



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**LOS PADRES FRENTE A LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO
DE SUS HIJOS. UN ACERCAMIENTO DESDE EL ANÁLISIS DEL DISCURSO**

IDÓNEA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

PRESENTA:

ITZEL ARACELI CAPISTRAN CABALLERO

MATRICULA

2173800767

**PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA SOCIAL**

DIRECTOR: DR. JUAN SOTO RAMÍREZ

SINODAL: DRA. SILVIA GUTIERREZ VIDRIO

SINODAL: MTRA. LIDIA BELTRÁN RUIZ

IZTAPALAPA, CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE, 2019

Agradecimientos

“...Acepta la dificultad de edificarte a ti mismo
y el valor de empezar corrigiéndote.
El triunfo del verdadero hombre surge de
las cenizas de su error.
Nunca te quejes de tu soledad o de tu suerte,
enfrentala con valor y acéptala.
De una manera u otra es el resultado de
tus actos y prueba que tú siempre
has de ganar...”
Pablo Neruda

Agradezco a todos aquellos que me ayudaron de todas las formas para que esto se haya concretado, gracias infinitas a los integrantes de mi familia, mis padres Rafael Capistran y Norma Caballero; quienes me impulsaron a romper las expectativas que tenía de mi potencial; a mis hermanas Karen y Teresa, quienes me animaron a no dejarme caer y saber que puedo llegar hasta donde me proponga; mi abuela, quien con su calidez me hizo saber que cada uno de ellos estaban acompañándome en cada paso y a mi compañero de vida Jorge Santamaria, quien me ha acompañado en todo este proceso, acompañándome en voz y silencio, con amor y entusiasmo.

Igualmente, a todas esos compañeros y amistades que empezando desde un marco académico se fueron incorporando en otras esferas de mi vida, Evelyn Sánchez, que me animó a continuar en el camino del aprendizaje y me enseñó vicariamente cómo hacer de ello algo significativo. A mis compañeras y amigas de la licenciatura, maestría y demás espacios: Alin, Maritza, Ana, Carolina, Verónica, Lorena y Daniela, quienes me enseñaron qué es ser amiga, compañera, hermana y mujer.

Lidia Beltrán, Sergio Mandujano, quienes desde un plano de mentores me enseñaron el camino por el cual poder seguir.

Itzel Araceli Capistran Caballero

Índice

Resumen	4
Introducción	5
I. La Invención de las enfermedades mentales	10
¿Enfermedad, trastorno o qué es?	10
Los trastornos mentales desde el Construccinismo Social	14
Problemas psicológicos en la niñez	17
DSM como manual estandarizado del lenguaje psique	25
II. Se encontró la cura. Descubrimiento de los psicofármacos	28
Del descubrimiento a la receta. Historia de los psicofármacos.	28
Modelos que explican objetivamente por qué somos enfermos mentales	30
Construcción de niños problema y su solución	35
La cura necesita una cura. Daños neuroquímicos en la infancia	37
Generalidades del mercado psiquiátrico	39
La eficacia vendida y comprada de los fármacos como mejora de vida	44
Medicalización: de la patologización al consumo recetado	45
III. La construcción social de la realidad a través del discurso	51
a. La construcción de mundo	53
El discurso como práctica social	57
IV. Metodología	62
Preguntas de investigación	62
Objetivos	62
Objetivo General.	62
Objetivos Específicos.	62
Presupuestos teóricos	63
Población	64
Categorías analíticas	69
Instrumento para su recopilación	71
Técnica de análisis	74
Procedimientos	75
Trabajo de campo	77
V. Análisis de la información recabada	79
a. Eficacia diagnóstica	81
<i>Normalización y anormalización de conductas en niños</i>	81
<i>Acreditación de categoría de experto</i>	87
Eficacia psicofarmacológica	91

<i>Guiones y rupturas de los tratamientos psiquiátricos</i>	92
<i>Maximización y minimización de la eficacia del uso de psicofármacos</i>	92
b. Elaboraciones secundarias	98
<i>Discurso empirista de la eficacia del tratamiento</i>	99
<i>Nominalización de la eficacia/ ineficacia del tratamiento</i>	103
<i>Consenso y corroboración del diagnóstico</i>	106
VI. Discusión	112
VII. Referencias	120
VIII. Anexos	127
Anexo 1	127
Anexo 2	132
Anexo 3	134

Resumen

Whitaker (2015, p.262), menciona que la creciente demanda de la medicalización de niños en el área psiquiátrica replanteó la visión de la infancia; ya que ahora diversas conductas que fueran vistas como no apropiadas o desviadas para su edad o contexto como, el hablar mucho durante las clases escolares, el sentir tristeza; entre otras, la base para su tratamiento hoy en día es un fármaco. Y es que tal parece que “las circunstancias de la vida ya son suficientes para declarar enfermos a los niños” (Blech, 2005, p.117), cuando en otros tiempos podría verse relacionar con otras situaciones, sin llegar a verlas como enfermedades mentales.

De acuerdo con la Secretaria de Salud (2017), en México en materia de la salud mental, se atendieron 67,796 niños, y se dieron de alta a 25 menores de 10 años en la Ciudad de México y en el Estado de México. Visualizando que hay una alta demanda de los servicios de salud mental infantil, empero al contrastarla con el número de infantes que fueron dados de alta en ese mismo año, permite cuestionar por qué se estarán reportando ese contraste tan marcado entre esas dos cifras. Y es que a pesar de la existencia de estudios que demuestran la ineficacia de los psicofármacos en niños (Cunningham, 1978; Granger, 1993; Merchán, Tapia, Bailón, Moreno, Baeza, Calvo, Morer, Martínez, Andrés, Ángel, Muñoz y Arango, 2012), se sigue realzando y vendiendo la eficacia prometida de los tratamientos farmacológicos como parte de la cura mental infantil.

Es por ello que, el interés de esta investigación consistió en analizar desde la psicología discursiva, un conjunto de entrevistas en torno al uso y eficacia del tratamiento psicofarmacológico realizadas a los padres de niños que llevan a cabo dicho tratamiento para ver qué elementos componen el discurso de los padres respecto a la eficacia del tratamiento psicofarmacológico de sus hijos. este análisis del discurso se realizó desde la psicología discursiva. Obteniendo como resultados que los padres atribuyen una eficacia a los psicofármacos como tratamiento en niños, para que ellos adopten características comunes de la infancia, sin embargo, esta aparente normalidad descansa en hacer dóciles los cuerpos de los niños para que un tercero pueda tener el bienestar que es comercializado como el buscado y esperado para los niños en su beneficio tras el comienzo de un tratamiento psicofarmacológico.

Introducción

“¿Cuál es el patógeno que ha provocado estos brotes y epidemias? La premisa [...], es que el virus somos nosotros” (Watters, 2010, p.2).

Qué pasaría si pensáramos que el uso de psicofármacos en niños parte de una construir las problemáticas cotidianas en enfermedades mentales y no como algo que existe *per se*, tal vez esto nos podría llevar a replantear la noción de la medicina como un área con supremacía científica (rigor, exactitud, estudios controlados), en investigaciones farmacéuticas psiquiátricas. Esto puede incluso poner en tela de juicio muchas de las conductas que ante los discursos médicos son presentadas como anormales dependiendo de su frecuencia, lugar y edad de aparición. Por ejemplo, las enfermedades que etiquetamos como entidades naturales transhistóricas, es decir, aquellas que se mantienen trascendentes temporal y espacialmente hablando, si las visibilizamos como construcciones sociales que se desarrollan en contextos sociales y culturales concretos, podría a su vez visibilizar que, al traspolarlas, estas pierden su marco de referencia desde donde se nombra algo como anormal, como una enfermedad o como un trastorno. Conllevando a brindar un espacio para que ahora desde esa nueva posición, alguien pueda hacer uso de ello hacia sus fines, desplazando la cuestión de la salud mental de lo político.

Puede ser que, al otorgarle al discurso médico una supremacía, es decir, el darle un carácter de realidad absoluta y consolidada, se permita el hablar, utilizar términos de normalidad y anormalidad lejos de su marco de referencia. Y es que a través de prácticas que la sociedad lleva a cabo para darle un papel de supremacía y factual al discurso médico, les es brindado incluso la conducción de las decisiones de la vida misma, ¿cómo poner en duda lo que un médico dice? si ese profesional estudió para ello, porque es el experto en materia y por ende sabe más; si bien no se niega la preparación de los profesionales de la salud, se cuestiona la idea de patologizar ciertas conductas y acciones que anteriormente no eran vistas como anormales, peor que hoy en día sí lo son e incluso se habla de una necesidad de intervención farmacológica; siendo actividades y prácticas que anteriormente eran categorizadas como naturales, ahora son vistas desde una lupa de la anormalidad. En el caso de los niños, conductas que antes eran vistas como acordes a su edad, por ejemplo, la timidez, ahora son vistas como algo que no corresponde a lo que un niño haría y que lleva a pensar

en dar una solución a ese problema, sin embargo, más allá de buscar una mediación psicológica (sin intervenir orgánicamente), se recurre a un tratamiento farmacológico, como si la timidez tuviera una localización orgánica y no como una extrañeza que puede ser susceptible a la interpretación.

Míguez (2011), por su parte, menciona que la escuela, la familia y las instituciones encargadas de la salud son las principales intervinientes para el uso de fármacos en niños. En el caso de la escuela, profesores, directivos, pueden llegar a sugerir el empezar un tratamiento con psicofármacos ante determinadas conductas del niño/a, definidas como causantes de un bajo rendimiento escolar (como levantarse continuamente de su pupitre, hablar mucho, distraerse, entre otras), esperando que el consumo de psicofármacos le ayude a estar quieto o tranquilo durante sus clases; ayudándolo a él y a sus compañeros. Sin embargo, a pesar de la escuela ver los beneficios en el aula del uso de psicofármacos; este tipo de instituciones en el área de la educación, como algunos psiquiatras, afirman que los psicofármacos no tratan el problema de fondo; culpabilizando así a la familia por el estado mental del niño/a. Sin embargo, por parte de la familia, existe una demanda hacia la escuela o médicos, para poder controlar a su hijo, pasándoles la responsabilidad de su cuidado y mejora de estos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), la infancia es la etapa dónde se presenta la mayor incidencia de los trastornos mentales. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México indica que “Los padecimientos más tempranos son la ansiedad de separación (mediana de inicio de 5 años), el trastorno de atención (6 años), la fobia específica (7 años), y el trastorno oposicionista (8 años)”. Sin embargo, esa aseveración de que la infancia es una etapa donde se presenta una gran incidencia de los trastornos mentales, puede llevar a cuestionarse porque ello está sucediendo hoy en día y no antes, pasando de ser una etapa de desarrollo donde antes no se hablaba de trastornos mentales a hablar de ella como la etapa donde más se presentan. Bianchi (2015), habla de una expansión médica en la vida cotidiana, donde se permea el asunto de la medicina en actividades que antes no lo eran, la autora la cual denomina como medicalización, definiéndola como:

[Una orientación], en la expansión del dominio médico hacia áreas previamente no consideradas en esa clave, este enfoque se reconfiguró, abarcando hoy un espacio

complejo de inteligibilidad que contempla la definición, descripción, comprensión y tratamiento de un problema en términos médicos. (2015, p.421).

No obstante, la psicología sobre todo la que se haya inscrita en el campo de la salud elabora discursos de la normalidad y la funcionalidad, logrando así reforzar un estilo deseable de ser y de vivir, privilegiando una forma de realidad, lo cual se muestra congruente con los intereses del mercado, alimentando la constante insatisfacción de las personas, donde “la modernidad supuso el despliegue del control científico sobre los cuerpos” (Rangel, 2018, p.6), de manera que incluso las exigencias de mercado han impuesto un estilo de vida, convirtiendo a la sociedad en una sociedad de consumo (Rangel, 2018, p.6; Touraine, 2000).

Viendo como la aplicación indiscriminada de criterios diagnósticos sin tomar en cuenta el contexto, promoviendo una patologización de la vida cotidiana (lo que se espera de los individuos será con base al rol tipificado que determinada persona represente), donde las personas deben hacer gasto en la compra de medicamentos y consultas para un tratamiento de mejora o vuelta a la normalidad vendida.

Rie (1978), enfocado en el uso de psicofármacos en niños, menciona que diecisiete años después de que el Metilfenidato fuera aprobado por parte de la FDA para su uso en población infantil, realizó una investigación donde, en tres meses vio el comportamiento de veintiocho niños diagnosticados con Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), de los cuales catorce estaban en tratamiento con metilfenidato:

Niños, que se confirmó retrospectivamente habían estado siguiendo tratamiento farmacológico activo se mostraron, en periodos de evaluación, claramente más blandos o planos emocionalmente careciendo de la variedad y la frecuencia de la expresión emocional características de la edad. Respondían menos, mostraban poca o ninguna iniciativa o espontaneidad, y presentaban pocos indicios de interés o de aversión, no se apreciaba en ellos prácticamente ninguna curiosidad, sorpresa o complacencia y parecían no tener sentido del humor (Rie, 1978, p.250).

Se llevaron a cabo estudios para demostrar la ineficacia de los psicofármacos en niños, como Cunningham quien en 1978 indicaba observar la reducción de interacciones sociales y de iniciativa en niños tratados con metilfenidato; Granger (1993), concluía en su investigación que los niños con tratamiento farmacológico de metilfenidato se volvían personas sumisas, pasivas y socialmente retraídas; Merchán, Tapia, Bailón, Moreno, Baeza, Calvo, Morer, Martínez, Andrés, Ángel, Muñoz y Arango (2012), llevaron a cabo una investigación longitudinal a doce meses con 266 niños y adolescentes a los que se les prescribió por primera vez un antipsicótico, para poder evaluar los efectos secundarios, obteniendo diferencias significativas en los síntomas de ansiedad, laxitud, fatigabilidad, somnolencia, sedación, parestesias, aumento de salivación, aumento de sudoración y cefaleas.

Vale (2013), menciona “nada de esto nos habla de un tratamiento farmacológico que beneficie al niño” (p.271), sin embargo, a la vez que se ve una “no” mejoría, son los mismos padres que en calidad de tutor continúan administrando a sus hijos esos medicamentos que traen efectos secundarios en sus hijos. Es por todo lo anterior que se realizó esta investigación pretendiendo en su inicio ver ¿Cómo construyen discursivamente los padres la eficacia del tratamiento psicofarmacológico de sus hijos? y ¿Qué elaboraciones secundarias elaboran los padres cuándo el tratamiento psicofarmacológico de sus hijos no funciona?

La cual tuvo como objetivo general el identificar la posición de los padres frente a la eficacia de los diagnósticos y tratamientos psicofarmacológicos en niños y las explicaciones secundarias que los padres construyen cuando el tratamiento no funciona. Lográndolo a través de: a) Identificar las estrategias discursivas que los padres emplean para construir la eficacia del diagnóstico psiquiátrico en sus hijos; b) Identificar las estrategias discursivas empleadas por los padres para construir que el tratamiento psicofarmacológico de sus hijos es exitoso; c) Identificar los recursos en el discurso de los padres para construir la eficacia del tratamiento psicofarmacológico aun cuando hay contradicción entre los beneficios mencionados por un psiquiatra y las conductas percibidas en sus hijos y de; d) Identificar si el discurso de los medios de comunicación influye en la construcción del discurso de los padres respecto a la eficacia psicofarmacológica en sus hijos.

De manera que, el desarrollo del texto se compone de una parte teórica, exponiéndolo que diversos autores han dicho del tema y una parte enfocada en el trabajo de campo. Viendo

en el *Capítulo I. La invención de las enfermedades mentales*, una breve descripción de cómo se fue consolidando a través del tiempo la noción de enfermedad mental, y la diferencia entre enfermedad y trastorno y las implicaciones que tiene por lo mismo.

En el *Capítulo II. Se encontró la cura. Descubrimiento de los psicofármacos*, se narra cómo es que fue dado la incorporación del uso de psicofármacos en el tratamiento de los trastornos mentales y como este campo de la medicina, tomo una especialización y dio un giro hacia la infancia, junto con ello, se expone las implicaciones que esto tuvo y los efectos reportados en investigaciones donde se lleva a cabo un tratamiento psicofarmacológico en niños y lo que conlleva el empleo de este tipo de tratamientos.

En el *Capítulo III. La construcción social de la realidad a través del discurso*, se retoma la parte del sociocosntruccionismo para dar pie a la explicación de la concepción ontológica, epistemológica de la realidad, junto con ello se retoma el análisis del discurso de la psicología discursiva como metodología que ayuda a dar el análisis e interpretaciones de hechos factuales, en este caso como metodología empleada para el análisis del discurso de los padres respecto a la eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos.

La parte metodológica que compone esta investigación se retoma en los capítulos restantes, tiendo una explicación acerca de la metodología empelada, población diana y procedimientos de análisis en el *Capítulo IV. Metodología*, y describiendo en mayor medida el análisis que se hizo con la información recabada a traes de las entrevistas (*Capítulo V. Análisis de la información recabada*). Finalmente se presentan la discusión y conclusión del trabajo en el último capítulo (*Capítulo VI*).

I. La Invención de las enfermedades mentales

La definición y características de la salud mental (denominación dada a la normalidad de lo mental) y la enfermedad mental (denominación empleada para hablar de la anormalidad en el campo de lo mental), guían ciertas prácticas desarrolladas por personas, instituciones y autoridades. Y es que una vez que las categorizaciones de enfermedad mental empiezan a circular a través de la sociedad, como los dados en los medios de comunicación, manuales, el discurso de un médico en la consulta, o el discurso de los docentes quienes les dicen a los padres que su hijo es muy inquieto y no deja de hablar en clase, que de seguro tiene algo y que mejor lo lleve con un psicólogo o al médico para que le dé algo para controlarse; se puede comenzar a hablar de síntomas, patologías, síndromes o trastornos. Todo ello permite ver desde una lupa de la anormalidad toda conducta que, ante los ojos de los expertos, tanto los de salud, como los que se autodenominan a través del discurso y experticia dicha al hablar del tema al tener socialmente una posición de poder que, valide su discurso por ser categorizado como experto (Potter, 1998).

¿Enfermedad, trastorno o qué es?

Es imprescindible que, al hablar de las enfermedades mentales ¹⁰estas han servido de referente para hablar de desviaciones del comportamiento o conductas consideradas como extrañas, vea cómo se han ido conceptualizando en la historia y es que de acuerdo con los primeros relatos acerca de cómo los autores se refieren a los problemas de la salud mental, se puede apreciar cómo eran conceptualizados como causas de origen sobrenatural; dependiendo de la cultura, esa manifestación corporal podía categorizarse como dada en castigo por los dioses o como una consecuencia demoniaca (Salaverry, 2012). Aun cuando ello era connotado como un problema mental, ya que de acuerdo con Szasz (1999 en Salaverry, 2012), si uno hablaba con Dios era una cuestión de devoción, pero si Dios se comunicaba con uno era connotado como algo extraño, como un síntoma de esquizofrenia.

¹⁰ Por este concepto se entenderá que de manera oficial el termino de enfermedad no es empleado en la psiquiatría (especialidad médica), por lo menos no de manera oficial, si se emplea en el argot médico que, baja a los pacientes para poder justificar su tratamiento con medicinas (González y Pérez, 2007). Por lo que, el uso de este término será con fines de visualizar los efectos de su uso

Por lo tanto, considerando la variante cultural y religiosa; podríamos hablar de los chamanes como personas autorizadas para tener una comunicación (petición-revelación) con Dios o con los Dioses, eran personas catalogadas como dignas de respeto y con privilegios sociales; caso contrario con los que eran estigmatizados por guardar una comunicación con los Dioses cuando no tenían esa autorización, mandato, ni poder. Por lo tanto, en su caso representaba un castigo divino.

Desde un punto de vista naturalista, en el siglo V a.c. en Grecia, Hipócrates postulaba su teoría de los humores; mencionando que dentro del organismo humano podemos encontrar cuatro principios activos: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra; ubicados y producidos en lugares específicos del organismo humano y que a través de ellos el cuerpo constituye su naturaleza, siente el dolor y goza de salud. Esto marcó un indicio para poder dar una explicación más allá de la gracia o maldición de los dioses hacia las personas en cuanto a su salud mental. Ya que, si los principios activos eran los causantes de las enfermedades y estos tenían un origen fisiológico, las manifestaciones de la *psique* también podían tener un origen orgánico.

Correspondientemente la epidemiología histórica de las enfermedades, puede verse además en la época de apogeo de la cultura Griega, donde se ve centrada en dar una explicación religiosa a las enfermedades y demás manifestaciones orgánicas, es decir como una manifestación divina; una explicación médica, desde la teoría hipocrática; una explicación fisiológica; hasta una explicación filosófica donde una enfermedad mental era el resultado de un desorden del alma y sus tres facultades: el pensamiento, la voluntad y las pasiones (Bermejo, 2007).

Sin embargo, con la era del cristianismo en Europa, el deseo de poner todo lo que acontecía en la tierra como una cuestión de designio divino; los “trastornos mentales”, pasaron a ser una expresión de una posesión demoniaca; por lo que el cuidado y cura estaba en manos del sacerdote, quien por medio de exorcismos y aislamiento de la persona de la sociedad administraba la cura a sus males; la cual daría resultado por la fe de la persona y por el deseo de Dios de salvar o no su alma.

Al paso del tiempo y con el afamado avance científico, se dio la oportunidad de dar otras explicaciones en el terreno de las enfermedades, más allá de las manifestaciones divinas; es desde el pensamiento cartesiano que, diversos médicos intentan dar explicación a

las afecciones que suceden en el plano de la razón pero que afectan a la parte de la materia y es desde esa ideología cartesiana que, Thomas Willis nombra por primera vez que, si bien todos los órganos del cuerpo son nutridos y funcionan gracias a la sangre; cuando llega y recorre el cerebro, pasa por un filtro de espíritus de animales; encargados de hacer la conexión entre la mente y el físico; por lo que las manifestaciones de las enfermedades mentales eran causados por la acción caótica de estos espíritus (Salaverry, 2012).

Posteriormente, se empezó a incluir el rango social, como un factor influyente en la denominación del padecimiento de una enfermedad u otra, es decir que, a pesar de presentar un cuadro sintomatológico igual, al tratarse de una persona con un rango social alto, recibía un diagnóstico determinado y alguien con un rango social menor recibía otro; por lo que, ya se podía consolidar enfermedades que podían padecer solo los ricos y enfermedades de los pobres. Esto es similar a lo que Watters (2010) mencionaba de Japón, donde las personas catalogaban enfermedades que eran pertenecientes a un rango social alto; por lo que al ser diagnosticado con esa enfermedad indicaba que esa persona era perteneciente a un grupo selecto, a la vez que el padecer esa enfermedad le daba un rango social alto.

Siguiendo con una cronología de esas conductas anormales, William Cullen postuló que la locura (*vesania*) era una inusual y apresurada asociación de ideas que daba lugar a juicios equivocados sobre la realidad y, por consiguiente, a emociones desproporcionadas, a decir la melancolía, manía y demencia (Salaverry, 2012). Empero, hasta este punto esas conductas extrañas eran estudiadas, vistas y conceptualizadas desde un carácter meramente orgánico y localizado en algún órgano del cuerpo humano. Fue hasta el siglo XVIII, donde Chiarugi, quién siendo seguidor de las ideas de William Cullen, incorpora el componente de lo psicológico en la aparición y desarrollo de la noción de enfermedad mental; postulando que estas son cuestiones hereditarias pero que, a través de la terapia (no necesariamente médica), pueden ser tratadas; modificando las conductas de las personas para que no les hereden a sus descendientes algún comportamiento extraño, debido a su mal comportamiento o conducta no tratada antes de tener descendencia.

Otro de los iniciadores en la incorporación de la parte psicológica en la explicación de las enfermedades mentales fue Pinel, quien al no encontrar un deterioro orgánico en las necropsias de las personas que en vida fueron clasificados como enfermos mentales, logró postular que no todas las enfermedades mentales presentan un deterioro intelectual, creando

incluso la categoría de manía sin deterioro. Este punto en la historia de las enfermedades mentales podría dar los indicios de cambio de categoría de enfermedad mental, que remite a una cuestión meramente orgánica; hacia una noción de trastorno, donde da la oportunidad de pensar en cuestiones que pueden afectar mentalmente a las personas sin tener una manifestación orgánica, o que sea aparente de manera corporal y/o visual y también da apertura a pensar en tratamientos más allá de los médicos.

Ya a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, el principal exponente en cuanto al estudio sobre las enfermedades mentales fue Sigmund Freud, quien al tener las bases de los estudios antecedentes que incorporaron la noción de la participación de la *psique* en el tema de las enfermedades mentales; sus postulaciones fueron orientadas sobre esa argumentación; teniendo en consideración que Freud empezó su carrera como neurólogo, por lo que sus ideas iniciales fueron neurocentristas; de modo que la *psique* del ser humano se hallaba en el cerebro. Y eso fue lo que llegó desarrollar en sus primeras obras, como su postulación del inconsciente; el cual, era explorado desde una narrativa, se intentando encontrar el origen de la enfermedad, provocada por experiencias previas (Bermejo, 2007).

A partir de este punto la concepción de lo que eran las enfermedades mentales, podría quedar cuestionada; ya que se empieza a ver la posibilidad de la base no orgánica de los trastornos, si no que estos pueden tener un mero componente psíquico; es decir algo que puede ser susceptible a la interpretación, haciendo la diferencia conceptual entre lo que es una enfermedad y un trastorno, donde la primera se habla de un daño orgánico para y en su manifestación, mientras que el trastorno no necesariamente puede haber una implicación orgánica para manifestar algo denominado como anormal. Sin embargo, la industria médica toma ventaja sobre la ambigüedad y mal empleo de estos términos, para propagar la anormalidad mental como enfermedades mentales, “suponiendo una base orgánica, quedando sugerida su condición biológica... que [por ende es tratable a través] de los medicamentos en términos de [hablar] de desequilibrios químicos” (González y Pérez, 2007).

Los trastornos mentales desde el Construccinismo Social

Gergen (2006), por medio de lo que él denomina ciclo de debilitamiento progresivo¹¹, usa una forma de vislumbrar lo que sucede hoy en día respecto a la expansión y naturalización de la enfermedad mental que lleva, a consolidar jerarquías discriminatorias y esquemas artificiales de interdependencia. Teniendo en consideración que esta propuesta de Gergen aplica a comunidades basadas en economías industrializadas, por lo que, en comunidades rurales, es posible encontrar otras formas de comprensión y manejo del sufrimiento psicológico, es decir, que esta no es la única forma de conceptualizar lo que sucede hoy en día respecto a la industria de lo psique.

Blech (2005), menciona que:

Hoy en día se ha realizado un nuevo pacto con el diablo. Una alianza entre médicos, industrias farmacéuticas y pacientes alimenta la utopía de las personas perfectas. Las personas sanas ingieren medicamentos para disfrutar de la vida y conseguir estar mejor que bien. (p.21-22)

En este triángulo vemos el manejo mercantil de la ingesta de fármacos, donde las industrias al crear un fármaco crean enfermedades que posteriormente pasan a la sociedad, quien acepta la posibilidad de la existencia de una enfermedad mental, la profesión que la diagnosticará y tratará (psiquiatría), e incluso se empiezan a realizar investigaciones que posteriormente serán publicadas en revistas prestigiosas para convencer a los médicos más escépticos acerca de la existencia de una enfermedad. Aunque, cabe señalar que muchos de esos estudios que parecen acreditar los beneficios, provienen de empresas privadas que bajo el lema de quién paga manda, hace a la medida un estudio que demuestre la eficacia del fármaco; estudio que posteriormente será difundido en la comunidad profesional (Blech, 2005).

Otras veces es lanzado al mercado un medicamento que no ha cumplido con la certificación sanitaria correspondiente para su venta al público; en el caso de México, la

¹¹ Gergen (2006; 2007), describe que el ciclo de debilitamiento progresivo se compone de cuatro fases: 1), Transportación del déficit, 2), Diseminación en la cultura, 3), La construcción cultural de la enfermedad y 4), La expansión del vocabulario

Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios¹² (COFEPRIS), es la institución encargada de la regulación de los medicamentos (manufactura, infraestructura de las industrias que los fabrican, venta, difusión y publicidad), junto con el artículo 198 de la Ley General de Salud (1984), regulan sanitariamente la producción farmacológica y la posesión de licencias sanitarias para ello.

De acuerdo con la base de datos de Licencias Sanitarias de Almacenes de Depósito y Distribución de Medicamentos (COFEPRIS, 2018), en el 2018 fueron dadas 864 licencias a industrias que fabrican psicotrópicos y estupefacientes y en ese mismo año 59 fueron revocadas; considerando que el total de industrias farmacéuticas con licencia en México es de 988; las industrias dedicadas a la fabricación de psicotrópicos y estupefacientes corresponde al 87.45% del total de licencias de fabricación, depósito y distribución de sustancias en el país. Representando una gran cantidad de industrias dedicadas a la producción y distribución de ese tipo de productos en el mercado.

Además, podemos ver que el Producto Interno Bruto (PIB), de la industria farmacéutica del 2015¹³ en México corresponde a 2.7 (82,797 millones de pesos de producción de venta y producción), (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2015), lo cual refleja ser un gran ingreso al país, cuestionando si ¿las industrias detendrían la entrada al mercado de un producto que tiene impacto en la economía nacional, solo porque tarda en llevarse a cabo un estudio que compruebe su eficacia? ¿le conviene a México que se elimine esa circulación de dinero por el consumo de fármacos? Lo más seguro es que las autoridades dijeran que no, ya que es una gran entrada de dinero y gran participante en la circulación económica del país lo que estaría en juego.

Por lo que incluso es mejor que bajo una aparente sensibilización se instruya al público a ser sus propios jueces en lo que respecta a la salud mental, como Gergen (2006), mencionaba “a detectar los signos de la enfermedad mental de forma que puedan recurrir a un tratamiento rápido” (p.155), logrando por una parte, una expansión del vocabulario

¹² Es la institución en México encargada de emitir: a),Licencias sanitarias de insumos para la salud (fabricantes, almacenes de depósito y distribución, centrales de mezclas, laboratorios auxiliares a la regulación sanitaria), b),Licencias sanitarias emitidas a farmacias, c),Certificaciones de buenas prácticas de fabricación de insumos para la salud, d),Permisos de liberación para venta o distribución de productos biológicos y otros insumos para la salud, e), Registros sanitarios emitidos a medicamentos y vacunas, f), Regulación del comercio internacional y g), Autorización publicitaria (COFEPRIS, 2016),

¹³ Corresponde a las estadísticas del último año base para la medición del PIB en México, la cual se realiza cada 5 años (Banco de México, 2013, p.25),

psiquiátrico en libros, videos, pláticas de expertos en televisión, en radio, internet, blogs, páginas web, donde personas presentadas como expertos en el área, son los encargados de dar a conocer al público alguna enfermedad, así como sus características, las formas en cómo pueden detectarla, cómo tratarla (a veces aludiendo a un tratamiento en específico), e incluso hacer la sugerencia de un experto específico y forma de contacto (teléfono, e-mail, página web, entre otros medios).

Todo esto nos conllevaría a ver cómo el vocabulario médico trae consecuencias en la vida cotidiana de las personas, es decir que el lenguaje empleado no corresponde a un asunto meramente descriptivo, sino que viene a ser pragmático, donde se invita a las personas a llevar a cabo acciones, en este caso el conocer las enfermedades mentales y con ello poder evaluar sus conductas y las conductas de los demás y normar sus actividades.

La sensibilización, es una expresión empleada para mencionar cuando un tema y términos profesionales son dados a conocer al público de una manera accesible, de manera que, todos podamos entender los términos empleados y correctos para nombrar ciertos sucesos o eventos; ello permite a su vez que se desdibuje esa necesidad de ver a un profesional para saber qué es lo que se tiene, por ya contar con información que le permita saber qué diagnóstico dar, solo con agrupar una serie de conductas o síntomas. Y es que es posible acceder a todo este tipo de información en cualquier lugar o medio de comunicación hoy en día. Sin cuestionar la fuente de donde se obtienen la información, pudiendo ser obtenida desde un experto o no del tema.

Ya no solo se habla de una enfermedad sino, se enseña cómo poder detectarla; por ejemplo, se puede hacer creer al público que con un cuestionario de cinco preguntas y mini test de opción múltiple o dicotómica como falso-verdadero; te dicen si tienes o sufres de depresión, ansiedad, hiperactividad, entre otras cuestiones psicológicas; aconsejando además que recurras a tu médico de confianza para verificar lo que te acaban de hacer ver que padeces (Blech, 2005). O aquellas pláticas escolares donde, bajo el título de taller para padres, un experto habla de temas como bullying, depresión, bipolaridad u otro trastorno mental de moda; dando a conocer qué es, sus características, y formas de detectarlo y dando una lista de expertos a quienes recurrir o material (libros, enciclopedias, videos, etc.), que adquirir para conocer más del tema, cómo tratarlo y que casualmente ellos llevan ese día para venderlos a un precio mucho más bajo que en cualquier otra tienda comercial.

Ilusoriamente uno podría decir que, entonces el problema es el no tener información desde un experto directamente (psicólogo, psiquiatra, entre otros especialistas de la salud mental), o el no recurrir a alguno de estos como primera instancia; pero viéndolo desde la psicología discursiva, no podemos categorizar diciendo que una forma discursiva es mejor que otra, o que una es buena, correcta o adecuada y la otra no (como el decir que lo que menciona un experto, es absolutamente verdadero por el hecho de ser el quien lo diga). Si no que son diferentes vías discursivas en cómo las personas tenemos acceso a este tipo de información. De modo que, el interés debería estar en ver cómo es que están en juego estas prácticas discursivas y las implicaciones que conllevan, viendo cómo construyen lo factual de cada una de ellas.

Una de las implicaciones de la diseminación de la medicación, se da a través de la expansión del lenguaje médico en el lenguaje cotidiano, trayendo como consecuencia que ahora todos podamos hablar en términos médicos para referirnos a conductas y acciones (que antes eran vistas como cotidianas), como síntomas o conductas características de una enfermedad mental, e incluso entrar al proceso de la medicalización, donde “la [sociedad], aprende a convertirse en enferma mental” (Gergen, 2006, p.158), y es que incluso aquellos que no se posicionaran como enfermos, pueden encontrar de qué manera estar mejor, cómo verse mejor, cómo tener más energía; adentrándose en el consumo de fármacos para mejorar aquello que está bien pero que podría estar mejor.

González y Pérez (2007), mencionan que el problema de las enfermedades mentales no es que sean construcciones prácticas, sino que son ¿prácticas para quién? ¿para la industria farmacéutica? ¿para las instituciones de salud mental? ¿para el paciente? Conllevando a cuestionarse conjuntamente qué es lo práctico ¿pasar por enfermo? ¿tener un papel activo o no en el proceso? Y de qué manera se involucran cada uno de los actores en la salud mental, psiquiatras, psicólogos, médicos y los que de manera indirecta se pueden involucrar, padres, maestros; en la expansión y perpetuación de dichas prácticas.

Problemas psicológicos en la niñez

El DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*), de la Asociación Americana de Psiquiatría, APA (*American Psychological Association*), es el manual empleado por los servidores de la salud mental para el diagnóstico y clasificación de los

trastornos mentales. A través del tiempo este manual ha tenido actualizaciones y no fue hasta su segunda edición (DSM-II), de 1968 donde se empezó a incluir categorías de trastornos de la infancia, a decir, la esquizofrenia infantil y la reacción de adaptación (Doménech y Ezpeleta, 1998). Ya en su siguiente edición, el DSM-III, pasa a tener cuatro veces más categorías de clasificación de trastornos infantiles que en la edición anterior. La diferencia respecto a la anterior versión es la inclusión del capítulo de “Trastornos usualmente evidentes por primera vez en la infancia, niñez o adolescencia”; con lo cual amplía el panorama hacia nombrar conductas preliminares en la manifestación de ciertos trastornos mentales que, podrían darse desde la infancia pero que en una etapa adulta permitirían consolidar un trastorno mental es decir, se da una diferencia semántica, dando la posibilidad de que ciertos trastornos sean diagnosticados en la infancia pero que, pueden tener extensión hasta su etapa adulta.

