



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
ESCUELA DE POSTGRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
FACULTAD DE MEDICINA**

**ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE UN NIÑO Y SU  
MADRE, ASOCIADO AL USO DE FÁRMACO PARA TRASTORNO POR  
DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD**

**AFE para optar al grado de Magister en Psicología, mención Psicología Clínica  
Infanto-Juvenil**

**Tatiana Pizarro Rojas**

**Profesor Guía: Pablo Reyes Pérez**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'P. Reyes', is located below the name of the guide professor.

**Santiago de Chile, enero de 2022**

### **Agradecimientos**

A mis padres, por el cariño, inspirarme a aprender y descubrir el mundo.

A Felipe por acompañarme en cada paso de este proceso.

A Pablo, mi profesor guía por su calidad humana y su incansable apoyo y guía.

A Nelson por ser el primer maestro que me inspiró en la psicología y el psicoanálisis.

A las mejores compañeras y compañero que pude haber tenido en la línea de psicoanálisis

## Resumen

La presente investigación exploró las experiencias subjetivas de un niño y su madre respecto al uso de fármaco y sus efectos para el diagnóstico de TDAH. En este sentido, este estudio describe la vivencia del niño asociada al uso del fármaco, analiza la relación y los efectos que le atribuye tanto el niño como la madre al medicamento, para finalmente dar cuenta cómo se articula la relación entre el niño, la madre y el fármaco para el TDAH.

En la investigación se optó por un diseño metodológico descriptivo-interpretativo de carácter cualitativo, inspirado en los principios de la Teoría Fundada y el modelo de las controversias de Bruno Latour. A través de una muestra de tipo intencionada se entrevistó a un niño de 9 años y su madre, entre los requisitos para la participación estaba que el niño(a) tuviese entre 8 y 12 años, haya sido diagnosticado de TDAH por psiquiatra o neurólogo(a) y se le haya prescrito un fármaco para el TDAH desde al menos 6 meses.

A partir de los resultados, el presente estudio exploró las experiencias subjetivas de la diada madre-hijo respecto de los fármacos y el diagnóstico de TDAH, da cuenta de la experiencia del niño y su madre sobre el diagnóstico, por otro lado analizar la relación y los efectos que le atribuye la diada madre-hijo al medicamento para el TDAH, para finalmente dar cuenta cómo se articula la relación entre el niño, la madre y el fármaco.

Palabras claves: Fármacos, TDAH, niñez, experiencia subjetiva.

## Índice

<b>1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Marco teórico .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1</b>	<b>Aproximaciones biológicas-naturalistas del TDAH y su tratamiento.....</b>	<b>9</b>
<b>2.2</b>	<b>Perspectivas Psicosociales del TDAH: Infancia y medicalización .....</b>	<b>16</b>
<b>2.3</b>	<b>Aportes del Psicoanálisis a la Reflexión sobre el TDAH y la Medicación .....</b>	<b>22</b>
<b>2.4</b>	<b>Aportes de las ciencias sociales críticas a la reflexión sobre la medicación ....</b>	<b>26</b>
<b>2.5</b>	<b>Planteamiento del Problema .....</b>	<b>30</b>
<b>3</b>	<b>Marco Metodológico .....</b>	<b>33</b>
<b>3.1</b>	<b>Diseño .....</b>	<b>33</b>
<b>3.2</b>	<b>Participantes.....</b>	<b>35</b>
<b>3.3</b>	<b>Recolección de los datos .....</b>	<b>35</b>
<b>3.4</b>	<b>Análisis de los datos .....</b>	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>Resultados .....</b>	<b>37</b>
<b>5</b>	<b>Discusión .....</b>	<b>49</b>
<b>6</b>	<b>Conclusiones .....</b>	<b>55</b>
<b>7</b>	<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>58</b>
<b>8</b>	<b>Anexos .....</b>	<b>70</b>

## 1 Introducción

El trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH), es clasificado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2013), como un trastorno del desarrollo neurológico que se caracteriza por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad. Este patrón interfiere con el funcionamiento de los sujetos y puede presentarse de las siguientes formas: Presentación combinada, con síntomas de inatención e hiperactividad/impulsividad, presentación predominante con falta de atención y presentación predominante hiperactividad/impulsividad (DSM-5, 2013).

El DSM-5 determina los criterios diagnósticos del cuadro, estableciendo que el niño(a) debe presentar al menos seis de los nueve síntomas descritos de inatención en niños(as) o cinco de ellos en adolescentes y adultos. En los casos de hiperactividad e impulsividad, deben presentarse seis de los nueve síntomas descritos en niños(as) o cinco en adolescentes y adultos, antes de los 12 años (DSM-5, 2013), esta sintomatología debe estar presente en al menos dos contextos durante seis meses.

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima revisión (CIE-10), denomina al cuadro como Trastorno hiperkinético y para su diagnóstico deben estar presentes seis de los nueve síntomas de inatención, tres de los cinco de hiperactividad y uno de los cuatro síntomas de impulsividad. En este caso, los síntomas deben presentarse antes de los 7 años, por lo menos durante seis meses en más de un contexto en el que se desenvuelva el niño(a) o adolescente y existir un malestar significativo en el área social, académica y/o familiar (MINSAL, 2008).

El TDAH ha sido asociado frecuentemente a dificultades en el aprendizaje escolar y a problemas de adaptación en niños(as) y adolescentes, así también al consumo de sustancias psicotrópicas, consumo abusivo de alcohol y conductas de riesgo en adultos (DSM-5, 2013). Además, se constituye como uno de los trastornos neuropsiquiátricos más diagnosticados, siendo su prevalencia entre 2% y 7% a nivel mundial (DSM-5, 2013) y 10% a nivel nacional (De la Barra, Vicente, Saldivia & Melipillán, 2013).

El metilfenidato, es el fármaco recetado por psiquiatras y neurólogos para su tratamiento, un psicoestimulante del sistema nervioso central derivado de la amfetamina. Su importación en nuestro país, ha crecido de manera explosiva en los últimos años. Según lo informado por el Instituto de Salud Pública, en el año 2005 se importaron 98.150 kilos de metilfenidato, mientras que para el año 2016 la importación llegó a los 441.877 kilos, es decir, tuvo un crecimiento de 350% en poco más de una década (ISP, 2009).

Como un antecedente de lo anterior, es que en los últimos años ha sido creciente el traslado de problemas inherentes a la vida hacia el campo médico, el TDAH no ha sido la excepción, atribuyendo su origen a determinantes biológicas, sin que haya estudios concluyentes que lo comprueben. En tal sentido, cuando los problemas están fuera del área de la medicina son definidos en términos de trastornos y abordados como problemas médicos, es así como hemos entrado en una de medicalización de la vida (Affonso & Azevedo, 2013). Este fenómeno ha aumentado exponencialmente en la infancia, lo que ha conllevado al aumento de indicaciones de psicofármacos en los/as niños/as.

Así pues, los niños y niñas que fracasan en sus posibilidades de adquisición de aprendizajes en la escuela son concebidos como enfermos, instalando un proceso de patologización y medicalización de la infancia, a fin de “normalizar” la conducta que perturba en el aula (Untoiglich, 2014).

La facilidad con que se patologiza a los niños/as que no rinden en la escuela, ha llevado a pasar por alto la posibilidad de profundizar en los procesos de “medicalización”, los usos sociales del diagnóstico y los medicamentos prescritos, así como las consecuencias de estos en las dinámicas familiares o las experiencias y las trayectorias sociales de niños y niñas (Reyes et al., 2019)

Untoiglich (2014), señala que se tiende a centrar en el niño las dificultades que podrían estar existiendo en el proceso enseñanza-aprendizaje. Es así entonces que aparecen los supuestos trastornos de aprendizaje y/o conducta, atribuyendo la falla en el niño/a, en la posibilidad de adquirir los aprendizajes, ubicando, en consecuencia, el foco en el sujeto que debería aprender y no aprende, que debería comportarse y por el contrario incomoda.

En esta misma línea, para Tendlarz (2006), actualmente ya no se concibe, como antaño, la impulsividad, desatención e hiperactividad como un síntoma escolar, siendo incluso denominado como fracaso escolar dentro del contexto del aprendizaje, hoy mas bien recae sobre el cuerpo del niño(a), dejando de ser competencia de la escuela, salvo para que los profesores colaboren administrando la medicación al niño(a).

Casanova (2000) por su parte, señala que el paso al acto de un niño(a) con diagnóstico de TDAH revela que hay algo en el orden de lo no dicho, tal comprensión es fundamental para cualquier análisis posterior; así pues, predisponerse a la escucha del niño/a es fundamental, para ir más allá del diagnóstico y/o la simple administración de fármacos que interrumpen los procesos de subjetivación, concibiendo el fenómeno tan solo como una categoría diagnóstica, prescindiendo de los efectos que puede provocar este en la constitución del psiquismo del sujeto (Untoiglich, 2014).

Desde esta perspectiva, Reyes, et al., (2019), señalan que los contextos sociales y culturales que modulan las maneras en que el TDAH se expresa, son relegados a un segundo plano y en consecuencia también las formas en que es comprendido, vivido y tratado. De este modo, se olvida la importancia de la manera en que se concibe el diagnóstico de TDAH por niños/as, padres y profesionales, así como también que el valor y funcionamiento de los medicamentos está atravesada por un conjunto de valores e ideales propios a sus contextos normativos locales.

De este modo, los niños(as), son vistos como receptores pasivos de los diagnósticos, la medicación y categorías del mundo adulto, desechando la posibilidad de que sean sujetos activos que usan y se apropian de dichas categorías, subvirtiéndolas y asignándoles sus propios sentidos y usos (Reyes, et al., 2019).

A partir de lo anterior, el interés de la presente investigación es indagar las vivencias respecto del uso de fármacos en un niño diagnosticado con TDAH y su madre. En este sentido, este estudio describe la experiencia del niño asociada al uso del fármaco, analiza la relación y los efectos que le atribuye la diada hijo-madre al medicamento, para luego dar cuenta cómo se articula la relación entre el niño, la madre y el fármaco.

En consecuencia, la contribución de esta investigación se enmarca en adentrarse en la experiencia subjetiva de la diada madre-hijo con el diagnóstico y la medicación para el TDAH. Para ello se enfatiza en el análisis de los discursos biomédicos, sociales y psicoanalíticos para dar cuenta cómo esta diada madre-hijo experimentan o viven el TDAH.

## 2 Marco teórico

### 2.1 Aproximaciones biológicas-naturalistas del TDAH y su tratamiento.

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (en adelante TDAH) es considerado el trastorno del neurodesarrollo más diagnosticado en niños y niñas en el mundo, un cuadro complejo, de manifestación precoz y evolución crónica que repercute en varios contextos, y que tiene como base tres síntomas cardinales: inatención, hiperactividad e impulsividad (Bianchi, 2015; Casanova, 2000; Sandoval, Acosta, Crovetto, & León, 2009).

En 1902, George Still, pediatra británico, describe por vez primera un grupo de niños(as) que presentaban comportamientos de tipo impulsivo, hiperactivo, con diversos grados de agresión, conducta desafiante y falta de atención. Debido a que los niños(as) tenían un funcionamiento cognitivo normal, Still (1902) atribuyó estas conductas a un “defecto en el control moral”. Desde entonces, son innumerables los intentos por conceptualizar y validar un síndrome que pueda agrupar este conjunto de síntomas (Peña & Montiel-Nava, 2003). Con los años los científicos, médicos, psiquiatras, psicólogos, entre otros especialistas de la salud, han ido modificando los criterios y/o etiquetas diagnósticas empleadas para obtener una explicación convincente acerca del origen y sintomatología de este trastorno, lo cual ha generado que entre 1902 y 2003, año de publicación del DSM-5, se hayan acuñado términos como defectos en el control moral, síndrome de inquietud, trastorno de conducta postencefálico, disfunción cerebral mínima, reacción hiperkinética de la niñez, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, entre otros (Kos & Richdale, 2006; DSM-5, 2003).

Dado lo anterior, a lo largo de los años se han ido introduciendo algunos cambios en la descripción de los criterios diagnósticos del TDAH; dando mayor relevancia en un primer momento a la dimensión de la hiperactividad, para luego considerarla como un factor que acompañaba al déficit sustancial en la capacidad para prestar atención (Peña & Montiel-Nava, 2003).

Actualmente, el DSM-5 considera el TDAH como un trastorno del neurodesarrollo, sin embargo, ello no significa necesariamente que de hecho haya alguna alteración neurológica determinada en una región cerebral, pues hasta ahora el manual no indica que

hayan sido encontrados marcadores biológicos para el TDAH, tema controversial en los estudios sobre la etiología del trastorno (Martinhago, et al., 2019). Sin perjuicio de lo anterior, hay consenso en que el TDAH posee dos dimensiones subyacentes: falta de atención e hiperactividad/impulsividad.

En tal sentido, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5, 2013), establece que, para realizar el diagnóstico clínico del TDAH, se deben cumplir seis o más criterios de inatención y seis o más criterios de hiperactividad-impulsividad, los cuales se basan esencialmente en la observación de la conducta de los niños(as) en dos o más ambientes, que usualmente son la casa y la escuela. Entre los criterios establecidos se encuentran pautas de comportamiento como: dificultad para presentar atención a detalles o cometer errores por descuido en tareas escolares u otras actividades; frecuentemente parece no escuchar cuando se le habla directamente; no sigue instrucciones o termina tareasescolares u otros quehaceres; muestra dificultad para organizarse; evita comenzar tareas querequieren un esfuerzo mental sostenido; pierde cosas para realizar las tareas; se distrae con facilidad por estímulos externos y tiende a olvidar actividades que son cotidianas.

Por otro lado, la tasa de prevalencia del TDAH ha sido un tema controvertido, aunque en el DSM-5 se establece un intervalo entre el 2,5% y el 5%, que al parecer es un valor que genera consenso dentro de la mayor parte de la comunidad científica, entre otras fuentes de información la variabilidad es muy elevada. Según distintos autores el TDAH tiene un intervalo entre el 2% al 30% de prevalencia en la población general (Cardo & Servera-Barceló, 2005; Rodríguez et al., 2009; Urzúa M., Domic S., Cerda C., Ramos B., & Quiroz E., 2009; Vélez-van-Meerbeke, Talero, González, & Ibáñez, 2008).

En Chile el último estudio realizado por De La Barra et al., (2012), informó una prevalencia de trastornos disruptivos para una muestra representativa de niños, niñas y adolescentes de entre 4 y 18 años, de un 14,6%, dentro de este porcentaje el TDAH fue el trastorno más prevalente con un 10,3%, no existiendo diferencias significativas según el género, pero si en relación a las edades ya que la prevalencia es mayor en niños de entre 4 y 11 años, respecto de los adolescentes de entre 12 y 18 años (De La Barra et al., 2012).

En cuanto al diagnóstico y tratamiento del TDAH existe un debate plagado de discusiones en distintos países, donde la controversia va desde el cuestionamiento por la medicación de la infancia, pasando por las consecuencias del diagnóstico en los niños y niñas, hasta llegar al cuestionamiento del estatuto mismo del TDAH, referida esta última a la existencia o no del cuadro psicopatológico. En este punto, como ya hemos visto, algunos autores afirman que el TDAH es una condición neurológica de origen genético, mientras que al otro extremo están quienes sostienen que no existe como entidad patológica específica (Bianchi, 2012; Timimi & Taylor, 2004).

En tal sentido, son varias las conceptualizaciones y comprensiones que se han hecho en torno al TDAH, entre las variables más citadas que podrían incidir en la presencia del trastorno y en su diagnóstico se pueden encontrar factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales pueden actuar individualmente o en conjunto (Lewin, 1994; Almonte et al., 2003).

