naturaleza que hagan pensar en alguna desviación o desequilibrio (p. 86).

A partir de dicho planteamiento, otro elemento clave es que en su mayoría sobresalen las atribuciones dadas por los padres y por otros adultos cercanos al niño en sus diferentes etapas de desarrollo. Al respecto, Álvarez (2001) hace hincapié en que la situación psicodiagnóstica durante la infancia se configura a partir del vínculo asimétrico niño-adulto, es decir que:

A partir de un desencuentro entre el niño y los adultos significativos de su entorno es que se realiza la consulta. Lo explícito de la demanda suele destacar las dificultades que el niño presenta y dejar implícito las dificultades de los padres o maestros para comprenderlo y modificar el problema perturbador (...) El psicodiagnóstico es un lugar de producción de discursos donde los adultos, al relatar lo que acontece, darán el protagonismo al niño, pero lo harán desde su propia subjetividad y como parte implicada en la situación conflictiva (p. 87).

Con todo lo anterior, es preciso puntualizar que uno de los propósitos de esta tesis fue visualizar acontecimientos que podrían estar vinculados al psicodiagnóstico infantil, específicamente con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), que está catalogado como un trastorno del neurodesarrollo con síntomas como la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Así, aunque éste comúnmente se asocia a un origen meramente biológico y se afirma que varios factores etiológicos genéticos y ambientales contribuyen a su desarrollo (Rusca y Cortez, 2020), es imperativo destacar que dichos factores también podrían estar actuando como una de las causas de que este diagnóstico se de a una corta edad, ya que como mencionan Asherson et al. (2005 citado por Grau, 2007) “para obtener una comprensión adecuada de este trastorno, resulta imprescindible contemplar las influencias biológicas que comúnmente hipotetizan el surgimiento del TDAH desde un enfoque interactivo, valorando el papel modulador que ejerce el ambiente psicosocial ante la predisposición biológica” (p. 10).

En efecto, todos los aspectos que convergen en el diagnóstico infantil resultan relevantes, sin embargo, la problemática que surge y que es planteada en este proyecto es si se reconoce a grandes rasgos el papel que tienen las relaciones familiares, y cómo estas pueden desencadenar o no, cierta conducta que es considerada como “buena” o “mala” por cualquier otra persona, lo que al mismo tiempo elimina en el niño o niña cualquier intento de tomar un papel activo en el diagnóstico, siendo superado por una psiquiatría fuertemente consolidada y aceptada, así como un proceso de psiquiatrización en cualquier ámbito social. De ahí que se plantee la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué aspectos del contexto familiar y del estilo educativo parental se relacionan con el diagnóstico durante la niñez de TDAH en adultos de 20-35 años?

El siguiente apartado expone los temas que se consideran relevantes para lograr un conocimiento profundo acerca del rol que ocupa el estilo de vida familiar de los participantes en el diagnóstico de los *trastornos y enfermedades mentales*. De modo que, el contenido del primer capítulo acerca de la historia de la Psiquiatría, el surgimiento de las clasificaciones y las enfermedades mentales visualiza y ahonda en esa nueva forma de intentar entender aquellas conductas que parecían diferentes, marcando así una línea definitoria entre “tener” o no un psicodiagnóstico, así como la importancia que esto implica a nivel social. Por su parte, el capítulo referente a los avances en el concepto del TDAH involucra una definición, la cual es importante tomar en cuenta para realizar un profundo análisis acerca del lugar que tiene en la vida de la persona y cómo se ha ido modificando a lo largo de la historia psiquiátrica; así como retomar las ideas de un enfoque más sistémico como parte del “surgimiento” y “consolidación” del TDAH en niños, en donde el tipo de relaciones establecidas también son relevantes y podrían estar influyendo en la conducta que da pie al diagnóstico. Al respecto, el capítulo sobre el papel de la familia refleja la influencia que ésta tiene tanto a nivel social como individual, revelando la necesidad de plasmar algunas memorias y narrativas relacionadas a hechos vividos dentro del contexto familiar, razón por la cual finalmente se explica brevemente el papel que

tienen los recuerdos relacionados a emociones y pensamientos, en este caso, sobre un diagnóstico a temprana edad.

Marco teórico

Consideraciones sobre la historia de la Psiquiatría

Para llegar a entender cómo la cultura psiquiátrica ha influido sobre el conocimiento acerca de los trastornos psicológicos y su desarrollo en la sociedad, es necesario establecer un panorama más amplio sobre las diversas vertientes que subyacen dentro de esta rama de la Medicina en relación principalmente con su crecimiento en el área científica y las incontables dudas que han surgido acerca de su visión del hombre y las *enfermedades mentales*¹.

El pensamiento mágico

Es a partir del pensamiento mágico donde empiezan a surgir aquellas ideologías que posteriormente influyeron de manera exponencial en la idea de la enfermedad mental como un acontecimiento que es necesario clasificar, entender y “curar”. Alexander y Selesnick (1970) explican que, desde los tiempos primitivos, es posible distinguir tres tendencias básicas en el pensamiento psiquiátrico, una de ellas constituye un intento de abordar las manifestaciones inexplicables mediante la magia. Es así que cuando las causas de una dolencia no eran evidentes, eran atribuidas a influencias malignas de otros seres humanos o sobrenaturales a las que se les enfrentaba por medio de la magia o la brujería y las prácticas médico-religiosas (p. 26). Otra de las tendencias fue el intento de hallar una explicación psicológica en los trastornos mentales, en donde aquellas enfermedades internas en donde no podía observarse directamente su localización o causas requirieron una explicación demonológica; sin embargo, estos fenómenos considerados “invisibles” que hasta cierto punto formaban parte de la conducta normal del hombre primitivo, se explicaron satisfactoriamente por medio de motivaciones propias y experiencias subjetivas directas. Por el contrario, este conocimiento no era suficiente para

¹ El término incluye una atribución meramente clasificatoria que no es considerada para este proyecto, por lo que sólo se menciona para dar cuenta de la historia de la Psiquiatría y el surgimiento de los psicodiagnósticos.

explicar la “conducta anormal” atrasando así el desarrollo de una *psiquiatría racional*, ya que este comportamiento fue asociado a algún poder exterior que tomaba posesión del sujeto.

La esencia del trastorno mental consiste precisamente en la incapacidad del hombre para enfrentarse, para darse cuenta de los sentimientos y las motivaciones que él mismo repudia (...)
Las emociones e impulsos inaceptables que el hombre excluye de su conciencia no cesan de existir e influyen sobre el comportamiento (Alexander y Selesnick, 1970, p. 31).

Si bien, aunque actualmente la idea del pensamiento mágico se ha sustituido por los avances científicos de nuestra época, no ha cambiado la necesidad de buscar otras causas para las enfermedades mentales. Por ejemplo, algunos de los componentes orgánicos del cerebro son tomados en cuenta para establecer un psicodiagnóstico y, aunque esto no explique en su totalidad el desarrollo de un trastorno psicológico, es un elemento imposible de ignorar, así, puede ser común que una alteración de la química cerebral sobresalga, en comparación con experiencias vitales propias del individuo, y por consiguiente que éste se vuelva el responsable de la enfermedad mental. Con esto es un hecho que la mente alterada puede hoy día curarse con drogas y que el “paciente” ya no necesita intentar comprender el origen de sus trastornos y abordarlos mediante un mejor conocimiento de sí mismo (Alexander y Selesnick, 1970). Sin embargo, la idea sobre la supuesta cura a base de psicofármacos precede del intento de un tratamiento poco reconocido para los avances de la Psiquiatría. De acuerdo a Whitaker (2008) la forma más progresiva de tratamiento que se tuvo en los Estados Unidos, tanto en relación con su humanidad como en su capacidad de ayudar a las personas a recuperarse, tuvo lugar a principios de la década de 1800, cuando los cuáqueros (individuos de una doctrina religiosa unitaria) defendieron la idea de tratamiento moral, donde se podía atender a los locos en pequeños refugios.

Psiquiatría en México

La forma en que fueron considerados los trastornos mentales dentro de un área científica específica presenta ciertas variaciones cuando nos referimos al lugar desde donde fue abordado el tema. Por tal motivo es sumamente importante establecer aquellas diferencias respecto al entendimiento, en primer lugar, de una psiquiatría propiamente instaurada que da lugar a un concepto de salud mental apenas reconocido en la actual Ciudad de México; y en segundo lugar cómo esto marcaría una línea divisoria para el desarrollo de las enfermedades mentales y el diagnóstico.

Primeramente, hay que retomar el papel que tuvo en su momento el conocimiento sobre de los remedios “naturales” llevados a cabo en los pueblos *no civilizados* antes de la conquista de los españoles, los cuales incluían aún el uso de plantas para ungüentos o masajes, brebajes y otros. Considerado como procedimiento terapéutico destaca El Códice De la Cruz- Badiano escrito en la época de la conquista, nombrado así por quienes se piensa fueron coautores: Martin de la Cruz y Juan Badiano. El primero fue un médico indígena, encargado del cuidado de los indígenas enfermos y organizador de cursos de medicina popular a quien se le encomendó una recopilación de las plantas medicinales para ser regalada al rey Carlos I de España; Badiano siendo un latinista destacado y profesor de la lengua fue el encargado de traducir el libro al latín, titulado en náhuatl "Amate-Cehuatl-Xihuitl-Pitli" y en latín como el “*Libellus de medicinalibus indorum herbis*” o “*Librito de las hierbas medicinales de los indios*”. El Códice está ilustrado con láminas en las que se pueden ver símbolos aztecas a través del dibujo de la hierba medicinal y al pie el método sugerido para cada caso, en algunas es posible encontrar cierta relación con la psiquiatría (Calderón, 2008, p. 18).

Posteriormente, con los recientes cambios surgidos en la Nueva España, las actividades médicas se consolidaron poco a poco y con ello surgió el interés hacia los *problemas psiquiátricos*. Así, en 1556 Fray Bernardino Álvarez fundó el hospital para atender y dar alojamiento a los enfermos mentales,

vagabundos, ancianos, huérfanos, desvalidos y pobres, posteriormente conocido como el Hospital San Hipólito (p. 30). Como refiere Sacristán (2022), uno de los acontecimientos más relevantes fue en el siglo XVIII cuando San Hipólito dejó atrás su asociación con la figura del “pobre demente” y el “loco furioso” para convertirse en una institución con *un espectro de funciones caritativas, médicas y coercitivas*: apoyo para las familias frente a la dificultad de manejar un paciente complicado, y custodia para delincuentes *locos* con la orden expresa de mantenerlos aislados y vigilados (p. 284). Así mismo, menciona que tras la Independencia de México ocurrida en 1821, los primeros alienistas (médico especialista en enfermedades mentales) mexicanos vivieron la transición hacia un sistema público de atención, dirigida a restar poder a la Iglesia donde la *locura* había sido concebida como “una dimensión problemática de la experiencia humana” y no como un problema de salud, hecho que llegó a su esplendor con la llegada de las Leyes de Reforma (1861), las cuales separaron Iglesia-Estado, lo que concluyó en una exigencia formal del certificado médico como requisito para el ingreso a *instituciones mentales*, articuló reformas para implantar el tratamiento moral, produjo conocimiento especializado mediante la observación de los pacientes, la realización de autopsias y la introducción de la enseñanza, iniciando así la práctica de la clínica psiquiátrica en la capital del país (p. 285).

Por otra parte, todos los avances realizados hasta el momento para fomentar el cuidado de los *enfermos mentales* se vieron reflejados en la construcción del Manicomio General La Castañeda, “el establecimiento psiquiátrico más importante de México en el siglo XX, el cual albergó a más de sesenta mil pacientes desde su fundación en septiembre de 1910 hasta su clausura en 1968” (Ríos, 2009, p. 28). Al respecto, la historiografía de dicha institución destaca principalmente el papel de la política para el establecimiento de éste como una manera de visualizar un antes y un después de la época del Porfiriato, como menciona Vicencio (2014):

La Castañeda fue financiada por el Estado porfiriano, el cual estaba muy influenciado por la ideología positivista, por lo que una de las motivaciones del gobierno fue

llevar a México a la altura de las naciones “modernas”, con respecto a la atención de las enfermedades mentales. Aunque la forma de asistir a los enfermos se revolucionó con la construcción de La Castañeda lo que se sabía sobre el tratamiento de la enfermedad mental era limitado y se esperaba que la institución ayudara a la curación por sí misma al estar en un terreno amplio, alejado de la ciudad, por tener instalaciones nuevas y por ofrecer al enfermo actividades lúdicas y laborales que lo distrajeran de su locura (p. 24).

Aunque esto pudo haber tenido un alcance de control social mucho más amplio, como ocurrió en Estados Unidos y en Europa, en el caso de México, los diversos datos arrojados por los expedientes clínicos de los pacientes ingresados en La Castañeda evidenciaron que ni el Estado ni los propios médicos eran responsables del aumento de casos psiquiátricos, si no que eran las familias las que tomaban la decisión de cederle al Estado el control y el cuidado de *sus locos*. Así, “los mismos psiquiatras vivían en una constante lucha para que los familiares se hicieran cargo de los *pacientes* que podían vivir en sociedad, sin embargo, dichos pacientes eran abandonados en el encierro, lo que aceleraba de forma dramática la sobrepoblación” (Sacristán, 2002 citado por Ríos, 2008). Todo esto implica un entendimiento de la psiquiatría desde un ámbito cultural, en donde la apropiación de términos médicos llevada por los familiares de los pacientes (en este caso) recaía en el encierro prolongado, impidiendo el desarrollo “óptimo” del individuo, el cual era posible alcanzar alejado de la anormalidad con la que se le trataba en cada institución mental.

Si bien, aunque este hecho se concentra principalmente en el ámbito familiar, la psiquiatrización es llevada a contextos más amplios como la escuela, demostrando que no sólo la población adulta resulta implicada en las etiquetas atribuidas al “deterioro” de la salud mental o los comportamientos anormales, sino también los niños. Particularmente en este caso vale la pena mencionar el Servicio de Higiene Mental del Instituto Nacional de Psicopedagogía, en donde la atención pasó de los niños

“anormales” clasificados mediante pruebas psicométricas en diversos espacios a ser atendidos como *niños problema*.

Según la definición de Fernando Elizarraraz, los niños problema eran inquietos, “negativistas”, impulsivos, irascibles, hiperemotivos, crueles, con anomalías sexuales incipientes, desatentos, de memoria deficiente, de escaso o nulo aprovechamiento, etc., y que, en suma, eran todos aquellos que perturbaban la disciplina de la clase (...) más allá de los comportamientos problemáticos, la categoría de “niño problema” se definía a partir de la inadaptabilidad de éste al ambiente del hogar y de la escuela (Urías, 2004, p. 63).

Es de suponer que esta definición surgió con base en otros acontecimientos, los cuales dieron lugar en las escuelas, donde todas las conductas que los niños realizaban requerían una “etiqueta” (por ejemplo la inasistencia escolar, que se popularizó hasta verlo como una causa directa del desaprovechamiento escolar, lo que era igual a un “retraso” en el niño), para hacer más sencilla la labor pedagógica en el aula de clases y específicamente para los educadores y el Estado, en cual en su momento requería que todos los centros educativos fueran sedimentados sobre una base de modernización a nivel político.

Así, las labores psicopedagógicas alcanzaron su auge, al respecto Granja (2009) menciona que:

En los primeros años del siglo XX “retrasados escolares” fue una categoría de clasificación en la que se incluían por igual a niños “impuntuales”, “desaplicados”, “inatentos”, “tontos” y “mal intencionados” que tenían en común no avanzar en sus estudios y quedar constantemente rezagados (p. 230).

Con todo, la escuela al ser uno de los espacios donde se crean las primeras formas de socialización, la manera en la que se ha intentado definir a los niños desde una cultura clasificatoria podría estar ligada al creciente número de personas que intentan diferenciar lo *anormal* de lo *normal*, evidenciando que el

papel de las instituciones supone un peso que bien podría influir en la mirada de los diagnósticos psicológicos.

Las enfermedades mentales y la clasificación

En el libro *El mito de la enfermedad mental*, Szasz (1973) considera que una de las premisas centrales de cómo comenzó y se desarrolló el estudio de las llamadas enfermedades mentales forma parte de la *histeria de conversión*, considerada por él un paradigma del tipo de fenómenos al cual se refiere el término *enfermedad mental*. Así, desde el plano psicosocial la histeria funciona como ejemplo de cómo debería conceptualizarse dicho término partiendo de que: 1) es una forma de comunicación no verbal que utiliza un conjunto especial de signos; 2) es un sistema de conducta reglada que utiliza especialmente las reglas del desvalimiento, la enfermedad y la coacción; 3) se caracteriza por las metas finales de dominio y control interpersonal, y por las maniobras del engaño (p. 22). De tal forma, la histeria puede considerarse como un modo comunicacional realizado por medio de quejas y signos corporales, lo que en conjunto puede ser reconocido como *protolenguaje*, el cual parte de un doble origen: el primero es la constitución física del hombre en donde la enfermedad y la incapacidad se muestran por medio de signos corporales y sensaciones físicas, el segundo reside en la costumbre de hacer la vida de quienes se hallan enfermos, más fácil, al menos de forma transitoria. Considerando esto, la conceptualización de una enfermedad mental yace bajo la idea de, necesariamente diferenciar aquello que es normal de lo que no puede serlo, siguiendo una lógica que imposibilita no clasificar y que al mismo tiempo constituiría un problema, ya que intentar clasificar un fragmento de conducta en la categoría de “enfermedad” o en cualquier otra, tiene importantes repercusiones en la ciencia de la conducta humana, y aún más importante, en la vida de la persona clasificada y su entorno.

El problema de la clasificación no es meramente del ámbito psiquiátrico o psicológico, distintas nociones en las cuales es necesario catalogar surgen por medio de lo que el hombre cree y a su vez

compone de acuerdo a sus intereses y metas, por lo tanto, es posible argumentar que la gran diversificación de trastornos psicológicos se ha visto en aumento gracias a las distintas opiniones de especialistas que en su intento por ofrecer respuestas, ha creado una clasificación no natural de comportamientos que pueden ser considerados en su totalidad como enfermedades psiquiátricas. Bajo el mismo punto, las diversas opiniones que los especialistas tienen, a su vez se ven influenciadas por los intereses económicos que conlleva un tema meramente relacionado con la industria farmacéutica. Un ejemplo de esto surgió con la llegada de El Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM por sus siglas en inglés) en su quinta edición publicada en mayo de 2013, introdujo nuevos diagnósticos y revisó otros, incluyendo los desórdenes de ingesta excesiva (comer demasiado), espectro autista, perturbaciones del estado de ánimo en niños, desorden neurocognitivo leve, y la disforia premenstrual (Cosgrove et al., 2014). Si bien, aunque en ediciones pasadas esto había ocurrido, un acontecimiento que más destacó fue el cambio que incluía el proceso normal de duelo ahora visto como uno de los criterios diagnósticos de un desorden depresivo mayor, especificando que cualquier persona que presentara síntomas de depresión por dos semanas después de la pérdida era acreedor a dicho diagnóstico, lo cual generó dualidad de opiniones: algunos consideraban que este cambio era positivo para facilitar el proceso a las personas, y otros lo veían como otra forma de clasificar a alguien que pasa por un proceso “normal de duelo”. Así mismo, uno de los conflictos de interés que surgió al momento de su publicación fue que las compañías farmacéuticas estaban ya realizando ensayos clínicos de fármacos que podría ser utilizados para tratar los trastornos nuevos incluidos en el DSM-5 antes de que éste se diera a conocer formalmente a la población médica.

Así, incluir a algunos individuos o grupos en la categoría de personas enfermas se puede justificar en términos de convivencia social, pero es imposible hacerlo mediante observaciones científicas o argumentaciones lógicas (p. 54). Bajo este punto, la manera en la que aquellas enfermedades mentales se impusieron en la sociedad converge con otro problema que implicaba preguntarse si esas personas se

encontraban en la misma línea divisoria que las mujeres de la época antigua, las cuales fueron consideradas por largo tiempo como un sector poblacional oprimido por la cultura y sus ideales. Esta incapacidad del individuo ante la sociedad fue clasificada y reconocida como “fingimiento” más que como un problema social, sin embargo, dicho término fue sustituido pronto por el de histeria, a su vez se reemplazado por el de enfermedad mental, estableciendo así una evolución social; ya que de manera implícita el papel del médico influía directamente en el papel asumido por el “enfermo”, quien ahora ocuparía un lugar enormemente diferencial entre los menos adaptados. Los roles ya dados o asumidos por cada uno (paciente y médico), intuían al mismo tiempo una disparidad social, la cual de cierta forma otorgaba un valor adquisitivo al término de enfermedad mental. Bajo este entendimiento, Foucault (2016) señala que “la conciencia que el enfermo tiene de su enfermedad es rigurosamente original, él reconoce su anomalía y le da el sentido de diferencia irreductible que lo separa de la conciencia y del universo de los demás” (p. 68), con esto suscribe que, aunque el médico disponga de un saber más profundo (científicamente hablando de la enfermedad), es el mismo *paciente* quien controla la interpretación dada hacia sus malestares, ya sea a través de su conducta o de su lenguaje. Al respecto Ríos (2016) menciona que:

Uno de los grandes cambios que introdujo Michel Foucault en la forma de hacer historia de la psiquiatría fue la inclusión de las relaciones de poder como elemento central para el análisis tanto del saber especializado en las enfermedades mentales como de las instituciones de encierro terapéutico para aquellos definidos socialmente como “locos” (p. 40).

Así, dichas instituciones dedicadas al tratamiento psiquiátrico no sólo eran espacios médicos o de investigación científica, sino también lugares de control social que servían para excluir personas que rebasaban los límites de lo “normal”.