Esta misma idea de categorías se extiende a la siguiente edición, el DSM-IV. Siendo hasta el DSM-5 cuando se hace un cambio sobre la estructuración de las categorías y por ende la clasificación de los diagnósticos; ya que, de acuerdo con el manual, su organización se da en relación con la cronología de aparición y diagnóstico de los trastornos. Teniendo como primer capítulo de clasificación a los “Trastornos del neurodesarrollo”, haciendo que patologías que antes eran exclusivas de la infancia puedan ser extendidas a la etapa adulta. Además de que la noción de neurodesarrollo remite a los trastornos a una idea neurológica, centrando su aparición, diagnóstico y tratamiento a una cuestión exclusiva del cerebro.

La noción de neurodesarrollo remite a la idea de que las patologías estarían relacionadas con una disfunción cerebral, o sea, una desviación del desarrollo neurológico normal que adquiere un carácter crónico. Mientras el desarrollo pasa a ser discutido sólo en su dimensión cerebral, se permite que en la infancia se diagnostiquen condiciones más estables y duraderas (Klein y Cabral, 2017, p. 24).

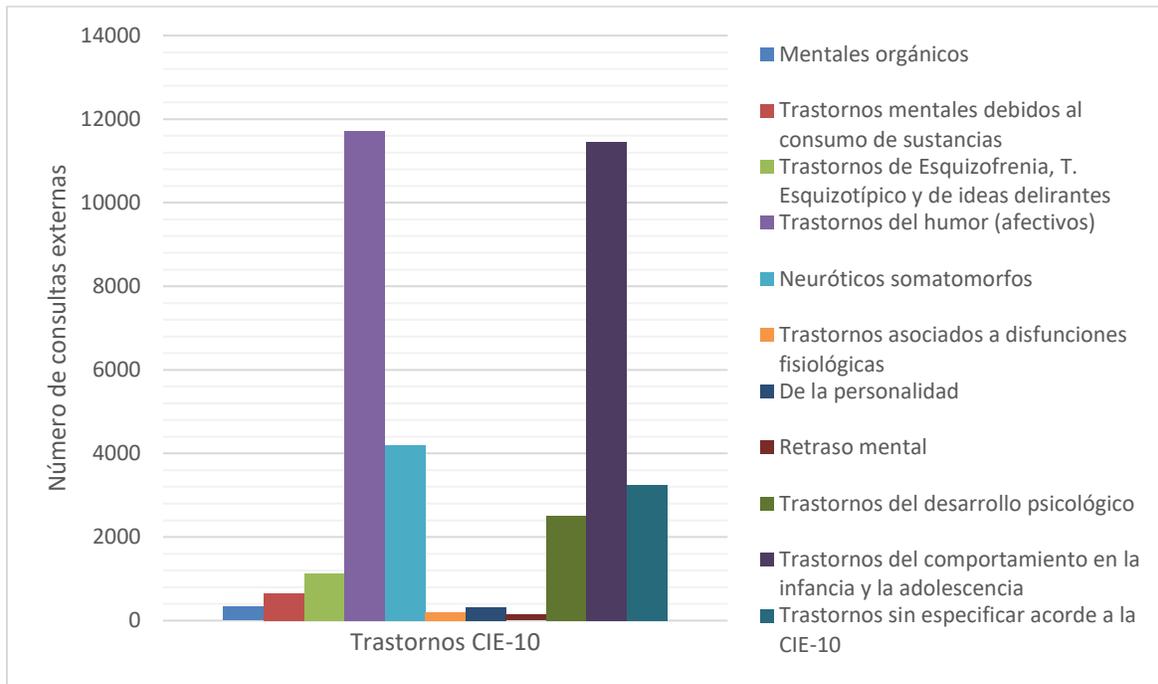
Cabe aclarar que se tiene enfermedades neurológicas o del Sistema Nervioso Central, cuyo origen es orgánico, es decir, que tras un daño corporal (cerebral en su mayoría) se manifiestan conductas que no van acorde a su desarrollo esperado (como no empezar a hablar, no caminar) o que limitan conductas que ya habían sido adquiridas (pensando, por ejemplo, en un niño que ya sabía caminar y que después ya no puede hacerlo), dentro de este

tipo de trastornos tenemos trastornos del neurodesarrollo como el Trastorno de Espectro Autista TEA, cuya manifestación se da por una alteración cerebral, y cromosómica (síndrome del cromosoma X frágil); manifestándose corporalmente en una falta de comunicación e interacción social, no poder aprender a hablar, una resistencia a los cambios. Por otro lado existen trastornos que no presentan una manifestación orgánica localizada, sino que a través de interpretaciones de lo que arrojan determinados estudios se puede hablar de “posible” padecimiento de un determinado trastorno; aquí entran los trastornos cuyo diagnóstico está principalmente basado en valoraciones psicológicas y los que se basan en los niveles de neurotransmisores para dar su interpretación de un posible padecimiento u otro; en este tipo de trastornos entran el TDAH, Depresión, Bipolaridad.

Si vemos los dos tipos de categorías, la primera posee una manifestación orgánica que le ayuda a demostrar corporalmente el padecimiento o no de una enfermedad; sin embargo, los trastornos que entran en esta segunda clasificación son trastornos que no poseen una manifestación orgánica de su padecimiento, haciendo la aclaración que se pudiera hablar de una manifestación conductual, como Gergen (1998) había mencionado esta interpretación de si la conducta ha de verse como desviada o no, viene a darse a través de una interpretación que refleja nuestra aculturación. Sin embargo, a pesar de ello, lo que en algunos contextos es la implementación de un tratamiento farmacológico que ayude a disminuir o quitar ciertas conductas que son consideradas como características de ese trastorno y que en ciertas situaciones o para algunas personas son conductas desviadas para un niño.

En el caso de los sistemas de atención pública en México, en cuestiones de estadísticos, epidemiología, clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales, estos son realizados de acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10), publicado por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En México La Secretaría de Salud en su Anuario Estadístico de 2017 menciona que las principales causas de demanda en consulta externa fueron F30- F39 Trastornos del humor (afectivos), con 11,709 casos; F90- F98 Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia con 11,447 casos; F40- F49 Neuróticos somatomorfos con 4200; Trastornos sin especificar acorde a la CIE-10, fueron 3,252 casos; F80- F89 Trastornos del desarrollo psicológico con 2,522 casos; F20- F29 Trastornos de Esquizofrenia, T. Esquizotípico y de ideas delirantes con 1,127 casos; F10-

F19 Trastornos mentales debidos al consumo de sustancias con 655 casos; F00- F09 Mentales orgánicos con 334 casos; F60- F69 Trastornos de la personalidad con 325 casos; F50- F59 Trastornos asociados a disfunciones fisiológicas con 199 casos y 142 casos de F70- F79 Retraso Mental (SSA, 2017).



Gráfica 1. Principales causas de demanda en consulta externa de psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro en el 2014 (SSA, 2017) [Elaboración propia]

Los datos del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro son los datos nacionales más cercanos para saber la prevalencia de los trastornos en la infancia, ya que en sus datos que proporciona los segmenta en niños (de 0 a 11 años), adolescentes (de 12 a 17 años); viendo que los Trastornos del humor y los Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia, son los que tuvieron mayor demanda de consulta por parte de la población infantil en la Ciudad de México. Esto lo podemos ver relacionado a lo dicho por Frances (2013 en Klein y Cabral, 2017), coordinador de la fuerza de trabajo del DSM-IV, quien indica que este manual diagnóstico ha provocado al menos tres epidemias diagnósticas no previstas: el trastorno bipolar, el trastorno del déficit de atención e hiperactividad y el autismo. Es decir, que, a partir de incorporación de estos trastornos en el Manual del DSM, se empezaron a reportar más casos de niños que eran diagnosticados con esos padecimientos.

Para poder comprender cómo es que se da esta defensa del uso de fármacos para tratar estos denominados trastornos en la población infantil hay que, conocer los discursos médicos que están a favor del uso de fármacos y los discursos que se muestran en contra y que vienen a ser una crítica a su existencia y prevalencia de estos en la infancia.

Y que, a pesar de ello, se reporta un una gran cantidad de niños que acuden por primera vez a algún servicio psiquiátrico, reportado en los Anuarios estadísticos realizados por la Secretaría de Salud, a los Hospitales Psiquiátricos¹⁴ y Centros Comunitarios de Salud Mental¹⁵ pertenecientes al sector público y adscritos a los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), reportando en el Anuario Estadístico del 2017 (Secretaría de Salud [SSA], 2017), con relación al tipo de consulta externa por especialidad, en el área de la paidopsiquiatría¹⁶ se atendieron a 67,796 niños, de los cuales, 8,584 fueron atendidos por primera vez y con un seguimiento de tratamiento a 59,212 (SSA, 2017). Por lo que resulta interesante ver los recursos discursivos empleados por los padres de hijos en tratamiento psicofarmacológico, en la permanencia de la eficacia aludida al tratamiento, pese los efectos secundarios que se manifiesten.

Lo cual permite una serie de prácticas que perpetúan la noción de necesitar un fármaco para quitar o disminuir conductas que: en otro tiempo no representaban una problemática en los niños; que pueden atenderse de otra forma sin la necesidad de utilizar un fármaco de por medio; se les quita la agencia a los niños sobre la resolución de problemáticas que enfrenten en la vida; se reproduce un discurso médico que ayuda a hacer factual la necesidad de fármacos para tener una vida saludable, con la garantía de tener una vida mejor; cuando lo que puede estar detrás de ello pertenece a una esfera industrial, donde son otros actores los que resultan más beneficiados que los mismos consumidores de los productos psicofarmacéuticos para infantes.

¹⁴ Son tres hospitales registrados en los Servicios de Atención Psiquiátrica: a), Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, que atiende a población de 18 años en adelante; b), Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, que atiende a personas menores de 18 años y c), Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno, que atiende a personas de cualquier edad.

¹⁵ Son tres centros comunitarios registrados en los Servicios de Atención Psiquiátrica: a), Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc; b), Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa y c), Centro Comunitario de Salud Mental Zacatenco, los cuales atienden a una población mayor de 6 años de edad (Servicios de Atención Psiquiátrica [SAP], 2017).

¹⁶ De acuerdo con la Secretaría de Salud y los datos registrados en el Anuario, la población atendida bajo el rubro de la paidopsiquiatría corresponde a infantes de 0 a 10 años de edad.

Empezando con la clasificación que según a la CIE-10 es la de mayor prevalencia en la población infantil y juvenil de la Ciudad de México; los trastornos del humor de acuerdo con la CIE-10 pertenecen a la categoría F30 hasta la F39 son definidos como:

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad), o en el de la euforia. Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. Esta sección incluye los trastornos del humor (afectivos), en todos los grupos de edad. Aquellos que se presentan en la infancia y adolescencia se codificarán por tanto también de acuerdo con las pautas. (Organización Mundial de la Salud [OMS],1992)

Dentro de esta clasificación están los episodios maníacos (F30), trastornos bipolares (F31), episodios depresivos (32), depresivos recurrentes (F33), trastornos del humor recurrentes (F34- F39). Pudiendo encontrar discursos en relación con la defensa de la existencia de estos tipos de trastornos; desde artículos que hablan de su existencia, estudios que se han realizado, cuestionarios, test, pruebas psicológicas en pro de detectar la existencia de la depresión en los infantes; refiriéndola como algo que se manifiesta conductualmente en forma de agresión en la escuela, familia y pares, en expresión de sentimientos de vacío y alteración cognitiva sobre sí.

La depresión infantil es un estado de ánimo que manifiesta un patrón de disforia caracterizado por el humor depresivo, la tristeza, la preocupación, entre otros, asimismo por un rasgo de autoestima negativa, donde el infante realiza juicios de autoineficacia, fealdad, maldad y cualquier otro atribuido de desvalorización de su propia imagen. (Kovacs, 2004, como se citó en Armas, 2018, p. 18-19)

El discurso que se da en torno al ver a la depresión infantil como algo que es real, sostiene además que esta tiene que ser atendida a tiempo, para evitar que en la etapa adulta

pueda complicarse sintomatológicamente, como llevar a un bajo desempeño de los sujetos en sus prácticas cotidianas (Armas, 2018).

Otro de los trastornos que se presentan como parte de la clasificación es el trastorno bipolar; el cual diferentes autores (Biederman, Faraone, Mick, Wozniak, Chen, Ouellette, Marrs, Moore, García, Mennin & Lelon, 1996; Geller y Luby, 1997), mencionan que los síntomas de la manía en la infancia se manifiestan en euforia, grandiosidad, falta de sueño, hipersexualidad, irritabilidad y afectividad tempestuosa. Mencionando que “un gran número de niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H), estaría siendo víctima de un equívoco, ya que posiblemente serían portadores del trastorno bipolar del humor” (Klein y Cabral, 2017, p. 26). Vemos comportamientos que podrían ser atendidos de otra forma como atención psicológica, al conjuntarlos y etiquetarlos como síntomas de un trastorno que por su definición y tratamiento recomendado se inclina hacia uno que es de corte farmacológica.

En relación con ello, la segunda clasificación, comprende una serie de trastornos que, de acuerdo con las estadísticas son ampliamente solicitados en consulta externa infantil, son los Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia que comprenden del F90 al F98 de la CIE-10. De acuerdo con este manual esta categoría se refiere a:

Grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo (OMS, 1992).

Los trastornos que están comprendidos en esta clasificación son F90 Trastornos hiperkinéticos, F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención, F91 Trastornos disociales, F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos, F93 Trastornos de las emociones de comienzo específico de la infancia, F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, F95 Trastornos de tics, F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. De acuerdo con la CIE-10:

Los trastornos hiperkinéticos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida). Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.

Los niños hiperkinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas, por una falta de premeditación. Su relación social con los adultos, suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales. Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje (OMS, 1992).

Por lo que vemos que, igual que en lo que corresponde a los síntomas de una bipolaridad infantil, son un conjunto de síntomas que bajo otra lupa y no la de la psiquiatría o de tipos de tratamientos psicológicos reduccionistas o neurocentristas, podrían ser tratados sin la necesidad de recurrir a un fármaco. Lo que ocurre es que se olvida que los niños pueden ser descuidados e impulsivos y no por ello tras la manifestación conductual de este tipo en los niños, se tendría que solucionar con una píldora. Basurco y Calderón (2019), mencionan que, pese al alta de los niños diagnosticados y medicados bajo el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención, ellos hablan de una efectividad de los tratamientos no farmacológicos (Basurco y Calderón, 2019). Soto (2001), menciona que:

A estas alturas sabemos que la mente, el cuerpo y el cerebro son una tríada, no actúan de manera separada, pero a cantidades incalculables de psiquiatras y psicólogos aún se les olvida. el estudio de la mente no puede reducirse al del cerebro, pero esto no

quiere decir que las actividades mentales y cerebrales no estén relacionadas. Lo preocupante es que los médicos atacan los síntomas (que están en el cerebro), y se olvidan del "síndrome" (Diario La Jornada, 2 de abril de 2001).

Quedando intentar la desmedicalización de los problemas a este falso binomio de salud-enfermedad, donde este es tratado con píldoras que mejoran y dan ese bienestar deseado. Quedando en cuestión que el deseo de ese bienestar ¿para quién es? Si nosotros le preguntáramos a los niños si ellos han obtenido beneficio después de empezar un tratamiento, sería la misma respuesta a la que darían sus maestros o sus propios padres; o incluso podemos hablar de que otras instituciones más allá de la familiar y la escolar se podrían encontrar beneficiadas tras la medicalización de actividades en los niños que en otros tiempos parecían no ser problemáticas pero que parecen emergen en la actualidad como algo que contamina de manera social.

DSM como manual estandarizado del lenguaje psique

¿Realmente hay muchas personas con un trastorno mental? o la existencia de estos se debe a otras razones. Ello nos llevaría a discutir los criterios que se emplean para la dictaminación de poseer determinada enfermedad y no otra.

La mayoría de la forma de diagnosticar lo relacionado con lo mental viene dado por el DSM, el cual a lo largo del tiempo ha sufrido transformaciones, en su primera y segunda edición de este manual se ve una influencia dominante de la teoría psicoanalítica; por lo que eran expuestos mecanismos psicodinámicos que explicaban la patología. Siendo a partir de 1980 con su tercera edición, donde emerge la psiquiatría diagnóstica, permitiendo la proliferación y extensa divulgación de trastornos mentales; no sin antes declararse ateorico y con un criterio de clasificación nosológico. González y Pérez (2007):

A partir de 1980, el DSM se declara ateorico y adopta la lógica de la clasificación de trastornos discretos, dando a entender que son entidades nosológicas (enfermedades, aunque el término empleado es trastorno, *disorder*). La novedad decisiva de este cambio de lógica consiste en convertir los problemas cotidianos en categorías

diagnósticas (...), es una categorización sí/no, de acuerdo con supuestos criterios objetivos dados por una taxonomía de síntomas. (p.29)

Esto claramente va a investir al sistema de clasificación dado por el DSM como un sistema objetivo y legítimo de diagnóstico, que posee una base científica que respalda lo que en él se enuncia y de lo que de él procede, como las prácticas resultantes de lo que en él se marca. A decir, al momento de dejar de lado al psicoanálisis como elemento teórico y fundamental de clasificación, el DSM no queda en un completo ateorismo; sino que esa deconstrucción teórica, solo implicó que se construyera desde otro lado, en este caso desde la medicina, como dice Shorter (1987/1999), “la psiquiatría pasa de Freud a la Fluoxetina”, (p.321)

Al respecto el adentrarse al mercado tras una alta demanda de servicios psicológicos y psiquiátricos, a partir de la década de 1960 (González y Pérez (2007), esta debía de dar a conocer y tener un inicio y un fin establecido a corto plazo; por lo que necesitaba medir el cambio a lo largo del tratamiento. Del mismo modo, la adecuación hacia el modelo médico en el área de la salud mental resultó indicada para la ocasión para poder ver aparentes mejorías en un corto plazo, a través de la incursión de los medicamentos como tratamientos eficaces para diversas enfermedades mentales, parecía algo que agilizaría con garantía la salud mental a corto plazo. Sin embargo, consecuentemente se dio una supremacía de la biología de los trastornos mentales, es decir, se recayó la existencia de estos a un aparente fallo en el sistema neurológico, específicamente en el cerebro; el cual ha de compensarse y ayudar a mejorar mediante la ingesta de medicamento que actuando desde dentro mejoraría externamente a la persona. Crowe (2000), por su parte y como crítica a los criterios de diagnóstico del DSM, menciona:

La mayoría de los criterios de diagnóstico descritos carecen de evidencia de que puedan ser atribuidos a una disfunción mental interna. Si bien la profesión psiquiátrica y otros clínicos se benefician de la expansión del dominio de la jurisdicción clínica del DSM-IV, el proceso de diagnóstico psiquiátrico es de mayor preocupación debido a comentarios de psiquiatras sobre todo tipo de problemas sociales, y el uso de la autoridad médica es tan omnipresente en nuestras vidas (p.75).

La autora cuestiona que las enfermedades mentales sean puramente biológicas e individuales, así como los criterios para su diagnóstico y al DSM como manual estandarizado que guía a los especialistas de la salud mental al momento de hacer un diagnóstico, y que, por ejemplo, se basa en cuestiones externas, como lo es la conducta. Y es que el DSM y la psiquiatría evitan el término enfermedad (*disease*), que se refiere a una alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa; en lugar de ello emplean el término de trastorno (*disorder*), o síndrome, involucrando con ello un conjunto de síntomas, que adquieren determinado valor y significado por la forma, tiempo y duración de su ocurrencia. Pero que de acuerdo con González y Pérez (2007), si bien no se usa el término de enfermedad en psiquiatría, por lo menos no de manera oficial, si se emplea en el argot médico, que después es dicho a los pacientes, probablemente para justificar su tratamiento con medicinas.

Por otra parte, al privilegiar un tratamiento farmacológico, lo que se puede lograr es excluir la posibilidad de otros tratamientos; teniendo en cuenta que este tipo de tratamiento puede tener una repercusión en la vida de las personas ya que, este se vuelve omnipresente en la vida de los sujetos, modificando su realidad cotidiana, permeando sus actividades ya sea por el horario de ingesta de medicamento, el horario y días dedicados para ir a consulta, el costo que debe de ser considerado para la compra de los fármacos, entre otras; siendo estas las consecuencias del tratamiento psicofarmacológico. Todo esto hace que el paciente se posicione como consumidor de fármacos para poder sobrevivir, pero ¿y si nunca los tenía que haber consumido ya que no estaba enfermo? Pero empezó y prosiguió su consumo porque un especialista le dijo que los necesitaba.

II. Se encontró la cura. Descubrimiento de los psicofármacos

Watzlawick (1996/2000), mencionaba que nos resulta más fácil definir y describir lo que no es normal, o desviado; a poder decir lo que sí lo es, “se da por descontado que se conoce la patología, mientras que la normalidad se considera difícil cuando no imposible de definir” (p.89). Y esto se debe a que aquello que definimos como normalidad o anormalidad en un objeto, persona o hacia una conducta en específico; depende del marco de referencia cultural e histórico en el que se desarrolle el discurso de la normalidad.

Pérez y García (2001), mencionan que, existen terapias psicológicas como la terapia de conducta, la terapia cognitiva, psicoterapia interpersonal, terapias breves como la terapia familiar sistémica, han mostrado eficacia en el tratamiento de trastornos mentales, como la depresión, que es su pilar en su investigación; se han visto eclipsada por la eficacia vendida del empleo de psicofármacos como el mejor y más completo tratamiento para “dar solución” a determinadas conductas categorizadas como anormales; lo cual deja un hueco ya que, ha llegado a posicionarse tal idea que, se pretende que ese tratamiento sea el que guíe el tratamiento de un trastorno, y en otros casos sea el único. Todo ello se vio fundamentado en la incorporación masiva de fármacos en materia de lo menta, dicha incorporación, es denominada por algunos autores como la primera y segunda etapa psicofarmacológica, lo cual se ve acompañado del “descubrimiento” de algunos trastornos

Del descubrimiento a la receta. Historia de los psicofármacos.

La historia de los psicofármacos en comparación con la historia de los fármacos generales, donde al ver una enfermedad o padecimiento se buscaba una solución a esta enfermedad, se muestra de una manera inversa, es decir, primero fueron descubiertos los fármacos y luego se les encontró un uso. González y Pérez (2005), mencionan que es una estrategia de “escuchar el fármaco”.

En la historia de los psicofármacos, el descubrimiento del Thorazine, es el que se considera como el que inició la revolución psicofarmacológica, cuando en 1946, investigadores de la farmacéutica Rhone-Poulenc al sintetizar fenotiazinas, descubrieron la prometazina. Pero no fue hasta 1949 cuando un cirujano administró esta nueva sustancia y se dio cuenta de los efectos que tuvo en ellos, “los pacientes estaban tranquilos y soñolientos,

con expresión relajada y abstraída” (Swazey, 1974, p.78), y una vez que los investigadores volvieron a probar la prometazina, encontraron un nuevo derivado al sintetizarla, la clorpromacina, provocando una relajación similar a una desconexión de zonas del cerebro y una vez que llegó a los Estados Unidos, los psiquiatras lo llamaron “el tranquilizante mayor” comercializándose con el nombre Thorazine (Whitaker, 2015). Ya para 1951 se desarrollaba el primer antidepresivo, la Imipramina o Trofanil (el cual era su nombre comercial), siendo un antidepresivo mostrado al público como efectivo por sus efectos relajantes y sedantes a diferencia y en mejora de la clorpromacina (Torres, Escarabajal, 2005).

Frank Berger era un investigador de origen checo que buscando la fórmula mágica que acabara con los microorganismos gran-negativos que causaban enfermedades respiratorias, urinarias y gastrointestinales, al descomponer el activo (éter fenilglicerol), de un desinfectante llamado Phenoxetol obtuvo un componente llamado mefenesina que al probar su toxicidad en ratones encontró algo que le sorprendió: “Un potente relajante [...], los ratones paralizados por el fármaco no manifestaron ningún indicio de sentirse agobiados [...], su ritmo cardiaco era regular y no había ningún indicio de una actuación del sistema nervioso autónomo” (Whitaker, 2015, p.65). Posteriormente lo probó y nuevamente lo sintetizó encontrando un componente ocho veces más potente en cuanto a sus efectos calmantes; logrando así su comercialización en 1955 bajo el nombre de Miltown, siendo el laboratorio Wallac quien lo comercializó.

En 1957 se logró contar con otro medicamento antidepresivo, la iproniacida, que en su inicio fue utilizado para la cura de pacientes con tuberculosis pero que, al momento de administrarles este fármaco se dieron cuenta que además de ello vigorizaban a los pacientes, con todo ello se vio la posibilidad de emplearlo en el ámbito de la psiquiátrica como un tratamiento para la depresión.

En el caso de los antipsicóticos, Cade desde 1949 empezó a realizar diversos estudios para demostrar el poder antimaníaco de las sales de litio sin embargo, lo que resultó de esos estudios fue la revelación de la muerte por intoxicación del compuesto, a pesar de reportar una clara mejoría, por lo que fue hasta 1965 que Cade, Ayd y Schou deciden hacer estudios controlados mostrando la eficacia de las sales de litio en el control de la manía de las personas, comenzando su comercialización en los años setenta (Torres, Escarabajal, 2005).

Y con todos estos fármacos es como se dio el inicio de la revolución psicofarmacológica. Pero la consolidación de estos como tratamientos psiquiátricos fue una suerte de parsimonia; ya que una vez que se descubrió los efectos de cada fármaco, empezaron a emplearse como tratamiento de ciertas enfermedades mentales, a pesar de que seguía desconociéndose que es lo que cambiaba en el organismo que provocaba esas reacciones; sin embargo, estos eran introducidos con rapidez en el ámbito clínico.

Whitaker (2015), cuestiona esa llamada revolución científica, si se trata de ello o más bien es un engaño social “¿Padecían las personas con diagnóstico de depresión y esquizofrenia un desequilibrio químico que luego la medicación corregía? ¿Eran los nuevos fármacos en realidad antídotos contra algo químicamente anómalo en el cerebro?” (p.81). Y es que la psiquiatría acogía esta nueva forma de tratamiento (farmacológico), como algo que le garantizaría la cientificidad, por ello eran bien recibidas las investigaciones de nuevas píldoras que controlarán más enfermedades mentales consecuentemente, las industrias farmacéuticas vieron las ganancias exorbitantes que podrían obtener con la venta de sus productos, con lo que la expansión de su mercado resultaría conveniente.

Modelos que explican objetivamente por qué somos enfermos mentales

Tratando de dar un voto de confianza y duda como coloquialmente se diría, podemos pensar que toda esta forma de cómo se lleva a cabo el diagnóstico y los tratamientos para algún trastorno mental, se deban a una determinada conceptualización, que los hace actuar de determinada forma como el conjuntar conductas que previamente son categorizadas como anormales ya sea *per se* o por la cantidad, tiempo, momento en el que se lleven a cabo, y estas son las que ayudan a clasificar a alguien como enfermo mental.

En el caso de la psiquiatría podemos preguntarnos ¿bajo qué se fundamenta que los psicofármacos funcionan? ¿a partir de dónde son presentados los psicofármacos como un tratamiento eficaz para alguna enfermedad mental? Uno de los supuestos de la psiquiatría para recetar el uso de psicofármacos para las enfermedades mentales es que la causa de la manifestación de una conducta indeseada o sensación psicológica anormal se debe a un desequilibrio bioquímico o neuroquímico. Esto se encuentra fundamentado en dos grandes hipótesis de explicación neuroquímica, a saber, la hipótesis de vías serotoninérgicas, propuesto por Schildkraut (en Whitaker, 2015), como parte de su teoría del desequilibrio

químico y la hipótesis de vías dopaminérgicas, propuesta por Van Rossum, dentro de la teoría del desequilibrio químico.

La hipótesis de vías serotoninérgicas se ve muy ligada a la manifestación de la depresión (desde un discurso médico), y se refiere básicamente a que cuando se presenta un cuadro de depresión, se debe a que las neuronas serotoninérgicas liberaban poca serotonina en la hendidura sináptica¹⁷, haciendo hipoactivas las vías, las cuales además se ven ampliamente implicadas en muchas de las actividades cerebrales como lo son la memoria, el aprendizaje, el apetito, la regulación de los estados anímicos y la conducta (Whitaker, 2015), por lo que mediante la administración de antidepresivos, estos ayudarían a aumentar los niveles de serotonina en la hendidura sináptica.

En cuanto la vía dopaminérgica, es relacionada con la esquizofrenia y caso contrario a la actividad manifestada y dada como causa de la depresión; la manifestación de las alucinaciones sostiene que se debe a una excesiva actividad de las vías dopaminérgicas, ya sea porque las neuronas presinápticas bombeaban demasiada dopamina o porque las neuronas en su hendidura posináptica tienen una gran cantidad de receptores dopamínicos; con lo que los antipsicóticos funcionan limitando la liberación de dopamina, o limitando los receptores de dopamina.

Sin embargo, aunque ciertos desequilibrios bioquímicos como dice González y Pérez (2007), si pueden tener manifestaciones conductuales, como lo es el aumento de sodio en la sangre que causa una sedación orgánica, o el incremento de la glucosa en la sangre; estos desequilibrios pueden comprobarse mediante un análisis clínico, con una prueba específica, tienen una explicación fundamentada y responden al tratamiento dado; en el caso de los conocidos como desequilibrios neuroquímicos no es así. Y es que al poner a prueba las hipótesis de las vías serotoninérgicas y dopaminérgicas por diversas investigaciones como la realizada por Bowers quien en 1969 informó que no existía una diferencia significativa entre los niveles de ácido 5-homovanílico o HIAA (que corresponde al compuesto al que se metaboliza la serotonina). Y en 1984 Maas, junto con otros investigadores del Instituto Nacional de Enfermedades Mentales de Estados Unidos (INSM), volvieron a someter a prueba la teoría de la depresión, concluyendo que “los incrementos o disminuciones en el

¹⁷ Espacio entre dos neuronas, siendo la región de difusión del neurotransmisor (Duque, Morales y Duque, 1997, p.43),

funcionamiento de los sistemas serotoninérgicos *per se* no es probable que estén asociados con la depresión” (Mass, 1984, p.1165).

En el caso de la hipótesis de las vías dopaminérgicas fue similar ya que, igualmente mediante pruebas que se empezaron a realizar para ver la veracidad de la misma en 1975 Post del INSM demostró que los niveles de Ácido Homovanílico (*HVA* por sus siglas en inglés), que es el nombre del compuesto en el que se transforma la dopamina cuando esta se metaboliza de las personas diagnosticadas como esquizofrénicas no era significativamente diferentes a los de las personas que en el estudio estaban en el grupo control. Posteriormente este mismo investigador realizó otro estudio, pero ahora con una población total de personas diagnosticadas con esquizofrenia, con la variable de que unos serían medicados y otros recibirían un tratamiento diferente, viendo al final de estudio los niveles de dopamina de los que no habían sido medicados eran normales. Posterior a ello se realizaron diversos estudios que de manera unísona demostraban en sus resultados que no existía una diferencia significativa en los niveles de dopamina.

Esto podría llevar a cuestionarnos ¿Por qué a pesar de estudios, avances y descubrimientos gran parte del fundamento psicofarmacéutico sigue partiendo de la teoría de desequilibrio bioquímico?

Pero ¿cómo cuestionar algo que se dice ser científico? A veces dotamos de un carácter verídico todo lo que es dicho en nombre de la ciencia o en el argot médico, por ejemplo, podemos ver como los médicos direccionan su discurso en relación con lo dicho en manuales científicos, empleándolos como diccionarios de cómo nombrar una determinada sintomatología. En México en el caso de las profesiones encargadas de la salud mental (psicología y psiquiatría), cuentan con dos manuales que les permite categorizar una sintomatología como enfermedad mental; por un lado está el libro de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE), en su décima revisión, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM (por sus siglas en inglés de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*¹⁸), elaborado por la Asociación

¹⁸ El DSM-5 consta de tres componentes principales: a),La clasificación de diagnóstico, que es la lista oficial de trastornos mentales reconocidos en el DSM, donde cada diagnóstico incluye un código de diagnóstico derivado de la CIE-10; b),Los conjuntos de criterios de diagnóstico, ya que para cada trastorno incluido en el

Americana de Psiquiatría, APA (por sus siglas en inglés de *American Psychiatric Association*), actualmente el DSM, va en su publicación número 5, la cual entró en vigencia desde el 2013; siendo una edición ampliada “por el variado espectro de conductas que podrían ser diagnosticadas como psicopatologías; esta nueva versión ha creado más debates y controversias” (Vale, 2013, p.22), ya que, permite diagnosticar una sintomatología como enfermedad mental o si los síntomas no se manifiestan en su totalidad, se puede hablar de un espectro, una clase o variedad de manifestación de la enfermedad; lo que hace ver que cualquier conducta puede llegar a encajar en alguna enfermedad mental y es que “una persona sana representaría la ruina de todo el sistema, por lo que es necesario un diagnóstico” (Blech, 2005, p.64).

Además, dentro de las personas que controlan el estado de la normalidad infantil y que tienen el poder para categorizar la conducta y actividades de un niño como normales o no, se encuentran los profesionales de la salud mental infantil (paidopsiquiatras y psicólogos), profesores, tutores y padres (Iriart, 2008), siendo estos últimos los que llevan y determinan las decisiones para el bienestar de los hijos y que pueden tomar la iniciativa en acciones que involucren sus hijos, aún sin la aprobación del menor, como el recurrir a expertos que corroboren o descarten sospechas que pudieran tener en torno a aparentes conductas anormales de sus hijos y el tratamiento para las conductas desviadas. No obstante, resulta imposible evitar dar un juicio de valor que la mayoría de las formas discursivas emplean; debido a ello, las reacciones que se tengan hacia estos juicios de valor quedarán determinadas por nuestra cultura. Donde un movimiento involuntario del cuerpo puede ser señalado como una manifestación de que los Dioses se están comunicando con uno o que una persona está teniendo un ataque epiléptico; en el primer escenario, esa serie de movimientos no son categorizados como algo que sea malo, sino todo lo contrario, llegando a ser incluso un don; empero en el segundo caso, la forma de valorarlo será como una enfermedad, por ende, con necesidad de cura (Gergen, 1998).

DSM, existe un conjunto de criterios de diagnóstico que indica los síntomas que deben estar presentes (y por cuánto tiempo), así como una lista de otros síntomas, trastornos y afecciones que primero deben descartarse para calificar para un diagnóstico en particular y c). El texto descriptivo, en el cual se proporciona información sobre cada trastorno respecto: características de diagnóstico, características asociadas que soportan el diagnóstico, subtipos y / o especificadores, predominio, desarrollo y curso, factores de riesgo y pronóstico, medidas de diagnóstico, consecuencias funcionales, problemas de diagnóstico relacionados con la cultura, problemas de diagnóstico relacionados con el género, diagnóstico diferencial y procedimientos de registro

En torno a esos elementos señalados de cómo se da la interacción de las prácticas que se van llevando a cabo en el marco de la diseminación de la cultura de la medicación psiquiátrica en los niños; supongamos una escena, donde un hijo siempre se hace del baño en la noche, el padre piensa que es normal por su edad (8 años), e incluso lo atribuye a terrores nocturnos, pero un día el niño se queda con unos familiares y le ocurre lo mismo en la noche y le dicen al padre estos familiares que eso no es normal para un niño de su edad, después de ello el padre empieza a sospechar de qué le estará pasando a su hijo, el padre busca información de lo qué le podría estar pasando a su hijo, ve en la televisión o encuentra en internet expertos hablando de conductas anormales en los niños, en su caso específico de lo que tienen esos niños que, “siendo grandes” aún continúan orinándose en la cama, y esa conducta junto con otras las engloban como conductas pertenecientes a una enfermedad mental. El padre entonces empieza a tener sospechas de que su hijo necesita ayuda, siendo a través de conversaciones familiares, de vecinos, compañeros de trabajo, en la escuela, o en sitios web, logra saber que a los especialistas que puede recurrir para dar solución a esa conducta desviada, se componen de una serie de especialistas de la salud mental, donde psicólogos, neurólogos, paidopsiquiatras y psiquiatras generales componen la lista, siendo los últimos dos quienes pueden recomendarles iniciar un tratamiento farmacológico para la mejora de su hijo; adicionalmente expondrá los beneficios del procedimiento psiquiátrico; hasta aquí, aún si el niño pudiera y atreviera a negarse al tratamiento; el padre acepta el discurso del psiquiatra y con ello acepta el tratamiento; dejando ver el poder que se da en esta relación donde el niño, no tiene posición político-legal para reusarse al tratamiento, a pesar de la no eficacia de estos¹⁹ (Mollejo, 2005). La cual puede ser vista en los reportes o de manera más directa cuando se inicia el tratamiento psicofarmacológico en los niños.