Desde una perspectiva biológica, numerosos estudios aspiran a explicar los fundamentos del diagnóstico, así como también los indicadores de riesgo (Faraone et al., 2001, Puddu et al., 2017, Martinhago et al., 2019). Posicionándose desde una mirada médica, Pascual-Castroviejo (2008), lo define como un cuadro principalmente orgánico en el que, por problemas bioquímicos en proyecciones de conexión entre los lóbulos frontales y los núcleos basales, se afectan tanto el transporte como la recaptación de la dopamina y en menor grado, de la serotonina y de la norepinefrina.

Es decir, en el caso de niños(as) con diagnóstico de TDAH, presentarían dificultades en las funciones atribuidas a la corteza prefrontal como por ejemplo: la capacidad de planificación, memoria de trabajo, el control de la atención, la inhibición de respuestas inadecuadas, la toma de decisiones, entre otras funciones cognitivas que regula esta área. Así también, podrían verse afectadas las funciones referidas a los circuitos frontoestriados, que conectan las zonas corticales que entregan la información sensitiva necesaria para tomar decisiones; entre los circuitos involucrados están el circuito esquelomotor, oculomotor, lateral orbitofrontal, cíngulo anterior y el dorsolateral prefrontal. Este último, es el circuito más involucrado en el diagnóstico del TDAH, se le atribuyen funciones como: capacidad para la autonomía y perseverar sin guía externa, conducta dirigida a un objetivo remoto o

abstracto, autorregulación, habilidad para resolución de conflictos nuevos o complejos, iniciativa, planificación e *insight* para tomar decisiones estratégicas y habilidad para focalizar la atención y percepción del tiempo (Artigas-Pallarés.J, 2003; Kolling, 2009).

Por otro lado, de acuerdo a Martinhago (et al., 2019), un gran número de investigaciones se han centrado en describir aspectos genéticos relacionados al TDAH, concordando en ciertas características comunes, por ejemplo, la mayoría de los trabajos afirman que el TDAH tiene un “componente genético substancial”. De esta manera, algunos autores sostienen que el TDAH es un trastorno genéticamente complejo, teniendo al menos el 75% de los casos una etiología de orden genética (Meulen et al., 2005; Smoot et al., 2007).

Las estrategias utilizadas en la mayoría de estas investigaciones, tienen como punto de partida reconocer algún tipo de correlación entre el diagnóstico de TDAH y la presencia de variantes genéticas particulares, buscando encontrar alelos de algún gen asociado a la presencia del trastorno. En tal sentido, la portación de uno de esos alelos conllevaría, a quienes lo portan, un mayor riesgo de ser diagnosticados con TDAH respecto de aquellos que no lo portan. (Martinhago et al., 2019).

Es por ello que algunos estudios se enfocan en la asociación del “genoma completo”, este método intenta examinar “un gran número de marcadores de ADN a lo largo de la totalidad del genoma para determinar si regiones cromosómicas específicas que son compartidas, por casualidad, más a menudo de lo esperado entre los miembros de la familia” (Kollins, 2009, p.20). Luego de identificar estas regiones, se analiza con mayor precisión los genes que pueden estar contribuyendo al riesgo de padecer TDAH, estos estudios implican tomar como participantes a familias grandes donde varios miembros comparten el trastorno.

Un segundo método utilizado para estudiar los componentes genéticos del TDAH, es el llamado “estudio de gen candidato”, lo que persigue es identificar los genes específicos que podrían estar implicados en el trastorno, identificando además si las variaciones de estos genes se podrían asociar con los criterios diagnósticos y distintos aspectos del trastorno. Este tipo de estudio ha tenido gran éxito para identificar genes específicos, que determinan mayores condiciones de riesgo de TDAH. (Kollins, 2009; Puddu, et al., 2017).

En este punto, conocido es el papel de la dopamina en la fisiopatología del TDAH, son varias las investigaciones que se han centrado en el estudio de la variación de los genes asociados con la función de la dopamina, la evidencia con mayor fuerza de un gen en particular que participa en el desarrollo o riesgo de tener TDAH se asocia al gen receptor de la dopamina D4 (DRD4). En particular, un polimorfismo específico de este gen ocasiona una probabilidad de padecer la enfermedad o presentar un incremento de riesgo entre un 13% y un 90% en individuos portadores de esta particular variación genética. En esta misma línea, otros de estudios han investigado variantes del receptor de la dopamina D5 (DRD5) en pacientes con TDAH, encontrado una fuerte asociación en la implicancia de este gen, señalando que existe un 34% de incremento de riesgo de tener TDAH en individuos con esta variación (Kollins, 2009).

No obstante, la perspectiva biológica argumenta el origen del TDAH desde una difusión de los neurotransmisores y desde la presencia de aspectos genéticos, es preciso señalar que en el DSM-5 (2013), no se menciona ningún estudio conclusivo. Según Moffitt et al. (2015), actualmente no hay indicadores biológicos, electrofisiológicos, ni por neuroimagen, certeros, que tengan utilidad clínica para fines de diagnóstico de TDAH.

Fernández-Jaén (et al., 2017), sostienen una posición intermedia, teniendo presente la naturaleza dimensional de los trastornos del neurodesarrollo, plantean que en su etiología no sólo participan variables genéticas, sino que también se pueden encontrar componentes de causa biológica, ambientales o psicosociales, como consecuencia de ello no sería extraño que no se pueda encontrar un indicador biológico que de certeza de la etiología genética del trastorno.

Desde la perspectiva biologicista, pero enfocada en el tratamiento del TDAH, el metilfenidato es el fármaco de primera línea más utilizado durante los últimos 50 años en niños(as) y adolescentes (Laver-Bradbury, 2013; Storebø et al., 2015). Algunas investigaciones han informado que este fármaco tiene un efecto beneficioso para abordar los principales síntomas: hiperactividad, impulsividad e inatención. Así también mejoraría el rendimiento académico, la concentración, la memoria y el comportamiento social. Las dosis para el tratamiento van de 5mg a 60mg, lo anterior dado que los efectos pueden variar de

manera significativa entre los niños(as), respondiendo algunos a dosis relativamente bajas, mientras que otros necesitan dosis mayores para lograr el mismo efecto (Stevenson 1989 citado en Storebø et al., 2015). Algunos estudios indican que el metilfenidato es eficaz para tratar tanto los síntomas centrales del TDAH, como también conductas de agresión, mostrando resultados eficaces para el control de la impulsividad en los niños(as) (Storebø et al., 2015; O'TOOLE et al., 1997),

El mecanismo de acción de los fármacos estimulantes no se conoce del todo, sin embargo, se presume que los efectos del metilfenidato producen un incremento de noradrenalina y dopamina en el espacio sináptico. El metilfenidato actúa impidiendo la recaptación, especialmente de dopamina-norepinefrina en la neurona presináptica y así produce el incremento de monoaminas, modulando los niveles de dopamina y, en menor medida, los niveles de norepinefrina. Los ganglios basales, principalmente el estriado, los lóbulos frontales y el cerebelo serían algunas de las zonas del encéfalo donde actúa (Volkow et al., 2005; Czerniak et al., 2013; Papaseit et al., 2013). Por otro lado, la biodisponibilidad del metilfenidato oral es del 11% al 52%, el fármaco de liberación instantánea tiene una duración de acción que va de las 2 a 4 horas y permite la posibilidad de ser administrado varias veces al día, o para reforzar el efecto del metilfenidato de liberación prolongada, entre las desventajas que se han encontrado en el uso de esta fórmula, está que al administrar varias pastillas diariamente para conseguir el efecto deseado, podría existir un riesgo en el abuso potencial del fármaco.

Además, el metilfenidato de liberación inmediata se ha relacionado con una mayor sensibilidad al medicamento disminuyendo tras una única exposición, lo cual podría implicar una menor eficacia. Respecto a las formulaciones de liberación prolongada se encuentran las que tienen un efecto de 3 a 8 horas y de 8 a 12 horas. Estas se van liberando de manera continua durante y a lo largo de todo el día, evitando la necesidad de una segunda administración en el colegio, por lo tanto se indica que este tipos de fórmulas son más ventajosas ya que se toma una sola vez al día y disminuye el potencial abuso (Storebø et al., 2015; García Ron et al., 2015).

Entre los efectos secundarios, García Ron et al. (2015) mencionan que las consecuencias son transitorias y dependientes de las dosis administradas, las más frecuentes son insomnio de conciliación del sueño, cefaleas, molestias gastrointestinales, pérdida parcial del apetito, aparición e incremento de tics, entre otras. Entre los efectos secundarios importantes, están los llamados “efecto rebote” y “efecto zombi”, el primero se relaciona con el aumento de los síntomas de forma brusca al bajar los niveles del fármaco en la sangre al final del día, y el segundo se relaciona con un estado de hiperconcentración, donde el niño muestra un ánimo “apagado” y deprimido (Mehta et al., 2011; (Swanson et al., 2007, Banaschewski et al., 2006; Faraone & Buitelaar, 2009).

Respecto a los datos de producción del metilfenidato a nivel mundial Bianchi et al. (2017) indican que según informes de la Organización de las Naciones Unidas con datos proporcionados por la Internacional Narcotics Control Board (INCB), para el año 2008 la producción de este fármaco aumentó 1200% entre 1990 y 2006 (INCB, 2008). Así también, de acuerdo al reporte, el consumo global pasó de 21,8 toneladas en 2002 a 35,8 toneladas en 2006, y entre los años 2005 y 2009 el consumo mundial sostuvo su escalada, alcanzando las 40 toneladas, lo que significa un incremento del 30% (INCB, 2012).

En Chile, el metilfenidato es el fármaco más recetado por psiquiatras y neurólogos para el tratamiento del TDAH, su importación en los últimos años ha crecido de manera explosiva. Según lo informado por el Instituto de Salud Pública, en el año 2005 se importaron 98.150 kilos de metilfenidato, mientras que para el año 2016 la importación llegó a los 441.877 kilos, es decir, tuvo un crecimiento de 350% en poco más de una década (ISP, 2017). En esta misma línea la INCB, ubica a Chile dentro de los 10 países que más consumen metilfenidato y que más medican a sus niños/as, en este sentido, este fármaco es la segunda sustancia psicotrópica más requerida por el Estado para su importación. Estos antecedentes dan cuenta de un crecimiento inaudito tanto del aumento de producción de nivel mundial metilfenidato, como de la medicación de niños(as) en los últimos 10 años en nuestro país con dicho fármaco.

## **2.2 Perspectivas Psicosociales del TDAH: Infancia y medicalización.**

Entre los factores psicosociales o ambientales que podrían contribuir al desarrollo del TDAH, Sagiv et al. (2013), se refieren a estos como “factores no genéticos”, señalando que desempeñan un papel muy importante en los periodos prenatales tempranos, cuando el cerebro en desarrollo es particularmente vulnerable a los efectos del ambiente y los cuidados de la madre en gestación. Algunos estudios han concordado que, entre los indicadores de mayor riesgos asociados a las conductas de la madre en el periodo prenatal temprano y el riesgo de padecer TDAH, se incluyen prácticas como tabaquismo materno prenatal, consumo de alcohol y drogas ilícitas, la exposición a toxinas ambientales (por ejemplo plomo), complicaciones del embarazo, bajo nivel socioeconómico, como por ejemplo el nivel de educación de los padres o sus ingresos económicos y adversidad psicosocial (Biederman, 2005; Millichap, 2008).

Desde otra perspectiva, Puddu et al., (2017) se preguntan por factores evolutivos que podrían haber definido en último término la presencia de los genes responsables de estos trastornos en las poblaciones humanas. Estos autores señalan que, desde un enfoque evolucionista, algunos trastornos del comportamiento pueden ser mejor explicados como una respuesta adaptativa a los entornos ecológicos tempranos a que estuvo expuesto el Homo Sapiens, más que a disfunciones. Todo ello cuando la vida se desarrollaba en comunidades de cazadores recolectores y el peligro de ser depredados por otra especie, como la exploración del ambiente en búsqueda de alimento, era parte de la habitualidad, por tanto, rasgos como la hiperactividad, la inatención y la impulsividad podrían haber tenido un valor adaptativo en ese contexto.

De este modo, el aumento de la actividad motora, podía ser útil a la hora de enfocarla en una conducta exploratoria o como para poder escapar de depredadores, ya que un mayor desarrollo de musculatura y habilidades motoras, habrían sido características muy ventajosas en ambientes donde la subsistencia dependía de la capacidad física para encontrar alimento y defenderse o huir de los peligros existentes. Así también el estado de vigilancia era fundamental para la detección de peligros y amenazas del ambiente, la inatención permitiría realizar un escaneo general del entorno cambiando rápidamente el foco de atención. Por su

parte, la impulsividad implica la respuesta rápida a ciertas señales del ambiente, sin reflexionar sobre ellas. Sin duda estas características resultan disfuncionales en el entorno actual, donde la focalización hacia una tarea se hace una capacidad necesaria para la resolución de problemas.

De otro lado, los estilos de crianza también han sido señaladas como prácticas que podrían cumplir un rol clave en el desarrollo o no del TDAH. Criterios como la comunicación con el padre, el apoyo de la madre, disciplina y autonomía de ambos progenitores, podrían influir significativamente en la posibilidad de presentar hiperactividad cuando se encuentran disminuidos (Raya, Herreruzo & Pinto, 2008). Esto es coherente con lo planteado por otros autores del mismo enfoque como Hurt et al. (2007), que concebían al afecto como factor protector y al autoritarismo como factor de riesgo.

Por otra parte, la clasificación de los comportamientos problemáticos o desajustados a la norma de niños y niñas es parte de un proceso muy complejo, tal como señala Cottet et al. (2019), este proceso no sólo se limita a la designación de signos y síntomas biológicos, sino que también involucra aspectos sociales y culturales sobre las formas en que estos comportamientos se clasifican, es decir, el punto de vista de los actores sociales e instituciones responsables del cuidado infantil sobre las conductas de niños y niñas, revelando algo una dimensión política respecto de los comportamientos que son considerados problemáticos en ellos/as.

Por consiguiente, quienes apoyan una perspectiva psicosocial respecto del origen del TDAH, destacan a la escuela como una de las instituciones que juega un papel central en los procesos de patologización de los comportamientos de los niños y niñas, así como en la construcción social de las diferentes formas de desviación infantil (Pinell; Zafirooulos, 1978, Cottet et al., 2019). De este modo, la construcción de la entidad TDAH respondería a diversos intereses, siendo la institución educativa una de ellas, que busca excluir a los niños y niñas más problemáticos; entre otros fines, para poder cumplir con todo lo que se demanda de ella.

En cuanto a la medicación, tanto la industria farmacéutica, que busca vender medicamentos, como los especialistas médicos, entre ellos psiquiatras y neurólogos que

buscan dar legitimidad científica al TDAH, han contribuido a la consolidación de esta entidad como una categoría diagnóstica (Conrad, 1992; Conrad; Bergey, 2014; Malacrida, 2004; Rafalovitch, 2004, citado en Cottet, et al., 2019).

Es así que los investigadores tienen posiciones epistemológicas arraigadas referido al uso de fármacos para el tratamiento del TDAH, por un lado están los profesionales biomédicos que consideran a los psicoestimulantes como sustancias dirigidas a la biología del niño/a, y que producen efectos terapéuticos debido a propiedades químicas básicas, mientras desde una mirada opuesta algunas posturas académicas de las ciencias sociales los caracterizan como instrumentos de control social (Rojas Navarro & Vrecko, 2017), señalando además que medicar la infancia en las escuelas, no es más que la búsqueda de una solución rápida a un asunto complejo, no resolviendo el problema, sino simplemente disociando los indicadores de la realidad escolar, familiar y social del niño(a) (Sánchez, 2015).