Con todo lo anterior, la idea de que las enfermedades mentales pudieron haber surgido como un acontecimiento meramente atribuible a la cultura en la que fueron reconocidas como tal, es preciso tomarla en cuenta para ofrecer cierta comprensión al acelerado surgimiento de los trastornos psicológicos. Así, Cochrane (1991) señala la idea de que las causas de las enfermedades mentales no son inscritas dentro de la sociedad y el poder que ésta tiene, sino que al contrario, son los grupos sociales los que crean dichas causas, estableciendo así los denominados síntomas que en conjunto imposibilitan la capacidad que se tiene de interpretarlos de otra forma, por ejemplo, adjudicando la falta de apetito (entre muchos otros síntomas físicos), no a un problema digestivo si no a un trastorno psicológico como la depresión. De esta forma, elementos apoyados en un modelo biopsicosocial podrían ofrecer, en conjunto, una perspectiva que permita visualizar al individuo dentro del área del psicodiagnóstico, no como un ser individual sino como parte de un todo. Esto ha suscitado un gran avance en el diagnóstico de enfermedades mentales y en la relación que se tenía entre médico (psiquiatra) y paciente. Al respecto Uribe y Escobar (2014) refieren que en la quinta y última actualización del DSM, el aspecto cultural (valores, orientaciones y suposiciones que los individuos derivan de diversos grupos sociales a los que pertenece) tiene una mayor relevancia debido a que comúnmente éste tiene un impacto real en la problemática de la persona.

Dicha postura, puede igualarse al planteamiento dado por Ramos (2001 citado por Uribe y Escobar, 2014) en el cual refiere que los fenómenos mentales contienen tres facetas: la física, la psicológica y la social, éstas a su vez suponen tres lemas correspondientes: no hay mentes inmateriales, no hay mentes sin conciencia y solo hay mentes en las sociedades (p. 30). Sin embargo, Becker (1966 citado por Cochrane, 1991) añade que, en el sistema de clasificación, no sólo es relevante quién lo hace o lo establece de esta forma (ya sea médicos, familiares cercanos, etc.), si no también cuántas personas deciden que un cierto comportamiento no funciona en sociedad, haciendo necesario separarlo del resto de *personas normales*. Así, el comportamiento que las así llamadas *personas desviadas* exhiben es

irrelevante; lo que importa es que ésta ha sido observada y es clasificada como *desviada* por otra persona (p. 144). De forma indirecta, todos estos puntos guían a las sociedades a crear estereotipos en donde se hallen todas aquellas características propias de una enfermedad mental, permitiendo que ésta sea interpretada como un rol que el enfermo debe interpretar (y que es necesario que lo haga), para así permitir el crecimiento social que conlleva separar lo normal de lo anormal y la salud de la enfermedad.

En definitiva, intentar mantener todas las reglas creadas respecto a este tema se vuelve una tarea compleja y difícil para la persona que se ve forzada a seguir cualquiera que sea la clasificación dada (diagnóstico), sobre todo en los diferentes ámbitos de la vida diaria, pasando por la familia, luego a la escuela y al área de trabajo, en donde su labor será comportarse lo más cercano a la normalidad dentro de su anormalidad. Por consiguiente, un efecto negativo que podría suceder es que dicha persona se identifique sólo y completamente con su rol de *paciente/enfermo mental*, de manera que esta identidad superará a otras identidades que la persona poseía previamente, convirtiéndose en una especie de estatus gobernante (Cochrane, 1991, p. 156). Similar a esto es lo que sucede con diversas preconcepciones sobre lo que un niño o una niña debe hacer en los salones de clases, es decir, de qué manera debe comportarse y de qué manera no debe hacerlo, lo que determina que un menor pase de ser “juguetón” en la casa a ser “rebelde” en la escuela, hecho que justifica que tanto profesores como padres se vean forzados a recurrir a un profesional para *tratar* conductas mal vistas que se salen del molde de normalidad suscitando que el niño sea clasificado por ejemplo, con un diagnóstico como TDAH.

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

En primera instancia, parece importante reconocer cuál fue la evolución de este trastorno que llevó a su actual descripción y reconocimiento en el ámbito de salud, la que al mismo tiempo pudo haber sido una influencia notable para ser trasladado a otros aspectos mucho más comunes de la sociedad, por ejemplo, la escuela o la familia.

Definición

Algunos de los primeros antecedentes acerca de los síntomas típicos de TDAH fueron descritos en 1845 por el psiquiatra alemán Heinrich Hoffman, quien reflejó sus ideas en la obra «Struwwelpeter», con 10 historias breves sobre diversos problemas psiquiátricos de la infancia y la adolescencia, mostrando a un niño que no puede mantenerse quieto en la mesa pese a las indicaciones de sus padres (Navarro y García, 2010, p. 25).

Posteriormente, en 1902 George Still y Alfred Tredgold describieron a 43 niños de su consulta que tenían un “defecto del control moral” en donde no podían controlar sus acciones para seguir normas comunes, observando que algunos habían presentado esta conducta después de pasar por una enfermedad cerebral aguda. En los siguientes años (1917 y 1918) Estados Unidos pasó por un brote de encefalitis epidémica, que culminó, entre muchas otras cosas, en poner especial atención a los niños que habían sobrevivido a dicha infección cerebral, presentando una secuela conductual y cognitiva caracterizada por retraso mental, hiperactividad e impulsividad, similar a lo descrito por Still. Todas estas características en conjunto fueron nombradas como Trastorno Conductual postencefalítico, siendo la primera descripción de una relación entre un daño cerebral y un cuadro conductual caracterizado por la hiperactividad (Esperón y Suárez, 2007, p. 7).

Estos autores también refieren que en durante 1950 y 1960 se acuñaron términos como *Daño cerebral mínimo* y luego *Disfunción cerebral mínima*, habiendo niños en los que no se podía encontrar un antecedente claro de un daño cerebral, pero que presentaban algunos de los síntomas antes descritos, relacionados a problemas de hiperactividad. Al mismo tiempo, desde 1950 se hablaba de otro término relacionado, conocido como Trastorno Hiperkinético impulsivo que pasó a llamarse Síndrome hiperkinético, y en la década de 1960 Síndrome del niño hiperactivo, los que en definitiva centraban su atención en la hiperactividad. De manera que, en 1968, el DSM en su segunda edición, describía la

Reacción hipercinética de la infancia como un trastorno evolutivo benigno caracterizado por “exceso de actividad, inquietud, distractibilidad y poca capacidad de atención, especialmente en niños pequeños, que generalmente disminuía al llegar la adolescencia” (p. 8).

Subsiguientemente, para la década de 1970 las características definitorias del *Síndrome de hipercesnia* se ampliaron y ahora incluían aspectos como la impulsividad, inatención, baja tolerancia a la frustración, agresividad y distractibilidad.

Por otra parte, Navarro y García (2010) mencionan que según Barkley (1998) los años 90 son la década del TDAH en adultos. Destacan que el DSM-IV (APA, 1994/2000) sólo utiliza la denominación Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y con relación al predominio de síntomas distingue tres subtipos: (a) Subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo, (b) Subtipo predominantemente inatento y (c) Subtipo combinado.

De acuerdo con Quintero y Castaño de la Mota (2014) citando lo estipulado por el DSM-5, “el TDAH se caracteriza por un patrón de comportamiento y de funcionamiento cognitivo que, presentándose en diferentes escenarios de la vida del paciente, provocaría dificultades en su funcionamiento cognitivo, educacional y/o laboral” (p. 601). Sin embargo, en comparación con esta definición que incluye entre los criterios diagnósticos una edad de 12 años para el inicio de los síntomas, el DSM-4 especifica que, para el diagnóstico formal, éstos deben presentarse antes de los 7 años (Mayor y García, 2011); así mismo, los antiguos subtipos de TDAH son ahora denominados “presentaciones clínicas”, las cuales incluso pueden variar en el transcurso de la vida.

Rusca y Cortez (2020) refieren que los síntomas se verán en la práctica de diversas formas, mencionando algunas características más frecuentes:

- Inatención: dificultad o incapacidad para mantener la atención de manera continuada en tareas que no son altamente motivadoras; olvidos; cambio frecuente de juego; dificultad para

organización y planificación; rechazo de tareas que exijan esfuerzo mental; distracción fácil ante estímulos externos.

- Hiperactividad: movimiento corporal continuo, cambios de postura al estar sentados, movimiento de piernas y/o de manos; hacer ruidos con el lápiz, levantarse cuando es requerido estar sentado, (...) actividad desorganizada; no terminar acciones que empezaron; generación de ruido excesivo a su alrededor; hablar excesivamente, rápidamente y a veces con tono muy alto.
- Impulsividad: responder y actuar sin antes pensar, responder antes que la pregunta haya sido formulada totalmente, dificultad para entender enunciados largos; dificultades para esperar su turno; interrumpir conversaciones o los juegos de otros; accidentes frecuentes (p. 151).

Estas autoras hacen hincapié en que es muy importante distinguir el TDAH de la inatención, hiperactividad e impulsividad esperables para la etapa evolutiva, nivel de desarrollo o coeficiente intelectual del niño.

Acercamiento actual al TDAH

En el transcurso y desarrollo del TDAH se han ido involucrando hechos científicos y sociales que en conjunto representan uno de los muchos lineamientos a considerar para el diagnóstico, sobre todo cuando es identificado en niños y niñas. Al respecto, Peña y Montiel (2003) refieren que:

Los intentos de lograr una etiqueta diagnóstica que realmente identifique el problema en cuestión se relacionan con el hecho de que la expresión clínica del trastorno, en términos de la conducta observada, implica variaciones de los parámetros de la conducta infantil evolutivamente esperada, lo que se convierte en uno de los principales obstáculos para la delimitación de lo que representa un problema clínico de atención e hiperactividad (p. 174).

Del mismo modo, estos autores hacen hincapié en los métodos de evaluación diagnóstica empleados, no solo para el diagnóstico del TDAH sino para otros *trastornos de la niñez*, los que podrían contribuir en gran medida a la prevalencia de éste en las primeras etapas de vida. Dado que el DSM-V (2014) incluye en sus características diagnósticas que:

Las manifestaciones del trastorno deben estar presentes en más de un entorno (p. ej., la casa, la escuela, el trabajo). La confirmación de los síntomas sustanciales normalmente no se puede realizar con precisión sin consultar con informantes que hayan observado al individuo. De manera característica, los síntomas varían dependiendo del contexto dentro de cada entorno (p. 61).

Con lo cual, los datos recabados para el diagnóstico podrían variar de forma significativa en cuanto a la variedad y gravedad, e incluso llegar a ser contradictorios, por lo que la presencia/ausencia de síntomas relacionados con el TDAH podría depender de quién sea la persona que informe acerca de éstos. Así, Mayor y García (2011) destacan que el TDAH ocurre en la mayoría de las culturas, con prevalencia aproximada del 5% de los niños y el 2,5 % de los adultos (p. 61). Por su parte, Joffre et al. (2007) refieren que en el caso de México se calcula que existen al menos 1,500,000 niños con este problema.

Sin embargo, la prevalencia real estimada del TDAH, considerando varios estudios epidemiológicos y usando otro tipo de criterios diagnósticos oscila entre el 2 y el 10% (p. 176).

En la actualidad, el TDAH es considerado un síndrome neurobiológico caracterizado por la presencia de un desarrollo inapropiado de los mecanismos que regulan la atención, la reflexividad y la actividad. Según Martín (2013 citado por Folgar, 2016) los cambios incluidos en el DSM-V son muy amplios, aunque el listado no se modifique.

Por un lado, en la nosografía el TDAH deja de ser un trastorno de la conducta para englobarse dentro de los “trastornos del neurodesarrollo”, en la misma categoría que la discapacidad intelectual, los trastornos del espectro del autismo, los de la comunicación o los del lenguaje. Esto implica un agravamiento de la impresión social y clínica que acompaña el diagnóstico, que ya no se circunscribe a determinadas facetas de la vida del sujeto, importantes pero parciales como podía ser la conducta, sino que pasa a afectar, por el lugar que ocupa en la clasificación, al núcleo mismo del neurodesarrollo (p. 182).

Así, la forma en la que ahora se concibe al TDAH es multifacética, reconociendo que en culturas como la occidental, en las que el malestar se ha medicalizado, y en la que los padres se frustran ante el fracaso académico de los hijos porque la sociedad está basada en el éxito, es esperable un crecimiento exponencial de su diagnóstico (Campayo 2012 citado por Folgar, 2016, p. 187). Consecuentemente, el tratamiento para el TDAH también se ha rodeado de diferentes puntos de vista y versiones de lo que éste tendría que ser u ofrecer a la comunidad. De acuerdo con Fernández et al. (2020) al ser un trastorno del neurodesarrollo es habitual que éste asocie alteraciones en múltiples áreas de la vida, lo que hace frecuente abordar el área terapéutica del TDAH de una forma multidisciplinar. Por lo que, debido a su origen neurobiológico, el tratamiento farmacológico del TDAH es un pilar fundamental y, en muchos de los casos, de primera elección (p. 69).

Molina et al. (2022) destaca que una de las primeras líneas que se siguen actualmente en relación con el tratamiento de TDAH, específicamente en edad preescolar, es la del “entrenamiento parental”, del cual diversos trabajos sobre el tratamiento en niños menores de 6 años con TDAH o en riesgo de sufrirlo encuentran evidencias de que la terapia de conducta es superior a otras alternativas disponibles como la terapia farmacológica o la intervención escolar (p. 61). En segundo lugar, menciona que el tratamiento farmacológico en niños menores de 6 años no dispone de evidencia suficiente de eficacia y podría estar asociado a afectos secundarios no deseados, por ejemplo, el tratamiento con metilfenidato (psicoestimulante de primera línea), el cual produce una reducción de los síntomas de TDAH, a partir del cual algunos niños presentan problemas somáticos, irritabilidad, bajo estado de ánimo y alteración del crecimiento normal del niño (Salisbury 2013 citado por Molina et al., 2022). En última instancia, estos autores aluden a la “intervención cognitiva”, que tiene por objetivo reparar los déficits neuropsicológicos del individuo, lo que hipotéticamente reduciría sus síntomas y por tanto su funcionamiento en diferentes áreas de su vida, sin embargo, a partir de diversas investigaciones se ha concluido que este tratamiento no ha demostrado efectos positivos significativos en el funcionamiento ejecutivo, aunque sí parece generar mejoras secundarias en algunas medidas de tipo conductual (p. 62).

TDAH desde un Enfoque Sistémico

El movimiento sistémico en Psicología es mejor conocido por el nombre de *Terapia familiar sistémica*, principalmente por su trabajo en el campo de la terapia con familias, éste se ha configurado a partir de la incorporación de diferentes modelos teóricos. En primera instancia, fue Gregory Bateson quien hizo una crítica hacia una Psicología que postula un mundo material de objetos físicos regidos por las leyes de la fuerza y la energía, a través de lo que él reconoció como Epistemología, la cual procura establecer "de qué manera los organismos o agregados de organismos particulares conocen, piensan y deciden" (Bateson 1979 citado por Keeney, 1983, p. 27). Así, surge una distinción entre dos clases de epistemología: la lineal progresiva y la recurrente o cibernética. La Cibernética, según Wiener en su publicación de 1948, trabaja un modelo de sistema que recibe información del entorno (input), la procesa internamente y emite una información (output) al medio ambiente generando un proceso de retroalimentación en donde dicho sistema modifica su comportamiento; de manera que:

Una epistemología recurrente pone el acento en la ecología, la relación y los sistemas totales. Al revés de lo que ocurre con la epistemología lineal progresiva, es congruente con la interrelación, la complejidad y el contexto. Esta epistemología alternativa es la que ponen de manifiesto aquellos terapeutas que entienden que su relación con los clientes forma parte de un proceso de cambio, aprendizaje y evolución (Keeney, 1983, p. 29).

Así mismo, otro de los modelos influyentes fue la Sinergia, la cual explica que todos los sistemas funcionan de manera conjunta (sinérgicamente), entendiendo que todos sus elementos tienen una función y se encuentran interrelacionados, afectándose unos a otros (por ejemplo, la familia) (Garibay, 2013). Así, Fried y Fuks (1994) refieren que:

La mayor contribución de la "primera" sistémica fue que permitió pensar la acción comunitaria y la prevención a partir de modelos que no tenían como referencia a la patología. Los primeros

desarrollos sistémicos tenían un tono fuertemente estratégico, en concordancia con el diseño de terapia familiar (p. 67).

Por supuesto, a partir del auge de una nueva forma de abordar los problemas relacionados a la salud mental, comenzó a ampliarse la manera en que psicólogos y psicoterapeutas podían interpretar la forma en que las personas vivían y referían sus experiencias ligadas a una problemática de origen psicológico. Así, Montesano (2012) menciona que distintos modelos de intervención familiar e individual, independientemente de las técnicas que utilicen, tienen en común la visión del humano como un ser que busca el sentido de su experiencia a través de compartir historias acerca de quién es y quién no es, qué piensa y que no, qué siente o no siente, qué hace o deja de hacer (p. 5), puntos que subyacen a la Terapia Narrativa. Particularmente, la terapia centrada en la narrativa se sustenta en el Posestructuralismo y el Construccinismo social, el cual propone que las personas describen sus vidas de manera que los limitan para desarrollar nuevas ideas o formas de encararlas. De este modo, la intervención parte del proceso de ayudar a modificar el discurso habitual, problemático, y explorar otro más fluido, que permitirá un rango más variado y amplio de interacciones posibles (Maldonado 1996 citado por Garibay, 2013, p. 61).

El principal desarrollador de las intervenciones narrativas en terapia familiar fue Michael White, quien creó un modelo terapéutico basado en la construcción de relatos alternativos (p. 14). Este parte del *método deconstructivo*, el cual tiene que ver con procedimientos que subvierten realidades y prácticas presupuestas al objetivarlas, en este sentido, los métodos de deconstrucción “vuelven exótico lo doméstico” (White, 2004). Al respecto, Bourdieu (1988 citado por White, 2004) menciona que

El sociólogo que decide estudiar su propio mundo en sus aspectos más íntimos y familiares no debería domesticar lo exótico, sino que debe hacer exótico lo doméstico al romper con su inicial

relación de intimidad con modos de vida y de pensamientos que le resultan opacos porque le son demasiado familiares (p. 29).

Asimismo, dicho autor refiere que esto facilita la “reapropiación del yo”, sugiriendo que:

Por obra de la objetivación de un mundo familiar podríamos hacernos más conscientes en la medida en que ciertos “modos de vida y de pensamiento” modelan nuestra existencia y que, por lo tanto, podríamos estar en condiciones de decidir vivir según otros “modos de vida y de pensamiento” (p. 30).

De esta manera, es casi imposible no obtener una relación en cuanto a la forma en que se han ido construyendo y transformado los psicodiagnósticos, y más específicamente el TDAH en niños, quienes ocupan un lugar aún demasiado infravalorado socialmente hablando. Particularmente, este hecho puede reflejarse en la obra de Foucault (1980 citado por White, 2004) sobre las prácticas de poder, a través de las cuales las personas modelan sus vidas de conformidad con especificaciones dominantes del modo de ser (técnicas de control social) (p. 43); como resultado, no se considera al poder como algo represivo, sino un poder constitutivo o “positivo”.

Foucault no asume la creencia de que existen hechos objetivos o intrínsecos respecto de la naturaleza de las personas, sino más bien ideas construidas a las que se asigna un estatus de verdad. Estas verdades son “normalizadoras” en el sentido de que construyen normas en torno a las cuales se incita a las personas a moldear o construir sus vidas (White y Epston, 1993, p. 36).

Así mismo, el poder no era visto como un sistema centralizado y ejercido “desde arriba hacia abajo”, en cambio todos aquellos intentos por transformar las relaciones de poder de una sociedad deben estar dirigidas a las prácticas de poder en el nivel local o de lo cotidiano, por ejemplo hospitales, prisiones e incluso familias. Consecuentemente, estas técnicas de control social fueron esencialmente dirigidas a la *objetivación* o *cosificación* de las personas.

Del mismo modo, es posible retomar dicho tema partiendo de la biopolítica y los procesos de medicalización actuales. A saber, se entiende por biopolítica “al poder que actúa sobre la vida, pero no sobre el cuerpo individual del hombre sino en dirección al hombre-especie; un tipo de tecnología de poder que trabaja con la población como problema biológico” (Foucault 1996 citado por Zoya, 2010); por su parte, el concepto de medicalización “abarca diversos problemas que antes no eran considerados como entidades médicas, de modo que todo en la sociedad se vuelve medicalizable” (Kishore 2002 citado por Zoya, 2010).

Así, intentar entender algunos de los problemas relacionados a la salud mental y específicamente a los trastornos mentales se ve envuelta en nociones políticas (control de masas y programas sociales) y objetivos fundamentalmente económicos (como en la industria farmacéutica), hechos que guían a algunos grupos de personas a darle un significado diferente a lo “normal” a algunas de sus experiencias y/o conductas, como ya se dijo, en el caso del diagnóstico de TDAH y otros trastornos psiquiátricos. Al respecto, el libro escrito por Whitaker (2011) “Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales” retoma algunos de los puntos centrales sobre el incontrolable aumento de las llamadas *enfermedades mentales*, reconociéndolo como una epidemia que afecta tanto a adultos como a niños, y en el que se incluye no sólo datos estadísticos, si no también algunos relatos que ilustran las experiencias (en su mayoría “negativas”) de algunas de las personas con estos diagnósticos.