¹⁹ En 2004 Food and Drug Administration (FDA), del gobierno de los Estados Unidos de América; así como The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA), del gobierno del Reino Unido; la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), y The Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), quienes en su respectivo territorio son agencias federales responsable de garantizar que los medicamentos y dispositivos médicos funcionen y sean aceptables, alertaban de manera independiente sobre la prescripción de antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), en niños y adolescentes; concluyendo de manera general que la relación beneficio-riesgo era desfavorable para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, ya que los datos de los ensayos clínicos no demuestran eficacia, y sugieren como se tenía por hipótesis, un aumento del riesgo de ideación y comportamiento suicida (Mollejo, 2005, p. 142).

Construcción de niños problema y su solución

La idea de que los niños podían llegar a ser alguien que padeciera un trastorno mental, fue lo que acompañó y ayudó a hacer factual la idea de que los niños son seres que pueden llegar a desarrollar enfermedades que anteriormente era vistas solo en adultos; considerando que, las nociones que se tienen de qué es ser un niño son formaciones discursivas socialmente construidas, por lo que la noción de niño normal y niño anormal, han de permearse de esta noción, de manera que si la idea de niño normal gira en torno a un repertorio conductual dotado de creatividad, imaginación, energía, por decir algunas; todas las demás serán vistas como un punto de referencia de lo que no lo es. Incluso, uno podría cuestionarse si son visibilizados como agentes sociales activos en la construcción de estructuras y procesos sociales que los rodean o solo son vistos como personas que no hacen cosas significativas dentro de la sociedad (Calderón, 2015). Por ello, podría decirse que parte de esa no agencia atribuida a los niños, pero si como un blanco de padecimientos que anteriormente solo eran problemas de personas adultas.

Junto con lo anterior, podemos ver como la historia acerca de los psicofármacos infantiles, no es similar a la que se dio en la administración en adultos ya que, en el caso de los adultos se tenía contemplada una población diana, es decir un grupo de adultos con alguna enfermedad mental; pero en el caso de los niños no era así, no había un grupo esperando que alguien encontrara una cura, debido a que los niños no eran conceptualizados como posibles enfermos mentales y para hacer esa extrapolación de los psicofármacos administrados a los adultos hacia los niños, primero se tenía que crear el campo idóneo para su inserción y esto era creando la existencia de niños con alguna enfermedad mental.

Whitaker (2015), menciona que la creciente demanda de la medicalización de niños en el área psiquiátrica replanteó la visión de la infancia, ya que ahora cualquier conducta que fuera vista como no apropiada, desviada, la base para su tratamiento era farmacológica y en ocasiones era acompañada con algún otro tipo de tratamiento. Dejando ver que “las circunstancias de la vida ya son suficientes para declarar enfermos a los niños” (Blech, 2005, p.117). De acuerdo con la Secretaria de Salud de México en el 2017 se atendieron en el campo de la salud mental a 67,796 niños, menores de 10 años de edad, en la Ciudad de México y en el Estado de México; dónde las causas fueron diversas, categorizadas de acuerdo con la CIE-10: mentales orgánicas, mentales debidas al consumo de sustancias, esquizofrenia, trastorno esquizotípico y de ideas delirantes, del humor (afectivas), neuróticas

y somatomorfias, asociadas a disfunciones fisiológicas, de la personalidad, retraso mental, del desarrollo psicológico, del comportamiento en la infancia y otras (SSA, 2017). Además, reportan un número de egreso (que fueron dados de alta, sin contar los que abandonaron el tratamiento o los que fueron canalizados por edad a otro especialista), de 25 niños, de los cuales 16 eran niños y 9 eran niñas.

Estas cifras tan altas de niños siendo atendidos psiquiátricamente se puede ver sustentada por cómo es visto el tratamiento psiquiátrico de los niños, desde algo que les beneficiará a corto plazo como la mejora de su atención en la escuela, en sus notas académicas, su mejora de los niños en su trato con sus padres o demás niños; o también puede verse al tratamiento psicofarmacológico como algo que puede ser a largo plazo, visualizándolo como una forma de prevención, basándose en la idea de que entre más rápido se trate menos consecuencias negativas tendrá a futuro, teniendo incluso estudios²⁰ que respaldan la hipótesis de: medicar para prevenir. Por otro lado, Hyman (1996), menciona:

La ciencia había revelado lo siguiente antes del tratamiento, los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, depresión y otros trastornos psiquiátricos no padecían ningún “desequilibrio químico” conocido. Sin embargo, en cuanto se aplica un tratamiento psiquiátrico, que interfiere de un modo u otro en los mecanismos habituales de una vía neuronal, el cerebro del paciente empezaba a funcionar, anormalmente. (p.153)

Por lo que, si tomamos en cuenta que un tratamiento psiquiátrico que se inicia desde la niñez, muchas de las veces es un tratamiento de por vida, o que es largo, vemos que una de las razones de trasfondo de la recomendación de su uso es un fin mercadológico más que médico ya que, se puede hablar de una falta de investigaciones que corroboren la eficacia del uso de fármacos como tratamiento para la salud mental, incluso que sean útiles en la mejora y a pesar de ello se siguen prescribiendo. Por lo que podría decirse que los fines de su empleo, prescripción y administración se relacionan más con otros fines que actúan bajo el encubierto de beneficio para la salud mental, en este caso de los niños.

²⁰ O’Neal (2006), menciona acerca de pruebas realizadas en el cerebro, donde se ve que algunos trastornos psiquiátricos producen un deterioro neuronal y biológico progresivo en adultos que no fueron tratados desde su niñez.

Faraone, Barcala, Torricelli, Bianchi y Tamburrino (2010), por medio de una investigación acerca de la medicalización del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH), realizaron entrevistas a profesionales de la salud mental (pediatras, psiquiatras infantiles, juveniles y neurólogos infantiles), pertenecientes al sector público y privado de salud, así como a informantes clave, pertenecientes a la industria farmacéutica; obtuvieron que, ciertos profesionales de la salud mencionan que “los laboratorios [son], factores que contribuyen a la aparición de la medicalización” (Faraone, et al, 2010, p.490). Siendo el incremento de la incidencia del TDA/H simultáneo con el momento en que se incorpora en mayor medida la práctica de medicar a los niños, además de que la escuela es la fuente principal de derivación al médico por un posible padecimiento de TDA/H, surgiendo muchas veces el nombre de algún especialista en particular o de una institución para diagnosticar y tratar el TDA/H, y a lo que corresponde de la medicalización. Concluyendo que la medicalización se ha encargado más allá de dar una cura, ha formado y ha hecho vivir a las personas de determinada manera, “El consumo de psicotrópicos en niños diagnosticados con TDA/H es un modelo de cómo ciertas conductas y/o situaciones que antes no eran medicalizadas hoy son parte de los circuitos de tratamiento médico, circuitos que tienen principal énfasis en el consumo de fármacos como tratamiento.” (Faraone, et al, 2010).

La cura necesita una cura. Daños neuroquímicos en la infancia

Si bien es entendido que todo tratamiento tiene tanto beneficios como riesgos o consecuencias, lo que uno espera y con cierta lógica es que al adoptar un tratamiento este efectivamente tendrá más beneficios que consecuencias malas. Sin embargo, en el caso de los beneficios de los psicofármacos en la población infantil no se podría considerar (en consonancia con estudios, como los llevados a cabo por Molina, 2009), un beneficio a largo plazo con el uso de psicofármacos. Abundando al respecto de que una de las ideas que motivaban la administración (y que sigue vigente hoy en día), de fármacos psiquiátricos en los niños era la de prevención de problemas futuros; no parece traer buenos resultados.

Esbozando los daños desde los que son visibles en un corto plazo, podemos ver que hoy en día después de estudios, incluso la numeración de los efectos secundarios de cada fármaco debe ser informada abiertamente a los padres para ser tomada en cuenta al momento de iniciar o continuar con un tratamiento psiquiátrico que involucre el uso de fármacos en

sus hijos. En el caso de México por ejemplo, que en el Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención 2001-2006 que elabora el Consejo Nacional contra las Adicciones, a través de los Servicios de Salud Mental, de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud [SSA], 2002), una lista de los medicamentos que son empleados en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención (TDA), en categorías: a), Medicamentos que son tratamientos de establecida eficacia; b), Medicamentos eficaces habitualmente no recomendados; c), Medicamentos probablemente eficaces; d), Medicamentos posiblemente eficaces; e), Medicamentos de uso especulativo; f), Tratamientos farmacológicos probablemente ineficaces; g), Tratamientos potencialmente dañinos. Además, que los efectos secundarios son: “anorexia, insomnio, cefalea, nerviosismo, dolor abdominal, temblor y ocasionalmente, tics. Debido a la presencia de reportes de que en algunos casos se producía una disminución de la velocidad del crecimiento”, los cuales solo serán intolerables para el 25% además de que la mayor parte de los efectos secundarios son tolerables (SSA, 2002, p.30).

Otro ejemplo se encuentra en La Guía Clínica. Esquizofrenia en Niños y Adolescentes, (Ulloa, Sauer, Fernández y Apiquian, 2011), la cual es un documento elaborado por personal del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” de la Ciudad de México, dónde nuevamente enlistan los psicofármacos empleados clasificándolos en típicos y atípicos y de manera abierta se exponen los efectos colaterales de cada uno, junto con observaciones al mismo fármaco, como la no existencia de estudios que corroboren su eficacia, dentro de algunos de los efectos enlistados se encuentran: sedación, síntomas extrapiramidales (Parkinson medicamentoso), aumento de peso, somnolencia, convulsiones, taquicardia, fiebre, síndrome neuroléptico maligno, entre otros. Proponiendo como control a estos efectos, el subministro de más fármacos, algunos de los cuales son recetados para otras enfermedades mentales como lo es el diazepam y propranolol (medicamentos recetados para la ansiedad), (Ulloa, Sauer, Fernández y Apiquian, 2011). Obteniendo que el infante termine consumiendo todo un coctel farmacéutico.

Incluso dentro de los efectos secundarios se puede tener la aparición de nuevas enfermedades mentales, como dice Whitaker (2015), acerca de los niños que bajo el diagnóstico de TDAH fueron tratados con estimulantes, a la larga desarrollaron bipolaridad, por el hecho de que los estimulantes hacen que entren en estados de excitación, aumento de energía cuando toma el fármaco, incluso mostrar ansiedad, irritabilidad, agresión; caso

contrario cuando los efectos del fármaco cesan, cuando los niveles de dopamina caen bruscamente en el organismo, esto puede provocar fatiga, letargia, apatía y depresión. Ahora imaginemos la repetición por años de un ciclo de euforia por la energía dada por el fármaco y letargia por la falta del fármaco. Podríamos ver curiosa pero amargamente la transición de la enfermedad mental de un niño, que, iniciando con un diagnóstico de TDAH en la infancia, pueda ser cambiado por un diagnóstico de Bipolaridad en un futuro, con la incorporación de nuevos fármacos en su vida; causando seguramente que en un futuro sean cambiados los fármacos por dosis más altas, o por medicamentos más riesgosos, es decir con más efectos secundarios.

Dentro de los fármacos comúnmente empleados para el tratamiento del TDAH en niños están: a) Psicoestimulantes: metilfenidato, dextroanfetamina, pemolina y flenfluramina; cuya función y eficacia es descrita en las mejoras visibles que se reportan en sus conductas, como el dejar las conductas oposicionistas, el mejorar la interacción social, así como disminuir la posibilidad de padecer ansiedad y depresión comórbida. b) Antidepresivos: desipramina, bupropion, clomipramina, fluoxetina y moclobemida (MAO) y el donepezil, que aunque comúnmente administrado en la demencia, ha mostrado reducir los síntomas de TDAH; empero en el uso de antidepresivos como tratamiento no posee gran cantidad de estudios que den a conocer los efectos de administrarlos por un periodo prolongado, ni en el cerebro en desarrollo de los niños preescolares c) Antipsicóticos: prometazina; d) Antihistamínicos: Meclicina, ciclicina y dimenhidrato (Jarque, 2012, p. 25-26).

Generalidades del mercado psiquiátrico

Un importante punto de partida es el concepto de invención de enfermedades, el cual fue acuñado por la periodista Lynn Payer en 1992, el cual alude a las estrategias de la industria farmacéutica que fomentan el consumo de fármacos, así como la ampliación en la definición de enfermedades, enfermos sin tomar en cuenta los riesgos, de manera que el mercado farmacéutico actúa como agente socializador en la construcción social de enfermedades (Moynihan & Henry, 2006).

El mercado de la locura ha mostrado tener sus varianzas, desde el denotarlo y connotarlo como algo que implicaría un estigma sobre el que es denominado bajo la etiqueta

de alguna enfermedad mental, hasta la exaltación de la locura como algo único y que se encarga de realzar positivamente ciertas características de alguna enfermedad mental. Burman (2013), por ejemplo, menciona que la publicidad de la locura, no siempre tiene que ver con la propaganda de la enfermedad mental con connotación negativa, sino que puede establecerse a la locura como algo elegante o que, en su intento de sobresalir convierte en únicos a las personas, como podría ser el gusto por las cosas extravagantes, teniendo en cuenta que este tipo de publicidad va dirigido a un público juvenil que con la denominación de algo como insólito, los atrae (a los jóvenes), en esa búsqueda de distinción. Por su parte Conrad (1974) desde una crítica a la publicidad de la locura, menciona que esta va encaminada hacia el beneficio de la industria farmacéutica, donde incluso se entra en el proceso de la medicalización, anunciando “formas de curar a los enfermos y afligidos” (p.127), esto de manera independiente de la connotación que sea dada a la forma de ver a la enfermedad mental.

Natella (2008), menciona que fueron las exigencias de la sociedad industrial e instituciones como la industria farmacéutica, escuela, y demás sectores que tienen poder sobre lo que ha de realizarse en una sociedad, logra que la medicina comience a operar políticamente, dictaminando o replanteando lo que se consideraría como fuera de la norma ²¹ comenzando con ello una disciplina corporal y conductual, la cual empezó a propagarse en los medios de comunicación.

Argumentando que la publicidad de la industria farmacéutica tiene la finalidad de elaborar estrategias de persuasión que operan en una doble dirección; por una parte, simplifican los mensajes haciendo asequible la información acerca de las nuevas enfermedades, así como su forma de detección y tratamiento con el fin de poder llegar a las personas, tanto en el aspecto generacional como cultural; por otra parte se convierten en una importante fuente de ingresos para los medios de comunicación con la publicidad efectuada en cada uno de ellos, sin embargo esto más que gasto es una inversión para las industrias por el anuncio de sus fármacos como tratamientos idóneos para ciertos padecimientos (Ruiz & Cambronero, 2011).

²¹ Parsons (1951), conceptualizó la enfermedad como anomalía, por el poder de esta hacia el sistema social; por lo que la anomalía si es intencionada es conceptualizada como un delito y cuando no es intencionada es definida como enfermedad.

La práctica además muestra que la información que se ofrece en la publicidad de fármacos no es neutral (Spurling, Mansfield & Montgomery, 2010), sino que por medio de estrategias publicitarias se pueden mostrar dramatizaciones del padecimiento, para que la audiencia pueda ver la eficacia del fármaco y de esta forma querer adquirirlo por los beneficios que le ofrece. Y es que en esta posmodernidad Charles (2004, en Lipovetsky y Charles, 2004), menciona que paradójicamente se presentan “dos lógicas, una que favorece la autonomía y otra que aumenta de dependencia”, por una parte se nos hace creer que tenemos una libertad cuando se nos hace ver que anteriormente a los que eran diagnosticados con una enfermedad mental eran reclusos en manicomios y ahora no es así, ya que con la ingesta de fármacos, puedes tener tu vida normal; sin pensar que ello te envuelve en la dinámica de mercado de comprar algo que te permita seguir con tu vida cotidiana.

Otra forma en cómo se puede dar la publicidad es mostrar problemas leves o de mediana gravedad como indicios de enfermedades más graves y que en relación con los costos y beneficios, es mejor tratar a tiempo estos padecimientos antes de que se desencadenen en problemas o enfermedades más graves, mostradas de manera maximizada como incluso incurables, si no es que no se les atiende a tiempo e incluso el aumentar la preocupación sobre algo que podría considerarse normal, pero bajo la etiqueta de que no es normal que una persona siempre esté de esa forma, se crea la incertidumbre de la posibilidad de padecer algo, como el decir que no es normal que una persona no esté preocupada; con ello, también puede darse la conversión de problemáticas de un orden más social, en cuestiones biológicas, como lo es la timidez, transformada bajo el rótulo de fobia social y que por ende posiciona a la persona como incapaz de salir de esa cuestión por si misma haciendo necesario el consumo de un fármaco para su tratamiento (Blech, 2005).

Werner & Weiss (2003), mencionan que “a la hora de probar medicamentos nuevos, los grandes laboratorios farmacéuticos no dan demasiadas vueltas: falsifican los resultados, ocultan los efectos colaterales. Pacientes con enfermedades graves reciben placebos. Los médicos se transforman en cómplices” (p.43), ya que, si bien existen leyes en México que se encargan de regular cuestiones de beneficio, afectación al organismo humano tras su

consumo, como la Ley General de Salud (1984), en su artículo 401Bis, fracción VIII²² que habla de una sanción a quienes no cumplan con los estándares establecidos en la Ley para asegurar que el fármaco es adecuado para su comercialización al público; o la serie de normas oficiales sanitarias, como la Norma Oficial Mexicana de Requisitos Sanitarios que deben cumplir los fabricantes, distribuidores y proveedores de fármacos utilizados en la elaboración de medicamentos de uso humano (NOM-176-SSA1-1998, 1998), mediante la cual se puede extender un certificado de calidad de los fármacos que fabrican en términos de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos²³ ([FEUM-X], 2011), y sus suplementos del 2012 y 2013 (SSA, 2013), y también establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-93 (1993), donde además se explica el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la Farmacopea de los Estado Unidos Mexicanos y la Norma Oficial Mexicana NOM-059-SSA1-2015 (2015), que establece las buenas prácticas de medicamentos, en cuanto su fabricación y distribución. En su conjunto logran establecer los requisitos necesarios para que la fabricación de los medicamentos, tengan y cumplan con los estándares de calidad antes de empezar su distribución tengan estudios donde se establezca su uso adecuado en humanos, las dosis permitidas y se presenten de manera explícita ante autoridades sanitarias y público los efectos secundarios tras su ingesta.

²² **Artículo 401 Bis.** Fracción VIII (...), En caso de que el producto reúna los requisitos y especificaciones requeridos, la autoridad sanitaria procederá a otorgar la autorización que se haya solicitado, o a ordenar el levantamiento de la medida de seguridad que se hubiera ejecutado, según corresponda.

Si el resultado a que se refiere la fracción anterior comprueba que el producto no satisface los requisitos y especificaciones sanitarios, la autoridad sanitaria procederá a dictar y ejecutar las medidas de seguridad sanitarias que procedan o a confirmar las que se hubieren ejecutado, a imponer las sanciones que correspondan y a negar o revocar, en su caso, la autorización de que se trate. (Ley General de Salud, 1984),

²³ Es el documento expedido por la Secretaría de Salud que consigna los métodos generales de análisis y los requisitos sobre identidad, pureza y calidad de los fármacos, aditivos, medicamentos, productos biológicos y biotecnológicos (SSA, 2013),

Además, en los artículos 413²⁴, 414²⁵ y 414²⁶Bis de la misma ley señalan las sanciones correspondientes en cuanto la publicidad de medicamentos que tras pruebas sean nocivos, como el retiro de su publicidad y teniendo una sanción con una multa equivalente de seis mil hasta doce mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trata (Artículo 421 de la Ley General de Salud, 1984).

Sin embargo, como podemos ver en anuncios de los medios de comunicación, muchas veces estos medicamentos son lanzados al mercado aun sin un respaldo institucional que los acredite como adecuados para su administración en seres humanos, pero con la gran cantidad de ganancias, resulta más económico pagar la multa en comparación con las enormes ganancias. Sino ¿de qué manera las industrias farmacéuticas habrían creado un enorme capital?, esta gran ganancia es resultado de un trabajo entre la industria farmacéutica y los psiquiatras que como personas con poder y autorización de medicar, diagnosticar enfermedades descubiertas y recetando los fármacos descubiertos (por empresas farmacéuticas), como tratamiento idóneo de la enfermedad a los pacientes que al comprar lo que hacían era cerrar un ciclo que hace creer económicamente a la industria farmacéutica permitiéndoles ampliar el mercado, pero ¿a costa de qué? De ocultar datos que podrían contradecir los beneficios que se le han adjudicado a un fármaco, de estudios que hablen de los efectos secundarios, o de los pobres resultados a largo plazo de ese modelo de tratamiento basado en la ingestión de píldoras (Blech, 2005; Whitaker, 2015).

²⁴ **Artículo 413.** La suspensión de mensajes publicitarios en materia de salud, procederá cuando éstos se difundan por cualquier medio de comunicación social contraviniendo lo dispuesto en esta Ley y demás ordenamientos aplicables o cuando la Secretaría de Salud determine que el contenido de los mensajes afecta o induce a actos que pueden afectar la salud pública. En estos casos, los responsables de la publicidad procederán a suspender el mensaje, dentro de las veinticuatro horas siguientes a la notificación de la medida de seguridad.

²⁵ **Artículo 414.** El aseguramiento de objetos, productos o sustancias, tendrá lugar cuando se presuma que pueden ser nocivos para la salud de las personas o carezcan de los requisitos esenciales que se establezcan en esta Ley. Si el dictamen indicara que el bien asegurado no es nocivo pero carece de los requisitos esenciales establecidos en esta Ley y demás disposiciones generales aplicables, la autoridad sanitaria concederá al interesado un plazo hasta de treinta días para que tramite el cumplimiento de los requisitos omitidos. Si del dictamen resultara que el bien asegurado es nocivo, la autoridad sanitaria, dentro del plazo establecido en el anterior párrafo y previa la observancia de la garantía de audiencia, podrá determinar que el interesado y bajo la vigilancia de aquella someta el bien asegurado a un tratamiento que haga posible su legal aprovechamiento, de ser posible.

²⁶ **Artículo 414 Bis.** Será procedente la acción de aseguramiento prevista en el artículo 414 como medida de seguridad, para el caso de que se comercialicen remedios herbolarios, suplementos alimenticios o productos de perfumería y belleza que indebidamente hubieren sido publicitados o promovidos como medicamentos o a los cuales se les hubiera atribuido cualidades o efectos terapéuticos, presentándolos como una solución definitiva en el tratamiento preventivo o rehabilitatorio de un determinado padecimiento, no siendo medicamentos y sin que los mismos cuenten con registro sanitario para ser considerados como tales.

La eficacia vendida y comprada de los fármacos como mejora de vida

La eficacia es el grado en que una determinada intervención origina un resultado beneficioso, teniendo en cuenta que este es administrado bajo condiciones ideales de actuación, es decir que se controla los individuos a quienes se les administra, las condiciones de edad, sexo, dosis y demás características que, acorde a los farmacéuticos pueden influir en la óptima administración. Este es establecido habitualmente de forma experimental y tiene validez universal (Ponce, 2008). Es decir, que lo que es promocionado a las personas bajo el título de la gran eficacia de un determinado fármaco, pareciera que en letras chiquitas nos viene a decir que esta es dada si, solo si, se controlan determinadas circunstancias que al momento de medir la eficacia en un laboratorio fueron consideradas, es decir que de antemano se planteó el probar el medicamento en el mejor escenario posible de administración; ahora bien, aquí viene el truco ¿Acaso hay medicamentos que bajo el control de circunstancias que podrían afectarlo, muestren una baja o nula eficacia? O es que de antemano sería imposible una ineficacia en el laboratorio.

Ahora, el fármaco ya cumplió con las pruebas en el laboratorio a las que fue expuesto y es lanzado al mercado (en el mejor de los casos, ya que hay fármacos que sin cumplir todas las pruebas son lanzados a la venta al público), ¿podemos hablar de una eficacia comparable a la vista en el laboratorio? Y es que por una parte los médicos al momento de que le es vendido a ellos determinado medicamento con un alto porcentaje de eficacia y los médicos compran esa idea y recetan ese fármaco y no solo ello, si no que les transmiten a las personas un discurso que hace factual la eficacia del fármaco y de esta manera entre personas hablarán de la eficacia de ese fármaco válida porque fue un médico quien les dijo que “es muy bueno”.

En lo que concierne al tratamiento de los trastornos mentales en la infancia, Miranda, Pastor, Rosello y Mulas (1996) mencionan que dentro del abanico de intervenciones que se suelen suministrar a los niños que han sido diagnosticados con TDAH; el tratamiento que encabeza la lista de intervenciones reportadas como efectivas en la reducción síntomas característicos de este trastorno, está el tratamiento psicofarmacológico, que con una base de medicamentos controlan o apaciguan las conductas que son características de este trastorno. El estimulante más utilizado para el TDAH, el metilfenidato, es la prescripción más empleada en la psiquiatría infantil (Jarque, 2012).

Medicalización: de la patologización al consumo recetado

Watters (2010), no se equivocaba al plantear que nosotros somos la base del aparente descubrimiento científico de nuevas enfermedades, así como la categorización de las personas como pacientes. Y es que, ante la presentación del descubrimiento de una enfermedad y su cura, dan a entender a la sociedad que siempre han existido (enfermedad y cura), y solo faltaba tener las herramientas necesarias o avance tecnológico, que les permitieran a los científicos descubrirlas; sin embargo históricamente se puede ver cómo es que lo que se ha llegado a denominar como enfermedad mental, depende de lo que de acuerdo con la historia, cultura, tiempo y espacio, es lo anormal o característico de alguna enfermedad, aunado a que ciertas prácticas han hecho que se perpetúen o no a través del tiempo y espacio. Tal es el caso de las características de un resfriado, donde los estornudos, la congestión nasal, sensación de cuerpo cortado, pueden servir como indicadores corporales de que una persona tiene un resfriado y que independientemente de si estos síntomas fueran vistos en México u otro país, hace 10 años u hoy en día; si le son vistos en una persona, son suficientes para decir que tiene un resfriado; sin embargo ahora con las nuevas enfermedades descubiertas incluso estos síntomas le llevarían a un médico a pensar si es resfriado o influenza; empero bajo su experticia bastaría con hacer estudios o ver algunos otros síntomas que le ayudarían a definir bien el cuadro diagnóstico a dar ante estos síntomas anteriormente enlistados.

Pero ¿qué pasa cuando los síntomas corresponden más al marco de lo descriptivo de un tercero, o donde los “síntomas” son comportamientos?, tal vez no resulte tan fácil decir que tiene o no ciertas enfermedades, porque depende de la visión del otro, de su forma de apreciar los síntomas, o lo dictaminado por instituciones como norma, lo que corporalmente le llevaría a corroborar esa manifestación. Lo que puede pasar tras ello es que se pueda errar en el diagnóstico dado, llevando con ello la no adecuada medicación y llevando a consecuencias más graves, como el empezar a tratar actividades que antes resultaban cotidianas como síntomas de una enfermedad, teniendo así “una pastilla para cada dolencia y una dolencia para cada pastilla” (Blech, 2005, p.74).y esto no es dado por una desconocimiento científico de la existencia de las enfermedades mentales, sino que se está

llevando a cabo una medicalización de la vida cotidiana, donde todo problema que antes era tratado de otra forma, ahora sea “resuelto” con un fármaco.

Cuando empezó la era psicofarmacológica, eran muy pocos los niños diagnosticados como “enfermos mentales”. Había abusones, traviesos y haraganes en las escuelas elementales, pero no se les diagnosticaba con un trastorno de hiperactividad y déficit de atención, porque ese diagnóstico aún tenía que nacer. (Whitaker, 2015, p.262)

Antes de que se empezara incluso a manejar la idea de la existencia de niños con problemas mentales o que estos se pudieran dar en esa etapa, se conceptualizaba a los niños como personas que tenían el derecho de equivocarse, divertirse, no tener actividades sanas (no lavarse las manos, ensuciarse) por el hecho de estar enfrascados en juegos y que si estas eran “olvidadas” no había problema en ello ya que, era una cuestión de distracción por juego y falta de habilidades que se adquirirían por la edad; por lo tanto, no eran esperadas ni solicitadas a los niños. Sin embargo, cuando se empezó a tener la noción de que los niños también podían padecer mentalmente, como tener depresión, ansiedad, alucinaciones; se empezó a buscar “soluciones”.

Por lo que al buscar especialistas que podrían tratar esos asuntos, se logró crear especialistas en la materia de la salud mental infantil. Sin embargo, cuando los avances psicofarmacológicos en adultos, de acuerdo con los resultados de los laboratorios, empezaron a dar resultados prometedores en este campo, se pensó en la posibilidad de trasladar esos logros a la salud mental infantil. Lo cual lleva a una medicalización de actividades que antes no eran tratadas con una pastilla, ahora resultada esperanzador que un sintético curara todos los males que acontecieran en nuestro diario vivir. Dejando ver que incluso esta patologización de la vida cotidiana se permeara en las actividades y conductas infantiles (Iriart, 2008; Whitaker, 2015). Blech (2005), por su parte habla de ello como una “medicalización²⁷ dirigida de los problemas humanos” (p. 24), permitiendo que se pueda construir una necesidad de medicalizar lo que se ve y considere como anormal.

²⁷ Implica la expansión del diagnóstico y tratamiento médico de situaciones previamente no consideradas problemas de salud (Iriart, 2008, p.974)

Existe una variedad de autores que han explicado desde su posición epistemológica, ontológica y metodológica el funcionamiento y composición de la dinámica de mercado de la industria farmacéutica, su relación con la construcción de enfermedades y sus consecuencias. Gergen (2006), por mencionar, utiliza el ciclo de debilitamiento progresivo para dar una explicación de cómo se construye una enfermedad y la eficacia de los fármacos como tratamiento; donde además cualquiera puede tomar el posicionamiento²⁸ de experto, es decir, ver conductas anormales en uno mismo y en los demás, incluso el recomendar la ingesta de algún producto para su mejora.

Blech (2005), por su parte, menciona la existencia de una alianza entre industrias farmacéuticas, médicos y pacientes; donde las farmacéuticas con el objetivo de ampliar sus mercados, manipulan el discurso de las enfermedades construyendo procesos normales de la vida en síntomas o dolencias que finalmente son tratadas con sus productos que, cuando son lanzados al mercado, son promocionados con una aparente pero sólida demostración de los beneficios reportados, a través de numerosos estudios que demuestran la eficacia de estos fármacos frente otro tipo de terapias o de otros fármacos.

Posteriormente los médicos, como los acreditados para administrar fármacos, son educados y capacitados en el conocimiento y actualización de las enfermedades y tratamientos por medio de cursos y congresos financiados por industrias farmacéuticas (Blech, 2005; Watters, 2010), y que adicionalmente son premiados con bonos por la recomendación de fármacos producidos por la industria como tratamiento en sus pacientes.

Y finalmente están los consumidores quienes bajo la etiqueta de pacientes asumen su posición como personas que pasivamente (sin cuestionar la experticia del médico), siguen el tratamiento que les sea dado, con confianzas y certeza de que ese tratamiento es la cura, y es que como decía Watzlawick (1996/2000), “una parte esencial del efecto autocumplidor de los diagnósticos psiquiátricos descansa en nuestra firme convicción de que todo lo que tiene un nombre debe por eso mismo existir realmente” (p.90).

Toda esta expansión se ve reflejada en la actualización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM (por sus siglas en inglés de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, de la

²⁸ Considerando el posicionamiento, como lo definen Davies y Harré (1990), como “el proceso discursivo donde las identidades se localizan en conversaciones en las que participantes, observable y subjetivamente coherente, conjuntamente producen argumentos (p.246),

American Psychiatric Association, APA), viendo el caso específico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), y del Trastorno de Espectro Autista (TEA), donde el primero al empezar a considerarse en el DSM-5 como un trastorno del neurodesarrollo, abre la posibilidad de su diagnóstico en la adultez, ya que anteriormente (DSM-III y DSM-IV), era considerado como un trastorno de la infancia. Respecto al TEA la nueva clasificación del DSM, al ser menos restrictiva, abre a interpretaciones con las cuales algunas excentricidades individuales (como el no ser sociable, la timidez), podrían ser releídas a la luz de este diagnóstico (Bianchi, 2015, p.425). Si bien los cambios de la medicina y de la psiquiatría no evidenciaron intenciones de abolir ni prescindir de la normalización, ahora la han modelado con características particulares, reconfigurando los límites de la normalidad y la patología, de la enfermedad y la salud mental.

Bianchi, Ortega, Faraone, Portugal y Teixeira (2016) mencionan que la medicalización de la vida cotidiana, en el caso del TDAH, se ha dado por una expansión del mercado médico, donde incluso la manera de publicidad dada, se muestra personalizada, donde “[hay] una mixtura entre un modelo de marketing orientado al médico (en el cual el profesional es el objetivo principal), y uno orientado al consumidor (que incluye a la familia y a la escuela)” (Bianchi, *et al*, 2016, p. 456), además de ver la existencia de profesionales médicos como difusores de información, bajo la denominación de líderes de opinión o voceros que, además difunden información acerca de un trastorno y de su tratamiento con charlas en escuelas y hospitales.

Iriat y Ríos (2008) por su parte mencionan que padres y profesores se ven compelidos a actuar desde una ideología de control individual, donde la solución y cura es un asunto personal. Esto más allá de generar lo que en apariencia sería concientizar a las personas acerca de las enfermedades y formas de hacerle frente, genera una profunda mercantilización del sufrimiento infantil, ya que los padres, convertidos en consumidores, buscarán en páginas web información que les permita nombrar y describir signos y síntomas conducentes al diagnóstico del TDAH en sus hijos y ver los servicios de profesionales que son recomendados para el tratamiento de este trastorno.

Porque ¿De qué manera podemos factualizar el mundo de lo mental?, una de las formas en cómo puede darse, es mediante el uso de un lenguaje descriptivo de los estados mentales, aseverando en su enunciación que, efectivamente existe aquello de lo que se habla;

con lo que al hablar de las enfermedades mentales debería de entenderse lo mismo aquí y en cualquier parte del mundo; sobre todo al momento de enmarcar una conducta como característica de una determinada enfermedad mental (Gergen, 2006; Gergen, 2007; Watters, 2010), sin embargo, esto vendría a ser una afirmación ilusoria.

Watters (2010), menciona cómo la extrapolación de enfermedades mentales, así como su definición y características que se da de una sociedad a otra implica un choque entre lo que se entiende por normal o desviado por ejemplo, menciona que cuando se insertó el concepto de depresión en Japón sin considerar la cultura del país, dónde por ejemplo, el aislarse no es visto como conducta desviada, e incluso el quitarse la vida puede verse como algo memorable y heroico; puede dejar ver el contraste existente entre la cultura de este país y la cultura occidental (específicamente la proveniente de Estados Unidos de América), donde estas conductas resultan connotarse de manera negativa.

Vale (2013), por su parte menciona que, el estrés bien podría ser concebido en términos de discurso político como causa de la explotación que sufre en la actualidad el ser humano sin embargo, este es conceptualizado como una enfermedad cuya cura es el consumo de fármacos que alivianen o aligeren los síntomas; a esto Blech (2005), se refiere como la medicalización dirigida de los problemas humanos, donde actividades que antes no eran consideradas como anormales, como el envejecimiento, la timidez, ahora pueden verse como no adecuadas y que requieren la intervención de profesionales que ayuden a normalizarlas, como en el caso del envejecimiento que hoy en día existen diferentes fármacos que prometen ayudar a retrasarlo, por lo menos de manera orgánica; o en el caso de la timidez, que ahora puede llegar a ser categorizada como una fobia antisocial que involucra el recurrir a un especialista que lo cure, e incluso la ingesta de píldoras para controlarla. Aldoux Huxley (en Blech, 2005), decía: “la medicina ha avanzado tanto que ya nadie está sano”, y es que hoy en día cualquier conducta puede encajar en el diagnóstico de alguna enfermedad mental.