Peter Conrad en el año 1976, comenzaba a dar un giro en la perspectiva clásica de la medicación en niños(as) y salud mental al proponer una nueva mirada crítica para estudiar esta temática. Conrad toma distancia de los paradigmas biomédicos que argumentaban que los trastornos psiquiátricos eran indiciarios de anormalidades biológicas en los sujetos, sugiriendo más bien que los diagnósticos psiquiátricos se construyen tomando otros elementos que podrían incidir como factores sociales e históricos. Respecto de su análisis sobre el TDAH, señaló que la aparición de esta categoría diagnóstica responde proceso dinámico y continuo de la "medicalización" (Conrad, 1992, 2005), esto implicó una extensión de la mirada biomédica, que gozaba en ese entonces y hasta ahora de autoridad; esta perspectiva comenzó a explicar ciertas conductas presentes en el área personal y social de los sujetos. En consecuencia, el autor señala que el tratamiento del TDAH puede ser entendido desde la medicalización como una forma de control social de los niños(as) y sus conductas problemáticas.

Como resultado del trabajo de Conrad, junto con una gran cantidad de estudios que abordan la medicalización de la infancia, el TDAH se ha convertido en uno de trastornos más ampliamente estudiados, siendo aún un diagnóstico debatido (Rojas Navarro & Vrecko,

2017). Es así como el concepto de medicalización ha sido usado con frecuencia en discusiones sobre el TDAH a nivel académico y en medios de comunicación, quienes sugieren que el consumo generalizado de medicamentos para este trastorno en niños y niñas, representa una forma opresiva de control social (Conrad, 1979; Harwood, 2005, citado en Rojas Navarro & Vrecko, 2017).

Por su parte, Timimi (2002), señala que la mirada del modelo médico del TDAH causa una "visión de túnel", lo que hace que sea más difícil pensar en el contexto que rodea a ese niño(a), esto lleva a que se termine marginando los problemas interpersonales que pueden estar a su alrededor. En consecuencia, desde esta mirada, el TDAH se centra en la incapacidad y el déficit, intentando adaptar el comportamiento infantil "anormal" al entorno escolar y las demandas que este exige.

Esta perspectiva, ha significado además grandes ganancias para la industria farmacéutica, que por su afán de lucro, ha sido acusada de crear y propagar la noción de TDAH con el fin de expandir sus propios mercados, sofocando la diversidad de los niños(as), reduciendo a síntomas conductas que son normales y que se podrían explicar desde otras variables. De esta forma se venden los fármacos como la única solución posible y efectiva a esta categoría, drogas altamente adictivas que no han demostrado beneficios a largo plazo (Timimi, 2002).

En suma, lo dicho hasta aquí es coherente con lo que señalan algunos autores respecto de la psiquiatría positivista que tienden a etiquetar al niño(a) en una entidad psicopatológica que lo lleva a adquirir una identidad que lo liga a cierta incapacidad, asumiendo un diagnóstico y tratamiento sin mayor comprensión ni cuestionamiento (Moyano et al., 2011), prescindiendo del conflicto intrapsíquico que puede estar siendo expresado a través del síntoma, en cuanto se asume que éste es sólo un signo del trastorno en los equilibrios cerebrales del individuo, y por tanto debe ser suprimido a través del medicamento (Galende, s.f.). Estos argumentos apuntan a un modelo médico no terapéutico, sino más bien que tiende a simplificar y descontextualizar un problema complejo, eliminando la responsabilidad social que conlleva la crianza de los padres, docentes y médicos. (Timimi & Taylor, 2004).

En nuestro país esta discusión también ha estado presente con una creciente controversia sobre el estatuto del TDAH, no obstante ello, el debate se ha centrado en dos focos, por un lado el aumento de las tasas del diagnóstico y por otro el uso abusivo del tratamiento farmacológico (Gálvez, 1995a, 1995b; Herrera, 2015; Jaque y Rodríguez, 2011; Salazar, 2010 citado en Faraone et al., 2018). En este sentido las investigaciones recurren a la idea de que tras el alza de ambos elementos se encuentra principalmente una tendencia a una creciente medicalización de la infancia, que es resistida por diversos motivos, entre ellos, la sospecha de que el uso de psicoestimulantes sólo tiene un propósito de control social sobre niños y niñas por parte de la industria farmacéutica, el profesorado y los expertos en salud mental, entre otros. (Faraone et al., 2018).

No obstante lo anterior, y pese a que el excesivo uso de psicofármacos en Chile requiere atención y cautela, no es menos cierto que los medicamentos pueden representar esperanza de mejores formas de vida (Fraser et al., 2009). En este sentido Rojas et al. (2018) señalan que existe una caricaturización de los efectos de los medicamentos en los niños y niñas, mostrando una imagen desproporcionada del poder de estos, señalando por ejemplo que estos se encuentran en estados severamente adormecidos, o por el contrario, su rendimiento aumenta automáticamente convirtiéndose en estudiantes modelos después de tomar el medicamento, incluso algunos señalan que los psicoestimulantes tendrían por objeto normativizar y/o normalizar la subjetividad de los niños y niñas, en tanto el fármaco tendría un potencial inherentemente coercitivo. Lo anterior tendría como resultado poner bajo control de los adultos las subjetividades de niños y niñas, anulando todo aquello que pueda resistirse de sus subjetividades a la autoridad, transformándolos finalmente en individuos funcionales (Harwood, 2006 citado en Rojas et al., 2018).

Pese a todos aspectos criticados de la medicación, es indiscutible que el uso de estimulantes continúa aumentando exponencialmente en todo el mundo (Singh, 2013), no prestándose suficiente atención a los debates y controversias apasionadas de los intelectuales y profesionales del área. Por tanto, es preciso seguir indagando la razón por la cual los medicamentos siguen siendo un recurso convincente para niños, niñas y sus familias. Tal y

como refiere Rojas et al., (2018) la medicalización de la infancia merece una análisis más matizado, que permita rescatar la distintas experiencias y vivencias de niños y niñas, que muchas veces se ven silenciadas por marcos conceptuales amplios y ambiciosos.

He aquí uno de los problemas fundamentales a nuestro parecer de las investigaciones en medicación de niños y niñas, que no siempre aborda la experiencia subjetiva de quienes los toman los medicamentos, sino que más bien los dispositivos como las escuelas, las familias, los investigadores y médicos, dictan cátedra del deber ser y prometen un bien colectivo a partir de la medicación, ignorando lo que se pone en juego en la subjetivación de los niños(as) a la hora de tomar un medicamento. Por consiguiente, se deja de lado la posibilidad de que el mismo fármaco tenga múltiples realidades, y quienes lo toman puedan vivenciar experiencias diferentes, es así como la generalización excesiva lleva a caricaturizar en una única experiencia las distintas prácticas y uso de la medicalización por distintos sujetos (Rojas & Vrecko, 2017).

En tal sentido coincidimos con lo que propone Rojas-Navarro y Rojas (2019), en tanto hay cierta ingenuidad al pensar que la expresión del TDAH y los efectos de los fármacos en niños y niñas puedan ser iguales, vale decir, buscar una visión hegemónica y reduccionista de las experiencias de niños y niñas tanto con los fármacos como la vivencia del trastorno. Por tanto, creemos es de capital importancia relevar las diferencias que surgen en el tratamiento y las características que presenta el TDAH en diversos niños/as de lugares heterogéneos.

Sin duda, los medicamentos pueden ser una fuente importante de alivio y esperanza, así como también tienen un gran poder transformador. Desde el lugar donde nos situemos, tales transformaciones tienen un potencial curativo o dañino hacia el cuerpo. Pero, no sólo es el cuerpo el que recibe este objeto extraño que es insertado, sino que también es la mente quien es alcanzada por estos efectos, y en tal sentido cobra relevancia hasta aquí la discusión de cómo el consumo regular de fármacos da forma al yo, entendiendo el yo como señala Jenkins (2011), la suma de procesos al que el sujeto está orientado en el mundo y hacia otras personas, en consecuencia, el yo farmacéutico sería aquel aspecto del yo orientado por y hacia las drogas farmacéuticas.

En síntesis, no cabe dudas que el TDAH, su diagnóstico y tratamiento han sido ampliamente debatidos, no existiendo una propuesta unificada y concluyente de sus causas y la pertinencia de los tratamientos farmacológicos. Sin embargo, desde nuestra perspectiva no podemos ignorar las voces de los niños/as y el malestar que expresan en diversos contextos, así como también rechazamos las miradas simplistas y reduccionista sobre la experiencia que miles niños/as vivencian asociados a los fármacos. Creemos en la posibilidad de tomar una ruta distinta, que nos permita conocer desde una mirada comprensiva las experiencias de los/as niños/as con diagnóstico de TDAH y la medicación, dado que los fármacos pueden representar un anhelo para aliviar un malestar subjetivo de quien padece dicho diagnóstico.

### **2.3 Aportes del Psicoanálisis a la Reflexión sobre el TDAH y la Medicación**

El psicoanálisis intenta entender el funcionamiento psíquico individual, con independencia del rótulo o etiqueta diagnóstica y encuentra el origen de la estructuración psíquica en las relaciones tempranas del bebé con su medio. Lo anterior, no implica negar la influencia de lo biológico en la formación de la psique, por el contrario, se trata de comprender que la psique surge de aquella interacción entre “lo biológico” y un “otro” con determinadas características. Es en ese vínculo inicial entre el bebé y la madre o cuidador primordial, donde se estructura lo psíquico, estando desde un principio la mente y el cuerpo, lo psicológico y lo biológico indisolublemente unidos (Aldaroso, et al., 2013).

Es así como algunas investigaciones de orientación psicoanalítica han abordado la hiperactividad y los problemas de atención en los niños/as. Las hipótesis ponen énfasis en las dificultades en las relaciones primarias, estas dificultades tendrían como consecuencias fallos en la autocontención y autotranquilización, así también existiría una fragilidad en el equilibrio narcisista y dificultades en la constitución del narcisismo, por otro lado hay quienes plantean una falla en la capacidad de mentalización del niño/a, lo que estaría a la base del funcionamiento hiperkinético (Aldaroso, et al., 2013).

Desde esta perspectiva se puede analizar el concepto de *acting* o acción no pensada, que tiene como base dos principios del suceder psíquico: los procesos inconscientes, cuya

tendencia principal es el principio de placer y retirarse de aquello que genera displacer. Señala Freud (1911) que el estado psíquico inicial habría sido perturbado por las necesidades internas, lo deseado tomó la vía de lo alucinatorio en los sueños, pues en la realidad externa no tenía cabida. Es justamente así como empezó a configurarse el segundo principio; el principio de realidad. Aumentó así la importancia de la realidad externa y de los órganos sensoriales enfocados al exterior y la conciencia acoplada a ellos. Se fundaron la atención y el registro, como memoria para hacer frente a las necesidades del mundo exterior. A su vez, surgió el fallo imparcial para decidir si una representación estaba o no en consonancia con la realidad externa. La descarga motriz recibió una función nueva; la acción para modificar la realidad. Finalmente, aparece el proceso del pensar, con propiedades para soportar la tensión de estímulo durante el aplazamiento de la descarga. desde esta mirada, entonces, el *acting* se trata de una acción que no sigue el proceso secundario y el principio de realidad. No pasa por la representación, ni por el lenguaje o el juicio de realidad, sino que pasa inmediatamente a la descarga motora.

En esta misma línea, Freud (1926), retoma en su texto Inhibición, Síntoma y Angustia, que durante los primeros años el niño/a no se halla en situación de dominar psíquicamente grandes montos de excitación que le invaden del interior y exterior. Por ello, el niño/a repite para dominar lo que le genera placer y displacer, lo anterior dado que las experiencias no han podido ser ligadas a otras representaciones, lo que generaría un cierto desbordamiento pulsional, en parte inevitable, en la medida que este genera angustia produce un movimiento defensivo primario, que se fijará si no ha sido organizado por “otro” que se sustenta como yo. En consecuencia, según Freud (1926) la angustia necesita de intervenciones motrices para la descarga.

Estrechamente ligado a lo anterior, Prandi (2006) por su parte, señala que la hiperactividad es un síntoma que otorga la posibilidad de encontrar una salida por la vía motora, se anula el tiempo entre la causa y el efecto, el sujeto se precipita en la urgencia. La vía motora, a través de su descarga motriz da cuenta de un desorden en el movimiento, que no alivia, sino que necesita repetirse hasta el infinito, en consecuencia, el cuerpo del niño/a queda tomada en un circuito pulsional, dejándolo atrapado en movimientos desorientados,

inadecuados y excesivos, ya que hay algo que no se logra tramitar adecuadamente (Prandi, 2006).

De lo anterior que, el desorden del movimiento emerge como una inhibición a nivel de yo, manifestándose en el *acting-out* y también en el pasaje al acto. El yo queda impedido de alimentar catexias intencionales que se favorece la dispersión, sea para llevar a cabo el curso del pensamiento, sea para encausar la acción (Prandi, 2006).

Por su parte, Berger (2000) refiere que los niños/as con síntomas de TDAH podrían presentar una falla en la relación con el objeto primario, es decir, en el establecimiento de la relación objeto donde podría generarse una reacción defensiva ante cuidados inadecuados. Lo anterior es acuñado por Berger como “*holding* defectuoso”, tomando la explicación que da D. Winnicott al origen de la hiperactividad. Winnicott señala que el niño/a no sólo verifica que el objeto esté ahí, sino también cree que el objeto está ahí disponible para él, una frustración del niño/a con esta experiencia con el objeto primario podría producir que no se vincule con los “objetos subjetivos” y tampoco logre la sensación de haberlos creado, es así como plantea que toda carencia en las experiencias que facilitan pasar por el proceso de omnipotencia y de continuidad de la existencia, podrían causar la agitación y falta de atención.

En línea con esta perspectiva Padilla (2005), propone que la inquietud motora del tiene como origen la necesidad del niño de “desconectarse de la realidad”, más que meros síntomas, esta desconexión sería una forma rudimentaria de intentar lidiar con los impulsos, sentimientos y emociones que no pueden ser elaborados de otra forma. De tal manera que los síntomas constituirían una solicitud de contención de los niños/as, hacia alguien que les ayude a pensarse a sí mismos. Además, plantea que de manera defensiva utilizan la escisión del cuerpo de la representación del mismo, ante la presencia de un estímulo que no pueden integrar.

De otro lado, Janin (2011), señala que “el niño(a) es un psiquismo en estructuración signada por otros, en un devenir en el que los movimientos constitutivos, fundantes que se dan desde un adentro-afuera insoslayable” (p.12). Desde esta perspectiva, cobra relevancia analizar el conflicto intrapsíquico que puede estar siendo expresado a través del síntoma. En

este sentido, Janin (2012) plantea que no existe el TDAH, sino niños/as con problemas de atención y con síntomas de hiperactividad, señala que los niños/as con síntomas hiperactivo y desatentos tendrían vínculos sobreestimulantes, es decir un exceso de excitación sin un armado protector, habría un fracaso en el armado autoerótico-contención. Más aún, presentarían una dependencia de la mirada materna, defensa contra los deseos de muerte y exclusión, dificultades en la constitución narcisista y finalmente problemas de inhibición del proceso primario.

Hasta aquí, desde las distintas hipótesis planteadas podemos dar cuenta que el psicoanálisis intenta leer el síntoma de una manera diversa, proponiendo que el síntoma siempre nos revela algo del sujeto, es el resultado de un conflicto inconsciente, de la actuación de la represión, del retorno de lo reprimido y otros efectos del deseo. Además, este síntoma encierra un mensaje, que muchas veces en los niños y niñas esta dirigido al otro (Coca y Unzueta, 2005).