Según el testimonio de la literatura científica los tratamientos psiquiátricos ayudan a millones de niños y adultos, enriquecen su vida y les permiten vivir más plenamente, tal como dijo la presidenta de la APA (American Psychological Association) Carolyn Robinowitz en el discurso inaugural de la asamblea en 2008. Pero ¿y si descubriésemos una historia distinta, una historia que probase que las causas biológicas de los trastornos mentales siguen sin demostrarse y que

los medicamentos psiquiátricos en realidad alimentan la epidemia de enfermedades mentales discapacitadoras? (Whitaker, 2011, p. 23)

En última instancia, ya que los avances relacionados al TDAH siguen involucrando mayoritariamente aspectos de base biológicos, se considera relevante tomar en cuenta también otras formas de intervención que desarrollen nuevas ideas a partir de las cuales haya un beneficio o cambio tanto a nivel individual (en el niño o niña), como a nivel relacional familiar. De acuerdo con Pizarro y Roizblatt (2022) “la terapia familiar se centra en ayudar a los padres a desarrollar patrones de manejo efectivos de crianza del niño con TDAH, un nivel de cooperación entre los integrantes de la familia y habilidades en la resolución de conflictos”. En concordancia con este planteamiento, Amado (2020) refiere que:

La postura sistémica, ecológica y compleja, permite que la atención deje de centrarse en buscar culpables con respecto a los comportamientos que puede relacionar a los niños y las niñas con la estigmatización del TDAH y centrarse más bien en buscar alternativas y nuevas posibilidades frente a lo que sucede en relación con los niños y niñas y sus vínculos cotidianos (p.28).

Relevancia de la familia en el diagnóstico del TDAH

Para comprender el papel de la familia para el entendimiento del diagnóstico del TDAH, es imperativo exponer algunos puntos que se consideran relevantes. Por una parte, la importancia de la familia, ésta siendo uno de los principales procesos de socialización plantea diversos esquemas para los niños principalmente, así, a través de ella es posible aprender cómo son las relaciones entre las personas formando un sistema de valores personales y una identidad propia. Así mismo, la familia resulta en buena parte responsable de la estabilidad emocional de sus integrantes, tanto en la niñez como en la etapa adulta (Flaquer 1998 citado por Capano y Ubach, 2013).

Por otra parte, dentro del marco conceptual que aborda el tema de la familia, es imposible no tomar en cuenta el papel que la Teoría Ecológica (1979) tiene, principalmente como una forma de entender la importancia que aportan a la vida de las personas los diversos ambientes en los que ésta se desenvuelve. Así, la premisa fundamental del modelo es que las condiciones ambientales más próximas que rodean al sujeto, como las de la familia, la escuela y/o el grupo de amigos ejercen poderosas influencias sobre su desarrollo (Parada, 2010). Es así como la familia logra consolidarse como un modo de brindar educación, sobre todo en lo que respecta a los valores, creencias y saberes del niño, considerando que es en esta etapa cuando existe más dependencia hacia sus padres. Bronfenbrenner en su libro *La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados* (1979) destaca que una de las mayores diferencias en cuanto a la teoría que él propone es que, en comparación con los modelos convencionales de investigación llevados a cabo durante ese periodo, los ambientes no se distinguen con referencia a variables lineales, sino que se analizan en términos de sistemas. Por ejemplo, tomando el nivel más interno del esquema ecológico, en el que una de sus unidades básicas de análisis es la *díada* (o sistema de dos personas), el reconocimiento de esta relación es clave para comprender los cambios evolutivos no solo del niño sino también del adulto que se ocupa de él habitualmente (p. 25, 29). Sin embargo, aunque los hechos que intervienen con mayor inmediatez y potencia son las actividades en las que otros participan, ya sea directa o indirectamente, también vale la pena mencionar que en repetidas ocasiones dichas actividades pueden verse interrumpidas o imposibilitadas, ya que el hecho de cumplir eficazmente con el rol de educadores dentro de la familia depende de la demanda de roles, el estrés y el apoyo que surja de otros entornos (p. 26), lo que en definitiva podría afectar al niño, siendo esto una secuencia de estructuras ecológicas seriadas y con significación evolutiva.

Estilos educativos parentales

Tomando en cuenta lo antes mencionado, se puede afirmar que la manera en que la crianza es llevada por los padres (u otros agentes socializadores) varía dependiendo del espacio, el tiempo y las necesidades de cada familia. Así, de acuerdo con Jorge y González (2017):

La crianza implica tres procesos psicosociales: las pautas, las prácticas y las creencias acerca de la crianza. El primero hace referencia a las normas que siguen los padres frente al comportamiento de los hijos; el segundo se ubica en el contexto de las relaciones entre los miembros de la familia, donde predomina el poder que los padres ejercen sobre los hijos y la influencia mutua; por último, las creencias acerca de la crianza se refieren al conocimiento acerca de cómo se debe criar un niño (p. 41-42).

En suma, a través de dichos procesos es posible establecer cierta diversificación en cuanto al estilo parental que cada padre, madre o cuidador asignado lleva sobre los niños, los cuales, junto a otras dimensiones como el control parental, la aceptación y el afecto permite una clasificación de tipologías en las pautas de crianza: los estilos democráticos, autoritarios y permisivos.

Por su parte, Comellas (2003 citado por Capano y Ubach, 2013) refiere que “los estilos educativos son la forma de actuar, derivada de algunos criterios, que identifica las respuestas que los adultos dan a los menores ante cualquier situación cotidiana, toma de decisiones o actuaciones” (p. 87). Fue a partir del modelo configuracional del estilo parental de Diana Baumrind que el campo de los estilos disciplinarios fue ampliamente reconocido. Esta autora comenzó su carrera estudiando los estilos de mando de los adultos, en donde defendía la necesidad de introducir elementos democráticos para ser combinados con los elementos de autoridad, idea que posteriormente aplicó a los estudios de socialización del niño. Así, Baumrind (1971 citado por Sorribes y García, 1996) utilizó una estrategia en la que identificó grupos de padres a partir de agrupaciones de diferentes atributos para después

relacionarlo con el comportamiento de sus propios hijos, por lo que el trabajo se centró en la consecución de una tipología parental, estableciendo tres: autoritario, autoritativo y permisivo, los cuales dependían del nivel de control y del nivel de responsividad que realizaban los padres (p. 155).

Si bien, aunque la teoría propuesta por Baumrind fue de las más importantes en su momento, posteriormente Maccoby y Martin (1983 citado por Murillo et al., 2015), basándose en esta primera clasificación, propusieron medir los estilos educativos a partir de dos dimensiones teóricamente independientes: exigencia y responsividad.

De tal forma que se desarrolló un modelo en función de dos aspectos fundamentales: el control y el afecto, obteniendo cuatro estilos educativos.

Tabla 1

Estilos educativos según el modelo de Maccoby y Martin (1983 citado por Murillo et al., 2015, p. 3)

	NIVEL ALTO DE AFECTO	NIVEL BAJO DE AFECTO
CONTROL FUERTE	Estilo autoritario-recíproco (padres con autoridad)	Estilo autoritario-represivo (padres autocráticos)
CONTROL LAXO O DÉBIL	Estilo permisivo indulgente (padres indulgentes)	Estilo permisivo-negligente (padres indiferentes)

Dicha clasificación expone el trato que los padres dan a los hijos de forma más específica, ya que estas dos dimensiones, de acuerdo con De la Iglesia et al. (2011), expresan que “la afectividad tiene como principal componente la frecuencia y calidad de respuestas hacia los hijos expresadas en términos de cariño, diálogo, preocupación, contención, cercanía, calidez y apoyo. Por otra parte, el control incluye

todas aquellas prácticas de demandas hacia los hijos en calidad de puesta de límites, prohibiciones, castigos, disciplina y firmeza” (p. 41).

Con estas cuatro “clasificaciones” es posible visualizar que, en cada familia, y en concreto, en cada padre y madre convergen ideas y experiencias que en conjunto crean un camino que guía a los hijos, el cual puede influir en las conductas que manifiesta a lo largo de los diversos contextos en que se desenvuelve durante todo su ciclo vital, aunque más específicamente en su infancia. Así mismo es importante destacar que “los estilos educativos parentales nunca se dan como tales en estado puro y estricto, ya que en realidad son modelos teóricos que nos acercan a la realidad y en los que aparecen variaciones dentro de amplios márgenes en los que los padres y madres se pueden mover con flexibilidad” (Murillo et al., 2015, p. 4).

El contexto familiar

Si bien, aunque es la relación padre-hijo la que podría influir directamente sobre las conductas que éste último realice, la dinámica familiar de manera general también tiene un peso significativo, sobre todo cuando en ella convergen varias personas (entre tíos, primos, abuelos, etc.), la crianza es compartida e incluso los roles familiares no se encuentran bien definidos, por mencionar solo algunas características.

Así, se toma una de las tantas definiciones sobre familia que existen, por ejemplo, Minuchin (2000 citado por Vega, 2017) refiere que la familia es:

Una clase especial de sistema, con estructuras, pautas y propiedades que organizan la estabilidad y el cambio. También es una pequeña sociedad humana cuyos miembros están en contacto cara a cara y tienen vínculos emocionales y una historia compartida (p. 53).

De manera que, dependiendo de las características del vínculo generado en el seno familiar, éstas podrían influir de forma bidireccional en el tipo de comunicación, las respuestas afectivas y la conducta

de cada uno de los integrantes. Por lo que, aunque esta definición de familia se centra sólo en una determinada dinámica, otros autores como Palacios y Rodrigo (1998 citado por Muñoz, 2005) opinan que “los criterios más definatorios de este concepto están relacionados con metas, motivaciones y sentimientos, en donde destacan la interdependencia, la comunicación y la intimidad entre los adultos implicados, la relación de dependencia estable entre quien cuida y educa y quien es educado y cuidado, y por último, que sea una relación de compromiso, ya sea de pareja y paternal” (p. 148). Así mismo, la socialización en la familia es un proceso de aprendizaje no formalizado, en el que para Musitu y Allatt (1994 citado por Isaza, 2012) a través de un complejo proceso de interacciones, el niño y la niña asimilan conocimientos, actitudes, valores, costumbres, necesidades, sentimientos y demás patrones culturales que caracterizan para toda la vida su estilo de adaptación al ambiente (p. 2-3).

Por otra parte, puede suponerse que en la familia los factores contextuales de apoyo podrían impulsar la competencia y adaptación distintos ambientes y niveles evolutivos, al contrario de los factores adversos que pueden vincularse con el aumento en la probabilidad de que se presenten “conductas disfuncionales”. Sin embargo, es justo mencionar que las actitudes y conductas de cada una de las familias también se encuentran inmersas en una lista de particularidades, no sólo a un nivel individual, sino también a nivel social. Al respecto Centeno (2009) refiere que:

Con la salida de los padres para ejercer sus actividades profesionales, surgieron guarderías para el cuidado de los hijos pequeños. En ocasiones, esta función de cuidado pasó a llevarse a cabo por parte de las personas de más edad, generalmente las abuelas. Es un hecho que cuando la educación de los niños no sólo la llevan a cabo los padres, se convierte en una fuente de conflictos, ya que la familia recibe opiniones positivas o negativas, con las cuales se establece una permanente interacción (p. 760).

Con todo lo anterior, es indiscutible que el contexto familiar provee al niño o niña de herramientas y saberes que sirven como guía en las siguientes etapas de vida, por ejemplo, en su paso por la escuela, lugar en el que desempeñará o no lo aprendido. Así, cada persona contará con perspectivas distintas sobre lo acontecido durante estas etapas de aprendizaje en concordancia con el tipo de relaciones establecidas, ya sea con padres, hermanos, abuelos, tíos y/o profesores.

La memoria y la narrativa como entendimiento del TDAH

Parece necesario remarcar el hecho de que todas las experiencias que se presentan a lo largo de la vida se encuentran interpretadas y contadas de forma distinta por cada persona, ya sea por el contexto, la importancia que esta les otorgó o porque son vivencias que no es posible recordar tan fácilmente como otras. En lo referente al “uso” y análisis de la memoria, destaca el trabajo experimental de Hermann Ebbinghaus quien entiende “los recuerdos como huellas dejadas en la mente, que no forman un todo y donde no tenía lugar el significado” (Wagoner y Gillespie 2014 citado por Bastias et al., 2017).

Posteriormente, Frederic Bartlett desarrolló métodos para capturar y analizar recuerdos como un proceso holístico, dinámico y significativo, hechos que fueron plasmados en su trabajo más importante *Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology* (Recordando: un estudio en psicología experimental y social) (1932) en el cual se sustituye el término “memoria” por “recordar”, el cual, de acuerdo a este psicólogo, implica un esfuerzo mediante la búsqueda del significado, entendido como un proceso reconstructivo, en el que participan otros factores como intereses sociales y emocionales, los cuales forman parte de un *esquema* dentro de la persona.

Dentro de este planteamiento, es de suponer que la acción de recordar implica tener que dar cuenta (o no) de diversos momentos (experiencias) a través de su narrativa, en la que convergen aspectos ideológicos, intereses y motivaciones centrales que conforman un *esquema* personal, en donde se incluyen también otras personas y que se mueven a través del tiempo, ya sea siendo parte del pasado, del presente o de situaciones futuras. Así, “se puede definir como narrar a “relatar”, “contar”, “referir”,

informar acerca de algo con cierto significado que sea posible mantener en la memoria para luego comunicar y que alguien más lo entienda” (Gómez de Silva 1985 citado por García, 2005).

Silva (2001) menciona que:

Mediante la narración es posible dotar de afectividad al tiempo, y en cierto modo, convertirlo en tiempo vivido, haya sido así, o no. La narración de la memoria no constituye una recuperación o una restauración de un tiempo acumulado, aunque puede referirse a ello, sino que se trata de dotar de significado a la vida de las personas apelando a circunstancias relevantes. Mediante las narraciones, las personas podemos dotar de significado a multitud de acontecimientos, porque permiten expandirse más allá de las relaciones de exclusividad con un evento e incorporar componentes, hechos que trascienden la circunstancia específica (p. 109).

Recordar o “hacer memoria” a través de la narración proporciona un entendimiento diferente del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, ya que cada persona retoma diversos hechos que sumados enriquecen los discursos sobre su niñez, los que proveen de nuevas pautas a través de las cuales es posible interpretar y continuar con la construcción del diagnóstico a una edad temprana, no sólo de forma individual sino también en el contexto familiar y social.

Planteamiento del problema

La manera en que se ha ido desarrollando la historia de los trastornos mentales se centra, principalmente, en cuestiones atribuidas a factores de índole biológica, poniendo cierto énfasis a determinar una conducta, que hasta cierto punto podría considerarse “normal” o adecuada para la edad, como algo que tiene que ser patologizado y controlado por aquellos que actúan conforme lo aceptado socialmente. Así, tomando en cuenta que la definición de psicodiagnóstico infantil incluye el estudio científico del funcionamiento bio-psico-social del niño, se hace evidente que para la “consolidación” total o parcial de un trastorno como el TDAH, el rol que cumplen los padres como cuidadores podría relacionarse a la forma en la que los hijos se comportan, diferenciándose de los otros. Desde este punto, Gomila (2008) menciona que uno de los aspectos considerados para llevar a cabo una evaluación psicodiagnóstica, y que está relacionado a la persona que está siendo evaluada es:

La condición de preautonomía por la que el niño depende del adulto en los primeros años de su desarrollo. Tal dependencia lleva a considerar el papel de los padres en el ambiente físico, emocional y relacional en el que vive el niño, dado que este entorno familiar del que depende puede ejercer una gran influencia en la consolidación de un desarrollo psicológico y comportamental y tiene su grado de responsabilidad en la emergencia de posibles perturbaciones (p. 28).

Por lo tanto, un aspecto que también es importante mencionar es la forma en que los padres u otras personas que lleven a cabo la labor de cuidadores realizan esta tarea, ya que la diversificación de familias es aún más notoria actualmente. En efecto, es común que los estilos educativos parentales sean sumamente distintos en cada hogar, lo cual depende del contexto y las necesidades de cada una de estas familias.

En definitiva, la importancia de esta tesis radica en la posibilidad de replantearse aquellos aspectos relacionados al diagnóstico de TDAH y cómo éstos pudieran tener un impacto en el desarrollo psicosocial durante una etapa crucial como lo es la niñez, hecho que pudo o no haber moldeado la vida del niño o la niña en próximas etapas de su desarrollo, esto no sólo tomando en cuenta la dinámica familiar y las diversas experiencias vividas y entendidas de forma individual por el hijo o la hija antes de que el diagnóstico fuera dado, sino también las respuestas por parte de cuidadores y otros familiares, y lo sucedido en el ámbito escolar. Finalmente, aunque el contexto familiar y la forma en que se lleva a cabo la crianza no son factores desconocidos para el profesional de la salud encargado de realizar dicho diagnóstico, considero que éstos deben reconocerse de manera que facilite realizar un cambio a nivel familiar y en conjunto, antes de hacer un cambio en el niño o niña a nivel meramente individual; por lo que el fin último es intentar ofrecer un nuevo panorama respecto a cómo las nociones psiquiátricas podrían estar impidiendo la opción de elegir un camino distinto al que se sigue cuando se entrecruzan ideales sociales, patrones familiares y características individuales que pueden considerarse como “buenas” o “malas”.

Propuesta metodológica

Los seres humanos se encuentran constituidos por un sinnúmero de acontecimientos y experiencias que armonizan su vida y la de las personas de su contexto, lo que a su vez marca cómo se desenvuelven en la sociedad. Así, es innegable que todas aquellas experiencias acumuladas se encuentran integradas no sólo por hechos conductuales sino también por lo que consideramos relevante dentro de nuestro marco social (deseos, cualidades, objetivos, preferencias, valores, creencias, etc.). Dicho de otra forma, todas estas experiencias van cargadas de significados únicos que son construidos durante toda la vida, es decir que, a lo largo del tiempo (sea pasado, presente o futuro) esta carga se prolongará, dando lugar a nuevas interpretaciones y otras que se mantendrán. Al respecto, la denominada *analogía del texto* considera la interacción de las personas similar a la que se tiene en una interacción lector-texto, donde cada nueva lectura es una nueva interpretación y, por lo tanto, una nueva forma de escribirlo. Con esta analogía es factible proponer que para entender nuestras vidas y expresarnos a nosotros mismos, las experiencias deben relatarse, lo que determina el significado que se atribuirá a la experiencia (White y Epston, 1993, p. 27).

En efecto, en una estructura narrativa es necesario reconocer que aquello que es relatado por la persona puede formularse desde lo que Bruner (1986 citado por White, 2004) denomina *panoramas duales*, proponiendo que las historias están compuestas por dos respectivamente: un panorama de acción y un panorama de conciencia (o identidad).

El panorama de acción está constituido por a) hechos eslabonados en b) secuencias particulares a través de c) la dimensión temporal (pasado, presente y futuro) y de conformidad con d) tramas específicas. El panorama de conciencia está principalmente constituido por las interpretaciones de los personajes que figuran en la narración y también por las interpretaciones del otro (...) comprende las significaciones dadas a los sucesos y tramas que se desenvuelven en el panorama de acción (p. 31-32).

Con todo lo anterior se entiende que, de alguna forma aquellos relatos y la forma en cómo organizamos nuestra historia de vida parte de todo lo que conocemos, permitiendo que las personas que los escuchan logren entrar y entender cada faceta que compone nuestro contexto actual. Dentro de esta argumentación, lo más importante para este proyecto es que la historia que compone estos relatos puede aportar un significado distinto al diagnóstico de TDAH, apoyándose en elementos vividos durante la etapa de la niñez, y que destacan prioritariamente debido a que incluye lo que para estas personas es relevante. Es decir que, al escuchar todas las experiencias se entiende que éstas incorporan deseos, creencias, cualidades y valores (entre otras) que se entrecruzan con las acciones (contexto familiar) y con lo que en ese entonces las personas de su núcleo familiar consideraban importante retribuirles (a través de un estilo educativo parental, por ejemplo), creando en el relato actual un significado diferente y, al mismo tiempo, una perspectiva distinta del trastorno.

En última instancia, es conveniente mencionar que también la importancia metodológica de realizar estudios que aborden la experiencia de personas involucradas en cierto tema o problemática que me llevan a proponer el análisis narrativo como una estrategia viable, se resume hasta cierto punto en que, como refiere Gibbs (2012), la investigación cualitativa pretende acercarse al mundo de “ahí fuera” (no en entornos de investigación especializada como los laboratorios) y entender, describir y algunas veces explicar fenómenos sociales “desde el interior” (s/p). Así mismo, Flick (2007) señala que:

Los investigadores cualitativos no actúan como un elemento neutral invisible en el campo, sino que toman parte cuando observan o hacen que los participantes reflexionen sobre su vida (como en una entrevista biográfica), lo cual puede llevar a los entrevistados a nuevas maneras de entender su situación y el mundo que los rodea (p. 26).

Pregunta general

¿Qué aspectos del contexto familiar y del estilo educativo parental se relacionan con el diagnóstico durante la niñez de TDAH en adultos de 20 a 35 años?

Preguntas específicas

¿Cuáles son los estilos educativos parentales percibidos durante la niñez?

¿Cuáles son las características del contexto familiar percibidas durante la niñez?

Objetivo general

Identificar los estilos educativos parentales y el contexto familiar en relación con el diagnóstico de TDAH durante la niñez en adultos de 20 a 35 años de la Ciudad de México a partir de la narrativa desarrollada por el participante.

Objetivos específicos

1. Describir los recuerdos relacionados a los estilos educativos parentales vividos durante la niñez a través del discurso de los participantes, mediante la técnica de la entrevista.
2. Describir algunas de las memorias relacionadas al contexto familiar del participante durante la niñez, a través de su discurso por medio de la técnica de la entrevista.