Uno podría cuestionar la forma en cómo se llega a determinar que se tiene o no una enfermedad mental; en primera instancia con solo acudir con un especialista de la salud, en este caso psiquiatras, se da por sentado que algo debe de estar mal, es decir aquello que lo llevó a estar ahí, sin que el psiquiatra mismo se cuestione qué lo hizo ir a una consulta, además de que se deja de lado si contextualmente algo o alguien le hizo acudir con un psiquiatra, puede ser que escuchó en la radio, televisión, o vio en un sitio web el caso de

alguien que le hizo plantearse la necesidad de ir. Sin embargo, todas estas cuestiones no son puestas en duda tanto por el usuario, como por el psiquiatra. De manera que una vez el especialista de la salud mental trata de encontrar el hilo negro de lo que le llevó acudir ahí, al momento en que el paciente empiece a describir conductas, estas serán vistas desde la lupa psiquiátrica para encontrar dónde está el problema, y es que muchos de los profesionales que trabajan en lo que es la salud mental, adaptan sus visiones y discursos, al “discurso psiquiátrico como el básico (discurso), de la práctica” (Crowe, 2000, p.70).

El lenguaje construye cómo pensamos y nos experimentamos a nosotros mismos y nuestras relaciones con los demás. Los discursos se consideran patrones de formas de representar tales fenómenos en el lenguaje (...), El desorden mental (debe considerarse), como un producto del significado establecido por los discursos. No es algo que simplemente existe o simplemente es independiente de los procesos sociales y culturales. Los discursos no se limitan a reflejar o describir. (Lupton, 1998, p.24)

Es decir que mientras hablamos, la manera en cómo hablamos y el lenguaje empleado, podemos llegar a cosificar a las personas (Billig, 2014), es decir omitimos a las personas como agentes de acción por lo que, dentro de los discursos médicos podemos encontrar que se omite al psiquiatra como agente responsable de la administración de los fármacos, depositando toda la agencia en el fármaco, desdibujándose de la escena como responsable de la administración y regulación de los fármacos. En el mismo tono, podemos ver que, se puede llegar a generar otras prácticas a partir del lenguaje y su uso, logrando que se privilegie un discurso sobre otro

III. La construcción social de la realidad a través del discurso

Wittgenstein (1988), mencionaba que “los juegos del lenguaje están más bien ahí como objetos de comparación que deben arrojar luz sobre las condiciones de nuestro lenguaje por vía de semejanza y desemejanza” (p.35), por lo que en relación con la idea ¿cómo es que los padres adjudican eficacia a un tratamiento farmacológico en sus hijos aun cuando llegue a denotar lo contrario? Podríamos decir que, parte, de esto es la posición de poder del discurso de los psiquiatras cuando enuncian los beneficios de un determinado fármaco. Pollner (1974/2000), por su parte menciona que las suposiciones mundanas que al ser invocadas como esquemas de interpretación “hace[n] posible la suposición de un mundo compartido” (Wittgenstein 1988 en Pollner 1974/2000, p.139), que a su vez hace posible que, ante la percepción de un problema como la disyunción, se tenga el poder de formular y reconocer soluciones. De manera que, consolidando la veracidad del discurso, se buscan explicaciones alternas que ayuden a dar la justificación necesaria para mantener lo factual del discurso.

Pollner siguiendo las investigaciones de Evans-Pritchard²⁹ (1976), con los Azande y la estructura operativa del oráculo del veneno infalible, muestra qué acontece cuando el oráculo se contradice. Esperando que la muestra de contradicción fuera suficiente para dar a conocer la falsedad del oráculo; empero, se ve que tanto sus observaciones como sus explicaciones, están subordinadas a sus creencias y su visión de mundo, permitiéndoles acomodar, justificar y argumentar retóricamente el por qué se dio una contradicción.

¿Qué explicación dan los Azande cuando el oráculo se contradice?... como bien podemos imaginar, a menudo el oráculo mata a los dos pollos o perdona a los dos, y para nosotros esto demostraría la futilidad de todo el procedimiento. Pero para los Azande demuestra todo lo contrario. Las contradicciones no les sorprenden; son previsibles. Aunque puede resultar paradójico, tanto los errores como los juicios

²⁹ Evans-Pritchard en su libro Brujería, Magia y Oráculos entre los Azande (1976), describe la estructura operativa del oráculo del veneno infalible [...]. Se le administra a un ave una sustancia venenosa preparada ritualmente y se le pregunta al veneno *benge*. El *benge* responde de manera afirmativa o negativa ya sea matando al ave o permitiéndole vivir [...], todos los veredictos del oráculo se corroboran haciendo esencialmente la misma pregunta más tarde con las alternativas de respuesta invertidas. Así se instruyó inicialmente al oráculo para matar al ave cuando significaba una respuesta afirmativa, después se le instruye para permitir que el ave viva si significa una respuesta afirmativa (Pollner, 1974/2000, p. 142),

válidos del oráculo les demuestran su infalibilidad. El hecho de que el oráculo se equivoque cuando es interferido por algún poder místico demuestra cuán exactos son sus juicios, cuan acertados son cuando se excluyen estos poderes [...], su cultura le ofrece una serie de explicaciones dadas para las contradicciones del oráculo y el escoge la que parece adaptarse mejor a las circunstancias. (Pollner, 1974/2000, p.45),

Para los Azande, la máxima de que el oráculo del veneno no se equivoca, funciona con la capacidad de lo que se ha llamado una proposición incorregible, la cual nunca será admitida como falsa, suceda lo que suceda y ante los ojos de otros serviría como prueba de falsedad (Gasking, 1965, en Pollner 1974/2000, p.146). Y es que es cuando discutimos con otra persona sobre cuestiones de nuestro mundo, lo que conceptualizamos como bueno, malo, verdadero, falso, correcto o incorrecto, las personas partimos de la presunción de que todos tenemos acceso a una misma construcción de mundo y por ende tenemos una concepción de realidad semejante, a esto Pollner (1974/2000; Potter, 1988), lo denomina como razonamiento mundano³⁰, siendo las disyunciones de la realidad el mecanismo por el cual se puede ver el funcionamiento del razonamiento mundano.

De manera que, para evitar o dar frente a estas disyunciones de la realidad las personas recurren a métodos para darles resolución; Pollner (1974/2000), agrupa estos métodos en tres niveles: a) Nivel del objeto, donde los relatos son tratados como dos enunciados que no hacen referencia al mismo objeto del habla; b) Nivel de la experiencia, señalando que la experiencia fue relatada de determinada forma por la distorsión de procesos mentales (ya sea acusados por una confusión o la ingesta de productos que alteraran la noción psicológica de la realidad); c) Nivel de los relatos, donde con una intencionalidad se dan los relatos de determinada forma, utilizando recursos discursivos en su conveniencia, como el uso de metáforas, verbos promotores de intenciones, nominalizaciones, etc. (Pollner 1974/2000; Potter, 1988).

³⁰ Wetherell y Potter (1996, p.66), por su parte mencionan que es partir de los repertorios interpretativos, es decir, los elementos esenciales que los hablantes utilizan para construir versiones de las acciones, los procesos cognitivos y otros fenómenos, que se por medio de estos las personas pueden construir las diferentes versiones de mundo.

a. La construcción de mundo

Potter (1998), hace referencia a dos concepciones que se pueden tener del mundo, por una parte, concebirlo como algo dado y otra como algo que es construido por las personas, siendo este último variado por el contexto e historia de cada persona. Para explicarlos, lo hace a través de metáforas, la metáfora del espejo y la metáfora de la construcción, cuya variación se encuentra en su epistemología y ontología; por un lado la metáfora del espejo explica que toda descripción que se dé al explicar lo que acontece, ha de tratarse como factual (real), de manera que el lenguaje viene a ser de un carácter descriptivo, es decir, que toda descripción (en cualquiera de sus modos, como la oral, escrita, o pictórica), se considera como una forma de captar y reflejar la realidad; además que el espejo, como instrumento, independientemente de su forma y elaboración, su función es la misma a pesar de cómo sea utilizado. Por otra parte, la metáfora de la construcción, como su nombre lo dice, hace semejanza a una construcción, la cual puede mostrar varianza, dependiendo el lugar, materiales, constructor, antigüedad, entre otras variables; considerando al lenguaje desde esta metáfora como pragmático. Mencionando que “las descripciones son prácticas humanas y podrían ser diferentes...el mundo literalmente pasa a existir a medida que se habla o se escribe sobre él” (Potter, 1988, p.130), siendo las descripciones construcciones de mundo y productos contruidos.

La forma en cómo se describa al mundo y cómo se plantea la forma de acercarse metodológicamente para su análisis, se ve estrechamente ligado a la ontología y epistemología que en ojos del investigador le permita poder hablar del mundo. La forma de conceptualizar a la sociedad en este trabajo es como una sociedad que no es estática o que se pueda generalizar en el tiempo o espacio y de acuerdo con las concepciones previamente planteadas acerca del mundo, la concepción que hace alusión a la metáfora de la construcción es la que muestra mayor flexibilidad en cuanto lo que ha de considerarse como real o no. Berger y Luckmann (1986), llegaron a mencionar que:

Aquello a que asistimos en la vida humana es a la creación social de la realidad, la cual se efectúa fundamentalmente a través del lenguaje. La realidad de la vida cotidiana se me presenta como un mundo intersubjetivo, un mundo que comparto con

otros. En realidad, no podemos existir en la vida cotidiana sin interactuar y comunicarnos continuamente con otros. (p.40)

Gergen (2006), menciona que el construccionismo social o socio-construccionismo, epistemológicamente permite al investigador una forma de conceptualización y relación con los objetos de estudio, tomando en consideración que todo comienza con lo social y en la relación; y no en un ámbito individual, interno, ni aislado como algunas otras epistemologías que conciben los hechos como principios individuales y que posteriormente son expuestos ante la sociedad. Como el positivismo que con una ontología de la realidad aprehensible, hace ver que todo hallazgo demostrado bajo el principio del falsacionismo, es verdadero (epistemología), de forma que todo hallazgo corresponde a algo que existe *per se* y que la tarea del investigador solo consiste en encontrarlo, por lo que todo hallazgo puede generalizarse y reconocerse como factual (Guba y Lincoln, 2005).

Por el contrario del positivismo, al hablar de la realidad desde el construccionismo social, se debe de tener en cuenta la noción de versiones de mundo, implicando que dependiendo de la sociedad, comunidad, o grupo, la noción de lo que ha de considerarse como real es variado y no posee un carácter estático, además de que involucra que ninguna versión de mundo es más objetiva o precisa que otra y la manera en cómo sea construida la realidad, marcará las acciones, implicaciones y maneras de estar en el mundo (Gergen, 2006; Gergen, 2007; Concha, Forero, Puerto, Rojas y Vargas, 2005).

Esto nos permite acercarnos como investigadores a los fenómenos sociales no como hechos aislados, e incluso no etiquetarlos como buenos o malos, correctos o incorrectos, verdaderos o falsos, sino que su interés está en ver lo que se hace con esas construcciones y las implicaciones que tienen una u otra versión de mundo en las prácticas sociales. Por lo que incluso el investigador no debe de intentar perpetuar una forma de representación de la realidad, sino que ha de entender los juegos del lenguaje, la praxis del lenguaje, los discursos implicados en la construcción de esa realidad y cómo esto conduce a determinadas formas de interacción social (Donoso, 2004). Además, con ello también podemos tener en consideración que al deconstruir la idea de la realidad como dada y única y visualizar la multiplicidad de construcciones de mundo, por una parte, reconocemos el poder político que

implica la adopción de esta construcción, viendo con ello que cualquier construcción que adoptemos limitará y normará nuestra vida de alguna forma, en palabras de Gergen (1996):

Cada crítica ideológica es una expresión de ideología, cada deconstrucción textual es en sí misma un texto. Más bien, con cada reposición reflexiva uno se desplaza a un espacio discursivo alternativo, lo que equivale a decir, a otro dominio de relación [...], un medio de reconocer otras realidades, dando así entrada a nuevas relaciones. (p.44)

Lo cual nos lleva a visibilizar la heterogeneidad de realidades, es decir de construcciones que se hacen del mundo y es aquí donde la socioconstrucción hace frente a este reconocimiento, pero ¿qué es lo que compone a esta forma de pensamiento y epistemología de estudio? Ibañez (1989), como uno de los principales autores de esta corriente, menciona que algunos de los presupuestos epistemológicos y ontológicos que componen al construccionismo social son: a) Presupuestos epistemológicos: rechazo de la racionalidad científica positivista, consumación de un giro hermenéutico, dimensión construida de los hechos sociales que hace inaceptable la tesis de la verdad como correspondencia y una naturaleza intrínsecamente social del conocimiento científico y de las prácticas que la construyen, lo cual hace insostenible cualquier tentativa de fundamentar la supuesta neutralidad del conocimiento científico. b) Presupuestos ontológicos: reconocimiento de la naturaleza simbólica de la realidad social, reconocimiento de la naturaleza histórica de la realidad social, reconocimiento de la importancia que reviste el concepto y el fenómeno de la reflexividad ya que el sujeto es capaz de tomarse a sí mismo como objeto de análisis, reconocimiento de la agencia humana, reconocimiento del carácter dialéctico de la realidad social, con un énfasis en la naturaleza relacional de los fenómenos sociales y el carácter procesual de estos fenómenos, por lo que no tiene cabida la dicotomía ontológica entre individuo y sociedad, reconocimiento de la adecuación de la perspectiva construccionista para dar cuenta de la realidad social, poniendo de manifiesto el papel que desempeñan las construcciones culturales y las convenciones lingüísticas.

Shotter y Gergen (1994), por su parte mencionan que el interés del socioconstruccionismo recae en los procesos mediante los cuales las habilidades humanas, las

experiencias, el sentido común y el conocimiento científico se producen y reproducen en las comunidades humanas, pero manteniendo el carácter de construcción y no como una única realidad (porque eso la objetivaría y la presupondría como algo estático, buscando con ello su carácter de verdad). Shotter (1993/2001), menciona que el construccionismo social se centra “en los usos formativos a los que se aplican las palabras en su decir, y en la naturaleza de las situaciones relacionales que de ese modo se crean entre quienes están en contacto comunicativo recíproco a través del lenguaje” (p.19), por lo que es en el lenguaje dónde construimos una versión de realidad, que repercutirán en nuestras prácticas.

El construccionismo social cumple, de entrada, una gran función liberadora. Despoja de su poder retórico a todos aquellos que proclaman una verdad, a todos los grupos que proclaman una sabiduría y una ética universales, útiles para todos... si admitimos que las realidades de hoy dependen de los acuerdos que alcancemos hoy, ante nosotros se abren enormes posibilidades. No estamos destinados a repetir el pasado; la innovación a través de la colaboración abre perspectivas nuevas. (Gergen, 2006, p.50)

El construccionismo nos permite realizar una reflexión de lo que se dice de eventos, fenómenos, sucesos en el mundo; además de poder hacer una crítica de lo que las personas bajo el papel de experto dicen al respecto. Toda esa parte de la reflexión que se puede lograr por medio del socioconstruccionismo, puede dotarnos de una flexibilidad ideológica, que nos quite la idea de una realidad absoluta o única, permitiéndonos comprender por qué hay personas pueden constatar como cierto y verídico un suceso cuando para otras personas no lo es.

Después de hablar de los aportes del socioconstruccionismo a la manera de estudiar y acercarse a los fenómenos sociales y como aborda la enfermedad social como fenómeno social; cabe mencionar que una de sus limitantes es la falta de metodología para acercarse a los fenómenos sociales más allá de la teoría. Fue hasta el trabajo de *Discourse and Social Psychology* de Jonathan Potter y Margaret Wetherell en 1987, donde al hacer una revisión de temas clásicos de la Psicología Social aportan a la Psicología Social “una concretización

metodológica de los principios socioconstruccionistas” con la propuesta de la Psicología Discursiva (Garay, Iñiguez y Martínez, 2005, p. 109).

El discurso como práctica social

Un punto inicial para ver a lo que nos referimos con discurso, es tener en cuenta que existen diferentes referencias y definiciones en cuanto a lo que se entiende como discurso, ya que depende de la noción teórica de cada autor que ha hablado del tema. Garay, Iñiguez y Martínez (2005), mencionan que el término discurso ha sido empleado de maneras distintas por diversos autores, como Gilbert y Mulkay, quienes al hablar de discurso hacen referencia a todas las formas de hablar y escribir; en cambio Foucault se refiere al discurso como práctica lingüística que en un término más amplio se ve conformado históricamente; estas y otras definiciones hacen que exista una diversidad enorme en cuanto a su concepción, por lo que hablar de discurso como un pensamiento único, desdibujaría perspectivas que suscriben su diversidad en marcos específicos. No obstante, a pesar de la varianza en las perspectivas discursivas, se puede hablar de una confluencia en la forma de ver la significación, su estructura del lenguaje y como estas se asocian hacia un análisis interpretativo y reflexivo. Todo ello lleva a pensar en el lenguaje como algo (una práctica), que no puede ser reducido a su parte gramatical o semántica, sino que debe ser analizado en su pragmática, es decir, ver cómo se construye un relato y lo que conlleve esa construcción, es decir hacer algo factual o socavar un hecho (Van Dijk, 1978/1992).

En efecto, hay dos aspectos que hacen confluir toda la diversidad de significados: en primer lugar, el hecho de considerar el análisis del lenguaje en su uso, sea éste hablado o escrito; en segundo lugar, el hecho de que, en general, hablar de discurso es una forma de atender y remarcar los aspectos constructivos y productivos del uso del lenguaje, de nuestras prácticas lingüísticas, en contraste con la consideración del lenguaje como descripción o representación del mundo, es decir, como referencial. (Garay, Iñiguez, Martínez, 2005, p.110)

Esto permite ver que al tener en cuenta la praxis del lenguaje, deberíamos de tomar en cuenta que el discurso puede crear hechos como verdaderos, privilegiando una versión de mundo sobre otra y que de acuerdo con Gergen (2006), deberíamos comprender el poder político que conlleva esta acción. Potter (1998), menciona que al mencionar cómo se crean

hechos como verdaderos dentro del discurso, ocurre lo que él define como factualización, definiéndola como:

Virtualmente en cualquier situación, apelar a los hechos, a lo que realmente ha sucedido y a lo que sólo es una invención, puede constituir un potente mecanismo. Las descripciones están ligadas tan estrechamente a nuestra vida que virtualmente cualquier conversación incluye relatos de sucesos y acciones...existen procedimientos básicos para construir la factualidad (construcción de hechos), de las descripciones y cómo intervienen estas descripciones en la acción. (p. 1-2)

De esta manera, la construcción de mundo donde el consumo de fármacos es parte de un tratamiento eficaz para enfermedades mentales corresponde a una versión de mundo que obedece a intereses políticos para favorecerla y privilegiarla sobre otras y que configuran con ello la manera en cómo estamos en el mundo, por lo que debería de reflexionarse si se están rechazando posiciones diferentes o alternas y si es así cómo es que se está haciendo esto (Billig, 1986/2015), cuando se acepta esta noción de mundo. Por ejemplo, en el caso de la construcción de la noción de normalidad y al estandarizarla, es decir, que independientemente del contexto debe entenderse como norma, lo que conlleva es el descartar otras versiones que pudieran darse de definición de normalidad o incluso su no existencia; ese discurso de la existencia de una norma generalizable incluso ha llevado a la creación de instituciones que la regulen (la normalidad), manuales que dictaminen lo que debe considerarse como normal, investigaciones que apunten a descubrimientos o creaciones de procedimientos que ayuden conservarla.

Potter (1998), menciona que al considerar al discurso como práctica social podemos ver que toda construcción de mundo tiene implicaciones en las demás prácticas y en los actores. Al tener en cuenta que esta construcción se da por medio del lenguaje, ya sea de manera verbal o textual, al ver los recursos discursivos que emplean las personas para permitir estas prácticas podemos observar sus intereses para emitir un determinado discurso y socavar otros; como el ver que existen intereses mercantiles que privilegian una versión de mundo, donde las enfermedades mentales, deben ser tratadas con fármacos (Blech, 2005), o

como la propagación de ciertas enfermedades occidentales (en específico con un origen estadounidense), corresponde a intereses mercantiles dónde las industrias farmacéuticas se ven beneficiadas por la globalización, de modo que se permita la difusión de los fármacos como una solución naturalizada (Watters, 2010; Faraone, Barcala, Torricelli, Bianchi y Tamburrino, 2010).

Siendo a su vez el término análisis del discurso (AD), un término polisémico, como menciona Maingueneau (1998), dónde esta disciplina “es un entrecruce de las ciencias humanas: psicoanálisis, antropología, sociología, historia, psicología social o cognitiva”, por lo que al analizar el discurso este puede hacerse de manera interdisciplinaria, es decir, entendiendo al AD como una designación general para un campo de investigación que cubre una amplia gama de diferentes enfoques teóricos y analíticos. Ya que si bien, viene desde un área de la lingüística, hoy en día ha tenido diversos desarrollos en áreas de las ciencias sociales, por lo que podemos enfrentarnos a una multiplicidad de definiciones de lo que implica el análisis del discurso, Brown y Yule (1983), lingüistas que analizan el discurso, lo definen como:

El análisis del discurso es, por necesidad, análisis de la lengua en su uso. Como tal, no puede limitarse a la descripción de formas lingüísticas con independencia de los propósitos y las funciones a las cuales están destinadas esas formas. (p.19)

Y es que, a pesar de la existencia de variaciones en cuanto las definiciones, estas comparten la noción de la pragmática del lenguaje como base en su definición de discurso, considerando su importancia en la construcción de los fenómenos que conforman nuestro mundo social (Nikander, 2008; Iñiguez, 2003; Potter & Wetherell, 1987).

Antaki (2003), menciona que durante los últimos años el análisis del discurso ha tenido gran impacto en la psicología social llevando a introducir nuevas formas de conceptualizar cuestiones de investigación en el campo. Sin embargo, a pesar de que las aproximaciones al análisis del discurso parten del giro discursivo, no comparten totalmente la misma posición respecto a qué se debe de entender por discurso y por ende la metodología empleada para su análisis es diferente.

Potter, Edwards, Billig, Mulkay, Antaki, Hepburn y Wetherell, como parte del Grupo de Discurso y Retórica, DARG (por sus siglas en inglés de *Discourse and Rhetoric Group*), de la Universidad de Loughborough en Inglaterra, son los fundadores de la Psicología Discursiva, la cual es descrita como una psicología que es vista desde la posición de los participantes, considerando sus construcciones de mundo para la descripción y explicación de lo que ha de constituirse como real, por lo que no se habla de una importancia de experticia en los temas. Potter (2008), menciona que “se trata de una psicología concebida como parte del discurso, como una característica de las prácticas que se manifiestan en un rango de escenarios” (p. 188).

A su vez al hablar del discurso, lo definen como una práctica social, proponiendo que el lenguaje sea entendido en función de su uso, considerando que “las palabras adquieren forma, sentido y tienen consecuencias tanto por el sitio en que las colocamos como por la forma que se van colocando al hablar en un discurso [...], centrarse en el discurso significa que el interés se centra en el habla y en los textos como partes de prácticas sociales” (Potter, 1998, p.138). De manera que, al ver al lenguaje como una práctica social permita ver más allá del significado semántico neutral de las palabras o frases (Iñiguez, 2003). Y es que las descripciones que se dan de un hecho o fenómeno están estrechamente relacionadas con los detalles idiosincráticos de los contextos (por lo que es necesario tomar en cuenta el contexto al momento de ver las acciones del discurso),; además, las descripciones pueden categorizar, dotando de características a un objeto o suceso, permitiendo con ello el convertir un hecho como factual y así evitar el que sea socavada la construcción (Potter, 1998; Potter & Wetherell, 1987).

Potter (1998), menciona que los relatos factuales tienen una orientación doble: orientación epistemológica³¹ y orientación hacia la acción³² siendo por medio de las

³¹ Definida como: aquellos elementos empleados e implicados en una descripción que actúan para establecer una descripción como factual o neutral. De manera que “el mundo que se está creando con las categorías para crear algo. Son recursos que se emplean para construir una descripción como si fuera un relato factual. El proceso de construcción de hechos intenta cosificar las descripciones para que parezcan sólidas y literales” (Potter, 1998:147).

³² Definida como la función de las estrategias discursivas que persuaden a hacer algo, la cual “se utiliza para realizar una acción y se puede analizar para ver cómo se construye para que realice esa acción (...), Es una invitación a hacer algo. Las personas utilizan descripciones para realizar acciones o para que formen parte de acciones (...), Elementos que se orientan hacia alguna acción o serie de acciones (Potter, 1998:142,146). De forma que las descripciones no se elaboran como factuales simplemente porque sí, sino que estas se construyen así por su función discursiva en una práctica.

estrategias discursivas empleadas para lo factual de un hecho dónde se pueden ver las dos orientaciones. Barbosa, Prado y Bañon (2009), mencionan que:

En el caso del análisis discursivo en salud mental, se permite pensar en cómo, cuándo y porqué los discursos producidos en el área [de la salud mental], influyen en la sociedad y en el modo de cómo se relaciona con el fenómeno de la locura. También se pueden constatar los embates y desplazamientos que determinados discursos provocan en las relaciones sociales. (p. 131)

Por ello, el análisis del discurso desarrollado por la Psicología Discursiva permitiría ver cómo los padres hablan de la eficacia de un tratamiento farmacológico que tienen sus hijos, y cuál es el papel del discurso en la consolidación de la práctica de la medicalización en la sociedad. Y si es que el discurso de los padres retoma una necesidad de ingesta de fármacos como manera efectiva de cura ante algo denominado como trastorno mental, y en ese tenor ver las elaboraciones secundarias que los padres hacen cuando el tratamiento no funciona.

IV. Metodología

Se presenta la forma en cómo se llevó a cabo la investigación, así como la guía de la misma que de manera funcional, es el traslado práctico para poner la teoría antes expuesta a prueba en el contexto expresado

Preguntas de investigación

- ¿Cómo construyen discursivamente los padres la eficacia del tratamiento psicofarmacológico de sus hijos?
- ¿Qué elaboraciones secundarias elaboran los padres cuándo el tratamiento psicofarmacológico de sus hijos no funciona?

Objetivos

Objetivo General.

Identificar la posición de los padres frente la eficacia de los diagnósticos y tratamientos psicofarmacológicos en niños y las explicaciones secundarias que los padres construyen cuando el tratamiento no funciona.

Objetivos Específicos.

- Identificar los recursos discursivos de los padres para construir la eficacia del diagnóstico psiquiátrico en sus hijos
- Identificar los recursos discursivos empleados por los padres para construir que el tratamiento psicofarmacológico de sus hijos es exitoso.
- Identificar los recursos en el discurso de los padres para construir la eficacia del tratamiento psicofarmacológico aun cuando hay contradicción entre los beneficios mencionados por un psiquiatra y las conductas percibidas en sus hijos.
- Identificar si el discurso de los medios de comunicación influye en la construcción del discurso de los padres respecto a la eficacia psicofarmacológica en sus hijos.

Presupuestos teóricos

- El discurso de la eficacia del tratamiento farmacológico está influido positivamente por la percepción de los padres sobre el adecuado diagnóstico de las enfermedades mentales en sus hijos.
- Los padres elaboran explicaciones secundarias de por qué no se ve una mejora en sus hijos a pesar de estar en tratamiento psicofarmacológico.
- La construcción discursiva sobre la infancia según los padres influye en la construcción de la eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos.
- Los medios de comunicación influyen en la construcción de la eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos en niños.

Población

Las características de la población entrevistada, así como de sus hijos se presenta a continuación. Estas fueron retomadas a partir de las entrevistas

Tabla 1. Datos de entrevistados

Nombre y edad del padre	Estado civil	A qué se dedica	Familiares con quienes convive	Nombre y edad de su hijo	Diagnóstico de su hijo	Tratamiento de su hijo	Tiempo que lleva con el tratamiento	Especialistas que ve	Opinión sobre el uso de psicofármacos
Graciela, ---	Viuda	Atiende un negocio de costura	2 hijos (un niño de 13 años y su hija de 8 años) y su mamá	Tania, 8 años	Primero le dieron el diagnóstico de síndrome de shower, hace cuatro años lo cambiaron por el diagnóstico de <i>Síndrome de Crouzon</i> , crisis de desesperación (ansiedad), convulsiones	(no recuerda el nombre), son gránulos que le debe de dar con comida blanda antes de dormir para evitar los episodios de crisis	7.9 años	- Neurocirujano -Dermatólogo -Estomatólogo -Audiólogo -Biólogo -Cardiólogo -Cirujano plástico - Endocrinólogo -Genetista -Neurólogo -	Son eficaces
Rosalinda, 44 años	Casada	Al hogar	Tiene 4 hijos (una hija que va en la preparatoria, una que va en la secundaria y dos hijos)	Antonio y Jesús, 11 años	Retraso intelectual, retraso motriz y autismo	-Risperidona -Ritalín o tradel (metilfenidato) -Motromigina	6 años (ella ya los llevaba al CAM desde el kínder, pero fue al psiquiátrico)	- Paidopsiquiatra -Neurólogo	Son eficaces, aunque con efectos secundarios si no se administra bien la dosis

			que son gemelos), su esposo que no vive con ellos por su trabajo				hasta que ellos cumplieron 5 años)		
Joana, 33 años	Separada (vivía en unión libre, la dejó su pareja cuando nació su hijo y vio que tenía un trastorno)	-	2 hijos (un niño de 8 años, una niña de 3 años), su mamá de ella	Cristian, 8 años	Trastorno de Espectro Autista	-Risperidona -Valproato de magnesina	4 años	- Paidopsiquiatra	Son eficaces, pero ha buscado información de lugares donde le comentaron que les quitan el medicamento y aunque Cristian ha convulsionado por el uso de ellos, ella menciona que es por la dosis no adecuada y la mala administración de ella
Claudia, 39 años	Casada	Al hogar	3 hijos (el mayor es el que tiene el trastorno), su esposo y su padre de ella	Varón de 12 años	Retraso psicomotor, problemas de aprendizaje, lenguaje y crisis de ausencia	No recuerda	4 años duró con el tratamiento (a los 5 años lo diagnosticaron y hace 3 años dejó el tratamiento))	-Médico general -Pediatra -Neurólogo -Ortopedista	Son eficaces
Denisse, 39 años,	Divorciada	Al hogar	2 hijos (una hija de 15 años y un hijo	Rodolfo, 12 años	Parálisis cerebral, problema	Mangueras en los pies y un fármaco que	4 años duró con diversos tratamientos	-Médico general -Ortopedista	No son eficaces

de 12 años), anteriormente le ayudaban sus padres de ella, pero fallecieron, actualmente le ayuda su pareja

psicomotriz y sufrimiento fetal (habla solo y el otro con quien habla es el culpable de todo lo malo que hace, también se llama Rodolfo como él)

no recuerda como se llama

Yesica 30 años	Unión libre	Al hogar	3 hijos (su hijo de en medio es el que tiene el trastorno), su esposo, su mamá de ella	Hassan, 12 año	Retraso motriz, retraso intelectual, estrabismo,	Toxinas y medicamento para las convulsiones	10 años de tratamiento motriz, ya lo dieron de alta.	-Médicos generales -Terapeuta de lenguaje -Terapeuta de rehabilitación -terapeuta ocupacional	No son eficaces del todo
Félix, 58 años	Viudo	Chef (negocio)	2 hijos consanguíneos de su primer matrimonio que ya no viven con él 3 hijos que son adoptados (un hijo de 14 años, un hijo de 11 años y una hija de 10 años), los	Jesús, 12 años	Depresión, piromanía, cleptomanía, esquizofrenia	Thorazine	Llega al orfanato de 5 años de edad, ahí le dan el medicamento durando con este por 3 años	-Psicólogo	No son eficaces

niños ya
tienen 4 años
viviendo con
él

Victoria, 42 años	Unión libre	Al hogar	Un hijo y su esposo	Antonio, 11 años,	Retraso mental, lento aprendizaje, problemas de lenguaje y TDA	-Risperidona -Metilfenidato	3 años	-Psiquiatra -Psicóloga - Paidopsiquiatra	No son buenos para la salud, pero son eficaces
-----, 32 años	Unión libre		2 hijos (un hijo de 17 años y uno de 12) y su mamá de ella	Gael 12 años	Primero le dieron el diagnóstico de retraso mental moderado, luego se lo cambiaron y es con el que se mantiene de TDAH	-Treda -Plantival	1 año	- Paidopsiquiatra	Son eficaces, pero no necesarios, ya que se puede trabajar conductualment e con ellos y tener el mismo efecto que un trabajo menos riguroso, pero con medicamento
Reyna, 38 años	Casada	Al hogar	2 hijos (uno de 16 años y otro de 12 años) y su esposo	Sebastián , 12 años	TDAH	-Metilfenidato	5 años	- Paidopsiquiatra	Son eficaces
Teófila	Casada	Al hogar	Un hijo de 12 años y su esposo	Jorge, 12 años	TDAH Retraso mental leve Autismo	. Gotas (no recuerda para que eran) -Metilfenidato	9 años	-Médico general -Psiquiatra-	No son muy buenas, pero no se las quitaría

----, ---	Viuda	Trabajador a	4 hijos	Varón, 12 años	Autismo Retraso psicomotor Leve Retraso mental	No recuerda, pero son para tranquilizarlo de su agresividad	7 años	- Paidopsiquiatr a	Lo suspendió y a partir de ver el cambio entre estar en tratamiento a estar sin el tratamiento, le hizo ver que si es eficaz y necesario
-----------	-------	-----------------	---------	-------------------	---	---	--------	--------------------------	---

Categorías analíticas

Estas categorías son retomadas y apropiadas a la situación del tema, desde la propuesta de Pollner (1974/2000), desde los estudios de Evans-Pritchard (1976), quien describe la estructura operativa de un oráculo de veneno infalible de los Azande, muestra que tanto los errores como los juicios validos del oráculo les demuestran a ellos su infabilidad, ya que su cultura les ofrece una serie de explicaciones dadas para las contradicciones del oráculo, escogiendo la que parece adaptarse mejor a las circunstancias; demuestra que tanto sus observaciones como sus explicaciones están subordinadas a sus creencias y visión de mundo, permitiéndoles acomodar, justificar y argumentar retóricamente por qué se dio una contradicción. Esto a su vez retomándolo hacia el tema de esta investigación permitiría ver cómo la eficacia dada por los padres a los tratamientos psicofarmacológicos, es construida desde la construcción que se hace de la eficacia diagnóstica, tal como los Azande dotan de infabilidad al oráculo, a través de la preparación del mismo, y al resultado que da, tal como la eficacia dada a un tratamiento dado por un especialista de la salud mental (semejanza al oráculo), y que a pesar de ver la disyunción, (elaboraciones secundarias), se tenga el poder de formular y reconocer soluciones. De manera que, consolidando la veracidad del discurso, se buscan explicaciones alternas que ayuden a dar la justificación necesaria para mantener lo factual del discurso. A todo esto, Pollner (1974/2000; Potter, 1988), lo denomina como razonamiento mundano, siendo las disyunciones de la realidad el mecanismo por el cual se puede ver el funcionamiento del razonamiento mundano.

De manera que, para evitar o dar frente a estas disyunciones de la realidad las personas recurren a métodos para darles resolución; Pollner (1974/2000), agrupa estos métodos en niveles, donde al nivel de los relatos, con una intencionalidad se dan los relatos de determinada forma, utilizando recursos discursivos en su conveniencia, como el uso de metáforas, verbos promotores de intenciones, nominalizaciones, entre otros. (Pollner 1974/2000; Potter, 1988). A estos recursos dentro del discurso, Potter (1998), lo denomina como estrategias discursivas, definiéndolos como recursos que las personas emplean para hacer factual un discurso. Este mismo autor las organiza en torno a orientaciones del discurso, orientación epistemológica y orientación hacia la acción



Esquema 1. Orientaciones y estrategias discursivas propuestas por Potter (1998, en Beltrán-Ruiz y Mandujano-Vázquez, 2018).