Por el contrario, la semiología psiquiátrica y positivista, en su afán clasificatorio, busca los signos objetivos de los trastornos de las funciones psíquicas, dejando de lado los procesos de su determinación subjetiva. Es así como, la agrupación de los síntomas bajo una etiqueta que los clasifique, tiene un efecto tranquilizador tanto para el médico, la escuela y la familia. Sin embargo, este agrupamiento de los síntomas sólo busca subsumir al sujeto en una categoría donde se pierde la singularidad psíquica, quedando oculto tras la mirada objetivadora que lo nomina, desconociendo su subjetividad (Thompson et al., 2007).

En contraste, para el psicoanálisis el diagnóstico no sólo busca poner un nombre, ni se limita a poner la etiqueta al niño(a), sino que este es producido en la transferencia, y da cuenta de la posición del sujeto en la estructura (Thompson et al., 2007).

Tomar en cuenta la dimensión subjetiva de los actores, vale decir, docentes, familias e institución, y sus determinaciones, abre nuevas posibilidades en la comprensión de los síntomas que despliegan niños y niñas. Es así que cuando se habla de aprendizaje escolar se refiere, entre otros aspectos posibles, a las condiciones internas del niño(a) para acceder al aprendizaje; la relación con el docente (transferencia); el modo en que se dictan los contenidos y la valoración social del aprendizaje (Janin, 2009).

Por el contrario, en el terreno de la psicopatologización y la lectura de los síntomas expresados en el contexto escolar, se mantendrá ceñido al menos a tres lógicas posibles como lo son: la búsqueda orgánica de una causa determinista y unívoca; el dominio de un paradigma fijo de normalidad/anormalidad; una nosología que de sentido a las cualidades de un sujeto que se encuentra fuera de los estándares de normalidad, estableciendo por la vía de la categorización su historia pasada, presente y futura (Untoiglich, 2014). Es aquí donde el psicoanálisis invita a dirigirse al sujeto, individualmente, para que su padecer encuentre una salida que le sea propia, por fuera de lo que falta o de lo que sobra.

#### **2.4 Aportes de las ciencias sociales críticas a la reflexión sobre la medicación.**

La medicación es el recurso con el cual la ciencia intenta responder a los síntomas de los sujetos contemporáneos. Los fármacos alivian el sufrimiento personal y social que de otra manera sería abrumador, pero también enmascaran la fuente de tal sufrimiento e impiden la acción personal e institucional que podría transformar más ampliamente las condiciones sociales y biológicas desordenadas (Jenkins, 2011).

Los fármacos se han transformado en significantes sociales y culturales donde los significados exceden el control de quienes los prescriben y de los marcos regulatorios que orientan su consumo (Greene & Sismondo, 2015). Es así como en las sociedades de consumo, el fármaco además de ser naturalizado, opera como estructurante del yo (Jenkins, 2011).

Así pues, Martin (2007) plantea el concepto de persona farmacológica, con el objeto de explicar la personalidad de un sujeto que está mediada y termina completándose a través del medicamento que ingiere. Este proceso implica mirar a los psicofármacos como instrumentos que, en la combinación y medida exacta, pueden extirpar el padecimiento y transformar a los individuos de actores irracionales a racionales.

Por su parte, Jenkins (2011), utiliza los conceptos de yo farmacológico e imaginario farmacológico. La autora señala que el mercado capitalista y científico es hábil en su capacidad de transformar y regular las experiencias íntimas. Señala que si entendemos al yo como la suma de los procesos por los cuales el sujeto se orienta en el mundo y hacia otras

personas, entonces el yo farmacéutico es ese aspecto del yo orientado hacia drogas farmacéuticas (Jenkins 2011, p. 6).

Por su parte, lo imaginario es aquella dimensión de la cultura orientada hacia posibilidades concebibles para la vida humana, entonces el imaginario farmacéutico sería aquella parte del imaginario en la que los productos farmacéuticos desempeñan un papel. (Jenkins, 2011)

Es así que la autora señala que el yo farmacéutico y el imaginario farmacéutico, permean la subjetividad como una plataforma fundamental de la cultura y existencia cotidianas, “ambos se enlazan como dos caras recíprocas de la subjetividad de los actores, y con el par terminológico yo/imaginario Jenkins apunta a captar el basamento común de la subjetividad de los actores sociales, tanto en sus experiencias sensoriales como en el contexto cultural”. (Bianchi, 2018, p. 227).

A su vez, para comprender el yo farmacológico, Jenkins no concibe a la subjetividad como una característica de la experiencia individual. Por el contrario, participa de una concepción en la que los sujetos individuales no son yo por su propia avenencia, sino por el hecho de estar inmersos en un entorno intersubjetivo e institucional, frente al cual puede existir aceptación o resistencia (Bianchi, 2018).

A partir de lo anterior, no podemos desconocer la existencia de fuerzas sociales, económicas y políticas que no son objetivas ni impersonales, sino por el contrario, movilizan y enlazan a las personas con sus respectivas experiencias sensoriales, sentimientos, fantasías, valores e ideales de sí mismo, de ahí que el yo sea entendido como la suma de los procesos por los cuales el sujeto se orienta en el mundo y en relación a las demás personas (Bianchi, 2018).

Por otro lado, la farmacologización de la vida, implica una compleja imbricación de factores como los efectos biológicos de los químicos en el tejido humano, la legitimidad para que una condición sea entendida como enfermedad, la voluntad de los consumidores para adoptar la tecnología farmacológica como una solución a problemas de la vida, y los intereses corporativos de los laboratorios farmacéuticos (Bianchi, 2018).

Estos factores en su conjunto contribuyen a modelar los diferentes aspectos de la vida cotidiana como categorías de enfermedades, más aún, en sociedades psicofarmacolizadas, la subjetividad se ve remodelada, se vuelve una rutina habitual el uso de medios farmacológicos en el ánimo, la conducta y el pensamiento (Rose, 2003 en Bianchi, 2018). En este punto las compañías farmacéuticas no sólo producen fármacos, sino el conocimiento médico científico que justifica que el producto sea valorado como la solución a un problema. (Fishman, 2004)

De ahí que, el uso del fármaco como un único tratamiento, implica pensar el síntoma como una perturbación orgánica señala, los síntomas están estructurando desde una historia singular y subjetiva que tiene que ser oída por lo que se considera fundamental poder escuchar y no suprimir (Zusman, 2009).

En esta misma línea, Galende (2008) señala que los psicofármacos contribuyen a la desobjetivización del sujeto, en tanto que enmudece los afectos que acompañan al conflicto, actuando en favor de su permanencia. Como consecuencia de lo anterior, señala el autor, que se produce un desplazamiento de las psicoterapias y del psicoanálisis por estos nuevos recursos, afirma que el psicoanálisis en nuestros días, es asimilado a un medicamento vencido relegado al fondo de una farmacia” (Derrida s.f, citado en Galende, 2008 p.17).

Es así como el fármaco se presenta como respuesta a un trastorno, impidiendo la reflexión sobre la demanda. Prandi (2006) señala respecto al TDAH que “la medicación es el objeto que obtura la hiancia que revela la división que causa al sujeto” (p. 62), entre sus consecuencias está silenciar el síntoma de la hiperactividad o el déficit de atención, así como también amenaza con suprimir la instancia de la pregunta subjetiva.

La prescripción de un fármaco acude a disipar la angustia del síntoma, lo cual impide que se despliegue la demanda, en algunos casos una pregunta de la madre está encarnada en el síntoma del niño/a, es así entonces el niño/a puede quedar por los avatares de su constitución subjetiva con relación al Otro primordial el que, en razón de esta medicación desde el lugar del Otro, puede ser redoblado. Su posición de sujeto, ya no en suspenso, depende de la constitución sintomática, que implica la emergencia de un sujeto del síntoma (Rebasa, 2006).

En esta línea, Press sugiere que el alivio del malestar a través del uso de fármacos puede generar tanto en el niño/niña como en sus padres, la ilusión de solución fantástica y radical del síntoma, sin embargo se debe hacer presente a la familia que la medicación es un “medio y no un fin” (Press,2012,p.133). En palabras de la autora, la medicación es “un medio para aliviar la angustia que se preste a sostener el sufrimiento” (Press, 2012, p.134).

Es así como la medicación farmacológica hace residir en lo orgánico como causa, evitándose así toda pregunta por la verdad que el síntoma puede personificar. No obstante lo anterior, sería ingenuo rechazar la posibilidad de que hay prescripciones de psicofármacos que son necesarias, es así como el cuestionamiento cabe cuando lo que se medica es la angustia. Pero ¿Cómo diferenciamos las drogas "buenas" o "malas"? Jenkins (2011), argumenta que un componente clave de los fármacos es su poder de transformación, pese a que las transformaciones pueden ser simultáneamente curativas y dañinas. Si bien las estas se dirigen al cuerpo, también tienen efectos en la mente, las situaciones y los modos de comprensión.

Por otra parte, la autora sostiene que los niños y niñas son poco valorados en la sociedad, a partir del momento en que se escoge la medicación por sobre un psicoanálisis, además al haber un aumento de la medicación en la etapa de latencia se participa de una caída de la sublimación donde el niño incursiona prematuramente en el mundo farmacológico. (Press, 2012).

Desde la mirada del psicoanálisis, se intenta regresar al síntoma su dignidad, vale decir, como señaló Freud en “Recordar, repetir, reelaborar”, volverlo ese “digno oponente”, a los fenómenos de la neurosis. En tal sentido es que desde el psicoanálisis se propone escuchar la demanda detrás del síntoma, favorecer su despliegue, tanto la del niño como la de los padres, y rastrear en ellas qué del deseo, se va diciendo. Pese a que la demanda de los padres sea medicar a su hijo, podría ser conveniente hacer lugar a eso para que pueda hacerse otra cosa. (Rebasa, 2006).

## 2.5 Planteamiento del Problema

Hasta aquí, es claro que la discusión sobre la etiología, diagnóstico y tratamiento sobre el TDAH está lejos de tener una mirada única y sin debates. Las comprensiones en torno a este cuadro son amplias y variadas, tanto que abarcan un espectro de posturas que lo conceptualizan como un trastorno mental, y otras que cuestionan su existencia y validez como entidad psicopatológica. No obstante, la discordia y la tensión entre las miradas biologicistas, psicosociales y psicoanalíticas, el TDAH sigue siendo uno de los diagnósticos más prevalentes en la infancia y el uso de psicofármacos un componente clave para su tratamiento.

Desde nuestra perspectiva, más allá de tales discusiones sobre establecer cuál es el origen y los determinantes biológicos, genéticos y psicosociales relacionados al TDAH, lo complejo y desafiante es comprender cómo estos discursos permean a los sujetos, los niños, los cuidadores, los profesores, el sistema escolar y el sistema médico, en su experiencia subjetiva. A nuestro parecer, un desafío más importante sería comprender cómo lo sujetos conjugan los discursos genéticos y sociales sobre este trastorno, alejándonos de la simplificación de buscar establecer un origen único de esta psicopatología (Taylor, 2004).

Vale decir, más allá que la entidad diagnóstica del TDAH ofrezca a los sujetos un modo para interpretar y comprender sus experiencias, nos interesa cómo este diagnóstico interactúa con la forma en que las personas se perciben a sí mismas y negocian su identidad personal (Hacking, 1998; Rose, 2018, citado en Reyes et al., 2019). En el mismo sentido, lejos de los resultados a nivel neurobiológico que puedan producir los medicamentos, nos interesa explorar los efectos de estos sobre los sentimientos, sensaciones corporales, el pensamiento y el comportamiento que influyen sobre la propia identidad y la percepción de normalidad (Jenkins, 2011), es decir, cómo circula el fármaco y la posición que toma el sujeto respecto de los distintos discursos que hay entorno al medicamento y el TDAH.

Actualmente, la mayoría de los discursos sobre la medicalización ignoran ese encuentro, aquello que se produce entre el sujeto, su reconocimiento con el diagnóstico y el tratamiento farmacológico. Lo anterior conlleva pasar por alto el sentido estos (TDAH y

fármacos) adquieren para las instituciones, profesionales, padres y niños (Reyes et al., 2019). Como señala Jenkins (2011), al tratarse los fármacos de “tecnologías morales”, donde los significados tienen consecuencias funcionales en la vida cotidiana de las personas, los psicofármacos son objetos que encarnan ideales y valores culturales que no pueden reducirse a la simple idea de “medicalización”.

En la misma línea, Timimi (2004) se refiere al diagnóstico como un producto cultural, en tanto que los aspectos sociales, culturales, históricos, materiales y relacionales de una sociedad determinada, influyen en la vivencia subjetiva que las personas tienen con dicho diagnóstico (Biehl et al., 2007; Blackman et al., 2008).

Por tanto, teniendo como punto de partida los discursos biomédicos, sociales y psicoanalíticos, creemos que el TDAH se convierte en un objeto de controversia en el sentido que Latour las entiende. Dado que justamente estas distintas disciplinas ofrecen respuestas diferentes, lo que finalmente impacta sobre la apropiación e incorporación de esta categoría por los sujetos. Lo anterior, trae como consecuencia que las experiencias respecto del diagnóstico y la medicalización, puedan ser diversas de acuerdo a cómo los sujetos son enlazados por el imaginario farmacéutico.

Por lo tanto, la dificultad para asumir una perspectiva unitaria sobre el TDAH y su medicación, nos lleva a orientar este estudio desde la perspectiva de las controversias de Bruno Latour, dado que este enfoque nos permite guiar el análisis y la descripción de las posturas que adoptan los diferentes actores respecto del TDAH y los fármacos.

De acuerdo a lo planteado por Latour (2011), una controversia es cualquier situación en la que hay un desacuerdo entre los actores, o más precisamente, un acuerdo sobre el desacuerdo. Las controversias comienzan cuando los actores descubren que no pueden ignorarse entre sí y terminan cuando se alcanza una forma satisfactoria de convivencia. Cualquier fenómeno situado entre estos dos extremos puede ser ubicado en la cartografía de las controversias (Latour, 2011).

Llevado esto a la situación del TDAH en Chile, y más particularmente a la vivencia de la diada madre-hijo, nos planteamos las siguientes preguntas ¿en qué sentido la

experiencia del diagnóstico de TDAH y el consumo de fármacos estaría marcado por las controversias disciplinares y subjetivas? ¿cómo experimentan el diagnóstico y el uso de medicamentos sujetos que están subjetivados en el marco de un diagnóstico controversial?

El imaginario farmacéutico determina la experiencia de las personas que toman medicamentos, es por ello que resulta fundamental conocer cómo este ha llegado a impregnar la subjetividad de quien lo consume y de su vida cotidiana (Jenkins, 2011). En este caso, las experiencias de un niño y su madre en relación con el fármaco que toma por su diagnóstico de TDAH, rescatando las experiencias y formas de vida que son silenciadas por discursos científicos dogmáticos que no dejan espacio a explorar la subjetividad del sujeto con el fármaco (Rojas, et al. 2018).

La relevancia de este estudio radica en que se propone generar aproximaciones innovadoras en relación a cómo viven el malestar personas que están afectadas en situaciones de salud mental, además explora una mirada distinta en cómo leer el bienestar de los pacientes, desde una aproximación metodológica diversa al abordar el estudio de los efectos de los fármacos, que intente reintroducir la noción de sujeto, cuestión que es bastante excluida en el mismo desarrollo de los fármacos.

Finalmente, esta investigación no pretende desarrollar nociones y leyes universales aplicables a las controversias particulares, sino a la inversa explorar cómo los actores particulares que actúan en situaciones específicas son capaces de construir (o deconstruir) realidades dotadas con una extensión más amplia y duradera.

### 3 Marco Metodológico

#### 3.1 Diseño

La presente investigación optó por un diseño metodológico descriptivo-interpretativo de carácter cualitativo, esto implica como señala Flick (2005) el estudio de los hechos en su entorno natural, tratando de dar sentido a los fenómenos desde la perspectiva de los significados que le dan las personas.