Metodología

Diseño de estudio

Se llevó a cabo un diseño de Teoría Fundamentada (TF) “cuyo soporte epistemológico radica en la vinculación entre un sujeto que busca la comprensión de un objeto a investigar mediante las acciones y significaciones de los participantes de la investigación” (Charmaz 2013 citado por Bonilla y López, 2016). Por su parte, Glaser (1992 citado por Hernández, 2014) acerca de este diseño menciona que “es una metodología de análisis unida a la recogida de datos, que utiliza un conjunto de métodos sistemáticamente aplicados para generar una teoría inductiva sobre un área; y que el producto de investigación final constituye una formulación teórica”.

La Teoría Fundamentada parte del supuesto teórico del Interaccionismo Simbólico, término que introdujo Herbert Blumer:

En donde el ser humano sitúa sus actos hacia los objetos en función de lo que éstos significan para él. El origen de ese significado es un producto social que procede de y a través de las actividades de los individuos al interactuar. La utilización del significado por el individuo se produce a través de un proceso de interpretación propia que supone auto-interacción y manipulación de significados (Hernández, 2014, p. 189).

Categorías de análisis

La siguiente tabla expone la definición teórica de las categorías de Estilo educativo parental y Contexto familiar, así como la manera en que éstas serán abordadas para la recolección de datos.

Tabla 2*Lista de categorías para este proyecto*

Categorías	Definición conceptual	Definición operacional
Estilo educativo parental	Según Darling y Steinberg (1993 citado por Capano y Ubach, 2013) “son un conjunto de actitudes hacia los hijos que les son transmitidas y que en su totalidad crean un clima emocional en el cual se expresan las conductas de los padres”.	Entrevistas en profundidad (Robles, 2011). Con base en lo propuesto por Maccoby y Martin (1983 citado por Murillo et al., 2015), por medio de categorías que incluyan los cuatro estilos descritos por dichos autores: estilo autoritario-recíproco, estilo autoritario-represivo, estilo permisivo indulgente y estilo permisivo-negligente.
Contexto familiar	“Espacio psicosocial en el cual obtener, percibir y someter a prueba los componentes particulares de la cultura y las normas sociales que posibilitan su integración en la sociedad y en ella se establece una interacción bidireccional, donde las acciones de unos, y los efectos que tuvieron éstas, intervendrán siempre en las acciones de los otros” (Lila 1994 y Musitu y Cava 2001 citado por Isaza, 2012).	Entrevistas en profundidad (Robles, 2011). Producción de categorías con base en el discurso de los participantes.

Participantes

Este proyecto contó con la participación de 5 personas adultas en un rango de edad de 20 a 35 años, residentes de la Ciudad de México, diagnosticadas con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) durante su niñez. Los criterios de inclusión fueron haber sido diagnosticado por algún profesional (psiquiatra, profesores, psicólogos) y haber asistido a la escuela en etapas anteriores y posteriores al diagnóstico. El tipo de muestreo fue de tipo no probabilístico bola de nieve (Flick, 2007, p. 51).

Con el propósito de mantener la confidencialidad, cada participante puede ser reconocido como “participante 1, 2, 3, 4, 5”, en donde el número es con base en la cronología en que se realizó la entrevista.

Instrumentos y materiales

Una entrevista en profundidad “sigue un modelo de reuniones orientadas hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (Robles, 2011). De tal forma que “no existe un intercambio formal de preguntas y respuestas, si no que se plantea un guion sobre temas generales y poco a poco se va abordando” (p. 40) (Apéndice A). La elección de este instrumento pretendió que los participantes pudieran evocar recuerdos sobre experiencias específicas relacionadas al contexto familiar en que estaban inmersos antes de recibir el diagnóstico del TDAH, así como la identificación del estilo parental percibido, y qué tipo de cambios se dieron luego de dicho diagnóstico relacionados a estas dos categorías.

Para la categoría de los estilos educativos parentales la entrevista se realizó a partir de lo propuesto por Maccoby y Martin (1983), cuya teoría incluye: el estilo autoritario-recíproco, estilo autoritario-

represivo, estilo permisivo indulgente y estilo permisivo-negligente. Para esto se consideraron las dos principales dimensiones que componen dichos estilos parentales:

1. **Afecto:** frecuencia y calidad de respuestas hacia los hijos expresadas en términos de cariño, diálogo, preocupación, contención, cercanía, calidez y apoyo.
2. **Control:** prácticas de demandas hacia los hijos que incluye límites, prohibiciones, castigos, disciplina y firmeza.

Para la categoría de contexto familiar dicha entrevista permitió la creación de códigos con base en el discurso de los participantes, rescatando de esta forma algunos planteamientos que ayudaron a cumplir con el objetivo de este proyecto, por ejemplo, a través de descripciones sobre acontecimientos específicos.

Además de la guía de entrevista, se utilizó una computadora con entrada de audio y video, así como con acceso a internet para registrar las entrevistas; y lápiz y papel para anotar.

Procedimiento

Para la conformación de la muestra se incluyeron personas conocidas por alguno de los responsables del proyecto que hubieran referido haber sido diagnosticados y que quisieran ser entrevistados. El tipo de muestreo utilizado permitió que algunas personas contactadas en grupos estudiantiles y que no cumplían con los criterios para esta tesis, dieran referencia de otros que sí cumplían con dichos requisitos como la edad y el diagnóstico en la niñez, y que estuvieran interesados en participar. De manera que, se contó con la participación de 5 personas, a las que se contactó por medio de un mensaje explicando el objetivo del proyecto, posteriormente se solicitó llenar un formulario de Google con el fin de obtener datos generales (nombre, teléfono de contacto, correo, edad y lugar de residencia), con la intención de mantener los criterios de inclusión. Luego de que el participante estuviera de acuerdo con participar, se acordó una fecha para la entrevista y se hizo la entrega del consentimiento informado al

correo electrónico, el cual hace hincapié en que todos los datos serán confidenciales, anónimos y, que de ser decidido por el participante, éste podría retirarse en cualquier momento y los datos no serían incluidos (Apéndice B).

La reunión por fines prácticos y disponibilidad fue realizada por medio de una videollamada a través de la plataforma Zoom, la cual tendría una duración de 1 hora aproximadamente con posibilidad de extenderse el tiempo que se requiriera. Durante la primera parte, el participante leyó y firmó el consentimiento informado previamente enviado y se resolvieron dudas o comentarios sobre éste, se continuó con una introducción en la cual se informó el título del proyecto, los objetivos nuevamente y cuáles serían los temas principales en la entrevista. La realización de la entrevista principalmente pretende visualizar las experiencias y relatos de los participantes, considerando esto de suma relevancia ya que como señala Vázquez (2001) toda memoria denominada individual es social, por lo tanto es posible asumir que “las memorias individuales son episodios sociales que se desarrollan en escenarios también sociales y que poseen un carácter comunicativo en donde la presencia (real o virtual) es lo que la caracteriza”. Así, el objetivo principal fue contemplar no sólo la memoria de los participantes sino también lo que otros pudieron aportar a la creación de este discurso.

Al concluir la entrevista, fue guardada en audio y video, y posteriormente fue transcrita utilizando la herramienta de Microsoft Word “transcribir”, verificando toda la información con sus respectivas grabaciones.

Análisis de la información

Se llevó a cabo un análisis con las transcripciones, por medio de la codificación de la información dada por los participantes. Para dicha codificación de ambas categorías: Estilos educativos parentales y Contexto familiar, se utilizó un programa de análisis de datos cualitativos asistido por ordenador (CAQDAS) llamado MAXQDA en su versión 2022.8, el que como muchos otros programas habilita y facilita el proceso de organización, estructura y material de análisis de datos. Sus elementos centrales

son: la asignación sistemática («codificación») de segmentos del texto en temas («códigos») y la posibilidad de realizar notas de ideas y asociaciones («memos») (MAXQDA, 2024).

De acuerdo con Gibbs (2012):

La codificación es el modo en que se define de qué tratan los datos que se están analizando.

Implica identificar y registrar uno o más pasajes de texto u otros datos como parte de cuadros que, en cierto sentido, ejemplifican la misma idea teórica o descriptiva (s/p).

La codificación se realizó a través de la propuesta metodológica de la Teoría Fundamentada, la que de acuerdo con este mismo autor es uno de los enfoques más comunes para realizar dicha tarea, considerando que su foco central es generar inductivamente ideas teóricas nuevas a partir de los datos, en contraposición a la comprobación de teorías especificadas de antemano. Se dice que estas nuevas teorías son fundamentadas en la medida en que “surgen” de los datos y éstos las apoyan (s/p). De la Espriella y Gómez (2020) refieren que:

La codificación supone una lectura exhaustiva y la identificación de temas, clases y categorías para poder identificar subtemas importantes. Es necesario asegurar coherencia y profundidad en los temas mediante un proceso de codificación de estos; pudiendo encontrar las siguientes etapas: (1) abierta: busca encontrar categorías conceptuales en los datos, (2) axial: cuyo objetivo es encontrar relaciones entre categorías, y (3) selectiva: da cuenta de relaciones y encuentra categorías centrales (p. 129).

Así, para la categoría de estilos educativos parentales se propuso una codificación guiada por conceptos, ya que parte de una serie de definiciones ya dadas. De acuerdo con Gibbs (2012) la codificación por conceptos consiste en la identificación de trozos de texto que ejemplifican los códigos incluidos en una lista inicial (p. 71). Por el contrario, ya que la categoría de contexto familiar no dispone de criterios específicos, se realizó una codificación guiada por los datos, es decir, esta

codificación permite de forma selectiva, a través de las propias palabras de los participantes, obtener códigos que incluyen acontecimientos y significados específicos.

Resultados

Se incluyen en este proyecto adultos residentes de la Ciudad de México y el Estado de México, entre ellos cuatro personas del sexo masculino y una del sexo femenino. Así, ya que el proceso realizado fue con base en el contacto previo con responsables de esta investigación y casos referidos al momento de haber comenzado el proyecto, la edad de los participantes varía pero se mantiene en el rango previamente establecido en los criterios de inclusión, de tal manera que: el participante 1 refirió una edad de 27 años, la participante 2 una edad de 28 años, el participante 3 una edad de 23 años, el participante 4 una edad de 22 años y, por último, el participante 5 una edad de 20 años. Las edades comprendidas en este rango visualizan el papel que juegan las brechas generacionales acerca los conocimientos sobre del TDAH, desde el diagnóstico hasta el tipo de tratamiento y/o intervención.

Luego de realizar la codificación de las 5 entrevistas se obtuvo lo siguiente. Para la categoría de Estilo educativo parental se crearon *memos* (Apéndice C) que integran a grandes rasgos la definición teórica que se tomó en cuenta para identificar los 4 códigos correspondientes: Autoritario-recíproco; Autoritario-represivo; Permisivo-indulgente y Permisivo-negligente; cada uno con diferente grado de control y afecto, en donde el control engloba las “prácticas de demandas hacia los hijos en calidad de puesta de límites, prohibiciones, castigos, disciplina y firmeza”, y el afecto tiene como “principal componente la frecuencia y calidad de respuestas hacia los hijos expresadas en términos de cariño, diálogo, preocupación, contención, cercanía, calidez y apoyo” (Maccoby y Martin, 1983). Así mismo, con base en los segmentos de transcripción obtenidos se considera que dicha categoría incluye todas aquellas descripciones de acciones realizadas por los padres hacia los hijos (castigos físicos, prohibiciones, castigos y recompensas) para establecer normas y obligaciones dentro del hogar, encaminadas al cumplimiento de reglas que no pueden integrarse a ninguno de los códigos mencionados.

Así, los datos codificados son presentados en la tabla 3 y la tabla 4 como segmentos de transcripción que permiten visualizar 2 de los 4 códigos, los cuales sobresalen en el discurso de los participantes. En dichas tablas se incluyen todos los participantes aunque no haya surgido información que pudiera ser codificada.

Tabla 3

Segmentos codificados del código Autoritario-reciproco (más control y más afecto)

Participante	Segmento codificado
Participante 1	<p><i>Ya era pues “cómo les fue” y todo en el camino a casa, igual pasábamos a cenar.</i></p> <hr/> <p><i>Cosas así de “mala conducta”, ya no lo tomaba tan de “¡ah, qué hiciste!”, ya era más de “a ver cuéntame”.</i></p> <hr/> <p><i>O sea, nada más era como cuando pasaba algo, me decían “bueno, ya no lo vuelvas a hacer porque así no se hace aquí”, no?</i></p> <hr/> <p><i>No era que pudiéramos hacer todo lo que quisiéramos, no? O sea, por ejemplo mi mamá si nos decía que no podíamos salir de la casa a menos que nos avisaran y que todos sepamos dónde estamos.</i></p> <hr/> <p><i>Eso sí lo sentí un poquito más de mi mamá, un poco más comprensiva, en cuanto a cómo... cómo pasaron estas situaciones con los profesores.</i></p> <hr/> <p><i>Porque también por ejemplo, pues sí, pasaba que familiares y así, no? De “ay, eres un diablo” y que no sé qué, pues no, como que ya salía más a defender.</i></p>
Participante 2	<i>Sin datos</i>
Participante 3	<p><i>Era sobre todo muy cariñosa, o sea tanto con mi mamá, con mi papá, siempre han sido muy cariñosos, siempre han sido... más en ese entonces, no? Eran muy de afecto físico, no? Este... de comprensión.</i></p> <hr/> <p><i>Cuando me portaba bien, cuando me portaba mal la cosa cambiaba, no? Te digo, ellos no dudaban en poner disciplina, en golpes y en prohibiciones, en gritos.</i></p> <hr/> <p><i>Yo sabía que estaba en problemas cuando mis papás era de “ya deja de hacer esto, ya ven a hacer esto, ya pórtate bien”, y entonces a mí me pasaba mucho de que sí era muy rezongón y sí era muy de “pues no, lo voy a seguir haciendo”.</i></p> <hr/> <p><i>Un zape, no? Me jaloneaban, me quitaban lo que estuviera haciendo, no? Este... ajá, entonces sí, sabía que había problemas cuando ya ellos me llamaban la atención varias veces y yo no hacía caso.</i></p>

	<i>Cuando me portaba bien o alguna ocasión especial, pues ellos también me compraban cosas, no? me llevaban a al parque, no? Con mis amigos me daban chance de jugar hasta tarde.</i>
	<i>Si me sentía triste, si necesitaba algo o si algo había pasado, pues se los comentaba a ellos. Ellos desde siempre me enseñaron a que cualquier cosa que pudiera sentir, no? Sobre todo negativo, tanto negativo como positivo, pues se los comentara.</i>
	<i>Cuando empezaron esos problemas yo dije “no, es que necesito aquí, esto ya no, ya no se puede”. Y les dije y ellos me dijeron “pues tú dime si buscamos terapia” y fue cuando llegué con mi primera terapeuta.</i>
Participante 4	<i>Ellos siempre nos decían que éramos niños, que las cosas iban a su tiempo y que ahorita, bueno en ese momento solo teníamos que estar más concentrados en la escuela y pues jugar.</i>
Participante 5	<i>Sin datos</i>

En los segmentos codificados es posible notar que los participantes refieren que en su hogar había acciones que llevaban al cumplimiento de reglas y normas, principalmente por ambos padres o en algunos casos por uno de sus cuidadores principales, así como un “entendimiento emocional” cercano asociado fundamentalmente al diagnóstico, por ejemplo siendo más comprensivos en cuanto a la *conducta hiperactiva* y otorgando ayuda siempre que se necesitara. Motivo por el cual dichos segmentos son conectados al código Autoritario-recíproco, el cual incluye más control y al mismo tiempo más afecto.

Tabla 4

Segmentos codificados del código Autoritario-represivo (más control y menos afecto)

Participante	Segmento codificado
Participante 1	<i>Porque mi mamá siempre fue así, siempre fue así de “pues el maestro tiene la razón, y si me dice algo que tu no me estás diciendo ahorita, pues ya te la verás conmigo”.</i>
	<i>Era más bien como, pues más bien mi mamá siempre llegaba como de “ya hicieron la tarea?” “a ver que hicieron”.</i>
	<i>Sí había la comunicación suficiente, pero a lo mejor para otras cosas que ahora sé que no son tan... cómo se llama? Que son también un poco parte de lo “básico”.</i>

	<p><i>Como que ellos lo veían como un remedio, por así decirlo, o sea no era tanto como que el de “ay, papá, mira, gané esto”, no? “ay, hice esto”, no, siempre fue más como de “ah, tienes torneo? Ah órale pues vamos”.</i></p> <p><i>No, pues prácticamente a nadie, siempre era como ahí, en el momento se resuelve.</i></p> <p><i>Nunca fue como que en este sentido, en cuanto a las emociones pues tampoco hemos sido como de mucho de hablar de cómo nos sentimos, y así siempre ha sido.</i></p>
Participante 2	<p><i>A mí me hacía sentir mal verles molestos o que anduvieran distantes, mi mamá, eso sí, sí me hacía la ley del hielo, eso pues está muy mal, no? Pero pues sí, de repente no me hablaba.</i></p> <p><i>Solía... eh... gritar bastante, sí, porque te digo que, así como él es tan especial para entender ciertas cosas, también es muy cuadrado así, o sea, si algo no le no le hacía mucho sentido, sí se molestaba mucho, pero ya después intentaba entenderlo.</i></p> <p><i>Mi papá no, a él tampoco le gusta el contacto físico y eso está bien, sí es como yo. Mi mamá... mmm... pues puede que sí lo hubiera hecho, pero tampoco, eh. Yo creo que tal vez desarrollé también esa parte ahora que lo pienso, por también notar que ellos tampoco son muy, muy afectuosos.</i></p>
Participante 3	<i>Sin datos</i>
Participante 4	<p><i>Es un conjunto de ambos, era muy estricto cuando había alguien más o cuando estábamos fuera de casa, pero era más relajado al estar solos.</i></p> <p><i>Siempre han tenido como este interés, pero cuando lo decía o eso no, no recibía como tal un consejo, o era más este lo típico de “pero por qué te preocupa eso? Mira, yo tengo estos problemas, ahorita no debe preocuparte eso”.</i></p> <p><i>Casi nunca he pedido ayuda y en cuestión sentimentales, porque también eso es algo que aprendí precisamente del de aquí, de la familia, a pesar de que nos sintamos mal y todo eso, siempre se intenta resolver todo eso solo.</i></p>
Participante 5	<p><i>Mi abuelo más que regaño, era como esa plática... que no era regaño, pero se convertía en incómoda y que te hacía sentir culpable.</i></p> <p><i>Mi mamá sí era más de castigarme, de... Por ejemplo en su momento estaba el Nintendo, me lo quitaba.</i></p>

Los segmentos codificados presentan cómo la mayoría de los participantes relata haber recibido un estilo de parentalidad más controladora, en donde existía más interés por actividades como el cumplimiento de tareas escolares o reglas y normas sociales. Por su parte, algunos segmentos refieren que no existía apoyo emocional en caso de “sentirse mal”, incluso en algunos casos hablar sobre

emociones o sentimientos no era común. Motivo por el cual dichos segmentos son conectados al código Autoritario-represivo, el cual incluye más control y menos afecto.

Por su parte, para la categoría de Contexto familiar se realizó una lista de memos (Apéndice D) para 9 de los 19 códigos obtenidos de la información dada por los participantes, dentro de los cuales se incluye una descripción sobre lo que representa cada uno de los siguientes códigos y subcódigos: Interés por el cuidado de los hijos, Interés por actividades de los hijos, Dinámica sin padres, Pensamientos sobre la dinámica familiar, Crianza compartida, Cambios con el diagnóstico, Roles familiares confusos, Tiempo de calidad, y Dinámica familiar. La lista de memos se realizó con el fin de facilitar la interpretación de los segmentos codificados de los códigos que pudieran no ser claros en su totalidad, motivo por el cual no todos fueron agregados; excluyendo: Actividades extracurriculares, Relación fraternal, Relaciones familiares no nucleares, Hechos poco comunes, “No cambiaría nada”, Opiniones sobre las conductas de los padres, Diferente, Aceptación, Convivencia esporádica y “Buena”/ “bien” (subcódigos pertenecientes a Pensamientos sobre la dinámica familiar).

La tabla 5, 6, 7, 8 y 9 presentan los segmentos de transcripción codificados que permiten visualizar 5 códigos que sobresalen en el discurso de los participantes, considerados relevantes para ampliar el entendimiento del contexto familiar de cada uno; así mismo, se incluyen todos los participantes aunque no haya surgido información que pudiera ser codificada, por lo que algunos renglones se encuentran vacíos. Las tablas con los códigos restantes se incluyen en el Apéndice E.

Tabla 5

Segmentos codificados del código Interés por el cuidado de los hijos

Participante	Segmento codificado
Participante 1	<i>Sí, sí era más de parte de mi mamá la que nos cuidaba. Mi papá era más bien como, pues si o sea “ahí está mi papá” y, obviamente si teníamos problemas pues sí también podíamos hablarlo con mi papá.</i>

Entonces se preocupó la maestra y sí mi mamá le dijo “no, pues entonces no le voy a dar el medicamento”, fue cuando empezó a buscar otras alternativas y me empezó a meter a actividades.

Me acompañaban a la secundaria porque ya tenía más facilidad mi mamá de estar con nosotros un poco más de tiempo porque ya vivíamos cerca de su trabajo, entonces este... pues sí me llevaron un rato y como por la otra mitad de la secundaria me iba yo solo y me regresaba solo.