Sobre esta misma idea, fueron seleccionadas algunas de las estrategias propuestas por Potter (1998), que ayudarán a analizar cómo los padres legitiman la eficacia del uso de psicofármacos en sus hijos. Teniendo por ello:

- Eficacia diagnóstica. Entendida como el grado en que un análisis por parte de un experto origina una determinación acertada de un padecimiento (Ponce, 2008,), entendiendo que se revisará la legitimización diagnóstica que le dan los padres al diagnóstico dado por un profesional de la salud mental.
 - Normalización y anormalización de conductas en niños. Es la construcción en el discurso de lo que ha de caracterizarse como anormal, para ello se puede emplear un mecanismo descriptivo denominado estructura de contraste, que es la descripción de una actividad y que al mismo tiempo proporciona pistas para verla como anormal o extraña (Potter, 1998)
 - Acreditación de categoría de experto. Las categorías son atribuidas a las personas que están vinculadas con sus derechos epistemológicos, con lo que la factualidad de un relato se fortalece con la acreditación de quien la emite. En el caso de la investigación se centra en la acreditación de experto del

psiquiatra, sin embargo, se tiene en consideración de la existencia de más actores que se involucran en la factualidad de la eficacia psicofarmacológica (Potter, 1998).

- Eficacia psicofarmacológica. Entendida como el grado en que un tratamiento psiquiátrico dado por un profesional es adecuado para un padecimiento (Ponce, 2008).
 - Guiones y rupturas de los tratamientos psiquiátricos. Es la construcción de una descripción para acreditar o desacreditar algún tratamiento psiquiátrico (Potter, 1998, p.251)
 - Maximización y minimización de la eficacia del uso de psicofármacos. Es la utilización de los extremos de una descripción para justificar, desacreditar o contradecir la eficacia del uso de psicofármacos como tratamiento (Potter, 1998, p.238)
- Elaboraciones secundarias.
 - Discurso empirista de la eficacia del tratamiento. Empleo de repertorios interpretativos, que son conjuntos de términos relacionados sistemáticamente que suelen emplear coherencia gramatical y estilística en torno a la eficacia de un tratamiento psicofarmacológico
 - Nominalización de la eficacia/ ineficacia del tratamiento: es la transformación de un verbo en un sustantivo, lo cual ayuda a obscurecer la agencia y la intención de dar a conocer porque un tratamiento psicofarmacológico es eficaz o no lo es (Potter, 1998).
 - Consenso y corroboración del diagnóstico. Es la concordancia entre las descripciones de observadores independientes que culminan en la asignación diagnóstica igual.

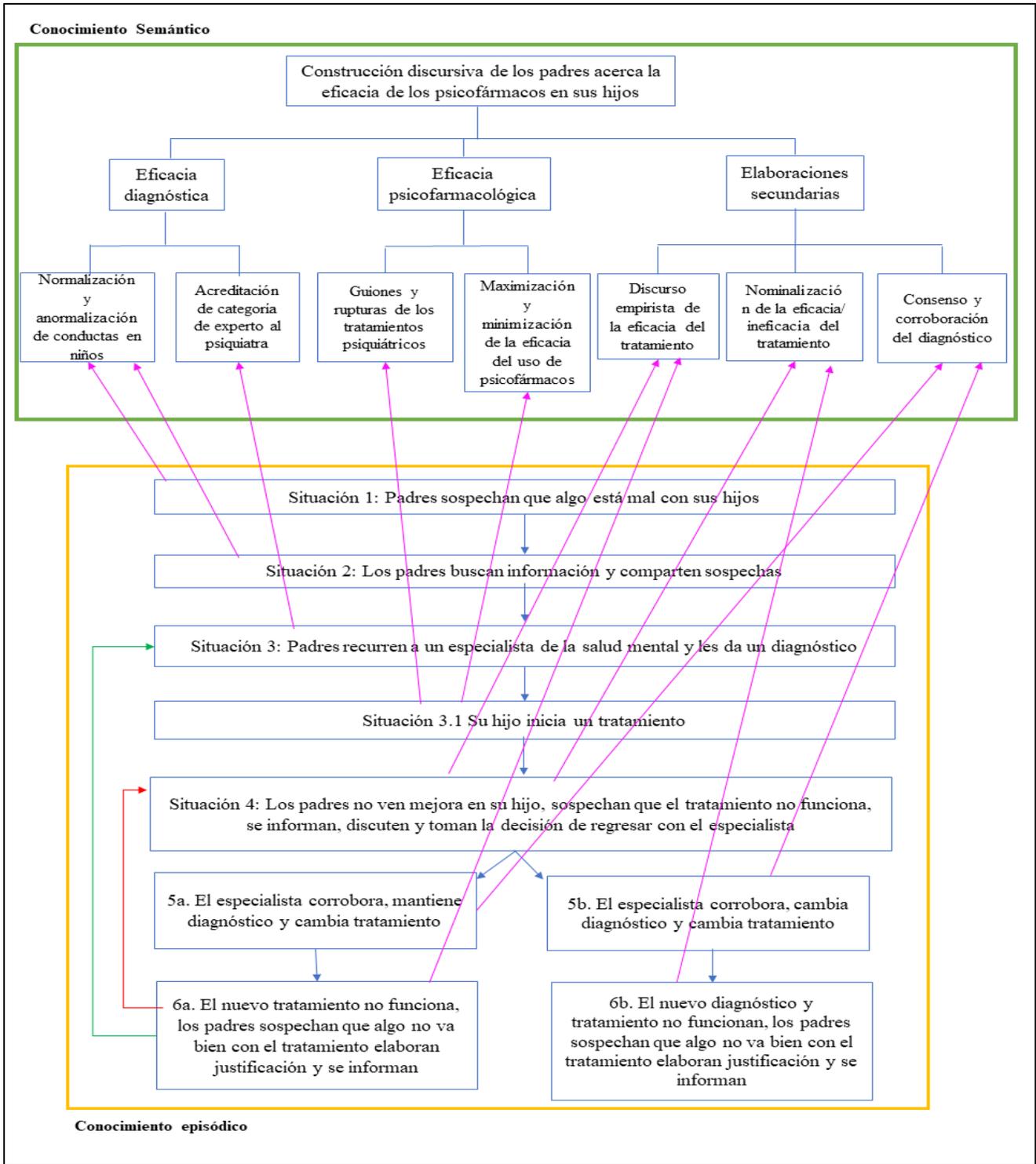
Instrumento para su recopilación

La recopilación de la información fue dada por medio del empleo de una entrevista de enfoque biográfico-episódico (Anexo 1). De acuerdo con Garfinkel “las actividades mediante las que los miembros de una colectividad producen y controlan situaciones en actividades cotidianas organizadas, son idénticas a los procedimientos que dichos miembros utilizan para

hacer estos contextos explicables [account-able],” (Garfinkel, 1984, citado en Heritage 1987, p.320), y es que esa descripción dada al describir lo que acontece en mi vida cotidiana como lo podría ser una escena, es a la vez su construcción de mundo (Coulon, 1987; Vargas, 2012). Por lo que al considerar a la entrevista como un texto negociado entre el entrevistador y el entrevistado (Merlinksy, 2006), por una parte, permitirá conocer el discurso de los padres respecto al tratamiento psicofarmacológico de sus hijos, cuyas preguntas solo funjan como guía en la narrativa; además de ello este tipo de entrevista permitirá reconocer el papel activo del entrevistado en esta construcción del relato (epistemología del sujeto conocido). Se contó con una guía temática, dónde se incluyó los temas que se abordaron en la entrevista (Ramos, 2016, p. 668). Grabando la interacción dada en ese escenario.

Para la elaboración de la guía temática se ocupó el formato de Flick (2004, p. 119), ya que de acuerdo con el autor, se debe de tener en cuenta que el conocimiento episódico es aquel que se encuentra de una manera más próxima a las experiencias de las personas que para el investigador puede ser de su interés, eso muestra cierta familiaridad con las mismas, caso contrario del conocimiento semántico que basado en los supuestos abstraídos del conocimiento episódico, que posteriormente pasan a generalizarse. Por lo que, para hacer accesible a este tipo de conocimiento, se debe de hacer a través del conocimiento episódico, el cual es visibilizado a través de preguntas.

A continuación, se presenta el mapa empleado para la elaboración de la guía temática.



Esquema 2. Mapa de las formas de conocimiento para acceder al conocimiento de la construcción discursiva de los padres acerca de la eficacia de los psicofármacos en sus hijos

Técnica de análisis

- ATLAS. Ti. La pretensión de la investigación cualitativa consiste en dar sentido a grandes volúmenes de datos en un proceso definido por la reducción de información, la identificación de pautas significativas y la construcción de un marco que permita comunicar lo que revelan los datos. Ya que la investigación cualitativa en ciencias sociales se caracteriza por su diversidad y pluralidad de enfoques, métodos y técnicas, es posible y necesario ayudarse al momento de analizar y esquematizar la información. por la recursividad implicada al momento de codificar y segmentar los datos. Por ello, el uso de este software, el cual es un programa de análisis cualitativo asistido por computadora permita al investigador: (a), asociar códigos o etiquetas con fragmentos de texto, sonidos, imágenes, dibujos, videos y otros formatos digitales que no pueden ser analizados significativamente con enfoques formales y estadísticos; (b), buscar códigos de patrones; y (c), clasificarlos (Gallardo, 2014). Este software permitió ordenar los datos recopilados en las entrevistas y así se logró tener un punto de partida para el análisis de los datos.
- Guía de apoyo para el análisis de palabra hablada o escrita. Es una adaptación de las preguntas propuestas por Edwards (2003/2014), para realizar un análisis del discurso desde la propuesta de la psicología discursiva, la adaptación que reincide sobre está lista de preguntas propuestas por Edwards, recae en la complementariedad de las ideas de análisis expuestas por Potter (1998). Teniendo con ello, la Orientación epistemológica (Beltrán-Ruiz y Mandujano-Vázquez, 2018) esta guía fue empleada para el análisis de los recursos discursivos de los padres para la construcción de la eficacia psicofarmacológica desde un análisis del discurso propuesto por la psicología discursiva. En el caso de esta guía, el punto central de su análisis esta dado en los elementos empleados e implicados en una descripción que actúan para establecer una descripción como factual o neutral (Potter, 1998). de manera puntual se centralizó en analizar los siguientes recursos discursivos:
 - Acreditación de categoría de experto
 - Discurso empirista
 - Consenso y corroboración

- Guía de apoyo para el análisis de palabra hablada o escrita. Orientación hacia la acción (Beltrán-Ruiz y Mandujano-Vázquez, 2018). Esta guía se centra en el análisis de aquellas estrategias discursivas que persuaden a hacer algo (Potter, 1998, p.142), centralizando el análisis sobre:
 - Normalización y anormalización
 - Guiones y rupturas
 - Maximización y minimización
 - Nominalización

Procedimientos

Para el análisis de los datos, una vez transcritas las entrevistas utilizando los códigos jeffersonianos³³ (anexo 2), en dónde se vio necesario hacer asequible información que no se podría vislumbrar en una transcripción que contara solo con la transcripción del habla de los entrevistados. Ya por medio del programa ATLAS. Ti, se ingresaron las transcripciones y se codificaron para encontrar las relaciones entre las categorías y códigos, teniendo el orden de cada uno de ellos el siguiente:

- Eficacia diagnóstica
 - Normalización y anormalización de conductas en niños
 - Acreditación de categoría de experto
- Eficacia psicofarmacológica
 - Guiones y rupturas de los tratamientos psiquiátricos
 - Maximización y minimización de la eficacia del uso de psicofármacos
- Elaboraciones secundarias
 - Discurso empirista de la eficacia del tratamiento
 - Nominalización de la eficacia/ ineficacia del tratamiento
 - Consenso y corroboración del diagnóstico

Además, a lo largo del análisis se colocaron memos que ayudaron al análisis y la reflexividad, los cuales dan cuenta de cómo se fueron tomado decisiones y cómo estás

³³ Rapley (2014, p.88), menciona que, en la década de 1960, Jefferson desarrolló un estilo específico de notación de transcripción utilizando símbolos con el objeto de representar ciertos aspectos del habla que ayudan a hacer visibles a los lectores aspectos no verbales que ocurren dentro de conversaciones.

influyeron en el proceso del análisis e investigación. Logrando explorar los significados de los datos, manteniendo a su vez una continuidad.

Con lo que se vio las relaciones que guardan entre las citas, códigos y memos; lo cual involucra crear un vínculo entre objetos, y que estos guardan una relación entre sí o comparten alguna propiedad. Hasta la visualización gráfica de lo operable del trabajo de investigación, lo cual permitió visibilizar de una forma más clara el análisis discursivo, así como el análisis de las relaciones que guardan entre sí y el espacio para crear nuevas relaciones.

Una vez realizado esto se prosiguió al análisis de las entrevistas desde la adaptación a la guía de análisis propuesta por Edwards (2003), para analizar los datos verbales desde la psicología discursiva, realizada por Beltrán-Ruiz y Mandujano-Vázquez, (2018), la cual está en el apartado de anexos (anexo 3), lo cual permitió analizar los recursos en el discurso de los padres al momento de hablar de la eficacia al tratamiento psicofarmacológico de sus hijos.

La elección de analizar el material desde este enfoque correspondió a que se permite ver la complejidad de las explicaciones psiquiátricas de la eficacia de un tratamiento farmacológico a medida que se van desplegando en contextos, en este caso se trató del discurso de los padres cuyos hijos estén en tratamiento psicofarmacológico. Además de ver las explicaciones dadas por los padres para atribuir una eficacia al tratamiento psicofarmacológico en sus hijos, las cuales a través de este análisis permitió que estas no fueran tratadas como manifestaciones degradadas de esquemas subyacentes o procesos cognitivos; sino que, dentro de esta forma de analizar el discurso, el lenguaje al ser entendido como constitutivo y no como un medio en el que se traduce la explicación, logró producir su interpretación

Finalmente, las técnicas empleadas para la recolección y análisis permiten validar las conclusiones del análisis del discurso al ser accesible los extractos, junto con detalladas interpretaciones que unen las cuestiones analíticas con elementos específicos de los extractos, de tal forma que el lector sea capaz de ver las interpretaciones. Presentando abiertamente el proceso completo de razonamiento, desde los datos hasta las conclusiones.

Trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó principalmente en Centros de Atención Múltiple (CAM), que son espacios donde se brinda atención escolarizada integral a niños, niñas y jóvenes con discapacidad, discapacidad múltiple o trastornos graves del desarrollo, condiciones que dificultan su ingreso en escuelas regulares (Secretaría de Educación Pública, [SEP], s.f.). El espacio donde se abrieron las puertas para llevar a cabo una serie de entrevistas con los padres de familia de los alumnos de ese centro corresponde al CAM 86 “Ernesto Guevara de la Serna”, ubicado en la Colonia Primavera del Municipio de La Paz, Estado de México. Este lugar se encuentra ubicado en una zona catalogada como zona marginada, ya que geográficamente se encuentra localizada en un cerro que carece en su mayoría de los servicios básicos de agua, luz, alumbrado público, pavimentación en la mayoría de sus calles que lo conforman. En este lugar se llevaron a cabo nueve de las doce entrevistas realizadas.

La forma en cómo se logró el ingreso a este espacio fue mediante la intervención directa del investigador, quien ante autoridades instituciones planteo su interés por el espacio, el cual estaba fundamentado en el objetivo de la investigación. Tras la aceptación por parte de las autoridades para poder hacer contacto con las madres de ciertos alumnos, de parte del área de Trabajo Social del CAM, se pudo tener acceso a un listado de alumnos que a través de una lista de relación del área se lograron identificar aquellos niños que se encontraban tomando un medicamento psiquiátrico, teniendo que de un listado de 65 alumnos, solo nueve eran los que a inicios de ciclo escolar tenían un comprobante en su expediente de atención psiquiátrica.

En ayuda de la trabajadora social del CAM se logró tener el contacto con las mamás y de manera particular se les explicó el proyecto y con consentimiento y conocimiento de este es como se procedió a realizar una entrevista con cada una de ellas. Logrando que participaran todas las candidatas que por criterios de la investigación entraban en la población.

Respecto a las otras tres entrevistas, estas fueron llevadas en espacios fuera del CAM, sin tener una relación directa con el espacio anteriormente mencionado, fueron llevadas a cabo gracias a un portero, quien al ser un representante comunitario logró facilitar el poder entrar a casa y concretar una entrevista con personas que, por criterios de población, lograban ser candidatos en la investigación.

En los encuentros, se contó y requirió como material la guía temática (anexo 1), elaborada por el investigador, una grabadora, libreta y bolígrafo. Cabe mencionar que la mayoría de las entrevistas se realizaron desde el primer encuentro de la investigadora con los entrevistados. Salvo un caso, el cual se agendó.

V. Análisis de la información recabada

Los resultados son presentados acorde a las categorías, el análisis discursivo de cada una de las entrevistas se encuentra en el anexo 5. Estas categorías son ubicadas en cada una de las entrevistas, de manera que se visualiza aquí una compilación y análisis de las veces que fue ubicada esta categoría de análisis en cada una de las entrevistas. La selección de extractos se realizó empleando el programa de Atlas.Ti. Además de verse complementado el análisis a través del empleo de la adaptación de las preguntas de Edwards (2003/2014).

Tabla 2. Tabla de co-ocurrencias de los códigos. Atlas-ti

	● Acreditación de categoría de experto al psiquiatra Gr=67	● Consenso y corroboración del diagnóstico Gr=53	● Discurso empirista de la eficacia del tratamiento Gr=79	● Guiones y rupturas de los tratamientos psiquiátricos Gr=46	● Maximización y minimización de la eficacia del uso de psicofármacos Gr=49	● Nominalización de la eficacia/ineficacia del tratamiento Gr=51	● Normalización y anormalización de conductas en niños Gr=72
● Acreditación de categoría de experto al psiquiatra Gr=67	0	15	11	8	5	4	17
● Consenso y corroboración del diagnóstico Gr=53	15	0	27	2	7	15	7

<ul style="list-style-type: none"> ● Discurso empirista de la eficacia del tratamiento Gr=79 	11	27	0	9	16	40	9
<ul style="list-style-type: none"> ● Guiones y rupturas de los tratamientos psiquiátricos Gr=46 	8	2	9	0	24	8	3
<ul style="list-style-type: none"> ● Maximización y minimización de la eficacia del uso de psicofármacos Gr=49 	5	7	16	24	0	14	3
<ul style="list-style-type: none"> ● Nominalización de la eficacia/ineficacia del tratamiento Gr=51 	4	15	40	8	14	0	0
<ul style="list-style-type: none"> ● Normalización y anormalización de conductas en niños Gr=72 	17	7	9	3	3	0	0

Esta parte del análisis corresponde a la presentación de la respuesta a las preguntas de análisis, cuyo desglose de pregunta y respuesta se encuentran en los anexos (anexo 5), por lo que se expone en esta sección la recopilación de las respuestas las preguntas que comprenden cada una de las tablas, referentes al análisis de cada una de las orientaciones (orientación epistemológica y orientación hacia la acción). A su vez que, dentro de las tablas de los análisis se encuentran realizadas por entrevista, por ello en esta parte, se presentan los resultados acomodados en las unidades de análisis (eficacia diagnóstica, eficacia psicofarmacológica, elaboraciones secundarias), y los componentes de cada una de estas.

Cabe aclarar unas convenciones de transcripción que se encontrarán a lo largo de los extractos de entrevistas en este apartado. Cuando se encuentre en cursiva una doble línea al inicio y final de un extracto, y todo ello en cursiva implica una intervención de la entrevistadora. Otra característica es la anotación (IC/E6/76-89), indica en el siguiente orden las iniciales de quien realizó la entrevista (Itzel Capistran [IC]), el número de entrevista (Entrevista 6 [E6]), y por último los números de líneas de la transcripción de dónde corresponde el extracto (líneas 76-89). Esto con el fin de poder localizar en extracto con facilidad en la entrevista. He aquí un ejemplo de lo enunciado (se resalta intencionalmente lo expuesto, con el fin de localizarlo):

[...] una se queja, entonces este deja prácticamente de probar este alimento pues toda una noche //I: *uhum*// entonces es cuando yo me empecé a mover para llevarlo al hospital. (IC/E6/76-89)

a. Eficacia diagnóstica

Fue importante ver la eficacia diagnóstica ya que, esto es determinante para ver cómo se conceptualiza la eficacia de un tratamiento, en este caso de los psicofármacos, por lo que la eficacia que era atribuida o no a un diagnóstico, planteándolo desde cómo se visibilizaba una anomalía o normalidad de conductas, para ver cómo es que llegó con un especialista de la salud mental y de ahí en adelante iniciar un tratamiento psicofarmacológico

Normalización y anormalización de conductas en niños

La anormalización que es planteada, gira más en torno a la diferencia de pares, es decir que es visibilizada una anomalía en los niños cuando estos son comparados con sus pares, o

con sus hermanos, por lo que esta anormalidad que ya estaba no era nombrada como tal hasta que se compara con otros niños o es vista y nombrada por un tercero. En una de las entrevistas se describe las cuestiones físicas como el tamaño de cabeza, el no caminar bien, para mencionar que no es algo normal, además de recurrir a hacer mención del contraste entre tener otro hijo antes y saber en papel de madre que es normal y que no lo es en los niños, desde su nacimiento, hasta cuando ya van creciendo. Otra forma de contrastar entre lo que debe de tomarse como normal y lo que no es el cuidado durante el embarazo, en el caso de G. ella expresa que tuvo mucho cuidado durante el embarazo, por lo que le resultó extraño que naciera así su hija.

Yo quería saber por qué porque había pasado esto yo me cuide mucho en el embarazo y en mi familia no tenemos este tipo de situación (IC/E1/132-134)

Además de ello se enlistan una serie de conductas que ameritan el catalogar como anormales, como el nacer de manera prematura, el no sentarse, el no poder comer papillas. Todo ello en relación con tener como contraste otro hijo, o con compañeros de la escuela cuando entran a una etapa escolar, puede visibilizar que algo está ocurriendo que no es normal en un niño acorde a su edad de desarrollo. Lo cual se ve con más intensidad cuando entra a la escuela, en estar en contacto con otros niños y a ojos de la maestra respecto a su conducta y al de sus compañeros ve una diferencia conductual en él que le hace ver que algo extraño está pasando con S.

Bueno la cuestión de él es que fue que nació prematuro, pero pues mis dos hijos nacieron prematuros. El otro fue de ocho meses y él fue de siete. Es de y pues ahí estuvo hospitalizado más o menos mes y medio entubado y entonces me lo dieron de alta. Normal o sea me dijeron no me dieron ninguna indicación ni nada. Regresa a hospitalización por una neumonía porque presentaba reflujo. Tampoco me lo informaron y ahí estuvo nuevamente dos semanas hospitalizado e igual le dan de alta sin ninguna observación especial, este de ahí resulta que, pues él fue muy atrasado a todo su desarrollo, pero dije igual es normal nace prematuro pues iba un poco más atrasado *//como en qué cosas//* como éste en cuanto a caminar en sentarse en este comer con papillas y eso como no podía comer o como que no sabía cómo comer o cómo pasarse la papilla o algo y ya de ahí acudió al kínder y pus en el kínder no me

manifestaron nada. Le he puesto un poco de trabajo, pero pues se adapta y todo entra a la primaria de hecho en ese entonces nosotros vivíamos en otra colonia entrar a la primaria y pues la maestra me decía entonces que su hijo no quiere trabajar es muy distraído entretiene a sus compañeros” (IC/E10/18-32)

Por otra parte, la normalización de ciertas conductas de un infante por parte de los padres, antes de recibir un diagnóstico, pueden ir encaminadas a no aceptar que algo está mal con su hijo; si bien conductas como ver que no se sentaba hasta mucho después, son normalizadas pensando que como su nacimiento fue prematuro eso conlleva a un lento desarrollo, sin embargo, es la entrada de un tercero para mencionar que si hay algo extraño. Caso contrario cuando en lugar de ver una omisión conductual se da una conducta que es categorizada por la madre como anormal, es el caso de buscar las esquinas para golpearse. Todo ello ayuda a aceptar el diagnóstico que posteriormente se es dado.

Ya. Después de ahí se suscitó que buscaba la la la rayita de ahí por decir la de aquí de la pared a mí las orillas de la mesita [...] para pegarse. Pero era pegarse así, tan //I: *con la cabeza*//J: aja ya en el suelo buscaba algo así para pegarse y ya cuando lo vio eso el maestro me dijo, seguro que es autismo (IC/E3/84-90)

También es utilizado el contraste para ver cómo es que se empezaron a ver conductas extrañas, para ello E. menciona conductas que su hijo llegó a realizar de manera normal en su tiempo de desarrollo como caminar, tomar un vaso, solamente ella notaba que no hablaba, sin embargo, menciona acciones que ella tomo como razón del porque no tenía esas conductas. Sin embargo, cuando entra al kínder ella empieza a ver conductas extrañas. Ello deja ver que cuando el espacio de desarrollo se vuelve compartido con otros niños, y fuera del ámbito familiar es cuando se empiezan a categorizar conductas como extrañas, y las explicaciones que antes se daban para tener o no tener ciertas conductas pierden validez ante el criterio de los padres.

[...] no me di cuenta casi a los cuatro cuando lo quise ingresar al kínder que no convivía con los niños no tenía su lenguaje. Era muy dificultoso este él me señalaba

las cosas nada más no las mencionaba. Lo único que funcionaba como leche comida yo me di cuenta a partir de que el entro al kínder de sus nervios no era como un niño normal //I: *como estaban ahí*// se ponía muy nervioso cuando escuchaba algo y se ponía nervioso no convivía con la gente le costaba mucho trabajo por la confianza las cosas. Casi si no estaba yo ahí no se quedaba ahí [...] solo se alejaba o estaba nada más pegado conmigo como yo sentía como que si yo no estaba ahí sentía como que si lo abandonaba así estaba ahí si yo no estaba ahí porque era la madre. (IC/E9/37-49)

Muchas veces, la sospecha de que su hijo tenía algo extraño se da cuando empieza su etapa escolar. Esto se logra ver en la entrevista cuatro:

Este::: fue hasta que entró a la escuela hace como bueno fue que me dijo la maestra que no hacía caso, que no aprendía, que le costaba por ejemplo el recostarse no podía porque estaba todo hecho que incluso llegó a cortarlo que no podía seguir una línea. (IC/E4/31-33)

Donde vemos nuevamente que es a través de la observación de un tercero que empieza a ver conductas extrañas, y le hace ver eso a la madre, sin embargo, antes de ello menciona que ella nunca había visto conductas extrañas en su hijo. Otra forma de dar a conocer que algo extraño estaba pasando con su hijo fue a través de una estructura de contraste, ya que su hijo al año y medio empezó a caminar de puntitas, pero ella al tener la experiencia de que su hija mayor había hecho lo mismo y después ya camino normal sin necesidad de intervenir con un tercero considero que se repetiría la situación, empero su padre de ella es quien le hace notar la necesidad de atender ese problema. Viendo que es mediante las observaciones de un tercero que se mueve para buscar información y solución a su vez que le hace ver ahora esas conductas como extrañas, cosa que antes no había sido así.

Es por medio de una estructura de contraste que se visibiliza que no posee características de desarrollo iguales a las de su hermano, sin embargo, parte de la normalización de esto es el pensar que nació de manera prematura, y en un lugar no adecuado,

en un taxi, por lo que depositan una noción de lento desarrollo a estas cuestiones. Junto con ello, menciona que no se podía sentar, pero aparte de atribuirlo a lo anteriormente comentado lo atribuye a su complejidad. Con ello, la anormalización de dejar de comer, se convierte en la señal de alerta al saber que algo extraño realmente está pasando con su hijo.

No se puede sentar (.2) entonces a los 11 meses yo me entero de que mi hijo tiene un retraso, que claro mi hijo ya tenía un antecedente cuando mi hijo nació yo no alcancé a llegar al hospital yo me alivié en un taxi entonces mi hijo es que a los tres días de nacido paso algo, a mí me dan de alta en el hospital porque aparentemente en ese día mi hijo estuvo en observación. Aparentemente estaba bien //I: *uhum*//entonces cuando a mí me dan de alta del hospital mi hijo estando en casa, ya deja de comer. Ya no quiere el pecho y se queja, entonces este deja prácticamente de probar este alimento pues toda una noche //I: *uhum*// entonces es cuando yo me empecé a mover para llevarlo al hospital. (IC/E6/76-89)

Otra forma de dar a conocer que aquellas conductas que en vista de ciertos expertos con determinado marco de interpretación puede vislumbrarse como anormales, pero que en otro marco esto puede ser diferente. Este el caso de la entrevista 7 donde F. señala que los niños son rebeldes, inquietos, como fuimos nosotros, se hace un punto de partida el mencionar que todos los niños y no es viable que un tercero haga una calificación de conducta inapropiada, y con ello sea merecedor de un tratamiento psiquiátrico. Más bien se tiene que entender las características de un niño, teniendo como referencia como fuimos nosotros de niños, además de entender su contexto de cada uno de los niños del porque actúan de una determinada forma. Esto deja ver que pueden existir otras formas de tratar lo que en vista de ciertos expertos puede ser solamente tratado a través de psicofármacos.

[...] porque si son niños rebeldes, niños inquietos como lo fuimos nosotros, pero no es para que nosotros..., o les diga a los psicólogos que fuiste violado, que en tu casa no te quisieron, te corrieron, y te abandonaron, si?, yo pienso que son niños sin amor y que necesitan demasiado amor y lo veo con Jesús porque ahora que él se cayó pues yo le curaba sus heridas, le agarraba el pie, le daba masaje y se dormía, muchas veces son rebeldes pero no porque ellos quieran, si no por las amistades que se juntan en la calle aparte pues como te lo había comentado anteriormente, ellos fueron

engendrados drogados los nueve meses que duraron en el DIF, con su madre ocho meses y medio, la señora nunca dejó “la mona” (IC/E7/15-22)

Muchas veces la visibilidad y categorización de conductas como extrañas descansa en la observación de un tercero. En el caso de T. fue que un evento, una conocida extranjera le menciona que ve algo extraño en su hijo, que no es normal que esté muy cansado, sin fuerza en sus brazos. De igual manera cuando crece y niño y empieza a ir a lugares donde está en convivencia con otros niños se puede hacer visible para otras personas lo extraño de determinadas conductas como el llorar mucho, Primeramente, se normaliza el ser aislado, aun entrando a clases, se sigue normalizando esta parte con mencionar que es tímido, el jugar solo, pintar solo, mencionando como razón de esas conductas el estar consentido

Es hasta que un tercero (su madre de E.) le dice que no es timidez lo que tiene su hijo, sino que es algo más, ya no es normal esas conductas o el grado en cómo se manifiestan.

lo primero que se sospecha entonces este::: pue me quedé no pues si a lo mejor si esta chiqueado a lo mejor si esta consentido, pues si e el bebé //I: aja// y pues ya::: mi mamá me dijo sabes que yo ya veo que el niño se eh:: como que su comportamiento ya no es muy normal //I: uhum// no es timidez el niño tiene otra cosa hay que tratar de llevarlo a otra parte ahora si tratar de investigar y tratar de llevarlo a otra parte donde te digan que es lo que tiene. (IC/E12/81-88)

En la entrevista dos, se muestra el uso de medicamentos como una ayuda para tratar a los niños, de manera que si antes se mordían y dañaban ahora con su ingesta ya no es así. Esto se complementa con la normalización de los efectos secundarios, como algo que va de la mano con la ingesta, pero que, si en otros escenarios podría verse como algo negativo o causante de alarma que algo no está bien, aquí es justificado como algo que es parte de los psicofármacos mientras se acostumbra su organismo a la sustancia, o es causado por la dosis no adecuada. Todo ello obliga a los padres a buscar alternativas para hacerle frente a estos efectos y su normalización promueve que no sea retirado el fármaco puesto que son más los efectos positivos de su ingesta

Por otro lado, con la ingesta de medicamento, se pueden ver efectos secundarios como lo son las alucinaciones, dejando ver que su uso puede empeorar su situación, por lo que los padres pueden considerarse inadecuado el uso de psicofármacos en su hijo.

le estaban dando el 20 pero como mi niño ya estaba alucinando estaba viendo su cuerpo muy grande a los animalitos ya los veía grandes y así se veía que la ya tenía miedo //I: *uhum*// miedo del medicamento de que ya se lo daba y ya de repente no jugaba estaba quietecito se le acercaba y nada más se le quedaba viendo y se quedaba viendo así así así y fue cuando mi esposo me dice sabes que vamos a ir con la psicóloga de por qué se comporta así //I: *uhum*// y fuimos con la psicóloga y le dijimos todo eso y fue cuando le mandaron la de diez (IC/E8/183-196)

Acreditación de categoría de experto

Los personajes e instituciones que reciben la acreditación de experto son: Neurólogo, neurocirujano, cirujano plástico, odontólogo, genetista, ortopedista, pediatra, tanatóloga, profesores de escuela, psicólogo, Instituto Nacional de Pediatría, SISAME, Instituto Nacional de Autismo, paidopsiquiatra, CAM, Teletón,

La manera en cómo le hacen frente a la acreditación de su categoría es a través de credenciales y espacios institucionales, ya que, al ir a una institución como el psiquiátrico, lo que hace es darle credibilidad a lo que diga alguien del personal del instituto. Junto con ello, los maestros son una parte fundamental al momento de considerarlo como expertos que tras una valoración determinan la necesidad de realizar un diagnóstico e iniciar un tratamiento.

La maestra, es uno de los primeros actores que hacen referencia a la necesidad de ir con un especialista que les ayude a atender el problema de su hijo, abordando la manera en que tenga credibilidad su discurso a través de enseñar las libretas de su hijo con su trabajo en clase, y al remitirla con un experto, para que verifique lo que ella tiene hasta ese momento en sospechas. Tal es el caso de R., quien menciona que fue el maestro del CAM quien hace una valoración para ver qué es lo que tiene S., de manera que tras su evaluación fundamentada en que al ser psicólogo el posee la credencialización de emitir un diagnóstico es como marca las siguientes acciones de la mamá de S.

[...] lo valoró el maestro Chucho y fue el que me dijo que si necesitaba estar aquí porque estaba muy bajo en cuanto aprendizaje y ya que iniciamos aquí la situación. (IC/E10/55-57)

[...] fuimos a recoger los estudios y ya me dijeron, no dice su niño tiene... lento desarrollo y... y lenguaje y lenguaje y el maestro Jesús me ha dicho que tiene más, este por eso mismo. (IC/E11/44-46)

En el caso de los padres, su experiencia es respaldada en tener referentes de otros niños para poder determinar qué es lo que correcto y lo que no lo es en los niños.