Como señalan Denzin y Lincoln (2012), la investigación cualitativa conlleva la acción de interpretar, en tanto que se estudian las cosas en su ambiente original, tratando de dar sentido a los fenómenos, desde la perspectiva en que las personas dan su significado o interpretación, esta visión implica un “enfoque naturalista del mundo”.

Por tanto, nos hemos interesado por un análisis cualitativo, ya que nos permite estudiar en profundidad los significados de los fenómenos y su riqueza interpretativa, así también contextualiza el fenómeno a estudiar y permite abarcarlo con mayor amplitud, sin dejar por ello de analizar las múltiples realidades subjetivas, permitiendo extraer los significados de los datos que se encuentran en ambientes naturales. (Hernández et al., 1998)

A partir de lo anterior, se pretende por tanto, hacer un análisis hermenéutico de las estructuras que subyacen a los significados, este enfoque se caracteriza por la reconstrucción, en su mayor parte hermenéutica, de las estructuras profundas que generan acción y significado en los sujetos (Flick, 2006).

En cuanto a la orientación de esta investigación se ha tomado como base la perspectiva de la teoría fundamentada, vale decir, yendo de los fenómenos y las prácticas a la teoría y explicación. Glaser y Strauss (1967) proponen una explicación general o teoría respecto a un fenómeno que se aplica a un contexto determinado y desde la mirada que tienen los diversos participantes, los autores sostienen que las teorías deben basarse o derivarse de datos recolectados en el campo (Hernández et al., 1998).

Por otro lado, la teoría fundamentada, nos permite generar una explicación o teoría *ad-hoc* cuando las teorías disponibles, no abarcan a los participantes, contexto o muestra de interés Creswell (2013), como es el caso del presente estudio, en tanto que como señalan

Laws y Mann (2004) la participación de niños/as en la investigación ha sido poco abarcada, ya que estas tienden a promoverlos como víctimas pasivas o “sujetos” de investigación, en vez de agentes operantes en su propia vida, relevando sus puntos de vista y experiencias, alentando a su participación activa. Esta mirada va en contra de lo que por años a imperado en la investigación, particularmente al abordar el diagnóstico del TDAH, donde se ha omitido la voz de los niños/as, quizás al concebirlos como sujetos carenciados e incapaces de dar cuenta de sí. (Juretic y Fuenzalida, 2015; Rojas Navarro, 2017; Abarzúa y González, 2012)

En consecuencia, la teoría fundamentada tiene la bondad de dar una comprensión robusta, ya que es sensible a las expresiones de los participantes del contexto en estudio, en este caso el de un niño de 12 años con diagnóstico de TDAH y la experiencia de su madre con las vivencias de su hijo. Además tiene la capacidad de dar cuenta de toda la complejidad descubierta en el campo de la investigación (Creswell, 2013 y Glaser y Strauss, 1967), ya que al ser una “teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación” (Strauss & Corbin, 2002 p. 13), se espera que su análisis de cuenta de información cercana a la “realidad”, más que aquellas teorías utilizadas a priori para la interpretación del fenómeno a estudiar.

Del mismo modo, esta investigación se ha inspirado en la Teoría de las Controversias de Bruno Latour (2011), esta se sirve de una colección de técnicas para observar y describir los problemas sociales como una versión aplicada de la Teoría-Red-Actor. La tarea del cartógrafo social no es desarrollar nociones y leyes universales aplicables a las controversias particulares, sino a la inversa explorar cómo los actores particulares que actúan en situaciones específicas son capaces de construir (o deconstruir) realidades dotadas con una extensión mas amplia y duradera.

### **3.2 Participantes**

La muestra fue de tipo intencionada por accesibilidad a los participantes (Patton, 2002), lo anterior, teniendo los siguientes criterios de participación:

- Niño(a) de entre 8 a 12 años.
- Que haya sido diagnosticado(a) con TDAH por un(a) psiquiatra o neurólogo(a).
- Que esté consumiendo algún fármaco para el diagnóstico de TDAH desde al menos 6 meses.

En este punto, resulta conveniente adscribirse a la perspectiva de análisis que ofrece la teoría fundamentada, lo anterior en tanto que permite al investigador elegir a los participantes en función de su capacidad para contribuir a la teoría y en evolución. Es por ello que en este caso podríamos hablar que nuestra técnica de muestreo es un muestreo teórico, lo que implica que la investigadora selecciona las personas que puedan contribuir a la teoría.

### **3.3 Recolección de los datos**

Los datos fueron recolectados a través de una entrevista semiestructurada, para ello se preparó un guion temático con algunos ejes principales respecto de lo que se deseaba indagar con el niño y su madre, se realizaron preguntas abiertas para luego ir profundizando, lo anterior permitió que los participantes pudieran expresar sus opiniones, matizar sus respuestas, e incluso desviarse del guion inicial pensado por la investigadora cuando se presentaban temas emergentes que fue preciso explorar.

### **3.4 Análisis de los datos**

Las entrevistas se transcribieron textualmente. Las transcripciones se analizaron con el programa Atlas. Ti versión 5.2. Para realizar el análisis de las entrevistas se realizó un análisis de contenido en base a las consignas de la codificación abierta de la teoría fundada (Strauss & Corbin, 2002).

Para la codificación abierta, los textos obtenidos de la transcripción constituyeron los datos de análisis. A partir de ellos se realizó un proceso de examinación y fragmentación con el fin de reagruparla de acuerdo a la elaboración de categorías, dando como resultado un libro de códigos. Luego, se seleccionaron las categorías, ordenándose en subcategorías, y se entablaron relaciones entre éstas, dando paso así al análisis interpretativo de los datos.

Dada las características de este tipo de análisis que Mertens (2010), señala que el investigador debe ser muy “sensitivo” a la teoría emergente. Asimismo, debe proporcionar la información necesaria para que quien revise el estudio pueda ver en el reporte de resultados, el desarrollo conceptual y la inducción de relaciones entre categorías o temas.

## 4 Resultados

A continuación, se presentan los principales resultados a nivel descriptivo, se exponen los aspectos fundamentales respecto de las representaciones del sujeto en el discurso de la medicación y el TDAH, en este sentido se abordan los diversos conceptos construidos a partir del testimonio de una madre y su hijo con diagnóstico de TDAH, en base a la realización de una codificación abierta de los relatos.

Las entrevistas fueron realizadas entre los meses de octubre de 2020 y abril 2021. El entrevistado, a quien para efectos de esta investigación llamaremos Diego, es un niño de 11 años, tiene una hermana melliza, va en cuarto básico y hasta el tercero asistió a un colegio con sistema de enseñanza Montessori. Su madre, a quien llamaremos Lorena, 47 años, trabaja de manera independiente, su padre, 53 años, tiene una empresa de servicios. La familia goza de una buena situación económica, la madre ha estimulado en sus hijos la realización de distintas actividades extraescolares de tipo deportivas y artísticas, en tal sentido, antes de la pandemia sus hijos asistían a talleres de guitarra, fútbol y natación.

La madre es una mujer con una alta calificación profesional, al momento de quedar embarazada, gozaba de un importante éxito profesional y económico, vivía sola y destaca que había adquirido una casa en uno de los sectores más acomodados de la ciudad. Señala además que el embarazo no fue planificado, por lo que su hijo llega luego de una relación de tres años que se daba a distancia con el padre del niño, indica que “en ese momento no teníamos ninguna intención de tener hijos ni una vida en común”. Hace énfasis en varias oportunidades que ella era una mujer independiente, que podía resolver todo por sí misma y le resultaba cómodo una relación a distancia que no le ocupaba mucho tiempo, dado que para ella era muy importante su desarrollo profesional.

En el embarazo sigue viviendo sola y la relación se mantiene a distancia, Lorena refiere que no tenía intenciones de cambiar de ciudad ni trabajo y su pareja tampoco, no era un escenario posible para ambos. Señala además que el embarazo y posterior maternidad se da en un contexto estresante, a los 3 meses su ginecólogo le indicó que era posible que su hijo tuviera Síndrome de Down, lo anterior es descrito por Lorena como una situación de alto

estrés. Frente a ello decidió consultar una segunda opinión, buscó a un profesional experto en ecografías: “encontré un gallo que es súper experto en ecografías, porque tiene “n” estudios, así como una eminencia que trabajaba en ese tiempo en la Clínica Las Condes y él me dijo que no, que no era Síndrome de Down, yo respire profundo, eso me dejó súper tranquila” (Entrevista 3 a la madre, párrafo 27).

Luego, al quinto mes de embarazo le detectan diabetes gestacional, por lo que debe adoptar una dieta restrictiva y hacer reposo. Sin embargo, Lorena sigue trabajando desde su casa, refiere que se queda sola en casa y en algunas oportunidades su hermano va a acompañarla, su pareja viaja sólo algunos fines de semana. Pese a su salud, Lorena trabajó hasta el último día en la clínica, señala que era independiente y no tenía un contrato laboral, por lo que fue un embarazo estresante y se quedaba hasta la madrugada trabajando.

Diego nace a las 34 semanas, en el parto no está el padre ya que se encontraba en otra ciudad. El niño nace prematuro, pero sólo está 4 días en la clínica. Los primeros días de maternidad Lorena los recuerda como “bonitos pero estresantes”, siguió trabajando, pero en aquel momento tuvo el apoyo de su madre y suegra.

A los 6 meses Diego y su hermana son llevados a sala cuna, la madre señala: “los puse full en jardín infantil de 10 a 7 de la tarde, eso me permitía trabajar mejor” (Entrevista 3 a la madre, párrafo 14). En cuanto a la relación con el padre esta se mantiene a distancia, él vive la mitad de la semana en otra ciudad. Cuando los hijos cumplen 7 años deciden cambiarse a vivir juntos, la razón que motivó la decisión fue que el padre tenía un departamento más cerca del colegio de los niños.

El desarrollo de Diego fue normal, a excepción de que presentó enuresis nocturna intermitente hasta los 8 años. Según relata Lorena, la micción nocturna generalmente ocurría luego de tener un día donde había vivenciado alguna situación que le provocaba rabia “...si había tenido un día donde había pasado alguna rabia claramente venía de cajón la micción” (Entrevista 1 a la madre, párrafo 17). Así también refiere que presenta miedo nocturno, lo que habría acentuado con la pandemia.

Así también, señala que Diego es variable en sus emociones, lo describe como un “...niño intenso, inquieto, de emociones variables”, con periodos donde se ha mostrado más opositor, también indica que se frustra rápido, pero a su vez es cariñoso. No obstante, logra describir aspectos de la personalidad de su hijo, señala también que, a veces, no sabe cómo se siente su hijo. A continuación, algunas citas de la madre:

I: ¿Podrías describirme como es tu hijo para yo hacerme una idea de él, me refiero a personalidad, carácter?

Madre: sí, él es bien como entusiasta, inquieto, como bastante variable en sus emociones, se siente rápidamente cuando no le resulta algo ... Se frustra... se frustra y también como que entre que se retrae, como que, si un poco como se va en un rincón, se pone un poco, así como triste, pero me cae la duda si es como para como para hacer una especie de show o en realidad si realmente lo está sintiendo así, eso con respecto por ejemplo a cosas que tienen que ver como con el colegio (Entrevista 1 a la madre, párrafos 3 y 4).

I: ¿Cómo describirías a tu hijo respecto de su hermana?

Madre: Diego es más intenso, es como más emocional, al mismo tiempo es como más cariñoso creo yo en su forma de ser, y como que esta intensidad así de repente hace que como que no sé, no le caiga tan bien a todos, o se pelea, pero no como... más bien como tiende a sentir que lo rechazan un poco a veces, sobre todo de la parte de las niñas y amigas de la Elisa (Entrevista 3 a la madre, párrafo 35).

De otro lado, en la dinámica familiar Lorena es quien pone las normas y el orden, dice que es la “sargenta”, quien asume el rol de poner las reglas y es menos lúdica que el padre. Dado que a Diego le cuesta ser ordenado y autónomo, es ella quien asume el rol de ayudar a ordenarse. Menciona que a nivel familiar tienden a ser más flexible con Diego y su “desorden mental” expresa.

Respecto del padre refiere que es más lúdico y flexible en la crianza, apoya a Diego en los deportes que desea realizar, así también indica que es él quien lo comprende más en la

familia porque también es disperso, señala que Diego confía en su padre y tienen una relación de amigos.

### *Los primeros signos del TDAH.*

Por otro lado, los primeros indicadores de déficit atencional fueron señalados por las educadoras a los 3 años de edad, cuando Diego comienza a asistir a *play-group*. Las profesionales le manifestaron a la madre que el niño presentaba dificultades a nivel madurativo, así también para quedarse sentado y seguir instrucciones. Sin embargo, los comentarios fueron ambiguos para la madre por lo que no llamaron su atención.

Posteriormente, cuando Diego ingresa al colegio, le sugieren a la madre consultar por su comportamiento con una neuróloga, ante ello la madre pensó de inmediato que lo medicarían. Situación que confirma posteriormente, ya que es allí donde recibe el diagnóstico de TDAH y le prescriben Ritalín.

El diagnóstico para la madre viene a hacer una ruptura con la continuidad del desarrollo normal del niño, es un punto de inflexión en la relación entre ella y su hijo, ese hito es significado por la madre como el momento en que comienza a mirar a su hijo de otra forma.

Por otra parte, cuando le dieron el diagnóstico, Lorena lo relacionó de inmediato a algo neurobiológico, refiriendo que, como consecuencia del TDAH, su hijo tenía un funcionamiento distinto a nivel cerebral, confirmando con ello las causas de las dificultades que tenía Diego en el aprendizaje. Esto abrió un camino distinto que recorrer en lo escolar respecto de su hermana, donde Diego necesitaba mayor atención y disposición de la madre para que pudiese aprender. Señala Lorena: “igual yo lo atribuía a algo más cerebral, que su cerebro funciona de otra manera, entonces eso hace que él aborde el aprendizaje de otra forma... implica mayor atención o disposición de parte mía y familiar para que le vaya bien, o sea había que involucrarse muchísimo más y la educación no corría en automático con él” (Entrevista 1 a la madre, párrafo 29).

*TDAH: de una pesadilla para la madre, a un problema pequeño para el niño.*

Por otro lado, la madre se refiere al TDAH como una enfermedad escolar, vale decir que se pone en juego en el colegio, a su vez indica que lo ha vivenciado como una “pesadilla”, señala que es una interferencia entre el niño y el aprendizaje, lo anterior exige más en su rol de madre para apoyar a su hijo en las tareas y el estudio, dado que Diego necesita apoyo constante por su falta de autonomía.

“el TDAH es una pesadilla... Es como una interferencia, es algo que se interpone entre el aprendizaje y él digamos. O sea que es esta cosa no de no poner atención, es algo que es complejo porque igual en el día a día no se ve en él algo distinto, algo tan especial en relación con eso, él pone atención, él lleva una conversación... funciona bien no tiene como una dificultad en eso, pero en donde se pone en juego en el colegio y ahí como que tiene mucha resistencia, como que se angustia mucho cuando tiene que concentrarse y no se puede concentrar” (Entrevista 1 a la madre, párrafo 2).

Por su parte, Diego se refiere al TDAH como distraerse, aburrirse de lo que se está haciendo, tener inquietud motriz, tardarse mucho tiempo en hacer tareas o no terminarlas. En tal sentido, muestra una especial preocupación por cómo este comportamiento afecta a sus notas en la escuela, lo que es vivenciado como un problema. De ahí que su discurso gira entorno al TDAH como un problema que aparece en la escuela, está circunscrito a ese espacio en su vida, no afectando otras actividades que disfruta realizar como jugar en computador, hacer deportes náuticos, jugar con amigos, ver series animadas. Un extracto que aborda lo anterior a continuación:

I: ¿Te han dicho alguna vez que en el colegio tienes que poner más atención?