Participante 2 *Sabía manejarme y sabía ponerme límites, sabía enseñarme orden porque pues sí perdía mucho las cosas, las sigo perdiendo, entonces como ciertas rutinas de hábitos, creo que mi papá sí estuvo más presente en eso, mi mamá es lo contrario, uy no, es muy dispersa.*

Entonces mi mamá también era amiga de una psicóloga, y fue que pues decidieron meterme a la terapia.

Participante 3 *Que sí, en algún momento sí me dijeron “si te sientes como diferente o sientes que no encajas o así, pues es por eso, puede que sea por eso”, y me dijeron “si llegaras a requerir más ayuda al respecto, pues vamos con un psicólogo”.*

Nunca me costó hablar con la gente y sobre todo con mis papás, sea la situación que sea, no? Estemos en el humor que estemos, yo se los intentaba decir porque ellos desde chiquito me enseñaron que eso era más importante, no? Entonces lo hacía, lo hacía o incluso cuando había dificultades como de mi persona.

O incluso si ellos no podían hacer nada, pues guiarme, no? Es como “oye, pues mira, tienes esta situación, puedes hacer esto y esto” y ya, era la mayor parte de las veces era así cuando no, pues nada más era, o sea... digo que no, pues porque en ese momento no tenían tiempo o no se podía y pues ya ellos me decían, no? Este... “dame un momento, ahorita lo vemos” y cuando se podía se veía.

Sí procuraban que... que pues que fuera educado, no? Que fuera atento con las personas, no? También me enseñaron, por ejemplo, a cuidarme de las personas que me puedan hacer daño, no? Este... vaya, ellos sí, sí, sí prevenían eso. Y también con mis amigos, no? Pues intentaban conocer, no? Cómo eran, qué hacían, qué jugábamos, a la familia, no? de mis amigos también.

Ellos me ayudaban en esas situaciones, pero pues en general también buscaban o procuraban que yo fuera aprendiendo a hacer solo esas cosas de cuidado personal.

Mi mamá me levantaba, me ponía mi uniforme, bajaba, ella ya había hecho desayuno, desayunaba, este... ella me peinaba también.

Participante 4 *Sin datos*

Participante 5	<i>Justo antes de que me lo quitara, platicando con mi abuelo, entendí que sí el medicamento me ayuda, pero el medicamento no va a hacer todo.</i>
	<i>Como de “estás bien, no tienes frío, acuéstate un ratito, duérmete un ratito, vienes cansado”, así era más con mis abuelos.</i>
	<i>A veces de la nada llegábamos a la casa y es “ah mira, te preparé esto” O a veces también mi abuelo la llevaba. Entonces sí con mis abuelos ha sido una relación muy, muy estrecha.</i>
	<i>En mi casa hubo violencia intrafamiliar de parte de mi papá a mi mamá, entonces, pues también por eso no quería... Tratábamos de que mi papá no se enterara de muchas cosas.</i>
	<i>Porque mi mamá cuando hacía algo era quien le decía y ya inventamos algo para no decirle a mi papá porque mi papá sabía que me iba a regañar.</i>

Nota. Es necesario considerar el memo correspondiente para su interpretación.

En el código presentado en la Tabla 5, algunos de los participantes refieren las acciones que sus padres y/o cuidadores principales realizaban cotidianamente, como prepararles el desayuno, vestirlos, estar al tanto de sus relaciones con amigos y conocidos, así como en temas referentes al diagnóstico, por ejemplo en la búsqueda de distintos tipos de intervención psicológica o en cómo afectaba su vida escolar e individual. Todas estas acciones conducían al bienestar físico y emocional de los niños, razón por la que se incluyen como “interés por el cuidado”.

Tabla 6

Segmentos codificados del código Dinámica sin padres

Participante	Segmento codificado
Participante 1	<i>Trabajaban prácticamente todo el día, como vivíamos lejos de donde trabajaban los veíamos solo en la noche, entonces prácticamente estaba con mi mamá y nos cuidaba mi tía.</i>
	<i>Mis papás nos dejaban preparado todo, el desayuno, obviamente la ropa y todo, y pues ya nada más pues yo levantaba a mi hermana o me levantaba yo nada más cuando iba yo nada más a la primaria.</i>
	<i>Pero sí ya en la casa, pues era llegar, cambiarnos o quedarnos así, o sea ya como dejar las cosas y esperar a mi tía o a veces ya estaba mi tía ahí, entonces pues era dependiendo, entonces ya que llegaba mi tía era de pues ya cada quien a su cuarto, yo me acuerdo que yo me ponía a jugar videojuegos, a ver películas o teníamos este... en el patio también me salía a jugar con unos perros o con la mascota que tuviéramos.</i>

	<i>Y ya después era la hora de la comida, era esperar la hora de la comida, comer con mi tía, mi hermana y ya, y otra vez en las tardes a veces hacia tarea, a veces no, normalmente sí.</i>
Participante 2	<i>Ah. Yo creo que con mi abuela, con mi hermano y con mi mamá, pero igual tampoco estaba mucho en casa eh. Sí, no, sólo llegaba a comer.</i>
Participante 3	<i>En cuanto a cuidados cotidianos, mi abuelita, porque mis papás bueno, trabajaban todo el día en ese entonces. Y sí los veía, pero pues solo en las mañanas y en las noches, todo el día era estar con mi abue.</i> <i>Ella... Me atendía en cualquier momento en que lo necesitara, o sea si este... si yo llegaba a necesitar comer, dormir este... ayuda con algo que pues no puedes hacer a los 7 años, pues ella me ayudaba, me vigilaba que estuviera bien... este... y salíamos, este... de que al tianguis, este... al parque, era pues muy agradable en general.</i> <i>Mi abue nunca me pegó, nunca me gritó, solo me llamaba la atención diciéndome “oye, ya estate quieto, ya haz esto, no estés por allá, ven a hacer esto”.</i>
Participante 4	<i>Siempre fui cuidado más por mis abuelitos. Mi tía también trabajaba, y mi tío estaba en la universidad según recuerdo, entonces sí, fui más cuidado por ellos, ellos iban por mí y por mi hermana a la escuela, al llegar pues me parece que siempre era llegar, comer, hacer tareas o simplemente jugar con mi hermana.</i> <i>Iban por nosotros a la escuela, también darnos de comer, lavaban la ropa... cubrían cosas también de la escuela, como por ejemplo ir a festivales y si necesitábamos material o algo así, ellos lo conseguían.</i> <i>Sabía que estaba mi madre y mi padre, pero con quien conviví más y quienes me cuidaban más eran ellos, pues a ellos los veía más así. Con mis tíos también .</i> <i>Siempre ha visto mucho por si estamos mal o si estamos enfermos y necesitamos análisis, cosas así. Entonces sí, ella era, pues era más de cuidados en ese aspecto. Te digo la veía como una madre. Y mi tío, él a pesar de que estaba en la universidad este... también, no, con él era más cosas como de jugar.</i> <i>Sí, siempre hemos tenido mucha plática y los juegos cuando estaba pequeño, sobre todo con mi abuelito, él con él, bueno, él me enseñó a jugar varias cosas.</i> <i>También desde muy pequeño me enseñó cosas pues... yo le digo trabajos de casa ellos este aún estaban como tal, como esta parte de los cuidadores, porque también eran quienes iban a comprar la comida y cuando nos íbamos por allá nos mandaban, ya sea comida preparada o para preparar durante la semana. Entonces también nos hablaban constantemente y eso así que nada más era como... ah, también la ropa, a veces la traíamos para</i>

lavar aquí, eh... y pues eso, nada más era como si nos moviéramos durante la semana para que bueno, mi hermana fuera a la escuela y ya este... volvíamos aquí a seguir siendo cuidadosos.

Solo que con nosotros, con mi hermana y conmigo, este... se relajaron demasiado entonces te digo que hubo de todo, regaños, golpes también y eso, pero cada vez iba como que disminuyendo.

Participante 5

De lo que principalmente recuerdo es que, mi mamá desde pequeño siempre se la ha pasado trabajando, mi papá entraba a un trabajo, salía y así era intermitente hasta eso. Y principalmente, y a la fecha, me la me la paso más con mis abuelos maternos.

Y ellos son quienes me llevaban a la escuela, me traían cualquier evento que había, ellos principalmente eran los que los que estaban siempre ahí, también cuando me portaba mal o cualquier cosa, ellos son los que más presentes han estado.

Con mis abuelos era prácticamente... ellos llevarme en la mañana a la escuela porque mi mamá se tenía que ir al trabajo y recogerme a las 2:10-2:30 más o menos de la tarde.

Y luego me pedía que le ayudara o que estuviera con él y pues el simple hecho de estar viendo cómo hacía las cosas, me enseñaba y me hacía, me hacía sentir más cerca de él. Mi abuelita, pues... o sea, principalmente mis abuelos siempre fueron como mis padres para mí.

Porque siempre que necesitaba algo, estaban ahí porque... y no es por demeritar a mis papás, sino que pues no, no estaban tan presentes.

Y ya me pasaban a dejar con mis abuelos. Había veces justamente por lo cercano que estamos de mis abuelos, que nos quedábamos en casa de mis abuelos.

Y ya nos íbamos con mis abuelos, llegábamos a la casa, comíamos y esperábamos a que llegara mi mamá y ya después llegaba mi papá.

Como de "estás bien, no tienes frío, acuéstate un ratito, duérmete un ratito, vienes cansado", así era más con mis abuelos.

Sí era como, pues sí te ayuda, pero tú también esfuérate. Tú también has cosas, estudia de verdad. Entonces sí, como que me daba ese aliento de motivación para que no dejara todo en una pastillita.

Nota. El código forma parte de los subcódigos de Dinámica familiar, por lo que hay que considerar el memo correspondiente para su interpretación.

Como se puede observar, todos los participantes refieren haber estado bajo el cuidado de otras personas que no fueran sus padres, los cuales van desde los tíos hasta los abuelos maternos y paternos, estos cuidados regularmente ocurrían cuando los papás se encontraban trabajando, por lo que las acciones

iban desde ir por ellos a la escuela, darles de comer y hacerles compañía hasta ayudarles con tareas y trabajos de la escuela, enseñarles cosas, jugar y proveerlos de apoyo cuando era necesario.

Tabla 7

Segmentos codificados del código Crianza compartida

Participante	Segmento codificado
Participante 1	<i>Era como que el adulto que necesitábamos, pues ahí estaba mi tía. Pero pues ya los problemas como tal era con mi mamá, siempre, y obviamente mi mamá siempre se los pasaba a mi papá y ya después si mi papá tenía que decirnos algo pues nos decía.</i>
Participante 2	<i>Sin datos.</i>
Participante 3	<i>Entre mis papás y mi abue, o sea ella en lo que dentro de lo que ella podía, me ayudaba también.</i> <i>Cuando mi mamá estaba haciendo algo, no? O sea... como... no sé, que estuviera ocupada o que no pudiera, no? Que tuviera alguna actividad por ahí, pues mi papá es el que a veces él que me ayudaba.</i> <i>La mayor parte de las veces era mi mamá o pues mi... Ajá, mi abue, si había que firmar y no se podía porque mi mamá no estaba, pues mi abue iba y ya mi mamá revisaba.</i>
Participante 4	<i>Básicamente entre todos nos hemos apoyado siempre en eso, entonces mi madre era quien proveía, por así decirlo, un poco más económicamente. Pero quien se encargaba de cuidarme era mi demás familia.</i> <i>Ella también saliendo de trabajar, era quien me apoyaba más o quien se encargaba de llevarme más a todas esas actividades.</i> <i>En lo académico siempre ha sido, siempre ha estado más presente mi tío precisamente, este él es quien más me ha ayudado en cuestión de la escuela en llevarme a museos y así, eh... ayudarme a mis tareas, si no entendía un tema me lo explicaba.</i> <i>En eso, pues también lo compartían bastante, pero poniendo una escala, la primera era mi abuelita.</i>
Participante 5	<i>De la materia. La materia, por ejemplo, mi papá me ayudaba más en lo que era el área de matemática. Y... este... y mi mamá me ayudaba más con, por ejemplo, español... En algunas de inglés. En historia.</i> <i>Por ejemplo a los partidos, si mis papás podían iban, si no iban mis abuelos.</i> <i>Con mis papás era más como de cumplir con la escuela, cumplir con tus actividades y mis abuelos eran como la parte más relajada.</i> <i>Con mis papás si era más de “ya hiciste la tarea?, que te dejaron de tarea?, vamos a hacer esto, vamos a hacer aquello”.</i>

Quien me llamaba la atención era mi mamá y pues mi abuelo, que sí se enteraba.

Ahí era “pídele permiso a tu papá”. O era de mi papá “pídele permiso a tu mamá”.

Nota. El código forma parte de los subcódigos de Dinámica familiar, por lo que hay que considerar el memo correspondiente para su interpretación.

Al igual que el código anterior, el código presentado en la Tabla 7 es el que cuenta con más fragmentos codificados debido a que cuatro de los cinco participantes añaden a su discurso las “conductas parentales” que se compartían entre algunas de las figuras de autoridad más relevantes en la dinámica familiar, por ejemplo entre abuelos y padres. Se considera que la crianza era compartida ya que alguno u otro miembro de la familia podía opinar y realizar cambios en las conductas de los niños, ya sea en el ámbito escolar o en tareas y obligaciones en el hogar, así como brindar apoyo emocional si era solicitado o acompañamiento.

Tabla 8

Segmentos codificados del código Cambios con el diagnóstico

Participante	Segmento codificado
Participante 1	<i>Entonces mi mamá... le recomendaron unos libros y todo, y me comenzó a meter a muchas actividades, entonces muchas veces en la actividad, mi mamá del trabajo pasaba por nosotros.</i> <hr/> <i>La medicación, sí sí sí, y sí o sea me acuerdo que mucho tiempo fui al psicólogo de niño, pero te digo que no, nunca me dijeron nada, siempre nada más me ponían a jugar.</i> <hr/> <i>Eso mi mamá nada más lo hablaba con los profesores que llegaban... cierto... pues no sé, como a cierto punto de no entender o de no... no sé, no? De quererme tener ahí sentadito.</i>
Participante 2	<i>Sin datos.</i>
Participante 3	<i>Sin datos.</i>
Participante 4	<i>Recuerdo que había cosas que intentábamos hacer, que recomendaban los psicólogos, para forjarme hábitos y eso, intentaban ayudarme con ellos, solo que no había mucha constancia, entonces los esfuerzos pues terminaban no dando resultados.</i>

Porque al inicio, a edad temprana, por así decirlo, sí recuerdo que eran más cosas físicas como golpes, golpes y palabras, ya después este fueron nada más como tal las palabras y quitarme cosas, como juguetes.

Entonces no veían que funcionara, así que, pues sí, buscaron demasiadas formas, ya sea para castigarme, para motivarme, cosas así, pero creo que como no veían que había cambio significativo o rápido, pues terminaban dejándolo.

Ya cuando este... Fuimos yendo a los psicólogos y eso, pues les decían que no, que no estaba bien y que tampoco me iba a servir eso, así que fue que empezaron a discutir todo eso.

Participante 5 *Sin datos.*

Nota. El código forma parte de los subcódigos de Dinámica familiar, por lo que hay que considerar el memo correspondiente para su interpretación.

Como se observa en los segmentos, los participantes mencionan algunos de los cambios que se suscitaron a partir del diagnóstico, por ejemplo la medicación con psicofármacos, tomar clases extracurriculares e incluso la forma en que se establecían reglas y límites en el hogar; así mismo, algunos de los cambios se extendían a la escuela al ser uno de los lugares más habituales en los niños. Esto es relevante ya que permite observar cómo el diagnóstico abarcó gran parte de la vida de la del niño y de las personas más cercanas a él y a su entorno.

Tabla 9

Segmentos codificados del código Tiempo de calidad

Participante	Segmento codificado
Participante 1	<i>Pues en mi casa siempre era estar juntos un rato, jugábamos o salíamos a un parque, o salíamos a la plaza, salíamos al cine, salíamos a... sí trataban siempre mis papás de llevarnos así a algún lugar. Los fines de semana pues salíamos y todo.</i>
Participante 2	<i>Ajá y los fines de semana, regularmente el sábado, íbamos a visitar a mi abuela de por parte de mi papá y los domingos salíamos a algún lado a alguna plaza, algún parque, lo que sea.</i> <i>Mi papá es muy... es profesor de educación física, entonces le gustan mucho las actividades al aire libre y pues los fines de semana nos sacaba un montón de parques, hacíamos muchos juegos.</i>

Participante 3	<i>Entonces este, pues ya en la noche era de estar juntos, de ver la tele un rato y ya me mandaban a dormir temprano, como a las 8 y ya eso era como pues la mayoría de los días de entre semana.</i>
Participante 4	<i>Sí, siempre hemos tenido mucha plática y los juegos cuando estaba pequeño, sobre todo con mi abuelito, él con él, bueno, él me enseñó a jugar varias cosas.</i>
Participante 5	<i>Casi todos los sábados tenía partido, entonces me llevaban y ya nos regresábamos a desayunar, a hacer cualquier cosa, a veces íbamos al parque, a veces íbamos a andar en bicicleta y otras veces era a limpiar la casa, arreglar la casa... o también había el día en el que decíamos “no queremos hacer nada, pide algo y vamos a ver la tele”.</i> <i>O a veces estábamos los cuatro acostados en la cama viendo alguna película o en la sala. También en el momento... bueno, en la época cuando hubo game Cube también, a veces me ponía a jugar con mi papá, rara vez con mi mamá.</i> <i>El tiempo de calidad que más había era con mi papá cuando llegábamos a cocinar juntos, era como ver cómo está haciendo las cosas, ayudarle. Eh... con mi mamá, hubo veces en las que la acompañaba al hospital que estaba con ella, aunque simplemente estuviera ahí sentado.</i>

Nota. Es necesario considerar el memo correspondiente para su interpretación.

Todos los participantes refieren que el tiempo de calidad ocurría mayoritariamente los fines de semana, momentos en los que se encontraban en compañía de sus padres o familiares cercanos realizando actividades al aire libre con juegos o estando en casa viendo películas o alguna otra actividad, reiteran que era los fines de semana ya que entre semana la rutina se mantenía con sus padres en el trabajo, como se menciona en los códigos anteriores.

En última instancia, durante el proceso de recolección de datos, es decir, con base en el discurso de los participantes, surgieron “categorías emergentes” que no fueron consideradas al comienzo de este proyecto, sin embargo, éstas reúnen algunas de las memorias que los participantes encuentran necesario mencionar por el papel que tuvieron en su vida en relación al diagnóstico de TDAH. Así, esta información también es considerada relevante porque aporta una perspectiva más profunda sobre la identidad de la persona en algunas de las etapas cruciales de la niñez, destacando ideas, metas y

pensamientos que van más allá del TDAH, los cuales convergen de modo que hacen posible considerar al niño o niña (participante) como un ser activo diferente a la idea de “persona diagnosticada”.

Para cada categoría se crearon *memos* que incluyen la descripción sobre lo que se refiere cada una (Apéndice F). Los datos de dichas categorías son presentados como segmentos de transcripción en las tablas 10, 11 y 12.

Tabla 10

Segmentos codificados de la categoría Memorias sobre cómo era de niño o niña

Participante	Segmento codificado
Participante 1	<p><i>Simplemente esta misma pues hiperactividad que venía con el TDA pues incitaba accidentes, ¿no? Además, era un niño, siempre o me caía o tiraba a alguien.</i></p> <hr/> <p><i>Cosas de la escuela yo me acuerdo que decía “esto sí es importante” y le ponía mucha atención, y a la fecha me acuerdo, ¿no? Entonces nunca se me dijo así de “mira, esto es importante, ponme atención”.</i></p> <hr/> <p><i>De que por ejemplo le ocultaba muchas cosas a mi mamá, que de la mala conducta, porque como me decían, voy a lo mismo, ¿no? De que me decían “mala conducta, mala conducta”.</i></p>
Participante 2	<p><i>Eso igual limita bastante, igual mi comportamiento era a veces muy frenético e impulsivo, correr mucho este... no sé, juegos muy, muy bruscos.</i></p> <hr/> <p><i>Yo cómo me entretenía, tal vez era dibujando o leyendo, siempre dibujé mucho y leía bastante, o me gustaba clasificar cosas, entonces era algo que pues yo creo que así me entretenía.</i></p>
Participante 3	<p><i>Vale, pues generalmente recuerdo que sí, siempre he sido muy este... lo que llaman hiperactivo. Siempre he sido muy este juguetón, travieso, a los 7 años era mucho más, este... hablaba mucho y era muy disperso desde ese entonces.</i></p> <hr/> <p><i>A mí me gustaba mucho platicar, estar, hablar con amigos, este... jugar y pues sí, no? a la hora de poner atención, de ser disciplinado, de estar quieto, pues ahí sí era, era mucho batallar conmigo.</i></p> <hr/> <p><i>Era muy inquieto y muy, muy travieso, pero pues este pues vaya, me adaptaba más que por necesidad y por la disciplina que mis papás ponían en mí.</i></p>
Participante 4	<p><i>Sé que comprendo los temas, sé que puedo, puedo analizarlos bien, puedo este entenderlos y aprender, sin embargo, el estar repitiendo constantemente de las cosas y eso sí, sí me ayuda bastante a comprender.</i></p>

Sin embargo, llega un punto en el cual me aburre demasiado entonces dejo de hacer las cosas y por eso es que los trabajos y pues ese tipo de cosas no, termino no entregándolos o haciéndolos y eso es lo que bajaba demasiado mi calificación.

Eh... y los demás no, los demás era como de centrarse nada más uno y.... Y se me hacía bastante raro, fue también por esos momentos que buscaba precisamente su explicación de por qué yo me siento así, por qué siento que soy diferente, por qué yo tengo estos problemas, los demás no.