Por su parte el papel del psicólogo es visibilizado como un actor que es capaz de dos cosas de realizar un mal diagnóstico y por ende hacer que tenga un tratamiento psicofarmacológico, o en dado caso realizar un diagnóstico que haga notar que es algo que puede ser tratado desde un campo totalmente diferente que no sea el médico (psicofármacos), que a través de terapia ellos pueden llegar a tratar problemas psicológicos, e incluso deja ver que los padres pueden ser expertos que a través de lo que observen en sus hijos ya sea teniendo una base de un antes-después o simplemente teniéndose a uno mismo como referente, puede ver que el consumo de psicofármacos no es adecuado para sus hijos ya que los tiene dormidos y eso puede estar influido por los intereses de quienes puede administrar los psicofármacos o controlar su ingesta

[...] él que se encontraba, con antidepresivos que ya tomaba, porque él se cayó en casa de sus padres biológicos, y se enterró una varilla cerca del ojo y nunca le hicieron caso, entonces si es mucho problema, ahorita a la mano no las tengo, pero me pusieron como diez enfermedades de él y yo pienso que es pura falsedad, pura hipocresía de los psicólogos de los orfanatorios. (IC/E7/104-108)

El psiquiatra por su parte es una figura que respalda su experticia en el tema con la realización de estudios en la cabeza, ello le permite justificar el diagnóstico y tratamiento que le dé a su hijo, lo cual le permite que al tener efectos secundarios que extrañen a los padres, ella pueda decir desde su experticia a que se debe, como una dosis no adecuada, y con ello

poder o aumentarla o disminuirla, pero no retirarla. La cual se ve respalda por demás personajes de la salud como lo pueden ser médicos generales, pediatras, neurólogos o psicólogos clínicos

El que un tercero vea conductas anormales en el niño, hace que tengan la necesidad de ir a ver a un especialista que los ayude con eso que esta extraño y les dé una solución, por lo que de pierna fuente el ir con un médico general es lo que se hace, esperando que este los canalice con el médico adecuado o que el mismo les solucione. }

Y ya fue cuando me recomendaron aquí y ya lo traje y la entrevista pues ya me sí que si tenía algo //I: *y usted aparte de venir aquí, busco información en otro lado*// si ya lo llevé a::: al paidopsiquiatrico[...] y ya fue donde me dieron el mismo diagnostico que el profesor Chucho [...] //I: *ok y que fue lo que la llevo a recurrir a un especialista como el paidopsiquiatra para poder ayudar a su hijo*// este::: pues igual fue una recomendación de aquí de los maestros [...] que::: pues ahora sí que eran las ayudas que el necesitaba, nosotros por así por simple vista y por el conocimiento que tienen me dijeron tiene que ir con, ahora sí que buscar otra información que a lo mejor y a nosotros se nos pasa algo, alguna cosa, pero como ellos ya son especializados en la materia pues ya le puedan dar información más setera [...] y pues ya fui al paidopsiquiatrico y me dijeron que pues si que si que si tenia ese problema mi hijo. (IC/E12/90-108)

De manera que, la acreditación de la credencial que tiene a cada uno de estos expertos para emitir un diagnostico o en su defecto decir que hay algo extraño en la conducta de su hijo es fundamentada por su trato con otros niños, lo que les permite contrastar una conducta normal de una que no lo es. A su vez es corroborada esta experticia cuando la mamá de manera personal busca una corroboración del diagnóstico y sospechas que le fueron compartidas y ver que efectivamente es aquello que le mencionaron.

En el caso del análisis realizado con Atlas ti, se logra ver como el código de acreditación de categorías, tiene un enraizamiento de 67 veces a lo largo de todo el análisis,

mientras que la normalización y anormalización de categorías tiene un enraizamiento de 72, teniendo una con-ocurrencia de 17 puntos, siendo a su vez la mayor co-ocurrencia entre estos dos códigos, lo que deja ver que los padres a la vez que visibilizan una conducta como anormal o no es dada desde un discurso de una figura acreditada como experto, lo cual deja ver como se acredita su figura del mismo para emitir un juicio en cuanto dictaminar un acto como normal en este caso en los niños y poder diferenciarlo de aquello que no lo es. Tenido con ello la oportunidad de legitimar el discurso dado por estas figuras de experto, es decir un especialista de la salud mental en su mayoría, como lo son los psiquiatras, paidopsiquiatras, neurólogos y psicólogos. Resaltando que la visibilidad de una conducta como extraña o anormal era también pronunciada por personas que fuera del círculo de la experticia de la salud mental no podrían figurar, pero que, ante los ojos de los padres son símbolo de experticia como los padres, maestros o alguien que, aunque fuera extraño, el ser extranjero, lo acreditaba como experto. A continuación, se muestra un esquema donde se señala la relación que guardan los códigos que comprenden la eficacia diagnóstica junto con las citas, y que muestran la relación entre estos

Guiones y rupturas de los tratamientos psiquiátricos

El guion preferido es respecto a hablar de los fármacos como algo benéfico y necesario para tratar de darles una mejor vida a los niños que tienen ciertos padecimientos, además de que los hospitales especializados son los que tienen especialistas que se encarguen adecuadamente de la atención brindada a los trastornos. Esto se encuentra aunado a la noción de necesitar multiplicidad de estudios y de intervención de diversas áreas médicas para poder dar un adecuado diagnóstico y tratamiento. Y que, aunque el tratamiento conlleve una inversión de tiempo, dinero y espacios. Ya que implica el ir a lugares, a sacar citas y esperar, invertir en el coste de medicamentos, el cual nunca puede hacer falta en sus hijos.

Maximización y minimización de la eficacia del uso de psicofármacos

Existe una maximización de las conductas categorizadas como anormales o molestas de sus hijos que presentaban antes de empezar con un tratamiento psicofarmacológico

[...] gritaban mucho, de que no se controlaban. No median el peligro. O sea, ellos no eran de salirle a la calle No los podía soltar en la calle de echarse a correr a donde fuera. O sea, como animalitos, y yo me ponía a pensar a quien alcanzó (IC/E2/296-298)

Esto permite posteriormente, construir una eficacia a la ingesta de psicofármacos ya que se crea un contraste entre las conductas previas al tratamiento y las posteriores.

En la parte diagnóstica que G. resalta que para llegar al diagnóstico fue necesario hacerle muchos estudios, para ver si no convulsionaba, o si no necesita alguna válvula en su cabeza, lo cual maximiza la cantidad de estudios que se llevaron a cabo para dar el diagnóstico, logrando con ello una base para sustentar que el diagnóstico es el correcto ya que para llegar a este fue a través de multitud de estudios que corroboraran.

Al momento de mencionar el tratamiento G., lo maximiza al mismo tiempo que pone un listado de tres, respecto a los atributos de este

[...] se llama epidal es un medicamento muy bueno, de los más modernos, es un medicamento americano. (IC/E1/40-41)

Respecto a las acciones que tiene el medicamento, podemos ver cómo es atribuida que, a la ingesta del medicamento, se minimice la necesidad de una intervención quirúrgica, pero eso se debe a la constancia de la administración de este. Todo ello ayuda a maximizar que el uso del medicamento ayuda en el tratamiento y que minimiza la posibilidad de intervenciones más elaboradas o riesgosas. Sin embargo, esto se debe a la constancia de ingesta, y al tratarse de un medicamento categorizado como muy bueno y que al ser extranjero le da un plus de garantía de calidad, a diferencia si se tratase de un medicamento nacional.

Además de que toda esta descripción ayuda a consolidar que, si no se lograran ver mejoras esto se puede deber a que no es un medicamento moderno, no es bueno, es nacional o su temporalidad de ingesta no es la adecuada. Descartando la posibilidad de socavar el hecho de que un tratamiento no sea correcto o que exista un error en el diagnóstico

Respecto al tratamiento en cuestión, las descripciones que maximizan la importancia dada al tratamiento son al mencionar que nunca lo dejaron de dar, aunque fuera caro el tratamiento, ya que era el medio por el cual su hijo iba a ser mejorado

Pues ahora sí que lo ayudamos a lo que más podíamos no. Nunca lo dejamos. De hecho, ahora sí que su tratamiento el de que le mandaron para sus crisis si este no salía caro, pero ahora sí que anduvimos por todos lados pidiendo ayuda si porque no nos alcanzaba. (IC/E3/121-123)

Los resultados tanto esperados como reales son algo que están vinculados con lo que uno como padre haga con sus hijos, que los lleve a sus sesiones, que siga un tratamiento, que cumpla con las recomendaciones y requisitos, que haga sus ejercicios y que busque la manera de sacarlo adelante. De manera tal que si no se hace esto lo que se pone en riesgo es el desarrollo de su autosuficiencia. Además, cae en el apoyo de terceros como los maestros para que pueda lograr un avance.

De hecho todo es a base de uno a lo mejor los doctores no tienen cómo hacerle una terapia pero si uno no lo hace no avanza este yo a mi hijo me decía de hecho los doctores si su hijo no caminaba a los dos años ya no va a volver a caminar y me explicaba porque va a madurar y muchas cosas, entonces yo decía mi hijo ya no va

a caminar ya iba para los dos años y me gateaba, entonces yo con las terapias que busque aparte y si mi hijo empezó a caminar y empezó a hacer muchas cosas pero creo que es parte de su labor que una como mamá. En cuestión de lo intelectual este, cuando yo busco el apoyo del CAM [...] A mi hijo lo apoyan mucho los maestros y si veo el cambio bien grande este en este caso la psicóloga cuando lo ve se sorprendió mucho porque la última vez que lo vio me dijo este en un año hace un año este año Hassan ha avanzado mucho que le hizo, no pues ya está en CAM y ya lo están apoyando, es como que uno como mamá estar ahí y no solamente de ay ya no mandaron aquí. Yo le digo cuando las terapias que yo veía que muy tardaban o solo eran cinco sesiones mejor en llevarlo hay lugares como escuelas y si yo busqué donde comenzó la búsqueda y que no me importó, lo importante es que este de alguna manera sacarlo adelante para que también pueda valerse por sí mismo. (IC/E6/298-319)

Además de lo anterior, es expresada que, al empezar con la ingesta de medicamento, la conducta de los hijos empieza a cambiar para algo favorable, ya dejando a un lado la impulsividad y comenzar a tomar precauciones, con ello se maximiza los beneficios del medicamento, pero de una manera personal, es decir que descansa en un beneficio directo a él. Por lo que son minimizados los efectos secundarios que tiene el medicamento al grado de normalizarlos, para poder seguir promoviendo lo bueno de su consumo. Otra de las formas en cómo se maximizan los tratamientos como medio de normalizar a personas, es el caso donde se pone una supremacía los tratamientos y la constancia de estos para lograr una normalidad conductual en los hijos.

Ya empezaba a oír historias o cuen o ahora sí que lo que contaban las personas que con sus tratamientos y medicamentos y que vivían una experiencia de eso y dicen no dice si usted hace los masajes dice sele, dice ahí tengo a mi hijo dice le dijeron que tenía lo mismo que su niño y yo le, y mi niño dice pero mi niño nació mal con sus piecitos y de puro masaje y ejercicios, masaje, masaje, masaje y mire dice parece que no tiene nada no un niño normal dice y va a escuela normal y me está estudiando

normal y entonces esa era mi esperanza con mi niño le digo que él fuera normal. (IC/E11/98-104)

Se maximiza los efectos benéficos de la ingesta de medicamento, como lo es socializar más. Conductas que pueden ser vistas como símbolo de normalidad; ello permite darle una continuidad al tratamiento y minimizar los efectos secundarios. Haciendo a su vez aceptable el tratamiento para el niño.

//I: y::: cuando su hijo inicio el tratamiento que fue lo primero que usted vio diferente// pues si ya empezó un poquito más como a hablar más, aquí en la escuela ya empezaba a socializar más, a hablar un poquito más pues si ya estaba si ya estaba empezando a:: porque él lo que tenía es que era muy agresivo también. (IC/E12/177-181)

Por otra parte, existe partes en el discurso donde lo padres hablan de tanto beneficios como consecuencias negativas en sus hijos. Valorando la ganancia entre optar por llevar un tratamiento o no. Tal es el caso de V. quien maximiza el efecto de los fármacos en el organismo del niño, y este es manifestado en su conducta, donde se enfatiza que está tranquilo en cualquier espacio, sin hacer nada, eso junto con las alucinaciones reportadas, maximiza el concepto de los padres de que el medicamento es malo para su hijo y que solo lo tiene drogado y que le causa más daño.

[...] le explico todo todo por qué requiere medicamento y es así como lo empezó a medicar porque mi esposo me decía ay no era bien difícil medicarlo *//I: ¿por qué?//* porque dicen que eso es una droga el medicamento dicen que es una droga que por el tiempo puede que les haga más daño a sus riñones [...] *//I: y esas fueron las razones por las que su esposo no quería medicarlo//* y otra vez me están diciendo a mí que por el tiempo del niño le podía hacer daño el medicamento eso yo le expliqué a la Psicóloga le dije es que eso les hace daño y ella me dijo no, no, no, no les hace daño, pero yo le dije les hace daño en los riñones. (IC/E8/148-160)

En contraste con lo anterior, hay padres que hablan de los efectos de los psicofármacos como algo no benéfico a sus hijos, tal es el caso de R. quien menciona que una vez que empieza a ver los efectos del tratamiento, como el dejar de comer es cuando ella mencionando que los obliga a comer y que el medicamento puede llegar a matarlos. Así mismo, los padres mencionan ciertas acciones como lo son los movimientos involuntarios son los que son minimizados para mostrar su normalidad de ocurrencia, ya que al mencionar que es una conducta poco frecuente hace que sea desacreditada por parte del locutor como algo que deba ser extraño y por ende tratarse.

Se detiene y empieza así muy fijo a la tele de repente ya sé hace así así se hace sus manitas pero así como desesperado entonces yo me le quedó viendo y le digo no no no debes de estar tranquilo y me dice ay mamá es que esto ya va a empezar no debes de tranquilizarte entonces yo siento como que está nervioso o no sé dentro de su capacidad de el no sé qué sienta pero es muy rara la vez que llega a ser eso de sus manitas así. (IC/E4/793-797)

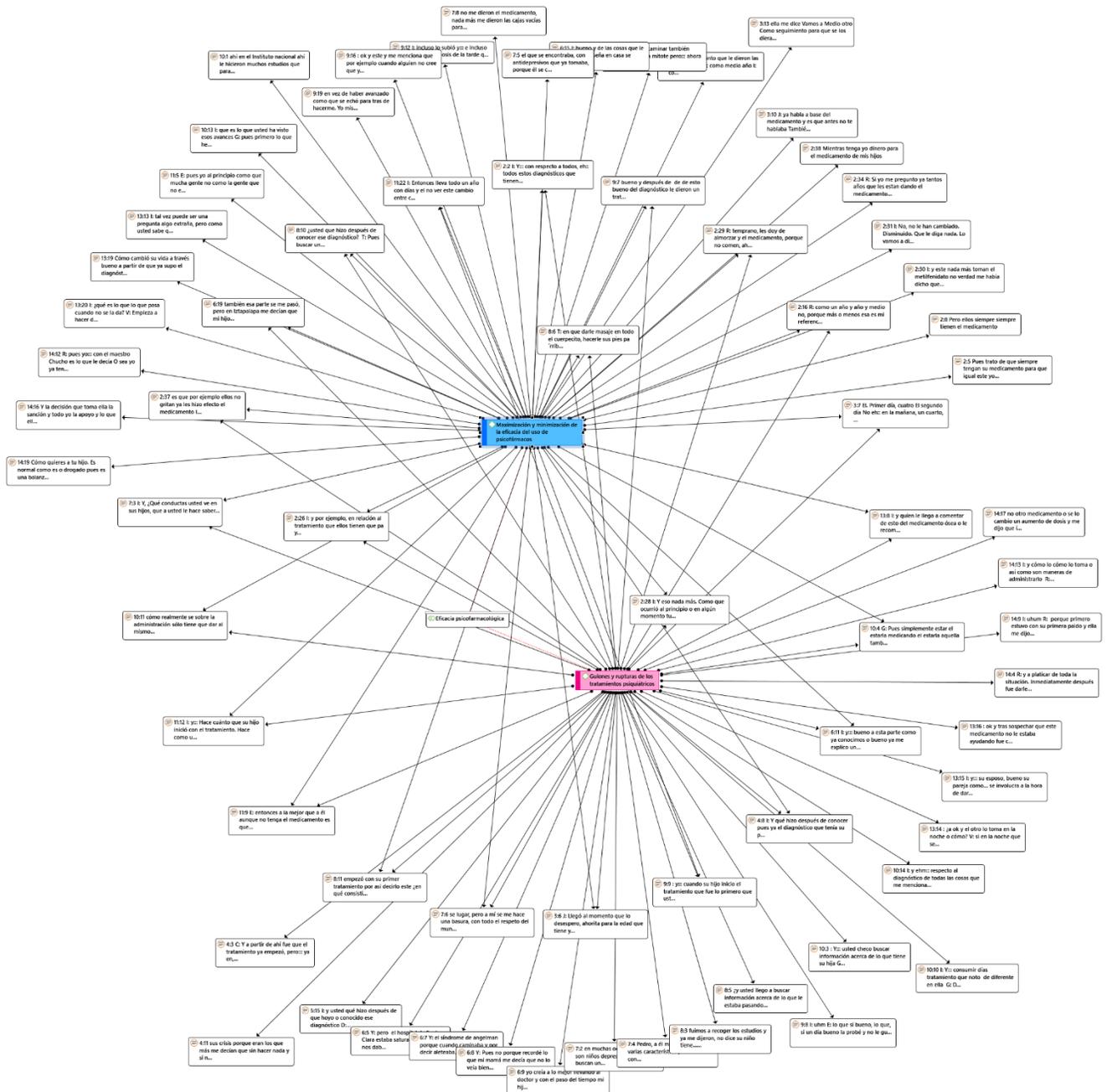
Por otra parte, al momento de ver la eficacia del tratamiento, este es mostrado como un tratamiento innecesario ya que es minimizada la eficacia de este al mostrar el mismo patrón de conductas con o sin fármacos. Por lo que es maximizado a su vez que los cambios y normatividad puede darse por medio de otras alternativas de intervención, como lo es el poner una serie de normas y ser constante, no tratarlo como alguien diferente si no que es un niño que como todos debe obedecer ciertas normas. Sobre todo, por el que no posea una cualidad física que lo distinga

Entonces a la mejor que a él, aunque no tenga el medicamento es que me ve enojada. Y lo hace. Como que, si no lo no porque tengo que hacerlo, pero es algo que puede ser mi ventaja a los demás niños, como las mamás que platican que desde pequeños a que desde pequeños los tuvieron que medicar para que estuvieran mejor una noción de lo que estaba pasando y con Gael no hay nada mejor que los que llevamos. Y es

así como que de repente ya no se insista, pero está con el medicamento o no no porque como empezó con poquito entonces ahorita que está más grande y va creciendo un poco más allá sus esfuerzos van saliendo más y ya su agresividad es más fuerte. //I: si y::: *este que diagnostico fue el que le dieron*// que tenía el TDAH. (IC/E9/141-150)

En el caso del análisis realizado con Atlas ti, se logra ver como el código de maximización y minimización del uso de psicofármacos tiene un enraizamiento de 67 y el código de guiones y rupturas de los tratamientos psiquiátricos tiene un enraizamiento de 46, a su vez que tienen una co-ocurrencia de 24 lo cual corresponde a la más alta, dejando ver el discurso dado acerca de los tratamientos psicofarmacológicos, se encuentra ampliamente constituido por una maximización de los beneficios de uso de psicofármacos, a su vez que se minimizan los efectos secundarios de los mismos, esto con el mismo fin de maximizar la importancia y beneficio de su uso.

A continuación, se muestra un esquema donde se señala la relación que guardan los códigos que comprenden la eficacia psicofarmacológica junto con las citas, mostrando a su vez la relación entre estos



Esquema 4. Red de eficacia psicofarmacológica

b. Elaboraciones secundarias

Las elaboraciones secundarias vistas como aquello que los padres emplearon para seguir sosteniendo que un tratamiento psicofarmacológico es eficaz, pese los efectos secundarios vistos por los padres a la hora de administrarles un tratamiento psiquiátrico a sus hijos, como la pérdida de peso o el vómito y atribuirlos a otra causa diferente al tratamiento y ver cómo

es que llegaron a obtener esas explicaciones, ya sea a través del internet, otros padres, o el mismo psiquiatra.

Discurso empirista de la eficacia del tratamiento

Cuando la paidopsiquiatra da el diagnóstico, ella como mamá empieza a buscar en otros lados como en el internet, donde encuentra en diferentes páginas web información acerca de los síntomas y características que le mencionaron tenían sus hijos junto con datos que respaldan el diagnóstico. Como el caso de E. quien investigo acerca del TDAH, viendo en estos sitios que el TDAH hacía que los niños no retuvieran, y que las cosas se le olvidaran, lo cual ella empieza a ver como un listado de lo que tiene su hijo o puede llegar a desarrollar con el tiempo

Bueno a lo mejor la peditra tiene tuvo razón no tuvo algunas consecuencias en el lenguaje entonces lo llevé a quienes lo canalizarán a:::l de Psiquiatría y ahí fue donde me pasé en encefalogramas y tratamientos son me dijeron que tenía la discapacidad //I: Y::: me dice que buscó información como-// aja en Internet en Internet en internet de porque tenía esa conducta porque reaccionaba así porque entonces todo lo que investigué pues era como que cositas de lo que me habían dicho ya la paido //I: y::: qué decían en esos lugares// que probablemente el niño iba a tener TDAH su hiperactividad este::: iba a estar demasiado alta. Que otros niños el que no reaccionaba lo que uno le decía no retenía las cosas y yo le decía yo le decía haz esto aquí un ratito estaba aquí y::: ya se me olvidaba lo que hacía y volvía a regresar o cualquier cosa entonces ahí fue donde me di cuenta cuando que tal vez si porque tenía todas esas reacciones. (IC/E9/56-70)

La relación marcada con el tratamiento es a través de un posicionamiento distante, donde los médicos como expertos proporcionan el tratamiento y ella es ejecutora de las indicaciones de estos. Con lo que el tratamiento es nombrado un ente capaz de tener acciones sobre el cuerpo, además de ser el causante de que se propicien o no cambios en el cuerpo, como lo son las convulsiones y las crisis de desesperación. Junto con el ello el diagnóstico es referido como algo que de manera inicial fue dado por lo que observaron los médicos, sin

embargo, este no fue correcto, por lo que el diagnóstico acertado fue dado por un estudio, una biopsia, por lo que da credibilidad al discurso del médico para dar un determinado diagnóstico, a su vez que queda como sustento infalible

//I: la risperidona// porque esa los calma los ayuda a tranquilizarse lo mejor ya no van a andar, ir venir. Pero bueno, es para el bien. (IC/E2/547-549)

De manera que es los psicofármacos son contruidos como un utensilio capaz de realizar acciones que algún esfuerzo humano sería en vano. La forma de separar al hablante de las acciones del medicamento es mediante las razones brindadas al momento de que se hablan de los efectos secundarios que son provocados por una ingesta de dosis elevada y no recomendada, o en otra presentación, sin embargo se deja de la lado al actor responsable de esa dosis elevada o no recomendada, el psiquiatra, sin embargo esta figura no es mencionada al momento de dar a conocer los efectos secundarios, si no que toda responsabilidad es depositada en las pastillas.

El discurso dado por la psiquiatra como justificación de porque es necesario el uso de psicofármacos, es que son para que no sea agresivo, no sea violento, no sea grosero, no pega, para que lo tranquilice, lo calme, ello ayuda a enfatizar los beneficios que aporta el uso de fármacos, viendo que los beneficios son enfatizados para los terceros no para el que los consume. Por lo que, a pesar de ver los efectos negativos, en su hijo, los padres tienen el deseo de seguir empleándolo

//I: ¿a ok y el otro lo toma en la noche o cómo?// si en la noche que se la doy es cuando le da sueño le da sueño con esas pastillas *//I: a entonces ya tiene que ser cuando ya se va a dormir//* si ya en la noche esas pastillas son para su agresividad, para que no sea violento, porque cuando no se la doy empieza a hacer de la suyas, a estar de grosero, a pegar *//I: ah ok, la risperidona, la que le da en la noche es para eso//* para quitarle la agresividad que tiene *//I: y el metilfenidato//* es para tranquilizarlo, para calmarlo (IC/E8/223-231)

La forma en cómo se habla de la eficacia del tratamiento es que independientemente de los efectos secundarios como lo son las convulsiones, el quedarse dormido, esto son

visibilizados como algo normal a la administración del fármaco, este discurso de normalidad de estas conductas es dada por psiquiatras. Junto con lo anterior, el tanteo de los psiquiatras al momento de recetar una dosis es regulada por los efectos secundarios que son reportados por los padres

hasta ahorita que se le quedó, que es una, una en la mañana, una en la tarde y una noche. Y la risperidona se le quedó una en la mañana y una en la noche, pero hay que bajarla. La última vez que fui le dijo que la mañana le bajara a un octavo de risperidona para ver cómo reacciona, pero le digo que nada, que se sigue, aunque poquitas te siguen quedando dormido. Me dice, no se la quite en la noche, porque eso me y como usted bien dice Eso le ayuda tranquilizarse y le da más rápido. Sueño y descansa más, dice Descansa más al otro día en la mañana es el valproato y esta normal y porque también luego sus crisis. Que le entra y todo eso que dice que le pasa es porque no descansa. (IC/E3/254-261).

Cuando inicia el tratamiento psicofarmacológico en medicamento es el causante de diferentes conductas que podrían verse como anormales como el no comer bien, el perder el apetito, pérdida de peso, náuseas y algunas otras indicaciones que tiene, pero que los psiquiatras lo toman como algo normal que les pasa a todos lo que lo consumen, por lo que pueden optarse por medidas que contrarresten esto.

Ello deja ver que por una parte el psiquiatra tenga la experticia de saber que es un efecto secundario que puede tratarse con algunas otras indicaciones y no mediante la suspensión total de su ingesta. por lo que los padres empiezan a normalizar estos efectos en sus hijos.

Porque primero estuvo con su primera paido y ella me dijo No le suspenden medicamentos ni sábados ni domingos y así estuvimos un año, nos pasaron con otro paido y me dijo para que se regule un poquito el peso salvo sábados y o volvía a clases puede suspender el medicamento //I: ¿de peso? // aja porque con el medicamento no come bien. Este pierde mucho el apetito. De hecho, está bajo de peso y si me lo dijeron ahí dice puede que pierda peso o que no tenga apetito o nauseas

o si tiene varias indicaciones el medicamento y en él es el peso. Después de tomar el medicamento no quieren nada de alimento. Y hasta después come poco. Entonces el segundo paido me dijo para que el peso suspenda el medicamento los fines de semana o el día que no vaya a la escuela dice va a estar como sea pues no hay tanto problema. (IC/E10/155-165)

Otra de las ideas expresadas es que los psicofármacos son drogas, que son caras y legales, pero que no le quita el efecto que tenga sobre quien lo ingiere. Y es para estar tranquilo, relajado y dormido, todo ello en beneficio de las autoridades que son tutores. Y es que ello es dado como una forma de tratamiento a destiempo, como resultado de no haber tratado a tiempo problemas que podían haberse tratado desde una cuestión psicológica.

Era Torona ((Thorazine)), es un medicamento caro, que no nos interesa lo caro, porque de que se compra se compra, pero es un medicamento que tú te tomas hoy, y lo tomas cinco-seis meses, al año o año y medio te haces un estudio y sale que tú tomas eso, porque es antidepresivo, esa es una y le dieron otro medicamento que no recuerdo el nombre que también lo perdía, lo tenía todo tontito //I: *Y ese recuerda, ¿Para qué supuestamente se lo dieron o a que le iba a ayudar?*// Si, para que él estuviera tranquilo, relajado, pero no estaba relajado estaba dormido, era una droga muy fuerte para él. (IC/E7/120-127)

En el mismo tono, a pesar de ver efectos secundarios en sus hijos, estos efectos son minimizados por la explicación que da el psiquiatra de su aparición, como el caso de E. quien vio que el tratamiento que fue dado a su hijo lo debilitaban, pero el doctor le menciono que era normal, por el efecto de activación cerebral que estaba teniendo. Por lo que los efectos secundarios de la ingesta de medicamento son vistos como una señal de que está funcionando el tratamiento

Si, si, si le dieron un tratamiento la medicina que le daba eran capsulas las que le daba y como que esas este si lo debilitaban, lo cansaban //I: *uhum*// y la doctora si me explico que era normal porque le estaban haciendo efecto porque ahora sí que lo

estaban activando su cerebro y aprendiendo un poco más y activarlo, como que reactivarlo. (IC/E12/157-162)

Nominalización de la eficacia/ ineficacia del tratamiento

La cabeza es la que funciona acorde a cómo reacciona al tratamiento, por lo que los médicos son actores que, con un posicionamiento distante, solo son los encargados de determinar la dosis y frecuencia de ingesta o el cambio de este. Por ello, si se suscitan cambios orgánicos inesperados es dado por como la cabeza reaccionó al tratamiento, no a la forma de sugerencia de uso y administración dada por los especialistas. Esto también, se puede ver la pasividad del médico en esas acciones, por lo que el tratamiento se convierte en un actor retóricamente vivo que puede hacer algo en otro objeto (discurso empirista).

Bueno en esos tres años estuvo en tratamiento viendo cómo reaccionaba serán de 3 días yendo al hospital una vez a la semana los primeros tres meses fueron de tres veces a la semana o tres veces al día estarla llevando está checando la de esta cabeza está checando que funcionará y estarla checando continuamente me decían que viera si le daba como mucho sueño si de repente se sentía cansada. (IC/E1/333-337)

Parte de esta promoción es poner en supremacía los estudios para poder dar un diagnóstico y que este sea visualizado desde una cuestión empírica y objetiva. Por ende, al tener un tipo de evaluación de este tipo, lo que se lograría es que el tratamiento también tenga un componente objetivo, por la relación diagnóstico-tratamiento que cada especialista señale.

La manera en cómo es vista la eficacia de las dosis recetadas es por la disminución de los efectos secundarios, no por la eliminación de estos, de manera que el “aguantarse más tiempo despierto” (IC/E3/276) es una manera en que se construye la relación de eficacia en el tratamiento a través de la disminución de los efectos de los fármacos.

Promoviendo con ello que se vea la experticia de los paidopsiquiatras al momento de recetar algún fármaco, dotando de una importancia de la continuidad psicofarmacológica ya que con el tiempo se irán disminuyendo los efectos secundarios por la regulación en dosis y

tiempos de ingesta que los expertos psiquiatras verán a raíz de lo mencionado por los padres en sesiones de seguimiento.

De forma que el papel que le es dado al medicamento es de hacer acciones, si el medicamento responde y hace cosas apropiadas en el organismo y es el que determina si reacciona bien, por lo que es retirada agencia del actor que receta la dosis y hora de ingesta. Dejando ver que lo único que debe de hacer es administrar en su caso el medicamento que el paidopsiquiatra solo se encarga de dar, por lo que todo cambio que sea producido es causado por el medicamento ya sea algo benéfico o no.

Él necesita medicamento sólo necesita estar medicado para que él vaya entendiendo que tiene que estar concentrado con el medicamento se puede concentrar dice así sin medicamento no se concentra (IC/E10/422-425)

Es por todo ello que, el medicamento se vuelve fundamental y necesario para desempeñar actividades, tanto en casa como en la escuela, lo cual dota de características al medicamento como algo fundamental en la vida de las personas, ya que al detener su ingesta lo que se obtiene es el no lograr desempeñar actividades de la vida diaria. Los tratamientos ayudan a las personas, de manera que, se quita la parte de agencia de quien los administra, por lo que, si bien los tratamientos son los que ayudan, también son los únicos responsables de que afecten.

[...] los tratamientos, yo siento que, si nos han ayudado si no, no estaríamos (IC/E11/293-294)

El ser un niño con un trastorno que amerite tomar un psicofármaco, se puede constatar con lo que dice un psicólogo por medio de la aplicación de pruebas psicológicas, ya que ellos en su papel de expertos pueden ayudarte a saber si tienen ansiedad o depresión incluso si ellos necesitan o no la ingesta de fármacos

El problema más importante aquí es que los niños no vienen con..., ni depresivos, ni cómo lo podría llamar, tienen otro nombre que son niños, que no pueden agarrar, no

puede haber un vaso porque son de los que se matan, son de los que se cortan, son los que tiran todo y realmente no, yo le quite el medicamento a Jesús... ¿por qué? se lo quite, me arriesgue, porque desgraciadamente el niño con una pastilla se dormía, se perdía desde las nueve de la mañana hasta las seis, siete de la noche, lo metimos con varios psicólogos para ver su prueba de ansiedad, no la aplicaron, jamás tuvo prueba de ansiedad, el niño estaba bien, las pastillas eran demasiado fuertes y lo que les hacían era ponerlos todos tontos ahí adentro en el DIF. (IC/E7/6-14)

De manera que la administración de los psicofármacos y su eficacia se ve oscurecida por los efectos secundarios reportados que causan la ingesta de este medicamento como lo son vómito, náuseas, pérdida de apetito. Sin embargo, al momento de dar a conocer el responsable y causante de todo ello es el medicamento el que tiene la intención de matar a las personas, pero ello no lleva al cese de su administración si no que es parte de un todo, es decir que el coste de esa tranquilidad que el fármaco les ofrece los familiares y personas que están alrededor de los niños con un trastorno mental, es el de tener todos esos efectos secundarios, los cuales son normalizados.

//I: uhum y en algún momento no llego a sospechar usted que el diagnostico que le dieron a su hijo no era, era incorrecto// pues si si sospeche porque luego las pastillas me lo, así como que como que sentía que me lo, ahora si perdón por la palabra pero como que me lo atontaban pues si porque ya como que ya se decaía, ya quería estar durmiendo todo el día y como que fue donde la doctora me explico lo que le decía de que era normal porque estaban tratando de reactivarle las neuronas que estaban desconectadas a su sistema pero pues si era normal, pero si llegue a sospechar que:: pues yo veía que en vez de que me lo echara pa rriba me lo echaba pa bajo pero pues ya no, ya en un tiempo, en un lapso se nota que no, que si le estaban funcionando el medicamento. (IC/E12/189-198)

Siendo los psicofármacos los que los hacen tener sensaciones, sentimientos y conductas en una persona, lo cual es normal porque indica que esta trabajando con las neuronas, ello le da una explicación que recae en una cuestion organica de los efectos que

son visibles en conductas que primeramente son vistas como anormales pero que posteriormente se normalizan con la explicación del especialista de su ocurrencia

Consenso y corroboración del diagnóstico

De manera inicial es utilizada la corroboración de las sospechas de las conductas anormales vistas, lo cual se termina comprobando con el diagnóstico y la búsqueda de información en otra fuente como televisión, platicas, u otras instituciones. Por lo que, le da la validez al hablante para mencionar porque dudar de un diagnóstico incorrecto y a su vez le validez para el diagnóstico correcto, ya que este mismo encuentra coincidencias en las características que el médico le menciona y las que logra encontrar en otros espacios. Eso promueve a su vez que, si el diagnóstico es acertado y corroborado por ellos mismo, no se ponga en duda el tratamiento que de este se desprenda.

En el caso de C. es utilizada la corroboración cuando la maestra le comentó que tenía problemas de aprendizaje pero que consultara con un especialista y al ir con el psicólogo fue el que los canalizo con el neurólogo quien confirmó las sospechas de los antecesores, cada uno desde su área de especialidad y con ello un tratamiento desde su conocimiento

*//I: Puede sonar un poco la pregunta, pero cómo sabía usted que ellos podrían ayudar a su hijo// Pues::: ahora sí que el psicólogo ella me canalizó a los niños y ahora sí que cada uno hizo su parte no entonces no lo podía ayudar solo uno, la tenía muchas cosas //I: y::: el neurólogo o: quien fue el que le dio el diagnóstico que tiene su niño// este el neurólogo le detecto lo de las crisis fue el que le llevó todo su tratamiento y ya el pediatra fue el que me dio el diagnóstico de la parálisis y ya:: el ortopedista ahora si en conjuntó fueron los que les dieron sus terapias y todo eso.
(IC/E4/109-119)*

Por ende, al momento de emitir diagnóstico, la corroboración de que es acertado recae en que es dada por diferentes especialistas, todos deben de tener una congruencia y concordancia al momento de determinar qué es lo que tiene, por lo que, la base para lograr esa concordancia es mediante el uso de biopsias y estudios, con lo cual los especialistas

emiten un diagnóstico, pero es el área de neurología quien emite el diagnóstico final y acertado.

//I: Y bueno cuando le cambiaron el diagnóstico cuáles fueron las razones que le dieron para este cambio y decirle que pues éste el diagnóstico correcto// La biopsia porque me hicieron una biopsia y los estudios de genética porque cuando la lleve a neurología ahí lo corroboraron. (IC/E1/353-356)

Otras veces existe consenso respecto al diagnóstico al momento en que, al tener un cambio de psicóloga, esta no cambia el diagnóstico. Ello le da validez al diagnóstico dado por las conductas de su hijo. La corroboración se vuelve un recurso que valida a la eficacia diagnóstica desde un inicio, promoviendo con ello que el tratamiento asignado sea el indicado para tratarlo. Además, se logra ver como se obtiene una corroboración a través de medios electrónicos como lo es el internet le da la seguridad de una eficacia diagnóstica al ver que coinciden las características atribuidas al trastorno que le fue dado, en este caso TDAH. Ello valida a su vez el tratamiento que le es dado.