Diego: Ah sí, eso sí.

I: ¿Quién te ha dicho eso?

Diego: Mi mamá, mi papá, mi hermana, mis amigos, mi profesora mi profesor [...] un profesor del otro curso... La mayoría de los profesores.

I: ¿Por qué te dicen eso?

Diego: Es que además [...] también tengo el problema de qué me distraigo hartito... Y cuando hago algo como que me aburro de seguir haciéndolo y no termino lo que estaba haciendo.

I: ¿Y tú crees que eso de distraerse hartito es un problema para ti?

Diego: Un problema, pero pequeño, porque el problema que me da es que me bajan las notas. [...] Si porque a veces voy al baño, voy a tomar un vaso de agua, y siempre me demoro por lo menos medio minuto, y ese medio minuto es lo que hay que hacer en la tarea o en la clase (Entrevista 1 niño párrafo 39 a 46).

*TDAH, la escuela y espíritu natural por aprender.*

Un hito importante en la trayectoria de Diego son los cambios de colegio, a los tres años asiste a un colegio bilingüe, estuvo allí hasta primero básico cuando la madre decide cambiarlo ya que considera era muy exigente para su hijo, así también recibía comentarios de los profesores por su dificultad para permanecer atento en las clases. Esto la llevó a buscar un colegio que fuera “más amigable” para el niño. Así llega a primero básico a un colegio con metodología Montessori, valora este sistema de enseñanza por el trabajo personalizado que realiza y por respetar los tiempos de cada niño favoreciendo así el aprendizaje. Destaca que los niños tienen un “espíritu natural por aprender”, en este caso el TDAH desarticula la atención y coarta la tendencia en su hijo. Por el contrario, refiere que la enseñanza tradicional responde de manera deficitaria a las dificultades del niño, los colegios tradicionales son muy exigentes y su hijo no lo pasa bien. A respecto señala:

“Su desempeño es bueno, pero él está en un colegio Montessori, entonces como el tipo de educación que tiene es como más personalizada y más a sus tiempos, y ahora con la pandemia como yo he tenido que estar acá al lado de él y viendo, viéndolo, él necesita como mucha ayuda digamos para abordar cada tema, no es autónomo digamos, necesita de constante guía de mi parte” (Entrevista 1 a la madre, párrafo 5).

I: ¿Sientes que el sistema Montessori favorece su desempeño escolar o el interés que pueda tener por las actividades que hace?

Madre: Yo creo que sí, mi hijo estuvo primero, a los tres años en “playgroup” en un colegio bilingüe, estuvo tres años en este colegio bilingüe muy exigente muy muy muy exigente, y cuando estuvo allá entre que no lo pasó tan bien digamos por la exigencia que implicaba y por otro lado la retroalimentación de las profesoras, se distraía, de que cantaban clases cuando no se, cuando estaban haciendo una tarea, estaban conversando y se ponía cantar y le da lo mismo. Entonces eso me llevó a buscar un colegio que fuera como más amigable para él, aunque este colegio bilingüe no eran tantos alumnos, eran 25. El colegio Montessori tiene una metodología que igual se preocupen de cada uno y no le exigen como hacer una materia le evalúan y la nota, sino que lo que hacen es esperar y favorecer el aprendizaje del niño ante sus propios tiempos...el colegio está centrado en mantener el espíritu por el aprender digamos, la tendencia natural de los niños por aprender, y por eso lo cambié, y funciona bastante bien o sea le ha ido súper bien digamos el año pasado le fue súper bien, este año también, pero siempre con una con un apoyo en la casa, con relación a cómo queda como que aprenda los temas básicos que tiene que, por ejemplo con la lectura en la casa igual se le apoyó hartó en eso, y en cada cosa digamos, en cada materia que debía lograr se le apoyó hartó en eso. (Entrevista 1 a la madre, párrafo 6).

Señala, además, que cuando ella lo cambia de colegio a Montessori el niño ya tomaba el fármaco, sin embargo prefiere no decir que tomaba pastillas, lo anterior a modo de poder manejar la dosis del medicamento según las necesidades que ella percibía en su hijo, no obstante, al poco tiempo una profesora con sospecha en los cambios de comportamiento de Diego consultó a la madre si tomaba algún fármaco para la concentración. Luego de ello el colegio comenzó a exigirle que se diera la pastilla para que pudiera atender en las clases.

Otro momento que la madre destaca en la trayectoria escolar del niño, es cuando le piden un informe neurológico de su hijo, ante ello la madre se niega, su temor era que

pudiesen hacer mal uso de la información, el diagnóstico y comenzaran a sobrevalorarlo. Sin embargo, aparece un elemento más, la idea del diagnóstico como una sentencia que recaía sobre Diego y nada lo iba a modificar:

“... en algún minuto una profesora me pidió un informe de la neuróloga, pero yo le dije que no, no quería que empezara a ser un instrumento, osea que fuera como una excusa el tema del diagnóstico, que comenzaran a sobrevalorarlo sí ya estaba claro lo que tenía y no iba a cambiar absolutamente nada, entonces me encontró la razón y no me lo pidió...” (Entrevista 1 a la madre, párrafo 45).

Hasta tercero básico Diego estudia en el colegio Montessori, luego por el cambio de ciudad de los padres, es trasladado a un colegio tradicional dado que no había otras opciones en esa ciudad. Diego señala que en su nuevo colegio las clases son largas, a su vez su madre dice que “lo pasa mal haciendo tareas, es como si sufriera” dice que siempre tiene tareas pendientes. Por el contrario, en el colegio anterior poseía una modalidad que le gustaba más, trabajaba con materiales didácticos, podía moverse y ocupar cualquier parte del salón, no había asientos definidos y el esquema de las clases era poco estructurado.

I: ¿Y esto de estar quieto todo el rato en clases te aburre?

Diego: ... sí, ah bueno sí, y también es que como antes yo me sentaba en el suelo indio, eh así lo hacíamos antes y solamente para almorzar nos sentábamos [en silla].

I: ... ¿antes cuando estabas en el colegio Montessori?

Diego: Sí, porque ahí nosotros trabajamos en el piso, y para escribir lo hacemos en una mesa. Porque ahí nosotros usábamos materiales, teníamos alfombra... una parte para leer, había una parte para hacer arte y eso, otra mesa...ese es un pequeño lado, pero después el resto del salón era cocina, y [...] puros materiales para hacer trabajos, inglés, matemáticas, lenguaje y a veces hacíamos cosas en grupo, hartas cosas.

I: ¿Y tu colegio de ahora te gusta?

Diego: No, ehmm [...] es que te obligan un poco a hacer ciertas cosas, en cambio en el otro salón, en el otro “cole”, uno podía elegir lo que quisiera, o sea hacer matemáticas, o lenguaje o lectura... bueno lectura no (Entrevista 2 niño párrafo 10 a 17).

Además, la madre muestra un especial interés por apoyar a su hijo en el ámbito educativo, no sólo desde su ayuda en los estudios, sino que busca alternativas, por ejemplo talleres, clases particulares para reforzar, academias de deporte y arte para potenciar su capacidad de atención, incluso cambios en la alimentación y medicamentos de tipo homeopático.

#### *La valoración de fármaco: más allá del TDAH.*

Por otro lado, la medicación y sus efectos son valorados positivamente por la madre, expresa que el TDAH es un obstáculo que el medicamento ayuda a “sortear” y “destrabar”, así también, se refiere al fármaco como un regulador emocional, señala que su hijo es más amoroso y dulce cuando toma la pastilla, en ese sentido, le da valor a la pastilla por sus efectos que van más allá de favorecer la concentración del niño. Al respecto dice: “Sabe perfecto que la pastilla es para que le ayude la concentración y le resulte como más fácil entender y concentrarse y escuchar también, pero también yo me doy cuenta que se pone más amoroso, menos opositor, es como que no está tan “hincha”...” (Entrevista 1 a la madre, párrafo 40).

Por el contrario, para el niño la pastilla representa un elemento extraño que no produce efectos en su cuerpo, además es suministrada por un otro, la madre, versada en los efectos del fármaco, ella administra la dosis y decide cuándo su hijo debe tomar pastilla, lo que en cualquier caso sólo está circunscrita al ámbito escolar.

Por su parte, Diego desestima cualquier cambio o poder del fármaco sobre sí mismo. Un ejemplo que ilustra lo anterior a continuación:

I: ¿Cuándo te olvidas de tomar la pastilla qué pasa?

Diego: Nada, la verdad yo me siento igual si me la tomo o no me la tomo [...] podría tomármela o no y me siento igual que siempre.

I: ¿Y cómo crees que sería si dejas de tomar la pastilla todos los días?

Diego: Igual que siempre, ningún cambio.

I: ¿Te gustaría dejar de tomarla?

Diego: Yo sí, porque no tengo problema, aunque no la tome.

I: ¿Qué te dice ella (mamá) para qué te la tienes que tomar?

Diego: Siempre me lo dice que me la tengo que tomar para la concentración, pero yo me siento igual, pero me la tomo a ver si cada vez que me tomo una y me concentro más y también porque yo me quiero concentrar más, pero como que me cuesta un poco concentrarme (Entrevista 1 niño, párrafos 95 a 98).

Por otro lado, Diego señala que desearía que la pastilla le pudiera dar súper poderes, como por ejemplo ser indestructible, dice “El poder de indestructible, para que te tiren una cosa en la cabeza y que siguieras así caminando” (Entrevista 1 niño párrafos 112 y 113). Lo anterior, puede ser pensado en el malestar del niño en su relación con el otro, como puede ser atacado por el discurso del otro, por el diagnóstico, que lo destruye, por ello su anhelo de que una pastilla le permita seguir indemne a la exigencia del otro materno, escolar y social. es decir, permanente e invulnerable.

Respecto a la forma en que funciona la pastilla, la madre ocupa una metáfora biologicista para explicar la acción del fármaco, la pastilla sería un agente que estimula la concentración y regulación emocional, dice que actúa apagando el cerebro y jerarquizando los estímulos.

“El cerebro funciona como haciendo un montón de asociaciones, por así decirlo, donde capta muchos estímulos y no hay una jerarquización. Los estímulos entonces entran como que de todos lados, los estímulos tienen el mismo peso digamos, entonces el remedio lo que hace es que apaga ciertas como zonas para que se focalice como linealmente un estímulo entre y le permita concentrarse...”(Entrevista 1 a la madre, párrafo 31).

Pero también destaca cambios a nivel de su personalidad, se vuelve un niño dulce, amoroso, maduro, abre una dimensión distinta de su hijo que sin la pastilla no tiene acceso. Ante esto se muestra totalmente partidaria del uso de del medicamento en su hijo, sin embargo, refiere que los fines de semana y vacaciones queda “liberado”, a diferencia de la semana en que el niño es “preso de la pastilla”. Así también busca otras alternativas de fármacos que ayuden a la concentración. En el siguiente párrafo la madre describe cómo es el niño antes y después del fármaco.

I: ¿sientes que la relación con tu hijo ha cambiado desde que él toma el remedio??

Madre: Si yo diría que sí [...] con la pastilla yo lo vi como sobre todo como a los seis años por así decirlo como cuando él lo empezó a tomar, vi a otro niño, digamos un niño amoroso, un niño como mucho más dulce como que vi otra faceta de él que no las veía cuando no estaba con la tableta [...] entonces como que igual me abrió la dimensión de que él es así, pero tiene esto que como de alguna manera interfería pero ahora en esto digamos sobre todo en este último año ha cambiado también, o sea como que está mucho está maduro. Me apareció la pastilla en términos como emocionalmente como yo creo que tiene que ver con el tema como más de madurez también, pero, está en juego esta cuestión del déficit particularmente en relación al estudio, pero si, la pastilla igual como que me abrió una dimensión de que él era distinto también, puede ser distinto o sea como que pensé, me acuerdo haberlo visto alguna vez con la pastilla y estábamos estudiando algo viendo algo, decir chuta es otro niño, como súper amoroso, así como súper no sé qué, súper dispuesto es como que hay un cambio súper importante (Entrevista 1 a la madre, párrafo 43).

Así también, en la entrevista la madre configura una red compuesta por la escuela, la familia, el niño y el fármaco, ejemplo de ello es cuando indica que está de acuerdo que la neuróloga haya subido la dosis que toma su hijo:

“Si de todas maneras estoy de acuerdo, lo necesitaba, de hecho el año pasado y este año también partió las clases y yo no le había dado la pastilla todavía, porque no había ido y quería ver también un poco cómo funcionaba sin la pastilla, y a las dos semanas me llamaron del colegio y me dijeron “Sabes que tienes que darle la pastilla porque no da... osea como que no se concentra, como que lo perdimos”, y a las otras dos semanas las profesoras me dicen que es otro niño, que está con ganas de aprender, ésta mucho más atento ... Sí, yo estoy súper a favor de la pastilla, aunque dicen que súper tóxica...” (Entrevista 1 a la madre, párrafo 35)

Finalmente, la madre valora el uso del medicamento en la vida diaria, señala que “... en lo cotidiano facilita la vida indudablemente no solamente para los padres que ya es hartos digamos, porque tampoco hay tanto tiempo para estar ahí como full a las necesidades de tu hijo”. (Entrevista 1 a la madre, párrafo 48).

## 5 Discusión

Comprender las dinámicas relacionadas entre la medicación, el TDAH y la experiencia subjetiva de niños(as) y sus padres, implica, por una parte, comprender las experiencias cotidianas de los propios individuos, y por otra, las fuerzas que ejercen agentes como fármacos y distintas perspectivas sobre TDAH en los sujetos.

A partir de los antecedentes expuestos, la presente investigación tuvo por objeto explorar las experiencias subjetivas de la diada madre-hijo respecto de los fármacos y el diagnóstico de TDAH, se propuso dar cuenta de la experiencia el niño y su madre sobre el diagnóstico, por otro lado analizar la relación y los efectos que le atribuye la diada madre-hijo al medicamento para el TDAH, para finalmente dar cuenta cómo se articula la relación entre el niño, la madre y el fármaco.

Las diversas argumentaciones sobre el origen del TDAH y los efectos de los medicamentos han dejado de lado al niño, niña y su vivencia, ignorando lo que se produce en ese encuentro entre el sujeto y el fármaco, que se da además en medio de otras interacciones que influyen en sus alcances.

Partiendo del supuesto que los distintos discursos disciplinares biomédicos, sociales y psicoanalíticos, ejercen influencia en cómo los sujetos experimentan el TDAH y la medicación, se pudo constatar que la experiencia de los sujetos con cada uno de estos discursos puede ser contradictoria. Dicho de otro modo, los individuos también participan de las mismas controversias que aparecen a nivel disciplinar, dado que, si bien toman partido por alguna de ellas, no siempre logran dar cabal respuesta y comprensión, por lo tanto, el sujeto participa de las mismas controversias que aparecen a nivel disciplinar.

De ahí que las controversias se pueden entender en un doble plano, por un lado desde la idea de que son las disciplinas las que se controvierten, pero también desde la perspectiva intrapsíquica de los sujetos, como si estos hiciesen negociaciones internas respecto de a quién deben responderle, si a la medicina, al colegio, a los psicólogos, entre otros actores sociales.

Partiendo del análisis de la experiencia de la madre, esta significa el TDAH como un elemento que hace una interferencia a nivel cerebral, es el cerebro el que funciona de una manera distinta en el niño, lo que da cuenta de su inclinación por una explicación de tipo neurobiológico del TDAH, vale decir, la madre es permeable al modelo médico-biológico para dar cuenta cómo afecta el TDAH el funcionamiento del niño.