Sí, había cosas que yo aprendía primero precisamente por todo lo que... Bueno, mi por mi interés con los demás este... Aprendí primero algunas cosas.

Participante 5

Y así me iba un ratote. Y ya me costaba de nuevo concentrarme o al estudiar para exámenes o así. Como que le vi la... lo que más nos sirvió era como estar anotando y anotando las cosas y repasándolas una y otra vez.

Digo la primaria. Entonces iba primero 9, 9.5, luego fue bajando a ochos. Porque justamente conforme iba creciendo también iba, iba echando mucho relajo.

Sí. Entonces sí había veces en las que me concentraba muchísimo, así se pudiera estar cayendo el mundo yo seguía muy concentrado y otras veces eran las que... de repente veía la ventana y dije, por decir alguna cosa, por qué el cielo es azul y así y me distraía muchísimo.

Sentía que no le importaba a la gente.

Nota. Es necesario considerar el memo correspondiente para su interpretación.

Como es posible observar, algunos de los participantes se refirieron a ellos mismos tomando como punto de partida las acciones realizadas en el ámbito escolar, principalmente aquellas que pueden estar relacionadas al diagnóstico, como por ejemplo “ser hiperactivo”, “ser inquieto” y distraerse fácilmente al realizar tareas o al estudiar. Por otra parte, algunos incluyeron qué cosas les gustaba hacer y sus emociones y sentimientos durante esa etapa de su vida, y la relación que tenían con otras personas.

Tabla 11

Segmentos codificados de la categoría Memorias sobre la escuela

Participante	Segmento codificado
Participante 1	<p><i>O sea, pues sí, o sea, ejercicios los hacia rapidísimo, este... pues a la fecha también, eh... sí, o sea nos ponían a hacer un ejercicio, que de Matemáticas, que de español, de la materia que fuera pues rápidamente los hacia y acababa antes que nadie, y me ponía a platicar o los distraía.</i></p> <hr/> <p><i>Pues nada más tenía puros dieces y las libretas llenas de “no hizo tarea”, de sellitos de “no hizo tarea” y de “se portó mal”, nada más, o sea, pero como tal en cuanto a desempeño, no, nunca tuve problemas.</i></p> <hr/> <p><i>O sea, eso sí es algo que, te digo que hasta apenas me doy cuenta. Que antes era portarme mal el que, no sé, o sea simplemente me distraía, me ponía a platicar, o me ponía a hacer cosas, a jugar, me quería salir, iba al baño dos veces por clase, ¿no? O sea, era eso entonces pues siempre obviamente lo ven como mala conducta los profesores.</i></p> <hr/> <p><i>Pero sí, o sea en ese sentido era más bien por eso mismo, o sea obviamente los profesores decían “este chamaco qué le pasa, es maleducado” y pues no, nunca le falté el respeto a nadie.</i></p> <hr/> <p><i>Prácticamente solo en la escuela, no era como que en otros lados me sintiera raro.</i></p>
Participante 2	<p><i>Me empezaron a tratar al psicólogo desde muy chica, también porque... bueno, en la escuela lo sugirieron, en la primaria.</i></p> <hr/> <p><i>Una era eso, que acababa antes y que iba a molestar o a distraer, pero no era no era que yo molestara en modo de ir y pegarle a la gente, no, iba y les decía cosas o quería jugar, no? Entonces esa era una, o pues les hacía cosas en sus trabajos, no sé cosas así.</i></p>
Participante 3	<p><i>Sí recuerdo que yo sí tenía siempre, siempre he tenido dificultades con la escuela, o sea, con la cuestión académica a los... desde los... no, pues ahora sí que desde que tengo memoria, o sea no me gustaba pues la escuela, no? Matemáticas, hacer tarea, estar atento a clase.</i></p> <hr/> <p><i>Entrar a la escuela, este... pues sí, ahí es donde ya las exigencias de, sobre todo los maestros, no? De “platica mucho, se para de su asiento, no pone atención”, con esos problemas como de conducta.</i></p>
Participante 4	<p><i>Yo sí, este... Siempre he dicho que... que yo no soy bueno para los trabajos. Siempre, bueno, mis calificaciones y eso han sido más apoyadas por los exámenes que por los trabajos.</i></p> <hr/> <p><i>Entre segundo y tercero de primaria de hecho, llegué a tener beca, sí tenía buenas calificaciones pero nada más esos dos años, a partir de ahí fui, fui bajando bastante y me mantuve más en los sietes o seis.</i></p>

Entonces había luego cosas que yo veía que ellos entendían más rápido que podían hacer mejor que yo. Por ejemplo, me gustan las Matemáticas, pero siempre he tenido muchos problemas con ellas porque son demasiado repetitivas y muy laboriosas las cosas, entonces me terminé aburriendo.

Participante 5 *Y en la escuela, sí, luego me la pasaba... echando relajo, que me castigaban, que me paraba, que hablaba sin permiso o cualquier cosa, entonces sí, mucho, mucho tiempo sí me la pasé también castigado en la escuela.*

Entonces sí llegó el punto en el que ni ponía atención, ni hacía la tarea, porque me distraía mucho, también en la secundaria yo llegué a sufrir bullying, digo en la primaria. Entonces este... pues a veces por el mismo bullying yo... trataba de no dejarme.

No me importa realmente mucho ni estar en el cuadro de excelencia, ni tener las mejores calificaciones, nada. Solo quería cumplir y que no me regañaran.

Nota. Es necesario considerar el memo correspondiente para su interpretación.

Es preciso señalar que la categoría anterior se estableció con base en el discurso de los participantes, aun cuando no se hubiera considerado como categoría principal parece de suma relevancia ya que todos comparten similitudes en relación a su vida escolar, por ejemplo cómo su comportamiento fue visto como algo “malo” o “anormal”, llegando incluso a adoptar una autodescripción negativa de su forma de ser o de su desempeño para tareas y actividades en clase que es extendida a su etapa escolar actual. Así, los segmentos presentados muestran claramente la manera en que el diagnóstico a temprana edad pudo haber moldeado exponencialmente la personalidad del participante, así como el tipo de relaciones establecidas en la escuela con compañeros y profesores.

Tabla 12

Segmentos codificados de la categoría Memorias sobre el diagnóstico

Participante	Segmento codificado
Participante 1	<p><i>Cuando se me detectó esto, se me intentó medicar y todo, y sí me dieron como una semana medicamento.</i></p> <hr/> <p><i>Ajá, al principio cuando estaba en el kínder pues si ya era notorio que “este niño estaba medio acelerado” jaja, entonces sí como ya en la primaria sabíamos, pero todavía no... bueno, ya sabía mi mamá, yo me enteré hasta después.</i></p> <hr/> <p><i>Y obviamente pues es psicólogo se da cuenta, y ahí fue cuando le dijeron a mi mamá y mi mamá sabía, pero pues yo no tenía ni idea, no? Hasta que solito ya, qué será? Pues sí ya grande, o sea nunca se me dijo así como tal, no? Desde niño, desde niño nunca se me dijo “a ver tu eres así y así, así, así y así”.</i></p> <hr/> <p><i>No sé. Pero a lo mejor así lo sentía, así como raro y ya después lo entendí y todo, no? Pero sí, como tal así nunca nadie me dijo a mí, pero mi mamá sí sabía y por eso te digo que empecé a ir a varias actividades.</i></p> <hr/> <p><i>Estuve como un año y cacho diagnosticado sin que pasara nada, pasó lo de la migraña y me medicaron entonces este... la maestra pues me conocía sin medicamento, y cuando me dieron el medicamento le dijo “oiga señora, qué le está pasando a J” o sea pensó que algo malo me había pasado.</i></p> <hr/> <p><i>“Qué onda conmigo”, no? “Por qué soy así”, no? O sea, y sí muchas veces yo decía “pues es que me porto mal”.</i></p>
Participante 2	<p><i>Ese también fue muy aburrido, pero... pues ya ahí en el psiquiatra, pues igual llegaba psicología y aparte me empezaron a dar Fluoxetina al principio y antidepresivos.</i></p>
Participante 3	<p><i>Él me diagnosticó, yo, yo ahí te puse que me diagnosticaron desde los 5 me parece, aunque pues realmente mi papá, o sea casi casi desde por su conocimiento en psiquiatría, no? Que él de hecho es paidopsiquiatra, es de los pocos paidopsiquiatras que hay todavía, no? Este... él ya sabía que pues lo más probable... Ah, pues porque él tiene TDA diagnosticado, probablemente mi abuelito tuvo TDA, y entonces, pues él ya sabía que por genética lo más probable es que yo iba a salir con TDA, no? Entonces, pues ya él lo esperaba, lo confirmó ya tiempo después, y yo ya tenía, por así decirlo, el diagnóstico.</i></p> <hr/> <p><i>En algún momento mi papá seguramente me dijo “oye, pues es que tenemos algo o tienes algo que se llama TDA”, y yo como “ah no, pues qué es eso” ¿No? Pues es como “ah, pues este... pues te cuesta trabajo poner atención, no? eres más inquieto que los demás” y yo ya lo había notado, no? Yo había dicho, “ah, pues sí, sí, eso explica mucho”, no? Y sí, yo me acuerdo que</i></p>

cuando me lo dijeron tanto mi mamá como mi papá me dijeron “no quiero que lo agarres como excusa para que tú te pongas a hacer tus cosas”.

Entonces dentro de lo que respecta a mí, pues siento que lo sobrellevé bastante bien, no? bastante ameno, lo mejor posible

Participante 4

Pues realmente aquí hubo algo muy... interesante, extraño, ya que yo no supe de mi diagnóstico hasta que tuve como entre 13 y 15 años.

Este... como digo, desde el kínder he tenido los problemas, y a inicios de primaria más o menos, me empezaron a llevar con un psicólogo, ahí creo que fue que les dijeron a tanto mi madre como a mi tío y a mi abuelita que yo tenía TDAH, sólo que ellos nunca me atendieron. Entonces este yo crecí normal, entre comillas, yo crecí pensando que era normal, este... y... hasta que... me comparaba demasiado con los demás niños.

No, medicado nada más hasta los 13 o 14, porque a pesar de que probamos... probé como 3 medicamentos, yo no sentía algún cambio.

Y también ellos no veían que tuviese cambios, cambios significativos, entonces prefirieron ya no estarme obligando a tomar ese tipo de cosas, porque también había mucha, bueno les dijeron desde el principio que había muchas posibilidades de que terminara volviéndome adicto a alguno de esos medicamentos.

Participante 5

En ese momento también fui al psiquiatra, o sea, desde pequeño fui al psiquiatra. Primero empecé con Strattera de 20 miligramos y de ahí me parece que llega hasta los 100. Justamente para tratar mi TDA.

Post a eso empecé a tomar Vyvanse... y llegó un punto en el que... eso me parece que fue, no me acuerdo si finales de primaria o principios de secundaria en los que yo dije “ya estoy bien con esto, ya no quiero seguir con el tratamiento” y yo me lo me lo descontinué.

Eso fue ya tiempo después, porque ahorita me acordé que justamente había veces en las que yo no me quería tomar el medicamento y mi mamá era “pues te lo tienes que tomar” y yo no me lo quería tomar e incluso llegué a decir que me estaba drogando.

Nota. Es necesario considerar el memo correspondiente para su interpretación.

Los segmentos presentados en la tabla anterior reúnen algunas de las memorias sobre el diagnóstico, específicamente al comienzo de éste, así como los intentos de solución realizados (medicación principalmente), al igual que todos los cambios a nivel personal y social que involucra a los padres y cuidadores específicamente; hechos que permiten dar voz a los niños de ese entonces, ahora adultos.

Finalmente, parece importante reconocer que dentro de la narrativa al momento de escuchar a los participantes, fue necesario realizar algunas preguntas con base en el compromiso social y ético y con los conocimientos de formación clínica adquiridos, que guiaran a los participantes a un modo de inclusión y de reciprocidad de ambas partes, y no sólo como un informante de su vida. Así, uno de los planteamientos más relacionados es el impulsado por Orlando Fals Borda acerca de lo que él reconoce como Investigación Acción Participativa (IAP), concepto que utiliza principalmente en sus estudios con comunidades para impulsar la justicia social y el activismo político en la década de 1970, sin embargo, más recientemente la IAP impulsa a *reflexionar sobre la acción*, es decir, “pensar sobre nuestro trabajo con atención y detenimiento a lo largo del proceso de investigación, con una mirada crítica, para comprenderlo bien y para identificar las oportunidades o dificultades y actuar en consecuencia” (Zapata y Rondán, 2016, p. 9). Borda (2014) refiere que

Se diferenciaba así esta técnica de las anteriores en que se reconocía a las masas populares un papel protagonista, con la consiguiente disminución del papel del intelectual-observador como monopolizador o controlador de la información científica (p. 218).

La información obtenida a partir de este entendimiento es presentada como segmentos de transcripción en la tabla 13.

Tabla 13

Logros, recursos y aprendizajes referidos por el participante relacionados al TDAH

Participante	Segmento de transcripción
Participante 1	<p><i>O sea, porque ya, obviamente ya sé de cosas que tengo que hacer, no sé, pues ya estrategias y cosas que si me hubieran dicho en ese momento todo hubiera sido muy distinto.</i></p> <hr/> <p><i>No sé si sabría cómo explicarlo, pero en ese sentido, o sea, el cambio es ese, ya sé qué es y no me siento mal, hasta me gusta porque me da ventajas en algunas cosas jaja.</i></p>
Participante 2	<p><i>Estoy bien, o sea, me gusta mucho porque he aceptado cómo se llevan los procesos y como por experiencias... aparte también aun así de seguro hubiera cambiado de carrera tantas veces, no?</i></p>
Participante 3	<p><i>He podido desarrollar... eh... lo que yo llamo este... o bueno, lo que se conoce como mecanismos compensatorios que son pues cosas que me ayudan a no perder ahora sí, que el hilo las cosas, no? Cosas importantes, responsabilidades, obligaciones, cosas que hacer, pues yo he ido... por ejemplo, la que más me ha servido es tener una agenda, no? Donde voy anotando todos mis pendientes y cualquier cosa que me surja o que tenga que hacer, sé que se me va a olvidar, no? Uno ya sabe que se le olvida y lo anota, o sea yo lo anoto.</i></p> <hr/> <p><i>Y digo “ah okey”, ya tengo que hacer y pongo recordatorios, no? De que “recuérdame en tanto tiempo” y ya me recordaba y ya lo hacía y eso me ha ayudado muchísimo, muchísimo, que las cosas no se me fueran porque si no estoy seguro de que sí se me iría todo, todo, todo.</i></p> <hr/> <p><i>Me agunto. Pero ese tipo de cosas son las que he desarrollado, que me llevan, me hacen llevar a mí mejor las cosas, cuestiones... las cuestiones sociales en cuanto a relaciones humanas nunca se me han hecho difíciles.</i></p> <hr/> <p><i>Y la terapia me ha ayudado mucho.</i></p> <hr/> <p><i>Ajá. Y ahora la idea que tengo del diagnóstico... es algo que yo ya aprendí a compensar, por así decirlo, no a superar, no a olvidar, a compensar este... Con estrategias que como las que te comento que me han ayudado.</i></p> <hr/> <p><i>No, actualmente siento que ya no necesito y estoy bien sin tomar medicamentos para el TDA.</i></p> <hr/> <p><i>Cuando las empecé a hacer descubrí que ya no necesitaba tanto el medicamento, que ya podía llevar estas situaciones de la vida cotidiana sin necesidad de medicarme.</i></p>
Participante 4	<p><i>Pues no, siento que, creo que no hubo realmente cambios. Bueno, de los demás. Solamente el cambio más grande que vi fue propio, porque ahora pues sí, me entendía más y todo eso.</i></p>

Así que era mejor intentar controlarla o sacarle provecho a algunas características. Y pues así lo hice, fue más como esa pequeña motivación de que podía sacarle provecho y, recuerdo mucho que una... no era psicóloga, pero sí una terapeuta con la que probé, me mostró las ventajas, por así decirlo, del TDAH.

Así que a raíz de eso, pues me empecé más a concentrar en ello en la atención dirigida, por ejemplo, en lugar de intentar enfocarme en una cosa, sí, este pude más verlo como un juego, en el cual este... Si escuchaba muchas cosas y eso este... Me decía de “okey, vamos a ponerle atención a esto, pero uy me distrajo esto, pero ahorita no, no tiene mucho tiempo de eso”.

Entonces cada vez que me sentía mal o algo así, tomaba el medicamento y me comí un dulce. Así que poco poco fui cambiando esto y ahora cada que me siento mal o cosas así me como un dulce para tranquilizarme jaja.

Entonces eso, y también porque entendí que ya había ido muchas veces a terapia, ya había recibido un montón de consejos, de cosas así, entonces para solucionar lo que tenía o lo que tengo entendí que solamente debía hacerlo, bueno que quedaba hacer un cambio yo. Cambiar las cosas que yo no quería de mí o de esta situación.

O no, no necesariamente tiene que ser malo. Y este... Y el vivir con ello o incluso las terapias, pues eso, siento que es mejor el encontrar la forma de cómo manejar este, pues de cosas y de cómo poder sacarles un buen provecho.

Participante 5

¿Por qué no voy a poder? Claro que puedo, claro que estoy decidido, claro que lo voy a lograr. Ya posteriormente, bueno, actualmente entendí que no está mal, y... ahorita aunque no esté tomando nada, estoy abierto totalmente a volver a llevar un tratamiento para mejorar.

Sí, sí, sí. Ahorita pues sí estoy en terapia, porque hace aproximadamente 6 meses, igual me dijeron “no, pues sí sigues con el TDA”. Entonces sí, sí. Justamente como que me estoy como en ese proceso de priorizarme a mí y mejorar íntegramente.

Y se busque en pro de la persona, se busque mejorar la persona, que tenga una mejor calidad de vida, que pueda desarrollar su... desarrollar sus actividades de en una manera más eficiente. Entonces no es algo que tenga cura, pero es algo que se puede tratar, ya no solo sobrellevar.

Sino es algo que se puede, incluso en ocasiones se puede usar a favor, ya no sólo como una desventaja, sino que se puede usar como una herramienta para hacer otras actividades.

Y que más que aferrarme a lo negativo, me aferro a las cosas positivas que me han enseñado a ser mejor persona.

Como ya se mencionó, fue importante destacar entre los participantes algunas de las formas y estrategias de afrontamiento que ellos realizan o decidieron comenzar a realizar en algún momento de su vida, las cuales los proveen de nuevas maneras de “sobrellevar” el diagnóstico con el que han vivido gran parte de su ciclo vital. Las preguntas realizadas con las que se obtuvieron dichas respuestas y segmentos de transcripción se plantearon con el fin de dar un sentido participativo y con capacidad de cambio a las personas entrevistadas.

Discusión

La manera en que se ha abordado el estudio de los trastornos psicológicos a lo largo del tiempo y en épocas recientes, muestra un claro avance sobre todo al hablar de un tratamiento farmacológico o, en menor medida, de una intervención psicológica, sin embargo, son pocos los datos que permiten visualizar a profundidad el contexto en el que las personas con este diagnóstico se encontraban. Así, considerando que diversos autores (Capano y Ubach, 2013; Jorge y González, 2017; Gallego et al., 2019) retoman el papel de la familia como principal fuente de socialización, resulta valioso considerar que en las personas rodeadas de una variable con una atribución en su mayoría negativa, como lo es un diagnóstico a corta edad, sus experiencias y memorias podrían tener una raíz social mucho más amplia, en donde es imperativa la participación de los padres y/o cuidadores principales y otras personas adultas como maestros y profesionales de la salud mental.

De manera que, el interés principal de este proyecto fue identificar los estilos educativos parentales y algunos aspectos del contexto familiar mediante la narrativa del participante, con la finalidad de otorgar un entendimiento distinto acerca del TDAH, profundizando en la forma en que estas personas veían el mundo siendo niños y de qué manera ha ido cambiando en diversas etapas de su vida.

Por medio de entrevistas, se obtuvieron algunas categorías en donde es posible evidenciar, a través de sus palabras, que los participantes comparten similitudes acerca del estilo educativo parental percibido durante la niñez antes y durante el proceso diagnóstico, destacando dos de los cuatro estilos propuestos por Maccoby y Martin (1983), el estilo Autoritario-reciproco: especifica que existe más control y más afecto (Tabla 3) y el estilo Autoritario-represivo: especifica que existe más control y menos afecto (Tabla 4). En donde “el afecto tiene como principal componente la frecuencia y calidad de respuestas hacia los hijos expresadas en términos de cariño, diálogo, preocupación, contención, cercanía, calidez y

apoyo; y el control incluye todas aquellas prácticas de demandas hacia los hijos en calidad de puesta de límites, prohibiciones, castigos, disciplina y firmeza” (Maccoby y Martin, 1983).

- Estilo Autoritario-reciproco (Tabla 3):

“Ellos siempre nos decían que éramos niños, que las cosas iban a su tiempo y que ahorita, bueno en ese momento solo teníamos que estar más concentrados en la escuela y pues jugar”

(Participante 4, 15 de diciembre de 2023).

“Cuando me portaba bien, cuando me portaba mal la cosa cambiaba, no? Te digo, ellos no dudaban en poner disciplina, en golpes y en prohibiciones, en gritos” (Participante 3, 7 de diciembre de 2023).

“No era que pudiéramos hacer todo lo que quisiéramos, no? O sea, por ejemplo mi mamá si nos decía que no podíamos salir de la casa a menos que nos avisaran y que todos sepamos dónde estamos” (Participante 1, 17 de octubre de 2023).