//I: ¿cómo sabe que el diagnóstico que le dieron a su hijo es correcto? // Me imagino que por lo menos era mejor por verlo de investigar lo que yo investigué. Dije pues probablemente sea eso y como yo. Lo veía. Las reacciones que él tenía, cómo se comportaba su silencio. Probablemente sí. También le busque todo lo que significaba el TDA, dije bueno a lo mejor probablemente tenga esa reacción porque mi hijo nunca había estudiado en la escuela. Estas entonces cuando llegas aquí y te das cuenta de que el mejor tipo no es el único y ves a otros y te dicen bueno es lo mismo que mi hijo está pasando ahora ya ves al niño más tranquilo ya como tienes pláticas con la mamá no estaba igual sin casa peor no. Entonces ya gritada mejor con el medicamento de mi hijo ya sabes ya sabes escribir ya sabes distinguirlas las cosas o se trata con un lenguaje mejor eh:: a mejorar sus Te das puede ser bueno probablemente si no será la mejor si es el diagnóstico que mi hijo tiene no a la larga o no yo sé que no de la noche a la mañana va a cambiar todo no. (IC/E9/279-289)

Caso contrario de un diagnóstico eficaz, también se presenta el caso de obtener un consenso al empezar a ver a otros especialistas para ver si coinciden en la presencia de ese trastorno con el que fue diagnosticado y cuando varios especialistas corroboran que no han presencia de un trastorno es cuando toma la decisión de dejarle de dar el psicofármaco. Dejando ver que la corroboración en este aspecto sirvió para tomar decisiones respecto al tratamiento.

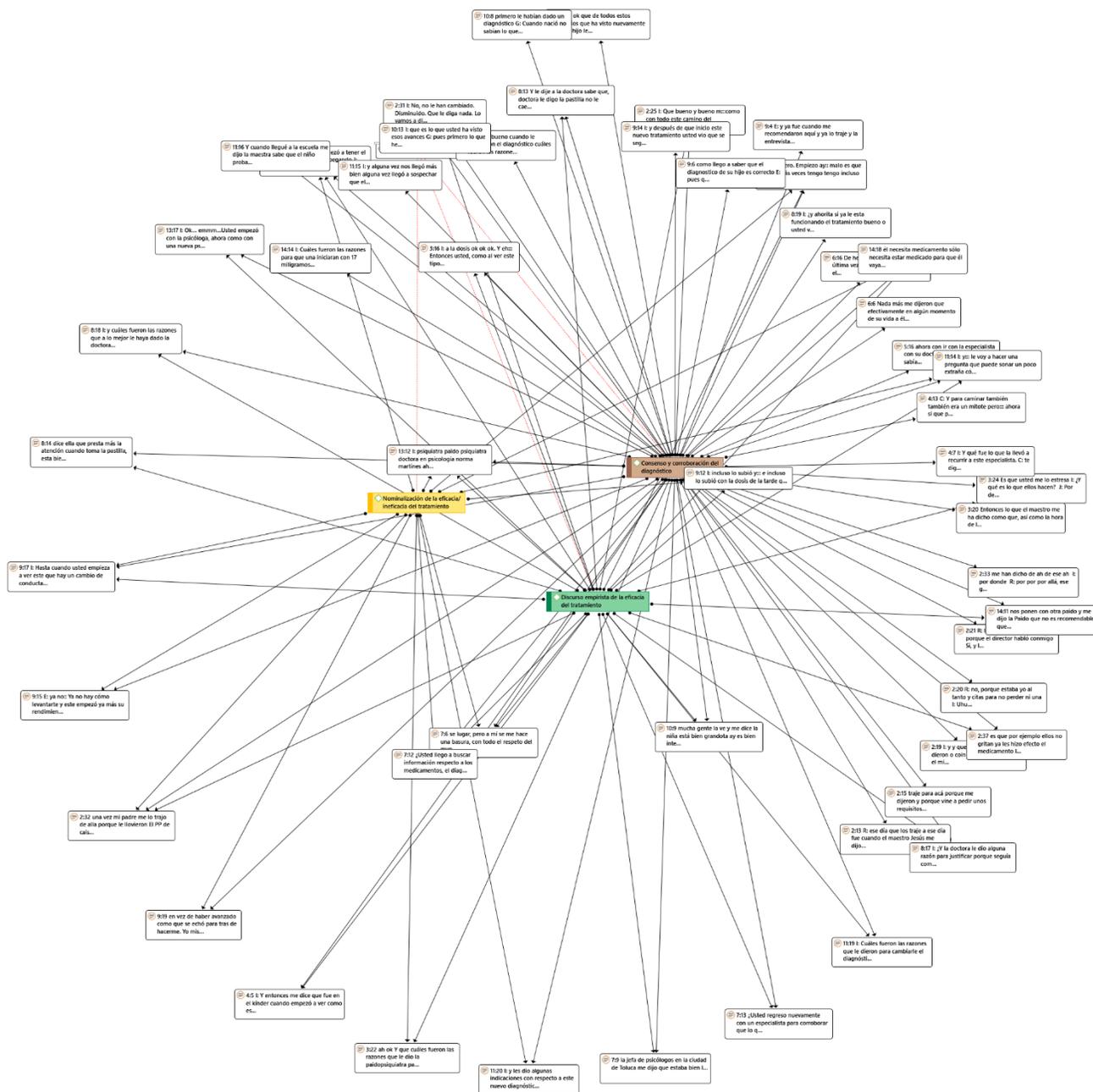
Cuando se da una corroboración acerca de la eficacia tanto diagnóstica como del tratamiento, es cuando se llega a mencionar al psiquiatra que su hijo se quedaba todo quieto con la ingesta del medicamento y comentarlo con la especialista, esta le menciona que es una cuestión de cambiar la dosis, logrando con ello que el medicamento sea apropiado organizadamente.

Y le dije a la doctora sabe que, doctora le digo la pastilla no le cae a mi niño porque lo, cuando lo toma después se sienta ahí y le digo ¿que tienes hijo?, nada, y ¿qué haces sentado ahí? Nada, le digo no entonces ya fue cuando decidimos retirarle un tiempo y luego lo volvimos a dar, pero ya más más baja y dice la doctora sabe que el niño no la necesita, pero le vamos a dar esto por la tranquilidad de la maestra porque dice que no presta atención o que no se sienta, que no sé cómo porque él dice que cuando toma su medicamento presta atención y está quieto. (IC/E11/262-268)

Esto refleja una minimización de conductas catalogadas como riesgo y al momento en que por recomendación del psiquiatra se suspende la dosis del fin de semana, se logra corroborar con otro especialista y lo que observaron los padres que no es adecuado esa suspensión si no que su ingesta debe ser diaria y continua y que es algo de por vida

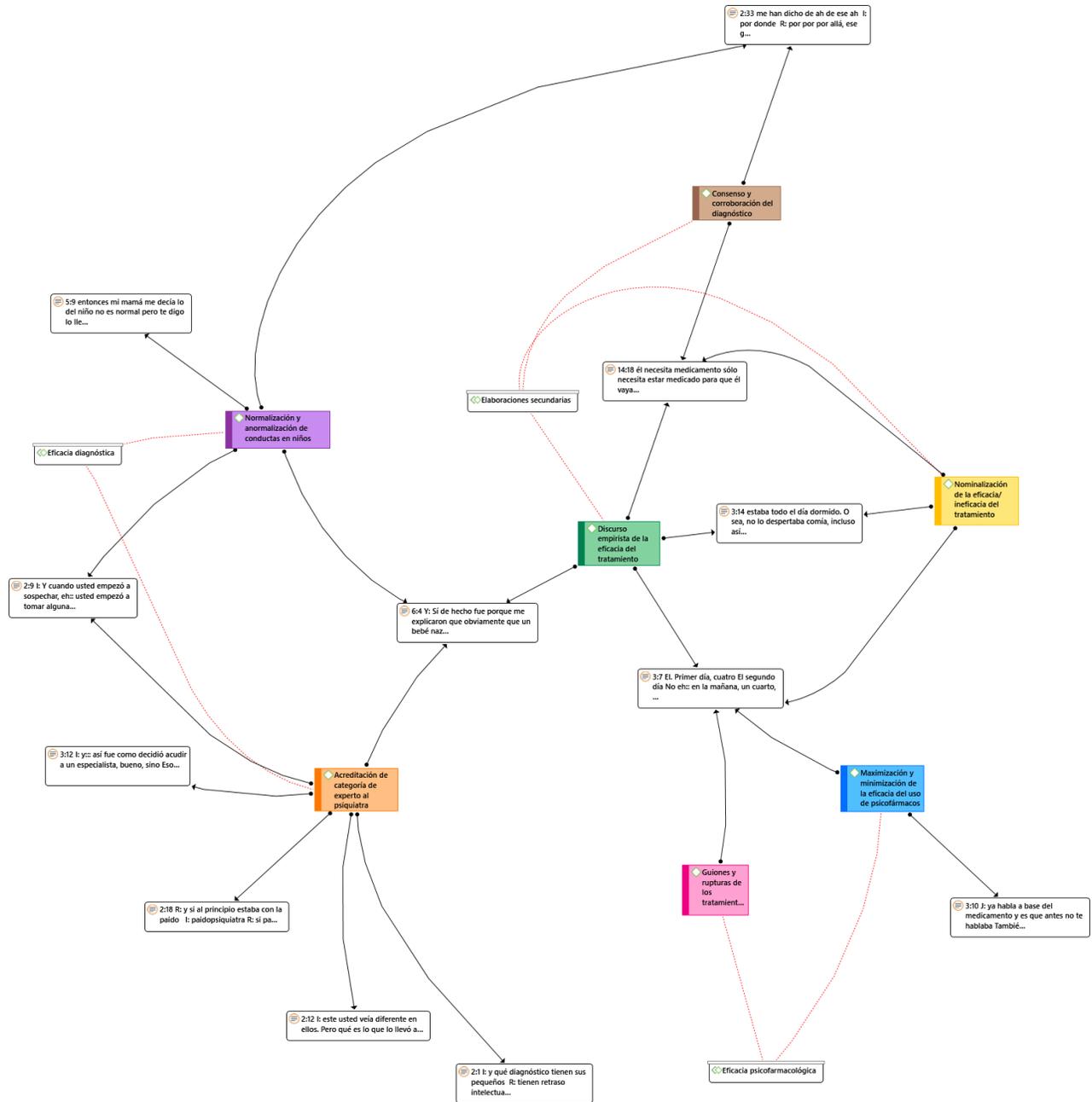
En el caso del análisis realizado con Atlas ti, se logra ver como el código de nominalización de la eficacia/ineficacia del tratamiento, tiene un enraizamiento de 51 veces a lo largo de todo el análisis, mientras que el código de discurso empirista de la eficacia del tratamiento tiene un enraizamiento de 79, mientras que el código de consenso y corroboración del diagnóstico tiene un enraizamiento de 53; teniendo una con-ocurrencia entre la nominalización de la eficacia/ineficacia del tratamiento con el código de consenso y corroboración del diagnóstico de 15; mientras que con el código de discurso empirista tiene

una co-ocurrencia de 40; por otra parte la co-ocurrencia entre este último con el código de consenso y corroboración del diagnóstico de 27. Por lo anterior la mayor co-ocurrencia es la que existe entre la nominalización de la eficacia/ineficacia del tratamiento y el discurso empirista de la eficacia del tratamiento. Esto deja ver como al momento de hablar de la eficacia de un tratamiento psicofarmacológico, es dado desde el realizar datos que comprueben la eficacia de un tratamiento, así como el quitar agencia a la hora de hablar de que tanto funciona o no un tratamiento, por ejemplo, el mencionar que un tratamiento da efectos secundarios en un organismo es porque el mismo tratamiento es el responsable de ello, porque se está adaptando al organismo, pero no por la intervención de los especialistas. A continuación, se muestra un esquema donde se señala la relación que guardan los códigos que comprenden los efectos secundarios junto con las citas, y que muestran la relación entre estos



Esquema 5. Red de códigos y citas de los efectos secundarios. Esquema elaborado en Atlas.

Ti



. Esquema 6. Red de intersección entre códigos. Elaborada en Atlas. Ti

VI. Discusión

De acuerdo con Míguez (2011, p. 57-59), la escuela, la familia y las instituciones encargadas de la salud son las principales intervinientes para el uso de fármacos en niños. En el caso de la escuela, profesores, directivos, pueden llegar a sugerir empezar un tratamiento con psicofármacos ante determinadas conductas del niño/a, definidas como causantes de un bajo rendimiento escolar (como levantarse continuamente de su pupitre, hablar mucho, distraerse, entre otras), esperando que el consumo de psicofármacos le ayude a estar quieto o tranquilo durante sus clases; ayudándolo a él y a sus compañeros; bajo la idea de que un aprendizaje es dado y una enseñanza es bien recibida solo cuando el aprendiz está quieto, es silencio y dócil, por lo que una conducta que salga fuera de la norma, se mostraba candidata a ser detenida, todo esto se pudo observar en las entrevistas al ver cómo era construida la eficacia diagnóstica, ya que, esta mostraba tener un inicio a través de la aceptación de los padres sobre una anomalía conductual o emocional en sus hijos, la cual básicamente era construida por un tercero, quien les comenta que ven algo extraño en su hijo; ya que, inicialmente ellos en su papel de padres, no veían algo extraño en sus hijos. Siendo principalmente un psicólogo escolar, un maestro, familia, vecino o conocido, quien les sugerían la presencia de algo extraño en el comportamiento de sus hijos tras compararlos con sus demás alumnos, con sus hijos o algún otro niño que tuvieran como referente.

Junto con ello, la mayoría de los casos los padres reportaron que la sugerencia de estas figuras era llevarlos a un psiquiatra, lo cual deja ver que las recomendaciones giraban en torno a ir directamente con una figura que desde el campo de la medicina podría recetar un fármaco, ya que como dice Míguez (2011), se esperaba que el consumo de psicofármacos fuera la solución ante las conductas connotadas como anormales para alguien de su edad. En otros casos los padres al serles notificadas por un tercero conductas que ante sus ojos no eran normales para un niño de su edad, los padres desarrollaban elaboraciones secundarias para darle una explicación a lo que acontece con sus hijos, por ejemplo, si no camina, es porque es flojo, si no se puede sentar, es porque tiene sobrepeso, si no logra convivir con otros niños, es porque es tímido, es muy enojón, entre otras explicaciones, todo ello se ve relacionado con lo que Watzlawick (1996/2000), describía al decir que nos resulta más fácil localizar, evidenciar y describir aquello que no es normal o que es desviado a diferencia de aquello que

si lo es, por ejemplo, cuando otras personas les decían a los padres que veían o tenían algo extraño sus hijos, cuestionándose si alguna de estas figuras además de dar a conocer que había algo extraño en sus hijos, le mencionaron alguna característica, conducta, actividad que connotaban como buena en sus hijos, si intentaron darle solución, ellos mismos fueron los que les dieron sugerencias de como aminorar aquello que señalaron como anormal o su participación se limitó a enunciar y describir esa extrañeza en el niño o la niña.

Muchas veces el darse cuenta de que algo extraño ocurre con sus hijos y el tratar de dar solución, se daba en un lapso de años, lo cual ocurre por no saber a quién recurrir o que hacer al respecto, por lo que muchas veces antes de llegar con un psiquiatra, pasan por diferentes personas que en calidad de expertos (con credencial que los acredite de expertos o no), les mencionan que tienen sus hijos, qué hacer, a dónde ir y con quién. De manera que, cuando llegan con un psiquiatra (como figura que puede y tiene facultad de administrar un psicofármaco), ya van con cierta vaguedad de lo que tienen sus hijos, por lo que, la figura del psiquiatra es empleada como una forma de corroborar lo que ellos o alguien más sospechan.

Por lo que cuando una figura que, dentro de un espacio institucional posee la capacidad de diagnosticar, establece un trastorno y este coincide con lo que ya habían dicho otros a través de sus sospechas, o lo que ellos habían investigado (en internet), por una parte, acreditan al psiquiatra, paidopsiquiatra, neurólogo o sus afines como figuras expertas en el tema, por lo que todo discurso, recomendación, diagnóstico y tratamiento que digan tendrá validez, ya que como mencionan Klein y Cabral (2017), “la noción de neurodesarrollo remite a la idea de que las patologías estarían relacionadas con una disfunción cerebral” (p.24), señalando con ello que, la validez que se le da a estas figuras se encuentra relacionada con las prácticas que le son permitidas a cada uno de los autores, de manera que la credibilidad diagnóstica y de tratamiento que emiten cada uno de estos actores, se ve relacionada con la capacidad que tienen para emplear instrumentos que corroboren su diagnóstico, y su capacidad para administrar fármacos, es lo que le dará mayor confiabilidad a su discurso; teniendo que un psicólogo, al no administrar fármacos y basar sus diagnósticos a través de entrevistas y pruebas psicométricas en algunos casos, ante los ojos de los padres, este no posee gran credibilidad en lo que menciona, por lo que queda relegado su diagnóstico a la comprobación y verificación que un médico, como un psiquiatra, paidopsiquiatra o neurólogo lo corrobore; en el caso en que hayan ido con un médico general, por el hecho de

poder recetar fármacos, posee credibilidad en lo que mencione aunque no tenga credencial de especialidad en el campo de la salud mental; siguiendo esta escala, un psiquiatra, al ser un personaje que puede recetar fármacos y diagnosticar trastornos mentales, su discurso posee mayor credibilidad que el discurso de un psicólogo; sin embargo, al hablar de un paidopsiquiatra, se habla de un psiquiatra especializado en los trastornos mentales infantiles, por lo que al enfocarse a una población en específica, lo convierte en un personaje con mayor credibilidad que un psiquiatra; empero, un neurólogo, posee mayor credibilidad, ya que puede administrar fármacos especializados para la salud mental, hacer pruebas psicométricas, emplear maquinaria que le permita hacer pruebas en el cerebro que corroboren su diagnóstico y ser acompañante cirujano en caso de ser necesario, lo cual lo califica como la figura posee mayor credibilidad en su discurso.

Lo anterior es de suma importancia para saber qué dicen los padres para legitimar la eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos y qué elaboraciones secundarias elaboran los padres cuándo el tratamiento psicofarmacológico de sus hijos no funciona; ya que, una vez que se construye esa validez de experto y diagnóstico, cuando estos recetan un tratamiento psicofarmacológico, pocas veces se encontrara de primera mano una objeción a tal encomienda, ya que hasta ese punto ya se consolidó una figura que coloquialmente “le ha atinado a todo”, la eficacia del tratamiento ya tendrá una base, ahora solo queda seguirla nutriendo con resultados favorables, pero ¿resultados favorables para quién?, si bien la figura que recibirá el tratamiento es su hijo, los beneficios que son explicados por los expertos, son más enfocados al beneficio de tranquilidad de los padres, porque el niño va a estar más tranquilo, más calmado, ya no va a gritar, ya no va a pegar, cuestiones que en voz de los padres “la tranquilidad es para ellos”, y claro también se hablan de beneficios para los niños como prestar más atención en la escuela, tener una mejor percepción del peligro.

Y junto con toda esta parte del discurso que los expertos dan acerca de los beneficios de un tratamiento psicofarmacológico, los padres empiezan a ver resultados y logran ver esa tranquilidad, esos silencios, esa calma en sus hijos, que los invita a seguir consumiendo ese producto, a pesar de ser caro, de implicar irse a formar horas para que se los den, porque es algo que vale la pena, que se vuelve una prioridad incluso mayor a la comida. Viendo como una tranquilidad es ahora vendida en presentación de pastillas.

A manera macro, podemos incluso ver reflejado estas acciones de compra prioritarias en las ganancias que tan solo en México obtienen esas industrias. Viendo con ello lo que Blech (2005), mencionaba respecto a esa alianza industria, médicos y pacientes.

Ahora bien, tocante al punto de las explicaciones dadas por los padres al no ver mejora en sus hijos, es decir las elaboraciones secundarias, podría decirse que tiene como antecedente la supremacía dada a los expertos que los acreditan como tal, esa eficacia diagnóstica y del tratamiento vistas; pero que a tras las letras chiquitas del tratamiento y sus beneficios, están los efectos secundarios que conllevan, donde los padres podrían llegar a poner en duda la eficacia del diagnóstico, tratamientos, e incluso del experto. Estos efectos como náuseas, vómitos, pérdida de apetito, pérdida de peso, insomnio, retraimiento, son algunos de los efectos que se logran visibilizar en un lapso pequeño reportados por los padres, y que compaginan con los descubrimientos de diversos autores, quienes reportan que después de un lapso de administración de psicofármacos en niños, estos muestran conductas de sumisión, disminución de conductas sociales, falta de iniciativa, sorpresa, curiosidad, entre otras (Rie, 1978; Cunningham, 1978; Granger, 1993; Merchán, Tapia, Bailón, Moreno, Baeza, Calvo, Morer, Martínez, Andrés, Ángel, Muñoz y Arango, 2012; Whitaker, 2015).

Tras una búsqueda de explicación del porque acontece que sus hijos, considerando en algunas ocasiones desde este punto, el continuar o no con el tratamiento, no sin antes preguntar nuevamente a un experto, quien mencionando que es algo normal, atribuyéndolo a que es por un tiempo hasta que el cuerpo se acostumbre, que es por una dosis no adecuada a su peso, hasta que es símbolo de la buena acción del fármaco en su organismo; los padres nuevamente creyendo en su experticia y credencial como aval, creen y legitiman su discurso de lo que observan en sus hijos a causa del fármaco, incluso llegando al grado de normalizar esas conductas que en otro escenario podrían ser consideradas como anormales en niños o en general. Desarrollando estrategias que las aminoren o les permitan hacer frente; tal como Hyman (1996), mencionaba “en cuanto se aplica un tratamiento psiquiátrico, que interfiere de un modo u otro en los mecanismos habituales de una vía neuronal, el cerebro del paciente empezaba a funcionar, anormalmente” (p.153), y es que, si tomamos en cuenta que un tratamiento psiquiátrico que se inicia desde la niñez, muchas de las veces es un tratamiento largo o que es de por vida; vemos que una de las razones de trasfondo de la recomendación de su uso en ciertas ocasiones corresponde a un fin mercadológico.

Esto en una cuestión recursiva, permite entrar en un ciclo donde tienen un tratamiento sus hijos, no hay mejora, un experto les explica porque no hay mejora, hay cambios en el tratamiento y continúan. Lo cual valida la eficacia psicofarmacológica por la cotidianeidad creada con los fármacos no solo en la vida de sus hijos si no de ellos mismos, como actores involucrados de manera cercana. Viendo lo que Blench (2005), mencionaba al decir que la “alianza entre médicos, industrias farmacéuticas y pacientes que alimenta la utopía de las personas perfectas. Las personas sanas ingieren medicamentos para disfrutar de la vida y conseguir estar mejor que bien” (p.21-22). Ya que a través de lo dicho por los padres, se logró ver el papel que cada uno de los actores toma, viendo que la medicalización se ha encargado más allá de dar una cura, ha formado y ha hecho vivir a las personas de determinada manera, de manera que “el consumo de psicotrópicos en niños diagnosticados con TDA/H es un modelo de cómo ciertas conductas y/o situaciones que antes no eran medicalizadas hoy son parte de los circuitos de tratamiento médico, circuitos que tienen principal énfasis en el consumo de fármacos como tratamiento.” (Faraone, et al, 2010, p.493).

A manera de conclusión, podría retomarse el cuestionamiento de González y Pérez (2007, p.17), acerca de que el problema de las enfermedades mentales no es que sean construcciones prácticas, sino que son ¿prácticas para quién? ¿para la industria farmacéutica? ¿para las instituciones de salud mental? ¿para el paciente? Y es que la construcción discursiva que los padres hacen en torno al tema del uso de psicofármacos se ve validada como efectiva, puesto que trae beneficios para todos, tanto para el que la ingiere (sus hijos), como para las personas cercanas a ellos, ya sea la familia, compañeros, o maestros. Y a pesar de que existen reportes que indiquen una falta de sustento de la eficacia atribuida al uso de fármacos como un tratamiento adecuado y eficaz; no es reciente; sin embargo, se sigue realzando y vendiendo la eficacia prometida de los tratamientos farmacológicos como parte de la cura mental infantil.

Y es que al admitir que los trastornos pueden ser curados o controlados a través del uso de fármacos, sería admitir que los trastornos tienen una localización orgánica, para ser exacta en el cerebro, lo cual no es así, ya que la noción de tener o no tener un trastorno obedece a una cuestión social, cultural e histórica.

Aunado a lo anterior al momento de cuestionarse ¿Por qué los padres a pesar de los efectos secundarios que ven en sus hijos siguen legitimando el uso de psicofármacos?, puede

obedecer la noción de lo que ellos ganan a través de su uso, de manera que toman agencia sobre un cuerpo ajeno para las decisiones que en calidad de tutor los mejores y adecuadas. Sin embargo, lo que se deja ver es la normatividad centralizada en la corporalidad (del otro). Como si los niños etiquetados como normales no gritaran, no midieran el peligro, no prestaran atención, esto genera una domesticación de cuerpos que alguien o algo les dijo que tenía que ser de esa forma; por lo que, a costa de tener esos cuerpos dóciles, los padres están dispuestos a que sus hijos enfrenten manifestaciones corporales que desde otro marco interpretativo podría verse como símbolo de enfermedad o malestar, pero que acceden a una normalización de esas acciones ¿Por qué normalizar los efectos secundarios y no las conductas que llevaron al uso de psicofármacos? Y es que como dice Barbosa, Prado y Bañón (2009), a través de llevar a cabo un análisis discursivo acerca de la salud mental, se permite pensar en cómo, cuándo y porqué los discursos producidos en el área, influyen en la sociedad y en el modo de cómo se relaciona con demás fenómenos sociales, de manera que podamos ver cómo es utilizado estos discursos para legitimar prácticas.

El realizar trabajos enfocados a visibilizar que es lo dicho para construir la eficacia psicofarmacológica, plantea la posibilidad de identificar los discursos que están implicados, desde el discurso médico, donde se da un resignificado a los efectos secundarios, como expresiones corporales y conductuales que son necesarias y de alguna forma obligatorias como parte del camino a la mejora, aunque el final o meta de ello no sea completamente vislumbrado, por lo que el llegar a él pueda ser una cuestión de meses o años. A su vez, plantea la existencia de una cura, plantando la posibilidad en los padres que, si siguen invirtiendo en algún punto sus hijos estarán curados; todo ello permitiría develar que parte del discurso médico (por lo menos el enfocado a la salud mental), está ocurriendo algo, en alguna parte que hace depositar la esperanza de médicos en una pastilla y que es transmitida a los padres como esperanza vendida.

Algo que también no debería de tenerse por menor es que, debido a las características de la población, padres de niños con discapacidad, deja ver que su asistencia a una institución pública de carácter especializado en esa población, es un punto de arranque para el comienzo de un tratamiento psicofarmacológico, ya que si bien la sospecha de extrañeza es dada por

un tercero que puede o no estar en el círculo familiar, hace posible una reivindicación de la eficacia psicofarmacológica, bajo la premisa de la existencia de un diagnóstico sustentado en años de estudio del especialista. Esto permitiría ver qué papel están jugando las instituciones para la promoción de crear vínculos con instituciones enfocadas en la salud mental.

En manera que en conjuntando las dos ideas expuestas anteriormente, podría incluso llegar a cuestionarse que, debido a las características de la población como, el no saber leer, escribir, tener una educación mínima, implique una situación de vulnerabilidad para la creación de una supremacía de discursos emitidos por figuras que ante la comunidad son puestas como expertas. Teniendo como contraparte que, sin quitar la agencia de cada uno de los actores, los padres en ocasiones manifestaban el hacer algo por sus hijos con la motivación de un programa gubernamental de apoyo económico destinado a niños con alguna discapacidad, planteando la posibilidad de ¿los padres tendrán acciones de búsqueda de ayuda, vinculación de sus hijos en instituciones médico-psiquiátricas con el fin de comprobar la necesidad de un apoyo económico para sus hijos pero que al final del día sea empleado con otro fin?, esto podría explicar porque el tiempo entre que los padres ven una conducta extraña y el tiempo en que empiezan a tomar acciones, como acercarse a una institución educativa (que ayuda en la vinculación con los programas federales) o el ir con un especialista de las salud mental.

Cabe mencionar que, a lo largo del trabajo, sobre todo aquel desarrollado en el campo, se pudo denotar que una de las limitantes era que algunos discursos de violencia intrafamiliar atravesaban el flujo de la entrevista, ya que, las entrevistadas no querían compartir su experiencia respecto al tratamiento de sus hijos por indicaciones de su esposo no debían de contar nada, ni firmar porque si lo hacían les podían quitar a sus hijos y que no debían de andar contando a otros lo que pasa en casa, ello por la parte de la entrevistas, entorpecía un poco la dinámica de las mismas. Además, permite ver que limita la participación de las madres de familia en otros espacios por no tener el permiso para contar lo que acontece, pudiendo entorpecer la atención brindada a sus hijos.

Como parte final, las líneas de investigación que del presente trabajo se desprenden se encuentran: el poder ahondar sobre las explicaciones que los padres le dan al origen de un trastorno en su hijo y cómo las construyen y se las apropian, ya que muchos de ellos mencionaban o lo atribuían a cuestiones relacionadas al embarazo (prematureo, falta de

cuidados, entre otras), a hechos de falta de atención de ellos como padres a sus hijos, a acontecimientos en su vida diaria como golpes e incluso que alguno de los progenitores haya recibido una atención psicológica anteriormente.

Otra línea de investigación es que debido a la característica de la población donde aparte de haber sido diagnosticados con un trastorno mental, están diagnosticadas con una discapacidad en su mayoría, relataron su experiencia respecto al cambio de su vida y hoy en día su rutina de ellos como padres de un niño con discapacidad, además expresar las razones del porque lo hacen, hablando de situaciones como dejar de trabajar, ir a hospitales muy lejos, cargarlos en su espalda a pesar de tener una edad avanzada, entre otras; resultaría interesante ver los cambios que la discapacidad ha traído a su vida, así como su vida cotidiana de alguien que es cuidador primario de una persona con esas características.

Distinta de las anteriores líneas de investigación descansa en la idea de algo que se logró ver en una de las entrevistas y que corresponde al hecho de las instituciones que quedan a cargo de niños en adopción y visibilizar lo que acontece con cada uno de los actores involucrados en un proceso de adopción. Ya que uno de los entrevistados narraba parte de su experiencia de adopción, donde los niños estaban en condiciones precarias en las instituciones gubernamentales donde se encontraban resguardados, el cómo es que llegaron a ese lugar, cuantas familias los habían regresado y lo que tuvo que hacer para poder tener su custodia de forma definitiva.

Todo ello podría surgir con base a la presente investigación, de manera que esta investigación presentada, pueda servir como precedente para ver lo que acontece en estos espacios, donde no solamente están los discursos de los padres, sino de todos los actores implicados, donde más prácticas se ven atravesadas por discursos de poder, que tras su investigación podrían ayudar a comprender la dinámica de acción de cada uno de estos actores.

VII. Referencias

- American Psychiatric Association. (2018). *About DSM-5*. Washington DC, U.S.: American Psychiatric Association. Recuperado de <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm>
- Antaki, C., Billig, M., Edwards, D. y Potter, J. (2003). El análisis del discurso implica analizar: Crítica de seis atajos analíticos. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 3, 14-35
- Armas, C. (2018). *Evidencias de validez y confiabilidad del inventario de depresión infantil de Kovacs en niños y adolescentes del distrito de Trujillo*. (tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo, Perú
- Banco de México. (2013). El cambio del Año Base en la Medición del PIB y la percepción sobre la evolución de la actividad económica. Informe sobre la inflación Julio-septiembre 2013, pp. 25-28
- Barbosa, L. Prado, L. y Bañon, A. (2009). Análisis Crítico del Discurso: Nuevas posibilidades para la investigación científica en el campo de la salud mental. *Latino-am Enfermagem*, 17 (1), 126-132.
- Basurco, M. y Calderón, R. (2019). *Efectividad de las intervenciones no farmacológicas para la mejora de habilidades sociales en niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad*. (tesis de licenciatura). Universidad Norbert Wiener, Perú
- Beltrán-Ruiz, L. y Mandujano-Vázquez, S.C., (2018). *Manual digital para el mejoramiento de la enseñanza de la Psicología discursiva. Una guía para la investigación de habla, texto e imagen del discurso sobre lo psicológico*. Proyecto PAPIME PE305217, DGAPA-UNAM
- Berger, P. & Luckman, T. (1968/2003). *La construcción social de la realidad*. Argentina: Amorrortu
- Bermejo, J.C. (2007). Psiquiatría y lenguaje: Filosofía e historia de la enfermedad mental. *Revista chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45(3), 193-210
- Bianchi, E. (2015). Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a), normalidad? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 417-430
- Bianchi, E., Ortega, F., Faraone, S., Portugal, V. y Teixeira, R. (2016). Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014). *Saúde Soc. Sao Paulo*, 25(2), 452-462.
- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Wozniak, J., Chen, L., Ouellette, C., Marris, A., Moore, P, García, J., Mennin, D. & Lelon, E. (1996). Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania; an overlooked comorbidity? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(8), 997-1008

- Billig, M. (1986/2015). Pensar y argumentar. *Alma publica*, 8(15), 8-27.
- Billig, M. (2014). *Aprenda a escribir mal. Cómo triunfar en las Ciencias Sociales*. México: Editorial del Colegio de Postgraduados
- Blech, J. (2005). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino
- Brown, G., & Yule, G. (1983), *Discourse Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press
- Burman, E. (2013). Memoria, Locura y el Mercado. *Quaderns de Psicologia*, 15(1), 107-119.
- Calderón, D. (2015). Los niños como sujetos sociales. Notas sobre la antropología de la infancia. *Nueva antropol*, 32(82)
- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. (16 de noviembre de 2016). *Medicamentos y Vacunas*. Ciudad de México, México: Gobierno Federal. Recuperado en <https://www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas/medicamentos>
- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. (01 de diciembre de 2016 a 31 de diciembre de 2017). Base de datos de Licencias sanitarias de almacenes y distribución de medicamentos. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/409850/LICENCIAS_SANITARIAS_ALM_ACONDI.pdf
- Concha, M., Forero, C., Puerto, N. (2005). *Significados de ciudadanía en las narrativas de cinco jóvenes víctimas del acto terrorista llevado a cabo el 15 de noviembre de 2003 en la Zona Rosa de Bogotá*. (tesis de pregrado). Pontifica Universidad Javeriana, Colombia.
- Conrad, P. (1974). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En D. Ingleby.: *Psiquiatría Crítica: Política de Salud Mental*. (pp.129-154), Barcelona, España: Barcelona Crítica.
- Coulon, A. (1987). *La Etnometodología*. Madrid, España: Ediciones Cátedra
- Cunningham, C. (1978). The effects of methylphenidate on the mother-child interactions of hyperactive identical twins. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 20, 634-642
- Crowe, M. (2000). Constructing normality: a discourse analysis of the DSM-IV. *Journal of Psychiatric and Health Nursing*, 7, 69-77.
- Davies, B. & Harré, R. (2007). Posicionamiento: La producción discursiva de la identidad. *Athenea Digital*, 2. 242-259.
- Doménech, E. y Ezpeleta, L. (1998). Las clasificaciones en psicopatología infantil. En: J. Rodríguez (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente II* (pp. 121-143). Sevilla, España: Manuales Universitarios

- Donoso, T. (2004). Construccinismo Social: Aplicación del grupo de discusión en praxis de equipo reflexivo en la investigación científica. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 13(1), 9-20.
- Duque, J., Morales, G. y Duque, C. (1997). La sinapsis. *Revista medicina*, 46, 41-48
- Edwards, D. (2003). Psicología discursiva: el enlace de la teoría y el método mediante un ejemplo. En: L. Iñiguez (Ed.), *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales* (pp.141-156). Barcelona, España: Editorial UOC
- Faraone, S., Barcala, A., Torricelli, F., Bianchi, E. y Tamburrino, M. (2010). Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, 14 (34), 485-497.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad*. T. I. Buenos Aires: Siglo XXI
- Foucault, M. (1991). *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.
- Gallardo, E. E. (12 de junio de 2014). Utilización del programa de análisis cualitativo ATLAS. Ti para gestionar y analizar datos. Berlin, Alemania: ATLAS. Ti. Recuperado de <https://atlasti.com/2014/06/12/utilizacion-del-programa-de-analisis-cualitativo-atlas-ti-para-gestionar-y-analizar-datos/>
- Garay, A. Iñiguez, L. y Martínez, L. (2005). La perspectiva discursiva en psicología social. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 7, 105-130
- Geller, B. & Luby, J. (1997). Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(9), 1168-1176
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Gergen, K. (1998). La psicología social como historia. *Revista anthropolos: Huellas del conocimiento*, 177, 39-49
- Gergen, K. (2006). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós
- Gergen, K. (2007). *Construccinismo Social. Aportes para el debate y la práctica*. Bogotá: Universidad de los Andes
- Granger, D. (1993). Perceptions of methylphenidate effects oh hyperactive children's peer interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 535-549
- Guba, E. G. y Lincoln, I. S. (2005). Controversias paradigmáticas, contradicciones y confluencias emergentes. En N. K. Denzin y. S. Lincoln (Eds.), *Manual de investigación cualitativa* (pp. 30-78). London, UK: Sage
- Heritage, J. (1987). Etnometodología. En A. Giddens y J. Turner, *La Teoría Social Hoy* (pp. 290-350), Madrid, España: Alianza
- Hyman, S. (1996). Initiation and adaptation: A paradigm for understanding psychotropic drug action. *American Journal of Psychology*, 153-161.