Por otra parte, el diagnóstico para la madre implica una falla en el niño, un déficit en su capacidad de atender, concentrarse y responder a las exigencias de la escuela, lo anterior obliga a repensar sus funciones maternas, pero no desde una mirada reflexiva, sino desde una persecutoria al sentir sobre sí misma la mirada enjuiciadora de los profesores. Es así como para la madre el diagnóstico recae como una sentencia inmodificable sobre el niño, esto implica para ella un cambio de lugar, ahora debe entregar mayor atención y compañía en lo escolar.

En tal sentido, para la madre el TDAH es una “pesadilla” una “enfermedad escolar” que provoca en el niño sufrimiento, angustia y resistencia a la escuela, es allí donde se pone en juego el diagnóstico. Destaca que los niños poseen un “espíritu natural por el aprender” lo que viene a ser coartado por el TDAH.

Respecto del fármaco, la madre legitima y es partidaria de su uso, este es un agente que viene a completar a su hijo, que tiene una carencia en su capacidad de atender y concentrarse, asimismo, la pastilla ayuda a “sortear” “destrabar” la interferencia que se da a nivel cerebral, por el obstáculo que significa el TDAH para el aprendizaje.

La pastilla y las dosis son reguladas por la madre, según criterios que vienen tomados desde el discurso médico, es así como la pastilla debe ser tomada sólo los días de colegio, el fin de semana es libre el fármaco, así también la madre refiere que la pastilla “arregla la concentración” “apaga ciertas zonas [del cerebro] para que se focalice ... linealmente y entre un estímulo y le permita concentrarse...”

Pero la pastilla además cumple una función en la personalidad del niño, le permite a la madre tener acceso a otra dimensión de él. El fármaco es la llave para abrir una faceta

distinta, a los ojos de la madre cuando el niño consume el fármaco, es otro, es el niño de sus expectativas, de su deseo: maduro, amoroso y menos opositorista.

A partir de lo anterior se evidencia una disociación en la madre, una ruptura entre el niño que ve y el niño que quiere, entre niño que no se logra concentrar y el niño que tiene que rendir, leer entre las expectativas y lo real que ella ve.

Por otro lado, las metáforas de orden biológico son las que prevalecen en el discurso de la madre, mirada hegemónica entre los investigadores para abordar el TDAH, sin embargo, con todo no sigue el modelo médico puramente, en ella también hay contradicciones para adoptar una postura, por ejemplo señala que pese a que la pastilla ayuda a su hijo, sabe que es tóxica, pero privilegia los beneficios que produce en su hijo. Lo anterior ilustra cómo las controversias también se dan en los sujetos, más allá de los propios debates que se originan al alero de las posturas disciplinares.

Respecto de la escuela la madre no es permeable a la idea de una escuela tradicional, esta excede en exigencias y expectativas hacia su hijo, además responde de manera deficitaria a las necesidades del niño, es por ello que la madre busca un sistema alternativo, que se acomode a su funcionamiento. A partir de lo anterior, resulta procedente pensar en la importancia ciertos tipos de educación, para ciertos sujetos que están en conflicto con la escuela, en este caso, es el sistema Montessori en el que el niño se adapta mejor, su atención y agitación puede ser orientada por esta metodología del aprendizaje.

Finalmente cabe preguntarse, hasta que punto el fármaco adquiere funciones particulares para la madre, una madre exitosa y autoexigente en lo profesional, pero que en sus funciones maternas se ve frustrada y sobrepasada por el TDAH, es del caso preguntarse cómo el fármaco ayuda a la madre a reivindicarse ante la mirada del otro social y escolar.

Por su parte, para el niño el TDAH es un “problema pequeño”, intentando resistirse a al déficit que el diagnóstico le imputa. Pese a su posición, le resulta difícil escapar de la identidad que le concede esta categoría ante el otro materno, escolar y social. El TDAH como parte de su identidad, otorga una comprensión sobre su comportamiento al otro materno y escolar

De esta forma, tanto el diagnóstico como el fármaco son un acompañante de su identidad, el otro materno y el otro escolar lo ven en función si toma o no la pastilla, sin embargo, el fármaco le entrega al niño una esperanza, la pastilla daría acceso a su “verdadera” identidad, es la llave para acceder al niño del deseo materno y las expectativas de la escuela, esa parte de sí mismo que rescatada por los adultos, y que es invisibilizada por el TDAH.

Por el contrario, para el niño el medicamento es un objeto concreto dado por la madre, es el otro materno y el otro escolar los que entran en su psiquismo a través de la pastilla y determinan cuánto y cuándo debe tomar el fármaco, su experiencia es no tomada en cuenta, queda desplazada por el deseo del mundo adulto.

Ante ello el niño muestra angustia, desde su experiencia la medicación no hace efecto, este no lo ayuda a concentrarse en la escuela, pese a ello, el discurso médico es el que ha permeado en la madre y la escuela, por lo que ejerce más fuerza sobre ellas.

En cambio, el deseo del niño es que el fármaco lo ayude a lidiar con las expectativas del entorno, sin embargo, ni el diagnóstico ni la pastilla lo exime de las exigencias del entorno.

Recordando lo planteado por Reyes (et al., 2019), la facilidad con que se patologiza a los niños/as que no rinden en la escuela, ha llevado a ignorar la necesidad de profundizar en los procesos de “medicalización”, los usos del diagnóstico y los medicamentos, así como las consecuencias de estos en las dinámicas familiares o las experiencias y las trayectorias sociales de niños/as.

En este sentido los niños/as, son vistos como receptores pasivos de los diagnósticos, la medicación y categorías del mundo adulto, desechando la posibilidad de que sean sujetos activos que usan y se apropian de dichas categorías, asignándoles sus propios sentidos y usos (Reyes, et al., 2019).

De esta manera, resulta pertinente recordar lo que señala Jenkins (2011) sobre el yo farmacológico, cuando señala que este no concibe a la subjetividad como una característica de la experiencia individual, por el contrario, los sujetos individuales están inmersos en un

entorno intersubjetivo e institucional, frente al cual puede existir aceptación o resistencia, pero no son yo por su propia conformidad.

En suma, es del caso preguntarse hasta qué punto el alivio de los síntomas, aunque sea de manera transitoria, por el fármaco concede al niño la posibilidad de zafar del estigma que significa el diagnóstico, por otro lado cabe cuestionar cómo entiende el niño que el remedio no lo remedia, es decir, consumir el fármaco para sanar su déficit no enmienda la desatención, hiperactividad e impulsividad desde su origen.

El fármaco por su parte no está desprovisto de significación, al ser el TDAH pensado como una enfermedad orgánica, el fármaco es un agente neuroquímico que viene a aliviar los síntomas. Sin embargo, no solo el discurso biomédico reviste de legitimidad, sino también la perspectiva social adquiere autoridad entre los debates disciplinares. Es así como la pastilla es validada en su poder mágico de activar y apagar la concentración

Por otro lado, como se ha revisado, el fármaco como agente ejerce sus efectos más allá de los generados a nivel neurobiológico, el medicamento ejerce una función en el psiquismo de quien lo toma y constituye una experiencia subjetiva. Como señala Jenkins (2011), la medicalización puede ser percibida simultáneamente como un proceso útil para restaurar el sentido de autocontrol, normalidad y autonomía, pero paradójicamente a costa de una experiencia de privación de normalidad y autonomía. Por consiguiente, medicar no se trata solo de suministrar un fármaco, este podría constituir una experiencia compleja para el sujeto que a veces no es contemplada por el discurso médico.

En la misma línea, Bianchi (2018) plantea que los fármacos superan su significado biológico, en tanto exceden el control de quienes los prescriben, en sociedades de consumo, el fármaco además de ser naturalizado, opera como estructurante del yo.

Por ello no sólo es el cuerpo el que recibe este agente extraño que es insertado, sino que también la mente es alcanzada por sus efectos, en tal sentido cobra relevancia la discusión de cómo el consumo regular de fármacos da forma al yo, entendiendo el yo como señala Jenkins (2011), la suma de procesos hacia el cual sujeto está orientado en el mundo y hacia

otras personas, en consecuencia, el yo farmacéutico sería aquel aspecto del yo orientado por y hacia las drogas farmacéuticas.

Por otro lado, como sugiere Jenkins (2011), un componente clave de los medicamentos es su poder de transformación, sin embargo, resulta un contrasentido que tales transformaciones puedan ser curativas y dañinas dado su potencial nocivo, esta controversia surge en la madre y no logra ser estabilizada.

En suma, en nuestro estudio la mirada neurobiológica se posiciona como la perspectiva hegemónica entre los discursos biomédicos, psicosociales y psicoanalíticos, quedando fuera de toda controversia, es decir, la mirada neurobiológica y biomédica se plantea como una verdad sin refutaciones, por lo que es privilegiada por actores como la madre, la escuela y la neuróloga a la hora de dar una comprensión de cómo opera el TDAH en cuerpo del niño y la forma de justificar el uso del fármaco.

Sin embargo, a partir de esta investigación podemos concluir que existe una tensión entre las miradas biologicistas y psicosociales, ninguna perspectiva por si misma logra explicar como los sujetos experimentan el diagnóstico y la medicación. Por lo que los actores vivencian sus propias controversias sin lograr estabilizar una por sobre otra.

Finalmente, se puede constatar que el niño es sometido por la escuela, la madre, el sistema médico y el fármaco, estos actores hacen alianza para efectos del ajustar el comportamiento del niño a la escuela, en tal sentido la mirada del TDAH como una enfermedad orgánica y el fármaco como el medio remediar dicha enfermedad favorece la decisión y justificación para uso del fármaco.

## 6 Conclusiones

En suma, no cabe dudas que entorno al diagnóstico y medicalización del TDAH existe un debate plagado de discusiones, las investigaciones abordan las controversias que van desde el cuestionamiento por el origen de esta psicopatología, pasando por la medicación de la infancia, hasta llegar al cuestionamiento del estatuto mismo del TDAH, referida esta última a la existencia o no del cuadro psicopatológico.

Lo anterior ha producido que no exista una perspectiva única y concluyente sobre sus causas y la pertinencia de los tratamientos farmacológicos. Desde nuestra posición creemos que no es posible abordar este trastorno ignorando las voces de los niños/as y su capacidad de dar cuenta del malestar subjetivo asociado al diagnóstico y la medicación. Por ello, ampliar la comprensión de los procesos de medicalización y diagnóstico del TDAH, es fundamental para conocer las experiencias de los/as niños/as y su entorno, dado que los fármacos pueden representar un anhelo para aliviar un malestar subjetivo, pero también un agente que ejerce un control sobre los sujetos que los consumen.

La relevancia de este estudio radicó en generar aproximaciones innovadoras en relación a cómo viven el malestar personas que están afectadas en situaciones de salud mental, además explora una mirada distinta en cómo leer el bienestar de los pacientes, desde una aproximación metodológica diversa para abordar el estudio de los efectos de los fármacos, que intente reintroducir la noción de sujeto de una manera distinta.

La presente investigación tuvo como objetivo indagar las experiencias de una diada madre-hijo con el diagnóstico de TDAH y los fármacos asociados a dicha entidad. En este sentido, el presente estudio se propuso por una parte describir la experiencia del niño asociada al uso del fármaco, así también analizar la relación y los efectos que le atribuye la diada hijo-madre al medicamento, para luego dar cuenta cómo se articula la relación entre el niño, la madre y el fármaco.

Se intentó dar respuesta a preguntas como ¿en qué sentido la experiencia del diagnóstico de TDAH y el consumo de fármacos estaría marcado por las controversias

disciplinarias y subjetivas? ¿cómo experimentan el diagnóstico y el uso de medicamentos sujetos que están subjetivados en el marco de un diagnóstico controversial?

Se partió del supuesto que los discursos biomédicos, sociales y psicoanalíticos sobre el TDAH, ofrecen conceptualizaciones diferentes que tienen consecuencias respecto de cómo los sujetos experimentan o vivencian el TDAH. Lo anterior nos llevó a concluir que el TDAH se convierte en un objeto de controversia, lo que implica que las experiencias respecto del diagnóstico y la medicación pueden ser tan diversas de acuerdo a cómo los sujetos vayan tomando partido por cada una de estas miradas.

Desde las argumentaciones biológicas-médicas, el TDAH es definido como un cuadro de etiología orgánica, los sujetos con esta psicopatología presentarían dificultades en las funciones atribuidas a la corteza prefrontal, entre los factores psicosociales-ambientales se atribuyen, entre otras, causas vinculadas a conductas de la madre en el periodo prenatal temprano, como por ejemplo tabaquismo materno prenatal, consumo de alcohol y drogas ilícitas. Respecto a los discursos de orientación psicoanalítica estos ponen énfasis en las dificultades en las relaciones primarias, los fallos en la autocontención y auto-tranquilización serían precursores de un posible TDAH.

Así los hallazgos y aprendizajes aportan la posibilidad de repensar la experiencia de la medicación, desde lo que hasta ahora ha dominado hacia una mirada donde los efectos de la medicación no solo sean estudiados en orden de las repercusiones a nivel fisiológico, sino también los efectos psíquicos que surgen para el niño, su familia y las relaciones que establece con el mundo.

De ahí advertimos, en el caso del niño, que no sólo el cuerpo es el que recibe el fármaco como un objeto extraño que es insertado, sino que también la mente es alcanzada por sus efectos, en tal sentido cobra relevancia la discusión de cómo el consumo regular de fármacos actúa sobre la subjetividad del sujeto dando forma al yo.

Por otra parte, apreciamos cómo el diagnóstico y fármaco se configura como una llave de acceso para la madre, permitiéndole encontrar al hijo del deseo materno que completa sus expectativas en relación al éxito académico.

Así también, dimos cuenta de la tensión que viven los sujetos al intentar resolver sus propias controversias producidas por los discursos biologicistas y psicosociales, sin lograr estabilizar y tomar posición puramente por una, lo que evidencia cómo los sujetos también experimentan internamente controversias como aparecen a nivel disciplinar.

Además, se pudo constatar la red configurada por la escuela, la madre, el sistema médico y el fármaco, como estos actores comparten la mirada médica que califica al TDAH como una enfermedad orgánica y el fármaco como el medio remediar dicha enfermedad.

Finalmente, como una limitación de este estudio se puede mencionar que no se logró dar cuenta del impacto de los discursos psicoanalíticos sobre el diagnóstico del TDAH, lo que podría ser abordado en una investigación posterior.

## 7 Referencias Bibliográficas

- Abarzúa, M., & González, M. (2007). Salud mental infanto-juvenil como problemática pública. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 16(2), 79–95.
- Affonso, M., & Azevedo, C. (2013). Control y medicalización de la infancia. *Desidades*, 1(1), 11–21.  
[http://pepsic.bvsalud.org/pdf/desi/v1/es\\_n1a02.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/desi/v1/es_n1a02.pdf)
- Aldaroso, T., Avellón, M., Gonzámlez, F., Jarast, R., Jiménez, A., Martín, S.,... Tapia, X. (2013). Psicoanálisis y TDAH: El origen de la hiperactividad y los problemas de atención en las vivencias primeras. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 56, 17-24.
- Almonte C, Montt M E, Correa A. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Editorial Mediterráneo Ltda 2003; 243-55.
- American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, DSM V. Virginia, USA. American Psychiatric Publishing. 947 p.
- Artigas-Pallarés.J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención / hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(1), 68–78. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22139079>
- Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Danckaerts, M., Döpfner, M., Faraone, S. V., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H. C., Sonuga-Barke, E. J., & Taylor, E. (2006). Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(8), 476–495. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0549-0>
- Bergey, M., Filipe, A., Conrad, P., & Singh, I. (2018). *Global perspectives on ADHD: Social dimensions of diagnosis and treatment in sixteen countries* (Vol. 2018). Johns Hopkins University Press.