- Estilo Autoritario-represivo (Tabla 4):

“Casi nunca he pedido ayuda y en cuestión sentimentales, porque también eso es algo que aprendí precisamente del de aquí, de la familia, a pesar de que nos sintamos mal y todo eso, siempre se intenta resolver todo eso solo” (Participante 3, 7 de diciembre de 2023).

“Nunca fue como que en este sentido, en cuanto a las emociones pues tampoco hemos sido como de mucho de hablar de cómo nos sentimos, y así siempre ha sido” (Participante 1, 17 de octubre de 2023).

“A mí me hacía sentir mal verles molestos o que anduvieran distantes, mi mamá, eso sí, sí me hacía la ley del hielo, eso pues está muy mal, no? Pero pues sí, de repente no me hablaba”
(Participante 2, 15 de noviembre de 2023).

Al mismo tiempo, es posible encontrar experiencias que forman parte del contexto familiar y que, aunados a los segmentos anteriores, amplían la perspectiva acerca de los modos de vida de los participantes durante su niñez sobre todo en su relación con otros miembros de la familia, y en los que también se encontraron similitudes entre participantes.

- Código *Interés por el cuidado de los hijos* (Tabla 5): Descripción de acciones que llevan los cuidadores principales bajo situaciones específicas que sustentan el bienestar emocional y físico de los niños.

“Nunca me costó hablar con la gente y sobre todo con mis papás, sea la situación que sea, ¿no? Estemos en el humor que estemos, yo se los intentaba decir porque ellos desde chiquito me enseñaron que eso era más importante, ¿no? Entonces lo hacía, lo hacía o incluso cuando había dificultades como de mi persona” (Participante 3, 7 de diciembre de 2023).

“Como de “estás bien, no tienes frío, acuéstate un ratito, duérmete un ratito, vienes cansado”, así era más con mis abuelos” (Participante 5, 14 de diciembre de 2023).

“Sabía manejarme y sabía ponerme límites, sabía enseñarme orden porque pues sí perdía mucho las cosas, las sigo perdiendo, entonces como ciertas rutinas de hábitos, creo que mi

papá sí estuvo más presente en eso, mi mamá es lo contrario, uy no, es muy dispersa”

(Participante 2, 15 de noviembre de 2023).

- Código *Tiempo de calidad* (Tabla): Espacio dedicado específicamente a hablar con los niños, jugar con ellos, participar en actividades juntos y conocer sus intereses.

“Ajá. Pues en mi casa siempre era estar juntos un rato, jugábamos o salíamos a un parque, o salíamos a la plaza, salíamos al cine, salíamos a... si trataban siempre mis papás de llevarnos así a algún lugar. Los fines de semana pues salíamos y todo” (Participante 1, 17 de octubre de 2023).

“Sí, siempre hemos tenido mucha plática y los juegos cuando estaba pequeño, sobre todo con mi abuelito, él con él, bueno, él me enseñó a jugar varias cosas” (Participante 4, 15 de diciembre de 2023).

“Ajá y los fines de semana, regularmente el sábado, íbamos a visitar a mi abuela de por parte de mi papá y los domingos salíamos a algún lado a alguna plaza, algún parque, lo que sea” (Participante 2, 15 de noviembre de 2023).

Como ya se dijo, los segmentos de transcripción antes descritos permiten observar la dinámica familiar de algunos participantes, quienes hablan sobre algunas de las acciones de sus padres u otros cuidadores en casa, sobre todo de qué manera ellos recuerdan ser cuidados y los momentos en que podían pasar tiempo con sus padres, precisando que éstos trabajaban la mayor parte del día, dejando espacio sólo para revisión de tareas escolares u obligaciones en casa o la escuela. Por tal motivo, durante la

codificación fue necesario resaltar estas descripciones mediante los códigos: Dinámica sin padres (Tabla 6) y Crianza compartida (Tabla 7).

- Código *Dinámica sin padres*: Descripciones sobre los momentos en los que el niño realizaba actividades cotidianas (ir a la escuela, estar en casa, comer, jugar, etc.) con otros miembros de la familia, mayoritariamente mientras los padres trabajaban.

“Trabajaban prácticamente todo el día, como vivíamos lejos de donde trabajaban los veíamos solo en la noche, entonces prácticamente estaba con mi mamá y nos cuidaba mi tía”

(Participante 1, 17 de octubre de 2023).

“En cuanto a cuidados cotidianos, mi abuelita, porque mis papás bueno, trabajaban todo el día en ese entonces. Y sí los veía, pero pues solo en las mañanas y en las noches, todo el día era estar con mi abue” (Participante 3, 7 de diciembre de 2023).

“Siempre fui cuidado más por mis abuelitos. Mi tía también trabajaba, y mi tío estaba en la universidad según recuerdo, entonces sí, fui más cuidado por ellos, ellos iban por mí y por mi hermana a la escuela, al llegar pues me parece que siempre era llegar, comer, hacer tareas o simplemente jugar con mi hermana” (Participante 4, 15 de diciembre de 2023).

“Porque siempre que necesitaba algo, estaban ahí porque... y no es por demeritar a mis papás, sino que pues no, no estaban tan presentes” (Participante 5, 14 de diciembre de 2023).

- Código *Crianza compartida*: Acciones realizadas por varios miembros de la familia hacia los niños para el cumplimiento de tareas, reglas y obligaciones. Dichas acciones van desde castigos, pláticas, castigos físicos y decisiones sobre las actividades de los niños (tareas, actividades extracurriculares, tiempo de ocio, tiempo de estudio y relacionadas al diagnóstico).

“La mayor parte de las veces era mi mamá o pues mi... Ajá, mi abue, si había que firmar y no se podía porque mi mamá no estaba, pues mi abue iba y ya mi mamá revisaba” (Participante 3, 7 de diciembre de 2023).

“Básicamente entre todos nos hemos apoyado siempre en eso, entonces mi madre era quien proveía, por así decirlo, un poco más económicamente. Pero quien se encargaba de cuidarme era mi demás familia” (Participante 4, 15 de diciembre de 2023).

“Con mis papás era más como de cumplir con la escuela, cumplir con tus actividades y mis abuelos eran como la parte más relajada” (Participante 5, 14 de diciembre de 2023).

En última instancia, relacionado a las preguntas de reflexión realizadas a los participantes acerca de su actual pensamiento sobre el TDAH y en los que ellos mantienen en su discurso algunos de los aprendizajes más significativos adquiridos a lo largo de su vida adolescente y adulta, es conveniente plasmar aquí que cada una de las personas entrevistadas, de acuerdo con su perspectiva, se consideran individuos activos y con capacidades de cambio tanto individualmente como en la forma de relacionarse con otras personas, traspasando así ideologías ligadas a la identidad de “enfermo” o de “persona problemática”. De la misma forma, este proyecto rompe, a partir de esta misma narrativa de

algunos participantes, con el incesante intento de mantener en un bajo perfil los pensamientos y deseos de los niños o niñas.

“En general me sentí bastante bien, ahora sí que eran temas que definitivamente no tocaba hace tiempo. No los veo con dolor ni con resentimiento, o sea, es algo que bueno o malo me trajo donde estoy ahora” (Participante 5, 14 de diciembre de 2023).

“Este, pues sí, me sentí relajado y siento que fue... es... bonito, por así decirlo, el que alguien se haya sentido como interesado en cómo se vive el proceso. Entonces, sí, nunca me había topado con alguien así, que tuviera mucho como tal ese interés. Y también no sé realmente si ha habido como tal esos intereses en cómo lo, o cómo se vive el cambio, o bueno, el diagnóstico a temprana edad. Eso me parece que es interesante y me agradó” (Participante 4, 15 de diciembre de 2023).

En definitiva, considero que es importante mencionar que toda la información dada por los participantes hacia este proyecto personalmente logra enriquecer mis conocimientos y, en mayor medida, mi experiencia como psicóloga e investigadora sin dejar de lado el rol que cumplo como persona, entendiendo que las vivencias y memorias que aquí fueron plasmadas son significativas y forman parte de la historia de vida que decidieron compartir. Así mismo, resulta notable reflexionar que los temas abordados no pretenden realizar una crítica hacia la forma en la que padres y familiares llevaron a cabo sus actividades de crianza o de cuidados en el hogar, si no que el interés hacia estos temas más bien se encuentra dirigido a lo que las personas, éstas siendo niños, sintieron y pensaron acerca del diagnóstico del TDAH y que en su momento no fue posible hablar con alguien, intentando, en última instancia, visibilizar una identidad diferente a la establecida sobre una base psiquiátrica de “niño problemático” o “niño con TDAH”.

Conclusiones

Se concluye que, con el objetivo de identificar los Estilos educativos parentales hay una preponderancia hacia el estilo Autoritario-reciproco y el estilo Autoritario-represivo, representados en su mayoría por acciones como castigos y firmeza con los hijos, y cercanía y calidez de los padres. Como parte del discurso de los participantes, esta categoría se pudo identificar por el apoyo para el cumplimiento de tareas escolares y en aspectos de soporte emocional ante problemas de la vida cotidiana; sin embargo también fue representado por momentos de poco involucramiento afectivo y más exigencia en el ámbito escolar o en conductas “buenas” representadas en comportamientos “tranquilos” y no problemáticos en cualquier ámbito social.

Por su parte, en el Contexto familiar sobresalen elementos como una Dinámica familiar sin padres y la Crianza compartida entre padres, abuelos y tíos, así como el interés marcado hacia el Cuidado de los hijos y el Tiempo de calidad entre el niño o niña y los cuidadores y hermanos. Las subcategorías obtenidas representan gran parte del discurso de los participantes, ya que la mayoría de ellos refirió ser cuidados por otras personas diferentes a sus padres, lo que llevaba a compartir, forzosamente, la forma en que se realizaba la crianza de los niños y niñas. Es aquí donde existe una complementariedad entre ambas categorías principales, ya que el contexto familiar de todas las personas entrevistadas no estuvo conformado sólo por padres e hijos, si no que existía también la presencia de otros, lo que en última instancia pudo haber engrandecido las conductas tomadas como síntomas para el diagnóstico del TDAH específicamente.

Como uno de los primeros alcances de esta tesis es que los participantes presentan una serie de similitudes en su discurso al recordar la etapa de su niñez y en donde el único aspecto en que convergen es el diagnóstico de TDAH a una edad temprana, que va desde los 5 años y se extiende, según ellos, para toda la vida. En segundo lugar, el que hayan surgido las denominadas Categorías

emergentes supone un aporte aun mayor en el intento de profundizar en la historia de vida de los participantes en una etapa crucial como lo es la niñez aunada al diagnóstico de TDAH, reconociendo así temas relevantes que los entrevistados consideraron añadir a su discurso, y que en definitiva influyeron significativamente en ellos. Así, más allá de intentar resumir las diferencias y proximidades de las personas entrevistadas, el presente proyecto logra reunir algunas de las memorias que se tienen sobre cómo un niño o niña percibe su vida familiar bajo un proceso que resulta sumamente difícil de sobrellevar: el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, ya que éste al ser un diagnóstico que necesariamente implica a otras personas para referir comportamientos que son tomados como síntomas, minimiza el involucramiento de la persona, llenándola de cuestionamientos y miedos sobre su capacidad de cambio.

Sin embargo, dentro de las limitaciones más importantes es el número de participantes incluidos, por lo que se podría considerar necesario realizar otra investigación a fin de ampliar los datos obtenidos con las memorias y perspectivas de otras personas; así como intentar profundizar acerca de la influencia de una dinámica sin padres para el diagnóstico del TDAH, siendo este uno de los datos que más se repite en el discurso de los participantes. Del mismo modo la poca variabilidad de la edad de los participantes supone que en investigaciones futuras podría considerarse la inclusión de personas más grandes (mayores de 30 años, por ejemplo), dada la diferencia generacional.

Referencias

- Alexander, F. G. y Selesnick, S. T. (1970). *Historia de la Psiquiatría. Una evaluación del Pensamiento Psiquiátrico desde los Tiempos Prehistóricos hasta Nuestros Días*. Editorial Espaxs.
- Álvarez, N. (2001). Capítulo 6: La Construcción del Psicodiagnóstico en la Infancia. *Abreletras psicodiagnóstico*, 4, 86-98. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/15934>
- Amado, J. A. (2020). *Regeneración ecológica de los vínculos en un caso diagnosticado con TDAH* [Tesis doctoral, Universidad Santo Tomás].
<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/29957/2020jytteamado.pdf?sequ>
- American Psychological Association. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Medica Panamericana.
- Bastias, F., Cañadas, B. y Avendaño, P. A. (2017). Perspectivas sobre el estudio de la memoria: sus comienzos y su actualidad. *Revista de Psicología:(Universidad de Antioquía)*, 9(1), 93-104.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6229089.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados*. Ediciones Paidós.
- Bonilla, M. A. y López, A. D. (2016). Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. *Cinta moebio*, 57, 305-315. <https://www.scielo.cl/pdf/cmoebio/n57/art06.pdf>
- Borda, O. F. (2014). Ciencia, compromiso y cambio social. *Orlando Fals Borda. Antología. Buenos Aires: El Colectivo–Lanzas y Letras–Extensión Libros*.
- Calderón, G. (2008). *Las enfermedades mentales en México*. Trillas.
- Capano, A. y Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias psicológicas*, 7(1), 83-95. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v7n1/v7n1a08.pdf>

- Centeno, H. (2009). Estabilidad de la personalidad y factores familiares. En Ríos, J. A. (Dir.), *Personalidad, madurez humana y contexto familiar*, (757-778). Editorial CCS.
- Cochrane, R. (1991). La creación social de la enfermedad mental. Ediciones Nueva Visión SAIC.
- Cosgrove, L., Krinsky, S., Wheeler, E. E., Kaitz, J., Greenspan, S. B., & DiPentima, N. L. (2014). Tripartite conflicts of interest and high stakes patent extensions in the DSM-5. [Conflictos de intereses tripartitos. Ampliación de criterios diagnósticos en el DSM-5 y prolongación de patentes. Trad. López, N. J. y García, C.]. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(2), 106-113. <https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/feb2014/p2014198/>
- De la Espriella, R. y Gómez, C. (2020). Teoría Fundamentada. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(2), 127-133. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v49n2/0034-7450-rcp-49-02-127.pdf>
- De La Iglesia, G., Ongarato, P., y Fernández, M. (2011). Evaluación de estilos parentales percibidos: Un breve recorrido histórico. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, 40-43. <https://www.aacademica.org/000-052/917.pdf>
- Esperón, C. S. y Suárez, A. D. (2007). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH*. Ediciones Médica Panamericana.
- Fernández, M. A., Morillo, M. D., Gilibert, N., Carvalho, C. y Bello, S. (2020). Herramientas tecnológicas del diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Medicina (Buenos Aires)*, 80, 67-71. <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v80s2/v80s2a15.pdf>
- Flick, U. (2007). *El diseño de Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata S. L.

- Folgar, M. (2016). El niño hiperactivo y las polémicas entorno al diagnóstico y tratamiento del TDAH. *Innovación educativa*, (26). 181-200.
- Foucault, M. (2016). *Enfermedad mental y psicología*. Editorial Paidós.
- Fried, D. y Fuks, S. (1994). Modelo sistémico y psicología comunitaria. *Psykhe*, 3(1), 65-71.
<https://redae.uc.cl/index.php/psykhe/article/download/20141/16649/>
- Galaz, M. M. F.; Ayala, M. D. L. C. y Coronado, E. A. G. (2009). Desarrollo y validación de la Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños en una muestra mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(28), 45-66.
- García, J. M. (2005). La forma narrativa de la memoria colectiva. *Polis: Investigación y análisis sociopolítico y psicosocial*, 1(1), 9-30. <https://www.redalyc.org/pdf/726/72610102.pdf>
- Garibay, S. (2013). *Enfoque sistémico. Una introducción a la psicoterapia familiar*. (2ª ed.). Editorial El Manual Moderno.
- Gallego, A. M., Pino, J. W., Álvarez, M. M., Vargas, E. D., y Correa, L. V. (2019). La dinámica familiar y estilos de crianza: pilares fundamentales en la dimensión socioafectiva. *Hallazgos*, 16(32), 131-150. <https://doi.org/10.15332/2422409X.5093>
- Gibbs, G. (2007). *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata.
- Granja, C. J. (2009). Contar y clasificar la infancia. Las categorías de la escolarización en las escuelas primarias de la Ciudad de México 1870-1930. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 14(40), 217-254. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v14n40/v14n40a11.pdf>
- Grau, M. D. (2007). *Análisis del contexto familiar en niños con TDAH* [Tesis Doctoral, Universidad de Valencia]. <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/15397/grau.pdf?sequence=1>

Gomila, M. V. (2008). *Psicodiagnóstico clínico infantil*. Edicions Universitat Barcelona.

<http://www.publicacions.ub.es/refs/indices/06912.pdf?iframe=true&width=90%&height=90%>

Hernández, R. M. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la Teoría Fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas*, 23, 187-210.

http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/23/Mis_5.pdf

Joffre, V.M., García, G. y Joffre, L. (2007). Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad de la infancia a la vida adulta. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(4), 176-181.

<https://www.redalyc.org/pdf/507/50712865005.pdf>

Jorge, E. y González, C. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes Psicológicos*, 17(2), 39-66. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a02>

Keeney, B. P. (1983). *Estética del cambio*. Paidós.

Mayor, J. y García, R. (2011). Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) Revisión ¿Hacia dónde vamos ahora? *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la infancia y adolescencia.*, 22(2), 144-154.

https://www.sopnia.com/wpcontent/uploads/2021/06/Revista%20SOPNIA_201108.pdf#page=3

[4](#)

MAXQDA. (2024). *CAQDAS: ¿Qué es el análisis cualitativo asistido por computadora?*

<https://www.maxqda.com/es/analisis-cualitativo-asistido-por-computadora-caqdas>

Molina-Torres, J., Orgilés, M., y Servera, M. (2022). El TDAH en la etapa preescolar: Una revisión narrativa. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(3), 1-9.

10.21134/rpcna.2022.09.3.5

- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de psicoterapia*, 89(13), 5-50.
- Muñoz, A. (2005). La familia como contexto de desarrollo infantil: dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. *Portularia*, 5(2), 147-163.
[https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/505/b1518923.pdf?sequence=1?](https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/505/b1518923.pdf?sequence=1)
- Murillo, A., Priegue, D. y Cambeiro, Ma. Del Carmen. (2015). Una aproximación a los estilos educativos parentales como prácticas socializadoras. *Revista de estudios e investigación en Psicología y Educación, Extr.*(5), 1-5. DOI: 10.17979/reipe.2015.0.05.274
- Navarro, M. I. y García, D. A. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de historia de la Psicología*, 31(4), 23-36.
- Quintero, J. y Castaño de la Mota, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral*, 18(9), 600-606.
<https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf#page=12>
- Parada, J. L. (2010). La educación familiar en la familia del pasado, presente y futuro. *Educatio Siglo XXI*, 28(1), 17-40. <https://revistas.um.es/educatio/article/view/109711/104401>
- Peña, J. A. y Montiel-Nava, C. (2003). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad? *Revista de neurología*, 36(2), 173-179.
https://scholarworks.utrgv.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1071&context=psy_fac
- Pizarro, G. C. y Roizblatt, S. A. (2022). Un enfoque sistémico familiar para el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Chile, 2018). *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 68(4). 223-233.

- Ríos, A. M. (2008). Locura y encierro psiquiátrico en México: el caso del Manicomio La Castañeda, 1910. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (6), 73-90.
<http://www.scielo.org.co/pdf/antpo/n6/n6a05.pdf>
- Ríos, A. M. (2009). La locura en el México posrevolucionario. El Manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920-1944. *Boletín de información del Instituto de Investigaciones Históricas*, 84, 28-35.
- Ríos, A. M. (2016). *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e Higiene mental en México, 1934-1950*. Siglo veintiuno editores.
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. *Cuicuilco*, (52), 39-49. <https://www.scielo.org.mx/pdf/cuicui/v18n52/v18n52a4.pdf>
- Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Alianza Editorial.
- Rodríguez, G., Triana, B. y Hernández, M. M. (2005). La experiencia familiar y la atribución de roles parentales. *Psicothema*, 17(3), 363-369. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72717301.pdf>
- Rusca, F. y Cortez, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Rev Neuropsiquiatr*, 83(3), 148-156.
10.20453/rnp.v83i3.3794
- Sacristán, C. (2022). La medicalización de la locura en la ciudad de México. De la secularización de los hospitales para dementes al cierre del Manicomio General, 1861-1968. En A. R. Molina y M. R. Honorato (Coords), *De manicomios a instituciones psiquiátricas: experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX*, 275-316.
https://historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/783_05_06_medicalizacion.pdf

- San Pedro, G. (2010). *Diseño y validación de un modelo de evaluación por competencias en la universidad* [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona].
- Sorribes, S., y García, F. J. (1996). *Los estilos disciplinarios paternos*.
- Szasz, T. (1973). *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu Editores.
- Urías, B. (2004). Degeneracionismo e higiene mental en el México posrevolucionario (1920-1940). *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 4(2), 37-67.
- Uribe, M. y Escobar, J. M. (2014). El modelo biopsicosocial: retos para su vigencia. En M. Uribe y J. M. Escobar (Eds.), *Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial* (pp. 19-32). Ediciones Uniandes.
- Isaza, L. (2012). El contexto familiar: un factor determinante en el desarrollo social de los niños y las niñas. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis*, 12(23). 1-6.
<https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/download/332/305>
- Vázquez, F. (2001). *La memoria como acción social. Relaciones, significados e imaginario*. Paidós Ibérica.
- Vázquez, N. (2016). *Evaluación de la efectividad de un programa comunitario de parentalidad positiva. Perspectiva desde los determinantes sociales de la salud* [Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona]. <http://hdl.handle.net/2445/98629>
- Vega, S. B. (2017). *Participación de los diferentes agentes educativos en el proceso de aprendizaje del niño en preescolar desde su contexto familiar y escolar. Una perspectiva desde el Trabajo Social* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México].
<http://132.248.9.195/ptd2017/enero/0754727/Index.html>

- Vicencio, D. (2014). *Operación Castañeda: un intento de reforma asistencial de la psiquiatría en México, 1940-1968* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México].
<http://132.248.9.195/ptd2014/mayo/0712614/Index.html>
- Whitaker, R. (2008). Desinstitucionalización y neurolépticos: el mito y la realidad. En Alanen, González De Chávez, Silver y Martindale (Eds.), *ABORDAJES PSICOTERAPÉUTICOS DE LAS PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICAS: Historia, desarrollo y perspectivas* (pp. 11-425).
Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
- Whitaker, R. (2011). *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Editorial Capitán Swing Libros.
- White, M. (2004). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Gedisa Editorial.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
<http://enriqueespejel.com/uploads/6/4/9/7/64973179/medios-narrativos-para-fines-terapeuticos2.pdf>
- Zapata, F. y Rondán, V. (2016). La investigación-acción participativa.
https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pa00n1qh.pdf
- Zoya, P. G. (2010). La medicalización como estrategia biopolítica. *A Parte Rei: revista de filosofía*, 70(5), 1-27.