- Ibañez, T. (1989), La psicología social como dispositivo desconstruccionista. En T. Ibañez (Ed.), *El conocimiento de la realidad social* (pp.109-133), Barcelona, España: Sendai
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Industria Farmacéutica. Situación macroeconómica. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [Base de datos]. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/119065/Sector_Industria_Farmacautica.pdf
- Iñiguez, L. (2003). El análisis del discurso en las ciencias sociales: variedades, tradiciones y práctica. En: L. Iñiguez (Ed.), *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales* (pp.83-124). Barcelona, España: Editorial UOC
- Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciencia & Saúce Colectiva*, 13(5), 1619-1626.
- Iriart, C. & Iglesias Ríos, L. (2012). Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Comunicação, Saúde, Educação*, 16(43). 1011-1023.
- Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de Psicología*, 12(1), 19-33.
- Klein, T. y Cabral, R. (2017). La difusión del diagnóstico de trastorno bipolar infantil: controversias y problemas actuales. *DESIDADES: Revista Electrónica de Divulgación Científica de la Infancia y la Juventud*, 16(0), 19-30
- Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, México, 07 de febrero de 1984.
- Lipovetsky, G. y Charles, S. (2004). *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Anagrama
- Martínez, Á. (2006). La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. *Políticas y Sociedad*, 43(3), 43-56
- Mass, J. (1984). Pretreatment neurotransmitter metabolite levels and response to tricyclic antidepressant drugs. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1159-1171
- Merchán, J., Tapia, C., Concha, B., Moreno, C., Baeza, I., Calvo, R., Morer, A., Martínez, C., Andrés, P., Ángel, J., Muñoz, D. y Arango, C. (2012). Efectos secundarios del tratamiento antipsicótico en niños y adolescentes naïve o quasi-naïve: diseño de un protocolo de seguimiento y resultados basales. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5(4). 217-228
- Míguez, M. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- Miranda, A., Pastor, J., Roselló, M. y Mulas, F. (1996). Eficacia de las intervenciones farmacológicas en el tratamiento de la hiperactividad. *Psicothema*, 8(1), 89-105
- Molina, B. (2009). MTA at 8 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48, 484-500

- Mollejo, E. (2005). Psicofármacos en niños y adolescentes: Revisión y situación actual. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 25 (95), 141-150.
- Moynihan, R. & Henry, D. (2006). The fight against disease mangering: generating knowledge for action. *Plus Med*, 3(191).
- Muñoz, J. y Sahagún, M. (2017). *Hacer análisis cualitativo con Atlas.ti7*. Manual de uso. México: Creative Commons Atribución 4.0 International
- Natella, G. (2008). La creciente medicalización contemporánea: Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental. En A. Cannellotto y E. Luchtenberg. (Coord.), *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Buenos Aires, Argentina: Universidad General de San Martín.
- Nikander, P. (2008). Constructionism and Discourse Analysis. En: J. Holstein & F. Gubrium. (Ed), *Handbook of Constructionist Research* (pp.412-428). London, UK
- Norma Oficial Mexicana NOM-176-SSA1-1998. Diario Oficial de la Federación, México, 20 de enero de 1999
- Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-93. Diario Oficial de la Federación, México, 17 de junio de 1994
- Norma Oficial Mexicana NOM-059-SSA1-2015. Diario Oficial de la Federación, México, 05 de febrero de 2016
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión*. Washington, D.C., E.U.A: Organización Panamericana de la Salud
- Organización Mundial de la Salud. (18 de junio de 2018). *La Organización Mundial de la Salud (OMS), publica hoy su nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [http://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)),
- Parsons, T. (1951). *The social system*. London: The Free Press
- Pollner, M. (1974/2000). El razonamiento mundano. En: F. Díaz. (Ed.), *Sociologías de la situación*. (pp.131-163). Madrid, España: La Piqueta
- Ponce, H. (2008). ¿Qué sabe usted acerca de... eficacia y efectividad de los fármacos? *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 39(1), 53-54
- Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology*. London: SAGE Publications
- Potter, J. (1996). Discourse analysis and constructionist approaches: theoretical background. In: J.T.E. Richardson (Ed). *Handbook of Aualitative Research Methods for Psychology an the Social Sciences* (pp.125-140), Leicester UK: British Psychological Society,

- Potter, J. (1997). Discourse análisis as a way of analysing naturally occurring talk. In: D. Silverman (Ed.), *Qualitative research: Theory, method and practice* (pp.144-160). London, UK: Sage
- Potter, J. (1998). *La representación de la realidad. Discurso, retórica y construcción social*. Barcelona: Paidós
- Potter, J. (2008). Hacer que la psicología sea relevante. *Discurso y Sociedad*, 2(1), 186-200
- Rangel, I. (2018). *La medicalización de las relaciones sociales y el uso biopolítico de las emociones*. (tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, México
- Rapley, T. (2014). *Los análisis de la conversación, del discurso y de documentos en investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata
- Ruiz, M. y Cambronero, B. (2011). La metamorfosis de la salud: invención de enfermedades y estrategias de comunicación. *Gac Sanit*, 25(3), 179-181
- Secretaria de Salud. (2002). *Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención 2001-2006*. Recuperado de www.ssa.gob.mx
- Secretaria de Salud (09 de septiembre, 2018). *Anuario Estadístico 2016* [Base de datos]. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/299467/SAP_Anuario_Estadistico_2016.pdf
- Secretaria de Salud (09 de septiembre, 2018). *Anuario Estadístico 2017* [Base de datos]. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/320868/SAP_Anuario_Estadistico_2017.pdf
- Secretaria de Salud (2013). *Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos*. México: Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de <https://www.farmacopea.org.mx/>
- Servicios de Atención Psiquiátrica. (14 de agosto de 2017). *Catálogo de Atención Psiquiátrica*. Ciudad de México, México: Gobierno Federal. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/catalogo-de-servicios-de-atencion-psiquiatica>
- Shorter, E. (1987/1999). *Historia de la psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la Fluoxetina*. Barcelona: J & C Ediciones Médicas
- Shotter, J. and Gergen, K. (1994). Series blurb. In T.R. Sarbin and J.I. Kitsuse (Eds). *Constructing the Social*. London. UK: Sage.
- Shotter, J. (1993/2001). Realidades conversacionales. La construcción de la vida a través del lenguaje. Buenos Aires: Amorrortu
- Soto, J. (2 de abril de 2001). Los peligros de un mal diagnóstico sobre el Síndrome por Déficit de Atención. Niños Ritalín. *La Jornada*. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/2001/04/02/cien-ninos.html>

- Swazey, J. (1974). *Chlorpromazine in Psychiatry*, MM Press, Cambridge (Mass).
- Torres, C. y Escarabajal, M. (2005). Psicofarmacología: una aproximación histórica. *Anales de Psicología*, 1(2), 199-212.
- Touraine, A. (2000). *¿Podemos vivir juntos? Iguales y diferentes*. México: FCE
- Vale, O. (2013). El DSM como mecanismo de psicopatologización y regulación social: el caso de los niños/as en Puerto Rico. *Quaderns de Psicologia*, 5(1), 21-31.
- Van Dijk, T. (1978/1992). *La ciencia del texto*. México: Paidós
- Vargas, A. y Parales, C. (2017). *La construcción social de la hiperactividad*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia
- Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: Nuevas tendencias y retos. *Revista Calidad en la Educación Superior*, 31(1), 120-139
- Vasilachis, I. (2006). *La investigación cualitativa*. En: I. Vasilachis. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. (Coord.). (pp. 23-64). Barcelona, España: Gedisa
- Watters, E. (2010). *Crazy Like Us. The globalization of the American psyche*. New York: Free Press
- Watzlawick, P. (1996/2000). Profecías que se autocumplen. En P. Watzlawick (Ed.), *Realidad inventada* (pp.82-98), México: Gedisa
- Werner, K. & Weiss, H. (2003). *El libro negro de las marcas. El lado oscuro de las empresas globales*. Argentina: Sudamericana
- Wetherell, M. y Potter, J. (1996). El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. En: A. Gordo y J. Linaza (Comps.), *Psicologías, discursos y poder*. (pp.63-78), Madrid: Editorial Visor
- Whitaker, R. (2015). *Anatomía de una epidemia*. 2da Edición. España: Capitan Swing
- Wittgenstein, L. (1988). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Crítica

VIII. Anexos

Anexo 1

GUIA TEMÁTICA

ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO DE LOS PADRES RESPECTO A LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO DE SUS HIJOS

PRESENTACIÓN

Buenas tardes, mi nombre es Itzel Capistran y me encuentro haciendo una investigación respecto acerca de las experiencias que los padres han tenido respecto al uso de psicofármacos en su hijo; pidiéndole repetidas veces que me cuente situaciones que tengan que ver con ello, a la par iré haciendo anotaciones, lo cual no implica que no le esté prestando atención, sino que estas me ayudarán a revisar puntos que soy de interés para la investigación o detalles que no deseo olvidar. Le informo y pido su autorización para poder grabar la entrevista. Además de que la identidad de usted y su hijo serán resguardadas y solamente empleadas con fines académicos

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- Me podría contar un poco acerca de usted, su edad, si está soltero(a), casado(a), qué estudios tiene y me pudiera contar algo de su familia: integrantes, con quiénes vive.
- Y acerca de su hijo, me podría decir qué diagnóstico psiquiátrico tiene, cuál es el tratamiento que tiene para ello y cuánto tiempo lleva en tratamiento

- **PADRES SOSPECHAN QUE ALGO ESTÁ MAL CON SUS HIJOS**

- Bueno, quisiera comenzar preguntando ¿Cómo empezó a sospechar que su hijo tenía X?
- A lo largo de su experiencia como padre y de conocer cuáles son las conductas, actividades, estados de ánimo de su hijo, dígame: Para usted, ¿cuáles fueron esas señales de alerta de que algo extraño estaba pasando con su hijo?

- Y ¿Qué es lo que usted veía en conductas, comportamientos, emociones que le hacían pensar que su hijo se comportaba de manera un tanto diferente?
 - ¿Qué sospechó que le estaba ocurriendo a su hijo para tener esos comportamientos, actividades, emociones?
 - Y ¿Qué edad tenía su hijo cuando usted empezó a identificar esto?
 - Y dígame ¿cuáles fueron las medidas que tomó para contrarrestar lo extraño que veía en su hijo?
-
- **LOS PADRES BUSCAN INFORMACIÓN Y COMPARTEN SOSPECHAS**
 - ¿Hubo personas que le comentaran que veían algo extraño en la conducta de su hijo? ¿Qué le comentaron?
 - Después de ello ¿Usted buscó información al respecto de esas conductas extrañas? ¿Qué encontró?
 - Y dígame tras esa búsqueda información ¿Cómo fue que tomó la decisión de hacer algo con su hijo?
 - ¿Qué fue lo primero que hizo para dar solución a esas conductas extrañas en su hijo? ¿Y después de ello hizo algo más?
-
- **PADRES RECURREN A UN ESPECIALISTA QUIEN DA UN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A SU HIJO**
 - ¿Qué lo llevó a recurrir a un especialista que ayudara a su hijo?
 - ¿A quiénes recurrió para que ayudaran a su hijo? ¿Cómo sabía que ellos podrían ayudar a su hijo?
 - ¿Cómo fue que decidió acudir a X para que le ayude a usted con su hijo?
 - ¿Qué diagnóstico le dio el especialista de lo que tenía su hijo?
 - ¿Qué hizo después de que el especialista le diera el diagnóstico de su hijo?
 - ¿Su familia cómo tomó el diagnóstico de su hijo?
 - Después de conocer el diagnóstico de su hijo ¿Cuáles fueron los cambios que tuvo en su vida?
 - ¿Le ha llegado a platicar a alguien de lo que tiene su hijo? ¿qué les ha comentado?
 - ¿Cómo llegó a saber que el diagnóstico que le dieron a su hijo es el correcto?
 - Y ¿Hace cuánto su hijo inició un tratamiento? Y ¿en qué consiste el tratamiento que le dieron a su hijo?
 - ¿Qué pasó con su hijo una vez que inició el tratamiento?
 - ¿Qué fue lo primero que usted vio diferente en su hijo desde que inició el tratamiento?
 - Y ¿Cuál era su papel a la hora de darle el medicamento a su hijo? / ¿Cómo participaba en la administración del medicamento a su hijo??

- ¿Su pareja de qué manera se involucraba en la administración del medicamento a su hijo? ¿Y la familia?
- **LOS PADRES NO VEN MEJORA EN SU HIJO, SOSPECHAN QUE EL TRATAMIENTO NO FUNCIONA, SE INFORMAN, DISCUTEN Y TOMAN LA DECISIÓN DE REGRESAR CON EL ESPECIALISTA**
 - a. ¿Alguna vez sospechó que el diagnóstico que le dieron a su hijo no era el correcto? ¿Qué fue lo que lo hizo sospechar eso?
 - b. ¿Cómo comenzó a sospechar que el tratamiento que realizó el especialista no estaba funcionando?
 - c. ¿Qué hizo tras sospechar que el tratamiento que le dieron a su hijo no le estaba ayudando?
 - d. ¿Lo discutió con su pareja? ¿qué le comentó?
 - e. ¿Se informó? ¿en dónde se informó? ¿Qué fuentes consultó? ¿Le ayudó esa búsqueda de información? ¿Cambió la idea que tenía de los especialistas después de haberse informado en las distintas fuentes que usted consultó?
 - f. ¿Lo contó a personas cercanas a usted? ¿Obtuvo algunas recomendaciones, sugerencias, comentarios? ¿Cuáles fueron?
 - g. ¿Experimentó alguna suerte de desilusión, impotencia, etc., al ver que el tratamiento no estaba funcionando en su hijo?
 - ¿Qué vio en su hijo que le hizo pensar en la necesidad de cambiar el tratamiento?
 - Y ¿Alguna vez con un tratamiento no llegó a ver mejoras en su hijo?

5a. EL ESPECIALISTA CORROBORA, MANTIENE DIAGNÓSTICO Y CAMBIA TRATAMIENTO

- Cuando usted tomó la decisión de regresar con el especialista para comunicarle que sospechaba que el tratamiento no estaba funcionando, dígame con detalle ¿Qué fue lo que usted le dijo?
- ¿Le mencionó que su hijo seguía teniendo conductas, actividades o emociones extrañas?
- ¿Cuáles fueron las razones, argumentos o razones que el psiquiatra le dio a usted para justificar o explicar que usted no veía mejoras en su hijo? ¿Cómo reaccionó el especialista? ¿Hubo enojo, sorpresa de parte del especialista? ¿Cómo se portó con usted? ¿Fue agresivo, amable? Cuénteme
- ¿Cuáles fueron las razones que el especialista le brindó para continuar con el mismo diagnóstico y cambiar el tratamiento?
- ¿Cómo justificó el especialista el cambio de tratamiento y explicó que el otro hubiese estado equivocado?
- ¿Le dio algunas indicaciones especiales para la administración del nuevo tratamiento? ¿en qué consistió? En relación con el tratamiento anterior, ¿qué diferencias hubo?

5b. EL ESPECIALISTA CORROBORA, CAMBIA DIAGNÓSTICO Y CAMBIA TRATAMIENTO

- Cuando usted tomó la decisión de regresar con el especialista para comunicarle que sospechaba que el tratamiento no estaba funcionando, dígame con detalle ¿Qué fue lo que usted le dijo?
- ¿Le mencionó que su hijo seguía teniendo conductas, actividades o emociones extrañas?
- ¿Cuáles fueron las razones, argumentos o razones que el psiquiatra le dio a usted para justificar o explicar que usted no veía mejoras en su hijo? ¿Cómo reaccionó el especialista? ¿Hubo enojo, sorpresa de parte del especialista? ¿Cómo se portó con usted? ¿Fue agresivo, amable? Cuénteme
- ¿Cuáles fueron las razones que el especialista le brindó para cambiar el diagnóstico y el tratamiento?
- ¿Cómo justificó el especialista el cambio de diagnóstico y el cambio de tratamiento y explicó que el otro hubiese estado equivocado?
- ¿Le dio algunas indicaciones especiales respecto al nuevo diagnóstico? ¿en qué consistió? Y en relación con el diagnóstico anterior, ¿qué diferencias hubo?
- ¿Le dio algunas indicaciones especiales para la administración del nuevo tratamiento? ¿en qué consistió? En relación con el tratamiento anterior, ¿qué diferencias hubo?

6.A DERIVADO DEL MANTENIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO Y CAMBIO DE TRATAMIENTO, LOS PADRES SOSPECHAN QUE ALGO NO VA BIEN CON EL TRATAMIENTO ELABORAN JUSTIFICACIÓN Y SE INFORMAN

- ¿Cómo sospechó que el nuevo tratamiento no estaba funcionando?
- h. ¿Alguna vez sospechó que el tratamiento que le dieron a su hijo no era el correcto? ¿Qué fue lo que lo hizo sospechar eso?
- i. ¿Qué hizo tras sospechar que el tratamiento que le dieron a su hijo no le estaba ayudando?
- j. ¿Lo discutió con su pareja? ¿qué le comentó?
- k. ¿Se informó? ¿en dónde se informó? ¿Qué fuentes consultó? ¿Le ayudó esa búsqueda de información? ¿Cambió la idea que tenía de los especialistas después de haberse informado en las distintas fuentes que usted consultó?
- l. ¿Lo contó a personas cercanas a usted? ¿Obtuvo algunas recomendaciones, sugerencias, comentarios? ¿Cuáles fueron?
- m. ¿Experimentó alguna suerte de desilusión, impotencia, etc., al ver que el tratamiento no estaba funcionando en su hijo?
- ¿Qué vio en su hijo que le hizo pensar en la necesidad de cambiar el tratamiento?

6B DERIVADO DEL CAMBIO DE DIAGNÓSTICO Y CAMBIO DE TRATAMIENTO, LOS PADRES SOSPECHAN QUE ALGO NO VA BIEN CON EL TRATAMIENTO ELABORAN JUSTIFICACIÓN Y SE INFORMAN

- ¿Cómo comenzó a sospechar que el nuevo diagnóstico y el nuevo tratamiento no estaban funcionando
- n. ¿Alguna vez sospechó que el diagnóstico que le dieron a su hijo no era el correcto? ¿Qué fue lo que lo hizo sospechar eso?
- o. ¿Cómo comenzó a sospechar que el nuevo tratamiento que le dio el especialista no estaba funcionando?
- p. ¿Qué hizo tras sospechar que tanto el nuevo diagnóstico como nuevo el tratamiento que le dieron a su hijo no le estaban ayudando?
- q. ¿Lo discutió con su pareja? ¿qué le comentó?
- r. ¿Se informó? ¿en dónde se informó? ¿Qué fuentes consultó? ¿Le ayudó esa búsqueda de información? ¿Cambió la idea que tenía de los especialistas después de haberse informado en las distintas fuentes que usted consultó?
- s. ¿Lo contó a personas cercanas a usted? ¿Obtuvo algunas recomendaciones, sugerencias, comentarios? ¿Cuáles fueron?
- t. ¿Experimentó alguna suerte de desilusión, impotencia, etc., al ver que el tratamiento no estaba funcionando en su hijo?
- u. ¿Qué vio en su hijo que le hizo pensar en la necesidad de cambiar nuevamente el diagnóstico?
- Y ¿Qué vio en su hijo que le hizo pensar en la necesidad de cambiar el tratamiento?

Anexo 2

CONVENCIONES DE TRANSCRIPCIÓN

Es posible eliminar o agregar símbolos en la medida en que esto parezca útil para el trabajo y conforme no dificulte mayormente la lectura de la transcripción.

Retomo un ejemplo de Potter (1998), para ilustrar el uso de estas convenciones:

- 1 C: Fue entonces cuando usted se fue? =
- 2 E: =Se fue en:tonces de eso hace-[casi], dos años.
- 3 C: [°Ajá°],
- 4 E: Se largó entonces. Así tal cual (.), se largó.
- 5 (0.8),
- 6 C: Muy bien. Entonces, (0.5), por lo que he o:ído (.), ustedes han llevado una
- 7 vi:da (0.5), rica y, (.), compleja, nece:sito saber
- 8 algo de su his[toria para poner-],
- 9 E: [Sí.mmm,=],
- 10 [Mmm.(.), Sí:h. (.), Muy bi:en],
- 11 H: [=Sí. (.), eso es (.), justo lo que], eh°em°
- (DE-JF/C2/S1:4),

- Subrayar (Se largó entonces), indica palabras o partes de palabras que son acentuadas por el hablante
- Los dos puntos (:)marcan la prolongación del sonido inmediatamente anterior (en:tonces), y cuantos más haya más larga es la prolongación (Ah:::).
- El interrogante final de la línea 1 marca una entonación interrogativa (no existe una correspondencia necesaria con expresiones que los participantes tratan como preguntas).
- Un punto final (por ejemplo, en la línea 2), marca una entonación completa que termina en forma descendente (no necesariamente un punto gramatical),
- Un guion (por ejemplo, gra-gra:cias), marca una interrupción brusca y perceptible de una palabra o sonido.
- Los corchetes que abarcan las líneas 2 y 3, 8 y 9 y 10 y 11, marcan el inicio y el final de una superposición en el habla.
- Cuando se produce un cambio de turno inmediato al final de la emisión del hablante actual, se marca mediante el símbolo = (líneas 1 y 2, 9 y 11),

- Los números entre paréntesis (0,5), reflejan la duración de las pausas en décimas de segundo; un simple punto entre paréntesis indica una pausa audible pero demasiado breve para medir.
- Las expresiones más silenciosas que el habla circundante se encierran entre símbolos de graduación (línea 3),
- Las expresiones más sonoras que el habla circundante se escriben en mayúsculas (DÓNDE),
- Cuando al transcribir se tienen dudas sobre una palabra o expresión ésta se pone entre paréntesis; si no se puede resolver la duda se ponen paréntesis vacíos.
- Los comentarios clarificadores se ponen entre dobles paréntesis: ((risas)), ((se levanta)),
- (.hhh), indica exhalación
- (hhh), indica inhalación
- El código que se coloca al final de una transcripción proporciona diversa información. Por ejemplo, el fragmento presentado procede de una transcripción realizada por Derek Edwards y Jon Fong (DE-JF). El habla pertenece al segundo caso de la muestra (C2), durante su primera sesión (S1), y aparece en la cuarta página de la transcripción.

Potter, J. (1998). La representación de la realidad. Discurso, retórica y construcción social. España: Paidós.

Anexo 3

GUIAS DE APOYO PARA EL ANÁLISIS DE PALABRA HABLADA O ESCRITA DESDE LA PSICOLOGÍA DISCURSIVA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA



INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA DISCURSIVA

Guía de apoyo para el análisis de palabra hablada o escrita. Orientación epistemológica	
Pregunta de Investigación (Anota tu pregunta de investigación, recuerda que debe ser lo más específica posible):	
<p>Instrucciones: Esta guía te será útil para identificar los aspectos relacionados con la orientación epistemológica de la palabra hablada. También te será útil si el material es un documento escrito o que tiene palabra escrita. En este caso te será útil también la guía de apoyo para análisis de aspectos gráficos de la palabra escrita. La primera columna te indica el tipo de aspectos que debes identificar en tu material y la segunda columna incluye algunas preguntas útiles para cada aspecto. Por favor no borres las preguntas, pero elige aquellas que sean importantes para que, junto con el resto de las guías, te ayuden a realizar detalladamente el análisis y contestar la pregunta de investigación en el reporte final. Algunas preguntas te serán útiles si se trata de un material prediseñado, otras para materiales que tu grabaste o que fueron grabados de manera <i>espontánea</i> por otros. Si crees que puedes enriquecer la guía añadiendo preguntas no dudes en hacerlo. Recuerda que esta guía se complementa con la Guía de apoyo para el análisis de palabra hablada, Orientación hacia la acción. Sugerencia: dependiendo de la extensión del material y de los fragmentos que elijas para responder tu pregunta de investigación, te podría ser útil analizarlo dividiéndolo por secciones (microactos o por hablante si es que hay más de uno) de ser así, tendrías que llenar una guía por sección y después integrarlas.</p>	
ORIENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA DEL RELATO FACTUAL	
Aspecto/categoría analítica	Análisis
Tematizar.	<i>¿De qué se trata este asunto</i>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ El investigador debe ubicar el tema en las “preocupaciones” de los hablantes ➤ Si el tema sólo es preocupación del investigador debe justificar/ evidenciar cómo es que su tema forma parte del análisis. 	
<p>Busque las preocupaciones de los participantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ categorías ➤ Atribuciones <p>¿Qué atribuciones le da a lo que factualiza?</p>	<p><i>¿Cuáles son las cosas con las que trata, qué palabras/categorías/conceptos usa cada hablante para referirse a ellas? ¿Cómo las caracteriza o las describe? ¿Qué atributos les confiere?</i></p> <p><i>¿Cómo utiliza los <u>conceptos psicológicos</u>?</i></p> <p><i>¿Cómo orienta las <u>preocupaciones psicológicas</u>?</i></p> <p><i>¿Qué relaciones establece entre los objetos/procesos que configura?</i></p>
<p>Retórica</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ofensiva ➤ Defensiva 	<p><i>¿Cuál es la retórica ofensiva y defensiva?</i></p> <p><i>¿Qué versiones/descripciones se realizan para potenciar la retórica ofensiva y socavar la defensiva? ¿Qué descripciones/versiones alternativas están en juego con/entre sus palabras?</i></p> <p><i>Nota: siempre se dan los dos tipos de retórica y a veces el investigador puede distinguir más de una versión por cada tipo.</i></p>
<p>Posicionamiento del hablante</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Próximo ➤ Distante 	<p><i>¿Cuál es la relación entre la identidad del hablante/escritor y la factualidad de la versión que produce? ¿Asume la responsabilidad de lo que dice? ¿Cómo el hablante asiste reflexivamente a sus propias cuestiones sujeto-objeto/sujeto-mundo/sujeto-sujeto?</i></p>
Recursos centrados en la identidad del hablante (construcciones del agente)	
<p>Intereses y conveniencias</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vacuna contra conveniencias ➤ Confesión de conveniencias ➤ Sutileza 	<p><i>¿Cómo “x” dijo algo? ¿”x” dijo algo de alguna forma que sirva a sus posibles motivos? ¿Cómo el hablante socava descripciones invocando intereses y cómo diseña descripciones que contribuyen a esta socavación? ¿Posee algún interés que desacredite su informe? ¿Confiesa su</i></p>

	<i>interés? ¿Qué está negando, refutando, previniendo, etc., al hablar de esta manera?</i>
Acreditación de categorías <ul style="list-style-type: none"> ➤ Experto ➤ Testigo ➤ Testimonio 	<i>¿Existen personas acreditadas como expertos, testigos o testimonios? ¿Quién es el hablante cuando dice eso? ¿Cómo justifica lo que sabe? ¿Cómo aborda la posibilidad de que no se le crea o de que es parcial o de que está implicado emocionalmente? ¿Posee la persona alguna acreditación que aumente su credibilidad?</i>
Construcción de Exterioridades: Recursos orientados a destacar independencia entre hablante y descripción (prácticas que separan las descripciones del actor)	
Discurso empirista	<i>¿Cuál es la relación que se construye entre los objetos/procesos/personas de los cuales se habla? ¿Se utiliza impersonalidad gramatical, supremacía de los datos o reglas procedimentales universales? ¿Cómo son utilizadas para separar las descripciones del hablante?</i>
Consenso y corroboración <ul style="list-style-type: none"> ➤ Expresión Activa 	<i>¿es utilizado el consenso o corroboración para dar fuerza a la descripción factualizante? ¿cómo lo utiliza? ¿Se utiliza la expresión activa (palabra citada de otro hablante)? y de ser así ¿cómo es que se vuelve un recurso para la descripción que realiza el hablante?</i>
Detalle y narración <ul style="list-style-type: none"> ➤ Detalle y enfoque (cero, externo e interno) ➤ Socavar detalle a favor de la vaguedad ➤ Justificación narrativa 	<i>¿Cómo se está usando la secuencia narrativa? ¿Se está utilizando para aumentar la credibilidad de la descripción? ¿La descripción desde qué enfoque (punto de vista que presenta una narración) está siendo narrada? ¿En los detalles existen contradicciones y confusiones que se presten a reelaborar un tipo de narración diferente? ¿Cuáles? ¿Las narraciones factuales tienen coherencia y correspondencia a lo largo de la descripción del hablante?</i>

1



2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

3

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

4

CARRERA DE PSICOLOGÍA

5

6

INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA DISCURSIVA



7

Guía de apoyo para el análisis de palabra hablada o escrita. Orientación hacia la acción

Pregunta de Investigación (Anota tu pregunta de investigación, recuerda que debe ser lo más específica posible):

Instrucciones: Esta guía te será útil para identificar los aspectos relacionados con la orientación epistemológica de la palabra hablada. También te será útil si el material es un documento escrito o que tiene palabra escrita. En este caso te será útil también la guía de apoyo para análisis de aspectos gráficos de la palabra escrita. La primera columna te indica el tipo de aspectos que debes identificar en tu material y la segunda columna incluye algunas preguntas útiles para cada aspecto. Por favor no borres las preguntas, pero elige aquellas que sean importantes para que, junto con el resto de las guías, te ayuden a realizar detalladamente el análisis y contestar la pregunta de investigación en el reporte final.

Algunas preguntas te serán útiles si se trata de un material prediseñado, otras para materiales que tu grabaste o que fueron grabados de manera *espontánea* por otros. Si crees que puedes enriquecer la guía añadiendo preguntas no dudes en hacerlo.

Recuerda que esta guía se complementa con la Guía de apoyo para el análisis de palabra hablada, Orientación epistemológica.

Sugerencia: dependiendo de la extensión del material y de los fragmentos que elijas para responder tu pregunta de investigación, te podría ser útil analizarlo dividiéndolo por secciones (microactos o por hablante si es que hay más de uno) de ser así, tendrías que llenar una guía por sección y después integrarlas.

ORIENTACIÓN HACIA LA ACCIÓN

Aspecto/categoría analítica	Análisis
Qué acción(es) se está(n) realizando (informar, vender, convencer...)	¿Qué acción o acciones (microactos) se están realizando al decir las cosas de ese modo? ¿Cuál es la acción resultante (acto mayor)? ¿se indica realizar alguna acción? ¿Cuál? ¿Para qué?

	<i>Si observamos la situación ¿cuál es la intención de decir las cosas de este modo?</i>
Categorización <ul style="list-style-type: none"> ➤ Metáforas ➤ Control de Agencia (Nominalizaciones, verbos promotores de intenciones) ➤ Manipulación Ontológica 	<p><i>¿Qué objetos y relaciones se están construyendo? ¿Qué descripciones alternativas están en juego con/entre sus palabras?</i></p> <p><i>¿se construye algún tipo de responsabilidad a alguien o a algo? ¿se construye algún tipo de relación causa-efecto?</i></p> <p><i>¿Qué acción se promueve con la forma en la que se le llama al suceso u objeto? ¿Quién convoca a quién a la acción?</i></p> <p><i>¿Se utilizan términos que proceden de otro campo de conocimiento? ¿Cómo son utilizadas las metáforas? ¿Cómo es utilizado el control de agencia en la promoción de determinados tipos de explicaciones? ¿Existen nominalizaciones, verbos promotores de intenciones? ¿A qué fenómenos o procesos da importancia la descripción realizada y cuales ignora/rechaza?</i></p>
Maximización y minimización <ul style="list-style-type: none"> ➤ Términos modales ➤ Repetición palabra ➤ Contraste estadístico ➤ Exhibición visual 	<p><i>¿Cómo se construyen descripciones que maximizan o minimizan el suceso u objeto?</i></p> <p><i>¿Qué papel juega esto para promover/desacreditar una acción? ¿Cómo se describe para que parezca espantoso, malo o condenable? O en su lado opuesto ¿Cómo se le puede restar importancia o hacer que parezca aceptable?</i></p>
Normalización y anormalización <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estructura de contraste ➤ Listado de tres elementos ➤ Formulación de guiones y rupturas 	<p><i>¿La descripción realizada presenta el suceso u objeto como normal y natural? O ¿Cómo anormal, sospechoso o problemático? ¿Se utilizan estructuras de contraste para describir la normalidad (regularidad) o anormalidad? ¿Se enlistan tres elementos para construir sucesos o acciones como comunes/no comunes? ¿Cómo se constituye el carácter metódico o común de la acción? O ¿Cómo se construye la descripción de una acción para presentarla como una desviación?</i></p>

	<p><i>Observar habla anterior y posterior ¿de qué se trata? ¿En qué se hace hincapié? ¿Cuáles son las acciones relevantes en/entre turnos de los hablantes? ¿Cuál es la versión que se da del suceso? Guion preferido.</i></p>
<p>Características de la toma de turnos de habla y de modos en la expresión (es útil observar el uso de Códigos Jeffersonianos)</p>	<p><i>Sobre los turnos de habla: ¿Hay construcción de pares adyacentes? ¿hay traslapes? ¿asignación o autoasignación? ¿hay “robo” de turno? ¿qué modos de la expresión hablada son relevantes para el análisis? ¿se repite algo?</i></p>



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

ACTA DE EXAMEN DE GRADO

No. 00001
Matricula: 2173800767

Los padres frente a la eficacia del tratamiento psicofarmacológico de sus hijos. Un acercamiento desde el análisis del discurso.

En la Ciudad de México, se presentaron a las 10:00 horas del día 25 del mes de noviembre del año 2019 en la Unidad Iztapalapa de la Universidad Autónoma Metropolitana, los suscritos miembros del jurado:

DR. JOSE JUAN SOTO RAMIREZ
MTRA. LIDIA BELTRAN RUIZ
DRA. SILVIA GUTIERREZ VIDRIO

Bajo la Presidencia del primero y con carácter de Secretaria la última, se reunieron para proceder al Examen de Grado cuya denominación aparece al margen, para la obtención del grado de:

MAESTRA EN PSICOLOGIA SOCIAL
DE: ITZEL ARACELI CAPISTRAN CABALLERO

y de acuerdo con el artículo 78 fracción III del Reglamento de Estudios Superiores de la Universidad Autónoma Metropolitana, los miembros del jurado resolvieron:

APROBAR

Acto continuo, el presidente del jurado comunicó a la interesada el resultado de la evaluación y, en caso aprobatorio, le fue tomada la protesta.



ITZEL ARACELI CAPISTRAN CABALLERO
ALUMNA

REVISO



MTRA. ROSALVA SERRANO DE LA PAZ
DIRECTORA DE SISTEMAS ESCOLARES

DIRECTOR DE LA DIVISION DE CSH



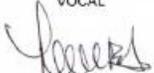
DR. JUAN MANUEL HERRERA CABALLERO

PRESIDENTE



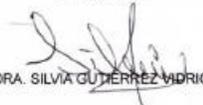
DR. JOSE JUAN SOTO RAMIREZ

VOCAL



MTRA. LIDIA BELTRAN RUIZ

SECRETARIA



DRA. SILVIA GUTIERREZ VIDRIO