Apéndices

Apéndice A

Guion para entrevista

Introducción

La siguiente entrevista forma parte del proyecto de tesis titulado “Estilos educativos parentales y contexto familiar de adultos diagnosticados con TDAH durante la niñez”, y tiene por objetivo conocer sus experiencias y recuerdos respecto al diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) vivido en su infancia, principalmente en cómo fue su contexto familiar y la relación con sus padres antes y durante este acontecimiento, así como en la relevancia de otros de sus ambientes sociales cercanos a usted y su familia. Ésta se encuentra estructurada por medio de algunas ideas generales que se irán abordando a lo largo de la conversación, y que aunado a otras entrevistas pretende identificar diversos aspectos sociales relacionados al diagnóstico infantil.

Es importante mencionar que todos los datos grabados y transcritos serán manipulados para fines de este proyecto y la información es completamente confidencial con base en lo estipulado en el consentimiento informado.

Tabla 14*Categorías del proyecto y temas relacionados que se abordarán en la entrevista*

CATEGORÍAS	TEMÁTICAS
Contexto familiar	<p data-bbox="773 359 1049 390">Estilo de vida en casa</p> <ul data-bbox="870 401 1349 1020" style="list-style-type: none"> - ¿Qué es lo que recuerda de su infancia? Por ejemplo, a los 7 años. - Con quiénes vivía - Quién cubría sus necesidades (vestimenta, comida) - Descripción sobre cómo era la relación entre él y su familia, y entre sus familiares (hermanos, tíos, abuelos, padres). - Descripciones sobre sus actividades en casa (por ej. tareas, lavarse los dientes, bañarse). - Cómo se sentía respecto a la dinámica familiar. <p data-bbox="773 1031 1349 1188">Memorias sobre el diagnóstico (edad, cómo pasó, por quién, hubo cambios después de eso/cuáles, actividades diferentes en casa o la escuela).</p>
Estilos educativos parentales	<p data-bbox="773 1199 1333 1272">Descripción específicamente sobre la relación con sus padres/cuidadores (control)</p> <ul data-bbox="870 1283 1349 1734" style="list-style-type: none"> - Tiempo de calidad y actividades que realizaban juntos por semana - Tipo y grado de comunicación (hablaban mucho o poco/cada cuanto) - Reglas y obligaciones (castigos o premios por calificaciones escolares/tareas domésticas). - Interés por sus actividades (por ej. Tareas escolares, salidas con amigos) <p data-bbox="773 1745 1325 1818">Descripción específicamente sobre la relación con sus padres/cuidadores (afecto)</p> <ul data-bbox="870 1829 1349 1906" style="list-style-type: none"> - ¿Qué ocurría si usted estaba triste, enojado o con miedo?

-
- ¿Si necesitaba ayuda de algún tipo a quién la solicitaba? ¿Por qué?
 - Puede decirme cuál es su opinión respecto a cómo era el trato de sus padres hacia usted cuando era pequeño (le gustaba/no/por qué, hubiera querido algo diferente/por qué/de qué forma).

Nota. Tabla de elaboración propia con base en el artículo “La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico” (Robles, 2011, p. 42).



**Universidad Nacional
Autónoma de México
Facultad de Estudios
Superiores Zaragoza**



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del proyecto de tesis titulado *Estilos educativos parentales y contexto familiar de adultos diagnosticados con TDAH durante la niñez*, realizado por Fernanda Mishell García Hernández para fines meramente académicos y de investigación y con el objetivo de concluir la Licenciatura de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, se llevará a cabo la recopilación de algunas de las memorias sobre su historia de vida durante la niñez enfocadas principalmente hacia el diagnóstico de TDAH dado durante ese periodo.

El objetivo de dicho proyecto es identificar algunos elementos del contexto familiar relacionados al diagnóstico de TDAH. Esto con la finalidad de ampliar la perspectiva y experiencia del diagnóstico durante la niñez desde un enfoque social.

A partir de la información anterior se solicita el consentimiento para recolectar información de historia de vida a través de una entrevista bajo los siguientes términos:

Esta entrevista:

- Tendrá una duración estimada de 60 minutos, con posibilidad de una segunda sesión para confirmar datos, ampliar la información de ser necesario o concluir.
- Será grabada y transcrita textualmente con la intención de capturar la esencia de la historia contada.
- La información obtenida será utilizada sólo con fines académicos y de investigación.
- La información (grabada y transcrita) será compartida con el entrevistado.
- Será incluida en un material académico después de la aprobación del entrevistado.

Se garantiza:

- El anonimato del entrevistado (algunos datos serán modificados o censurados con el fin de mantener el anonimato de los involucrados en las historias).
- Manejo confidencial de la información proporcionada.
- Que, en caso de no querer continuar con la entrevista podrá retirarse, dar por concluida su participación y que toda la información proporcionada no será empleada para ningún propósito ajeno a este proyecto.

Yo _____ autorizo la grabación de mi voz y el uso de mi historia para los fines antes mencionados.

Edad: _____

Nombre completo y firma del entrevistado

Psic. Fernanda M. García Hernández.

Fecha:

Hora de inicio: _____ Hora de término: _____

Apéndice C

Tabla 15

Lista de memos relacionados a la categoría de Estilos educativos parentales

Categoría/Código	Memo
Estilos educativos parentales	Conjunto de actitudes hacia los hijos que les son transmitidas y que en su totalidad crean un clima emocional en el cual se expresan las conductas de los padres (Darling y Steinberg 1993 citado por Capano y Ubach, 2013). Descripciones de acciones realizadas por los padres hacia los hijos para establecer reglas y normas dentro del hogar, encaminadas al cumplimiento de reglas (castigos físicos, prohibiciones, castigos y recompensas).
Autoritario-reciproco	Se desarrolló un modelo en función de dos aspectos fundamentales: el control y el afecto. La afectividad tiene como principal componente la frecuencia y calidad de respuestas hacia los hijos expresadas en términos de cariño, diálogo, preocupación, contención, cercanía, calidez y apoyo.
Autoritario-represivo	El control incluye todas aquellas prácticas de demandas hacia los hijos en calidad de puesta de límites, prohibiciones, castigos, disciplina y firmeza
Permisivo-indulgente	(De La Iglesia, G., Ongarato, P., y Fernández, M., 2011).
Permisivo-negligente	

Nota. Se incluye una descripción teórica y una descripción obtenida a partir de los datos.

Apéndice D

Tabla 16

Lista de memos relacionados a la categoría de Contexto familiar

Código/subcódigos	Memo
Contexto familiar	<p>Espacio psicosocial en el cual obtener, percibir y someter a prueba los componentes particulares de la cultura y las normas sociales que posibilitan su integración en la sociedad y en ella se establece una interacción bidireccional, donde las acciones de unos, y los efectos que tuvieron éstas, intervendrán siempre en las acciones de los otros (Lila, 1994 y Musitu y Cava, 2001 citado en Isaza, 2012).</p> <p>Engloba: con quiénes vivía, hechos que alteraron y/o cambiaron el contexto (mudarse, vivir con otras personas, divorcios), detalles sobre sus familiares, y descripciones sobre su rutina y hábitos.</p>
Dinámica familiar	<p>Entendido como el manejo de interacciones y relaciones de los miembros de la familia que estructuran una determinada organización al grupo para su funcionamiento.</p>
Interés por el cuidado de los hijos	<p>Descripción de acciones que llevan los cuidadores principales bajo situaciones específicas que sustentan el bienestar emocional y físico de los niños.</p>
Interés por actividades de los hijos	<p>Descripción de acciones realizadas por los cuidadores principales para conocer al niño y para ayudarlo en diversas actividades (tareas escolares, aseo personal, alimentación).</p>
Dinámica sin padres	<p>Descripciones sobre los momentos en los que el niño realizaba actividades cotidianas (ir a la escuela, estar en casa, comer, jugar, etc.) con otros miembros de la familia, mayoritariamente mientras los padres trabajaban.</p>
Pensamientos sobre la dinámica familiar	<p>Opiniones que los participantes agregan a su discurso relacionadas con las conductas de sus padres y/o cuidadores en el ambiente familiar.</p>
Crianza compartida	<p>Acciones realizadas por varios miembros de la familia hacia los niños para el cumplimiento de tareas, reglas y obligaciones. Dichas acciones van desde castigos, pláticas, castigos físicos y decisiones sobre las actividades de los niños (tareas, actividades extracurriculares, tiempo de ocio, tiempo de estudio y relacionadas al diagnóstico).</p>
Cambios con el diagnóstico	<p>Cambios en la dinámica familiar a partir del diagnóstico de TDAH, los cuales implican: asistencia psicológica, actividades diferentes por parte de los cuidadores en relación con el estilo de crianza, y el uso de psicofármacos</p>

Roles familiares confusos	Acciones bajo situaciones específicas en las que los roles familiares no eran claros, por ejemplo: cuidar de los hermanos, escuchar quejas de los padres sobre su relación, actuar como un adulto en los problemas familiares.
Tiempo de calidad	Espacio dedicado específicamente a hablar con los niños, jugar con ellos, participar en actividades juntos y conocer sus intereses.

Nota. Se incluye una descripción teórica y una descripción obtenida a partir de los datos.

Apéndice E

Tablas de los códigos restantes para la categoría de Contexto familiar

Tabla 17

Segmentos codificados del código Actividades extracurriculares

Participante	Segmento codificado
Participante 1	<i>No sé. Pero a lo mejor así lo sentía, así como raro y ya después lo entendí y todo, no? Pero sí, como tal así nunca nadie me dijo a mí, pero mi mamá si sabía y por eso te digo que empecé a ir a varias actividades.</i> <i>Extraescolar, y eran tres horas o cuatro horas después de la escuela, entonces prácticamente era regresaba de la casa, de la escuela perdón, dejaba mis cosas, me cambiaba, comía y me iba a mis actividades.</i>
Participante 2	<i>Casi diario entrenaba, me metieron a entrenar voleibol y también los fines de semana hacía otra cosa.</i>
Participante 3	<i>Mi mamá, siempre desde pequeño, siempre me inculcó el deporte, no? De hacer ejercicio, entonces ella me pagaba mi natación, no? y me llevaba y, aunque no quisiera ir.</i>
Participante 4	<i>Por las noches, me parece que como a las 7 más o menos 7 u 8, algo así. Iba a kick boxing, con mi tía.</i>
Participante 5	<i>En ese momento entrené taekwondo, luego entrené soccer y luego básquet, entonces pues era entrenar.</i>

Tabla 18

Segmentos codificados del código Relación fraternal

Participante	Segmento codificado
Participante 1	<i>A lo mejor distante, pero bien, o sea cada quien en su mundo, cada quien hacia su tarea o cada quien se distraía como podía.</i>
Participante 2	<i>Mi hermano, el que me lleva 1 año bueno, al que yo le llevo 1 año, eh... tiene una peculiaridad, es autista y tiene PCI, entonces crecer con una persona así también es un poco... mmm... En los primeros años de vida es muy complicado.</i> <i>Por mi hermano, entonces, al ser una persona con autismo, en ocasiones muchos, muchas cosas tenían que modificarse, o sea, y que teniendo una edad pequeña, tal vez entre los 6 hasta los... tal vez hasta los 13 años sí, era para mí muy molesto, de verdad era, era muy molesto y sí había un rechazo de mi parte y sí, no, no lograba comprender eso, no? O sea, sí entre menos conviviera con él era mejor, yo sí intentaba, de pronto ocurriendo cómo</i>

	<i>podía pasar tiempo con él, qué era lo que le gustaba y cómo podía yo ayudarlo, pero esto se fue dando igual conforme yo iba madurando.</i>
Participante 3	
Participante 4	<i>Con mi hermana, pues, es... supongo que lo diría cualquier hermano, era, bueno, en estos momentos era cosa de jugar.</i>
	<i>Con quien más pasaba tiempo era con mi hermana.</i>
	<i>Ella y yo siempre estábamos jugando... Sí, siempre jugábamos varias cosas, ya sea con muñecos, cosas aquí adentro de la casa.</i>
Participante 5	<i>Eh... Ahora sí que empezando con mi hermana, con mi hermana al principio era como que no, o sea, la quería, pero a veces no la toleraba.</i>
	<i>Y este... Hubo un momento, hubo una etapa en la que definitivamente no me caía nada bien. Actualmente me llevó muy bien con ella. Pero sí antes que había muy poco contacto entre ella y yo.</i>
	<i>Porque ella estaba como en su mundo, yo en el mío. A veces simplemente era como como que tanto yo la iba a molestar como ella me venía a molestar</i>

Tabla 19

Segmentos codificados del código Interés por actividades de los hijos

Participante	Segmento codificado
Participante 1	<i>Sí, a pues revisar tareas o ver cómo estuvo el día y todo.</i>
	<i>sí era decirle a mi mamá, o sea, necesito ir a tal lugar porque en la escuela me dijeron, necesito conseguir esto, necesito esto, o sea en ese sentido sí pero ayuda de otro tipo pues nunca.</i>
Participante 2	<i>mi mamá sí estaba al pendiente de eso, revisaba mis cuadernos, todo, todo, todo en general era quien se encargaba de esa parte. Ya en aspectos, te digo, de formación de hábitos y todo esto, mi papá fue quien lo implementó.</i>
Participante 3	<i>En general me ayudaban mucho con mi tarea, o sea, mucho jaja porque si no lo hacía este... Y era buena, o sea, también ellos este... me cuidaban, no? veían que pues si necesitaba algo que lo tuviera dentro de la medida de lo posible.</i>
	<i>Menos fines de semana, a veces era sentarse y ver qué me habían dejado de tarea y ya pues ellos entre que vigilaban que yo le hiciera y procuraban que yo fuera aprendiendo a hacerla yo solo.</i>
Participante 4	<i>Si se necesitaba para algo, eh cosas como, como de la escuela, llamaban mucho a mandar a llamar a mis padres porque precisamente por cómo era en esos momentos desde el kínder, tuve mucho la cuestión de la hiperactividad, entonces sé que cuando los llamaba, mandaban a llamar y eso ella iba.</i>

En eso de las actividades extraescolares muchas veces este se interesaba bastante por lo que hacía, a dónde nos estaba llevando mi tía... los deportes, siempre que teníamos que buscar algo o eso sí, estaba como tal atenta.

Participante 5

Tabla 20

Segmentos codificados del código Relaciones familiares no nucleares

Participante	Segmento codificado
Participante 1	<i>Y por ejemplo, ya después todo eso cambió porque mi tía se mudó por ahí, ajá, se mudó a la casa, estuvo viviendo un rato en la casa, luego se fue a otra casa, ahí tuvo un hijo, entonces también ahí estuvimos en otra dinámica</i>
Participante 2	<i>De repente se iba a quedar mi tío con mis otros 2 primos, entonces o sea, creo que fue una buena época porque pues era como si tuviera muchos hermanos, entonces pues podíamos jugar muy seguido</i>
Participante 3	<i>Los domingos era mucho de ir a casa de mis abuelitos en Iztapalapa, entonces pues a esa rutina nada más se le agrega que durante la tarde íbamos y regresábamos a eso de las 6-7 ahí a la casa.</i>
Participante 4	
Participante 5	

Tabla 21

Segmentos codificados del código Pensamientos sobre la dinámica familiar-Opiniones sobre las conductas de los padres

Participante	Segmento codificado
Participante 1	
Participante 2	<i>Mi papá fue una... o sea, es una buena relación, sin embargo, a veces sí caía en lo que era muy riguroso de ser estricto, pero yo después entendí que era por el modo en el que él vivió y actualmente lo justifico bastante porque creo que hizo lo mejor que pudo, al igual que mi mamá. Y el modo en el que él me crió, yo se lo agradezco bastante porque sí tengo más relación de crianza yo creo que con mi papá, me enseñó hasta desde muy chica. Él tuvo su crianza, que era muy rigurosa y sí, por lo mismo mi papá exagera en eso, sí. Una cosa va en ese lugar y ahí debe de ir y así, me enseñó a barrer desde que tenía como 8 años 9 y sí, varias cosas así no?, que la verdad es que yo creo que están muy bien para para alguien de esa edad y</i>

	<i>para alguien que de pronto pues sí se dispersa mucho no? Mantener ocupado siempre en algo.</i>
	<i>Mi mamá deja las cosas en un lado y le vale, pueden ahí durar 100 años entonces no, mi mamá no es muy ordenada, entonces no, en ese aspecto sí, no, no creo que mi mamá haya contribuido tanto de ese modo en cuanto a formación.</i>
	<i>De la mano del divorcio y todo eso, y que ellos andaban en sus cosas, la verdad es que sí se olvidaron de mí un poco</i>
	<i>Pues mi mamá igual estaba aprendiendo a cómo crecer, y creo que ahora lo puedo ver de ese modo y en ese entonces... Pues nunca falló en algo, no, nunca me hizo sentir mal, al contrario, creo que siempre me solapó bastantes cosas.</i>
Participante 3	<i>Sí me disciplinaban como tenía que ser, no? A gritos, golpes, que mira en retrospectiva, yo sé que no es la mejor forma, no? De educar a tu hijo, pero vaya, o sea, incluso con eso yo no definiría la relación con mis papás como una de maltrato.</i>
Participante 4	<i>Lo mejor era, pues no tratar de involucrarme mucho con ella, no, o sea, si no tratar de involucrarme o no molestarla como cosas de que “Ah, quiero que vayas conmigo a esto” porque no podía ella hacerlo realmente, aunque quisiera, entonces siempre entendí esa parte de que pues ella hacía lo que podía por nosotros.</i>
	<i>Simplemente lo vi diferente solamente... Solamente era como este... los problemas de los de los adultos era lo que más nos afectaba tanto a mi hermana y a mí, porque, sí, luego eran mucho de decirnos cosas como, como de desahogarse con nosotros.</i>
	<i>Las cosas que pudieran haberme hecho pasar por el proceso de una forma para tranquila por así decirlo, es este... el no... que no hubiese tantos castigos por las actitudes que eran propias del trastorno.</i>
Participante 5	<i>Es como mi momento de estar tranquilo, de no preocuparme por nada, que la tarea puede esperar un rato. Y... con mis papás era de... ¿Cómo lo puedo decir? No puedo estar haciendo tanta tontería, tengo que cumplir.</i>

Tabla 22

Segmentos codificados del código Roles familiares confusos

Participante	Segmento codificado
Participante 1	<i>Yo era el que me levantaba y tenía que levantar a mi hermana.</i>
	<i>En cuanto a obligaciones, pues yo más bien la única como que sentía era como de despertar acá a mi hermana.</i>
Participante 2	

Participante 3

Participante 4 *Era raro para mí, en ese momento, tenía 3 madres.*

Con él era más cosas como de jugar, pues sí jugar, trabajaba también en ese momento nos comprobaba muchas cosas luego. Y pues sí, él era más como esa, como un hermano mayor.

Y lo que me decían mucho mis abuelitos era que, que tenía que entenderla este o que más adelante iba a entender sus problemas y el por qué no estaba tanto con nosotros.

Ahora sí que las responsabilidades para nosotros, bueno para mi hermana y para mí principalmente, y pues el ambiente, así ya yo tenía que estar más al pendiente de mi hermana y... y cuestión de tareas y de ese tipo de cosas también teníamos menos ayuda.

Con mis abuelitos, pues nada más se quejaban un poco conmigo de mi padre.

Participante 5

Apéndice F

Tabla 23

Lista de memos relacionados a “Categorías emergentes”

Categorías	Memo
Categorías emergentes	Retratan algunas de las memorias que los participantes añadieron a su discurso como parte de su historia de vida tomando como referencia el diagnóstico de TDAH.
Memorias sobre cómo era de niño o niña	Contempla gustos e intereses, habilidades, destrezas sociales, personalidad y relaciones con otros.
Memorias sobre el diagnóstico	Edad y modo del diagnóstico, cambios en su contexto social, modos de afrontamiento, papel de Psicólogos y Psiquiatras que involucran intervenciones psicológicas y farmacológicas.
Memorias sobre la escuela	Contempla aspectos como el desempeño escolar, las destrezas y habilidades del participante en la niñez, los hábitos de estudio, los modos de socialización y el trato de parte de sus profesores.