- Berger, M. (2000) El niño hiperactivo y con trastornos de atención. Un enfoque clínico y terapéutico. Madrid: Síntesis.
- Bianchi, E. (2012). TDAH e influencia del manual DSM \*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 10(2), 1021–1038. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77323978017>
- Bianchi, E. (2015). “El futuro llegó hace rato”. Susceptibilidad, riesgo y peligrosidad en el diagnóstico y tratamiento por TDAH en la infancia. Revista de Estudios Sociales, 2(52), 185–199. <https://doi.org/10.7440/res52.2015.13>
- Bianchi, E., Faraone, S., Ortega, F. J., Gonçalves, V. P., & Zorzaneli, R. T. (2017). Controversias sobre ADHD y metilfenidato en discusiones sobre medicalización en Argentina y Brasil. Physis Revista de Saúde Coletiva, 27(3), 641–660.
- Bianchi, E. (2018). Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 214–257.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1215–1220. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.020>
- Biehl, J., Good, B. J., & Kleinman, A. (2007). *Subjectivity, 7: Ethnographic Investigations: 07* (1.<sup>a</sup> ed.). University of California Press.
- Blackman, L., Cromby, J., Hook, D., Papadopoulos, D., & Walkerdine, V. (2008). Creating Subjectivities. *Subjectivity*, 22(1), 1–27. <https://doi.org/10.1057/sub.2008.8>
- Cardo, E., & Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 40(1), 11–15. [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(05\)73278-9](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(05)73278-9)

- Casanova, G. (2000). Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad. *Medicina Familiar*, 1(5), 13–18.
- Coca, S. & Unzueta, C. (2005). Un abordaje en psicoanálisis de las dificultades de aprendizaje desde el concepto de síntoma. *Ajayu Órgano de difusión Científica del Departamento de psicología UCBSP*, 3(1), 165-178. Recuperado en 16 de junio de 2019, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612005000100009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612005000100009&lng=es&tlng=es).
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annu. Rev. Sociol.* Vol 18. Pp. 209-232.
- Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3–14. <https://doi.org/10.1177/002214650504600102>
- Cottet, P., Béliard, A., & Nakamura, E. (2019). Presentation - Concepts, trajectories, and approaches to “agitation” and “non-conforming children”: social and cultural experiences in Brazil, Chile and France. *Saúde e Sociedade*, 28(1), 6–11. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019000001>
- Creswell, J. W. (2013a). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4a.ed.). Thousand Oaks, CA, EE. UU. SAGE.
- Czerniak, S. M., Sikoglu, E. M., King, J. A., Kennedy, D. N., Mick, E., Frazier, J., & Moore, C. M. (2013). Areas of the Brain Modulated by Single-Dose Methylphenidate Treatment in Youth with ADHD During Task-Based fMRI. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(3), 151–162. <https://doi.org/10.1097/hrp.0b013e318293749e>
- De La Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S., & Melipillán, R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista*

Médica Clínica Las Condes, 23(5), 521–529. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70346-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70346-2)

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. (2012). *Manual de investigación cualitativa. Vol. 1: El campo de la investigación cualitativa*(1.<sup>a</sup> ed.). Gedisa Mexicana.

Faraone, S., Bianchi, E., Torricelli, A., & Valero, A. (2018). *Medicalización, salud mental e infancias: Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de américa latina* (Vol. 1). Teseo.

Faraone S, Doyle A, Mick E, Bierderman J. (2001). Meta-analysis of association between the 7-repeat allele of the dopamine D4 receptor gene and attention déficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 158: 1052-7.

Faraone, S. V., & Buitelaar, J. (2009). Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(4), 353–364. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0054-3>

Fernández Jaén, A., López Martín, S., Albert Bitaubé, J., Martín Fernández-Mayoralas, D., Fernández Perrone, A. L., Calleja Pérez, B., & López Arribas, S. (2017). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: perspectiva desde el neurodesarrollo. *Revista de Neurología*, 64(1), 101–104. <https://doi.org/10.33588/rn.64s01.2017005>

Fishman, J. (2004). Manufacturing Desire: The Commodification of Female Sexual Dysfunction. *Social Studies of Science*, 34(2), 187–218. doi: 10.1177/0306312704043028.

Flick, U. (2006). *An Introduction to Qualitative Research* (3<sup>a</sup> ed.) Londres: Sage. *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid. Morata, 2004

Fraser, D.S.; Valentine, K. y Roberts, C. (2009). “Living Drugs”, *Science as Culture*, 18, 2, 123-131.

Freud, S.: (1926) *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Amorrortu, Bs. Aires, 1986.

- Galende, E. (s.f.). Psicofármacos y Salud Mental La Ilusión de no ser, 1, 25\_34. Retrieved from [http://intercanvis.es/pdf/20/n20\\_art02.pdf](http://intercanvis.es/pdf/20/n20_art02.pdf)
- García Ron, A., Blasco-Fontecilla, H., Huete, B., & Sabaté, J. (2015). Tratamiento farmacológico estimulante del TDAH. *Revista Española de Pediatría*, 71(2), 75–81.
- Gizer, I. R., Ficks, C., & Waldman, I. D. (2009). Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human Genetics*, 126(1), 51–90. <https://doi.org/10.1007/s00439-009-0694-x>
- Greene, J. & Sismondo, S. (2015). *The Pharmaceutical Studies Reader*. New Jersey: Wiley Blackwell.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Hawthorne, N.Y.: Aldine de Gruyter.
- Hart, N.; Grand, N.; Riley, K. Making the grade: the gender gap, ADHD, and the medicalization of boyhood. In: ROSENFELD, D.; FAIRCLOTH, C. (Ed.). *Medicalized masculinities*. Philadelphia: Temple University Press, 2006. p. 132-165.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hurt, E. A., Hoza, B. & Pelham, W. E. (2007). Parenting, family loneliness and peer functioning in boys with Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, pp. 543- 555.
- International Narcotics Control Board (INCB). Informe 1995. Disponible en: [http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1995/AR\\_1995\\_S.pdf](http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1995/AR_1995_S.pdf). Acceso: septiembre 2020.

- Instituto de Salud Pública (2009) Alerta sobre Metilfenidato [en línea] Santiago  
[http://www.ispch.cl/img/banner/Alerta\\_Metilfenidato.PDF](http://www.ispch.cl/img/banner/Alerta_Metilfenidato.PDF) [consultado: octubre, 2020]
- Janin, B. (2009). La violencia en la estructuración subjetiva. *Cuestiones de infancia*, 13, 15-33.
- Janin, B. (2011). *El sufrimiento psíquico en los niños*. Buenos Aires: Noveduc.
- Jenkins, J. (2011). *Pharmaceutical Self The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology*. SAR.
- Juretic, J., & Fuenzalida, J. (2015). Diseño Institucional de un nuevo sistema de Protección Integral de la Infancia y Adolescencia en Chile: Principios y componentes esenciales. *Serie Sistemas Públicos*, 11, 3-22.
- Kollins, S. H. (2009). Genética del TDAH Genética, neurobiología y neurofarmacología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista de Toxicomanías*, 55, 19–28. Retrieved from [http://www.cat-barcelona.com/app/webroot/uploads/rets/Ret55\\_3.pdf](http://www.cat-barcelona.com/app/webroot/uploads/rets/Ret55_3.pdf)
- Kos, J.M., Richdale, A.L. & Hay, D.A. (2006). Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and their Teachers: A review of the literature. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(2), 147-160.
- Laver-Bradbury, C. (2013). ADHD in children: An overview of treatment. *Nurse Prescribing*, 11(12), 597–601. <https://doi.org/10.12968/npre.2013.11.12.597>
- Laws, S., y Mann, G. (2004). So you want to involve children in research? A toolkit supporting children’s meaningful and ethical participation in research relating to violence against children. Stockholm: Save the Children Sweden.
- Lewis M. Child and Adolescents Psychiatric. A comprehensive Textbook. Baltimore: Williams and Williams, 1994.

- Martin, E. (2007). *Bipolar expeditions. Mania and depression in American Culture*. Princeton-Oxford: Princeton University Press.
- Martinhago, F., Lavignino, N., Folguera, G., & Caponi, S. (2019). Factores de riesgo y bases genéticas: el caso del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Salud Colectiva*, *15*, 1–17. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1952>
- Mehta, S., Mehta, V., Mehta, S., Shah, D., Motiwala, A., Vardhan, J., Mehta, N., & Mehta, D. (2011). Multimodal Behavior Program for ADHD Incorporating Yoga and Implemented by High School Volunteers: A Pilot Study. *ISRN Pediatrics*, *2011*, 1–5. <https://doi.org/10.5402/2011/780745>
- Mertens, D. M. (2010). Transformative Mixed Methods Research. *Qualitative Inquiry*, *16*(6), 469–474. <https://doi.org/10.1177/1077800410364612>
- Meulen, E. M., Bakker, S. C., Pauls, D. L., Oteman, N., Kruitwagen, C. L., Pearson, P. L., Sinke, R. J., & Buitelaar, J. K. (2005). High sibling correlation on methylphenidate response but no association with DAT1-10R homozygosity in Dutch sibpairs with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*(10), 1074–1080. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01521.x>
- Ministerio de Salud - MINSAL. Guía clínica TDAH. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2008.
- Millichap, J. G. (2008). Etiologic Classification of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *PEDIATRICS*, *121*(2), e358-e365. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1332>
- Moffitt, T. E., Houts, R., Asherson, P., Belsky, D. W., Corcoran, D. L., Hammerle, M., Harrington, H., Hogan, S., Meier, M. H., Polanczyk, G. V., Poulton, R., Ramrakha, S., Sugden, K., Williams, B., Rohde, L. A., & Caspi, A. (2015). Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade

Longitudinal Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*, 172(10), 967–977.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14101266>

Moyano, A., Torres, P., Eyheramendy, M. J., & Barrera, P. (2011). Trastornos por déficit de atención: Consideraciones desde la psicología para un diagnóstico comprensivo integral. *Cuadernos Médicos Sociales*, 51(4), 218–224.

Orueta Sánchez, Ramón, Santos Rodríguez, Coral, González Hidalgo, Enrique, Fagundo Becerra, Eva M<sup>a</sup>, Alejandro Lázaro, Gemma, Carmona de la Morena, Javier, Rodríguez Alcalá, Javier, Campo del Campo, José M<sup>a</sup> del, Díez Andrés, María Luisa, Vallés Fernández, Natalia, & Butrón Gómez, Teresa. (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(2), 150-161. Recuperado en 26 de julio de 2021, de

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2011000200011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011&lng=es&tlng=es).

O'toole, K., Abramowitz, A., Morris, R., & Dulcan, M. (1997). Effects of Methylphenidate on Attention and Nonverbal Learning in Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 531–538. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00016>

Papaseit, E., García-Algar, O., Simó, S., Pichini, S., & Farré, M. (2013). Metilfenidato en el tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad en pediatría: monitorización en matrices biológicas. *Anales de Pediatría*, 78(2), 123.e1-123.e10. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.08.015>

Peña, A., & Montiel-Nava, C. (2003). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿Mito o realidad? *Revista de Neurología*, 36(2), 173–179.

<https://doi.org/10.33588/rn.3602.2002161>

- Peña , M., Rojas Navarro, P., & Rojas, S. (2015). How to diagnose a child? Attention Deficit-Hiperactivity Disorder diagnostic strategies from a critical discursive perspective. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 15(1), 91. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1304>
- Puddu, G., Rothhammer, P., Carrasco, X., Aboitiz, F., & Rothhammer, F. (2017). Déficit atencional con hiperactividad: Trastorno multicausal de la conducta, con heredabilidad y comorbilidad genética moderadas. *Revista Medica de Chile*, 145(3), 368–372. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000300011>
- Prandi, M. (2006). ADHD. Un nombre para la falla de la función de inhibición. En G. Stiglitz (Ed.), *DDA, ADD, ADHD o como ustedes quieran. El mal real y la construcción social* (Edición corregida ed., pp. 61–68). Grama ediciones.
- Raya-Trenas, A. F., Herreruzo-Cabrera, J. & Pino-Osuna, M. J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20 (4), pp. 691-696.
- Rebasa, M. (2006). De la respuesta farmacológica al síntoma analítico. En G. Stiglitz (Ed.), *DDA, ADD, ADHD o como ustedes quieran. El mal real y la construcción social* (Edición corregida ed., pp. 83–90). Grama ediciones.
- Reyes, P., Cottet, P., Jimenez, A., & Jauregui, G. (2019). Repensando la medicalización: posiciones discursivas de niños y de sus cuidadores sobre el diagnóstico y tratamiento del TDAH en Chile. *Saúde Soc. São Paulo*, 28(1), 40–54. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019181141>
- Rodríguez, L., López, J. A., Garrido, M., Sacristán, A. M., Martínez, M. T., & Ruiz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Pediatría de Atención Primaria*, 11(42), 251–270. <https://doi.org/10.4321/S1139-76322009000200006>

- Rojas, S., Rojas, P., Castillo-Sepúlveda, J., & Shöngut-Grollmus, N. (2018). Reensamblando la medicalización: Hacia una pluralización de las explicaciones del TDAH en Chile. In S. Faraone, E. Bianchi, F. Torricelli, & A. S. Valero (Eds.), *Medicalización, salud mental e infancias: Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina* (Teseo). Buenos Aires.
- Rojas, S., & Vrecko, S. (2017) Pharmaceutical entanglements: an analysis of the multiple determinants of ADHD medication effects in a Chilean school, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12:sup1, 1298268, DOI: 10.1080/17482631.2017.1298268
- Sagiv, S. K., Epstein, J. N., Bellinger, D. C., & Korrick, S. A. (2013). Pre- and Postnatal Risk Factors for ADHD in a Nonclinical Pediatric Population. *Journal of Attention Disorders*, 17(1), 47–57. <https://doi.org/10.1177/1087054711427563>
- Sánchez, J. P. (2015). Psicoanálisis, una lectura acerca de la subjetividad en el proceso de medicalización infantil escolar. *Revista Electrónica Sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación En Iberoamérica*, 2(3), 25–34. Retrieved from [http://intercanvis.es/pdf/20/n20\\_art02.pdf](http://intercanvis.es/pdf/20/n20_art02.pdf)
- Sandoval, A., Acosta, N., Crovetto, F., & León, M. (2009). Enfrentamiento terapéutico del trastorno por déficit atencional en una población infantil escolar perteneciente a la Región Metropolitana de Chile. *Revista Chilena de NeuroPsiquiatria*, 47(1), 34–42. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272009000100005>
- Singh, I. (2013). Not robots: Children’s perspectives on authenticity, moral agency and stimulant drug treatments. *Journal of Medical Ethics*, 39(6), 359–366. <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100224>

- Smoot, L. C., Boothby, L. A., & Gillett, R. C. (2007). Clinical assessment and treatment of ADHD in children. *International Journal of Clinical Practice*, 61(10), 1730–1738. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2007.01519>
- Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.
- Storebø, O. J., Krogh, H. B., Ramstad, E., Moreira-Maia, C. R., Holmskov, M., Skoog, M., ... Gluud, C. (2015). Metilfenidato para el trastorno por déficit de atención / hiperactividad en niños y adolescentes: revisión sistemática Cochrane con metanálisis y análisis secuencial de ensayos de ensayos clínicos aleatorizados. *BMJ* (Online), 351. <https://doi.org/10.1136/bmj.h5203>
- Strauss, A., Corbin J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Colombia. Editorial Universidad de Antioquia.
- Swanson, J. M., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Wigal, T., Arnold, L. E., Vitiello, B., Hechtman, L., Epstein, J. N., Pelham, W. E., Abikoff, H. B., Newcorn, J. H., Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Wells, K. C., Hoza, B., Jensen, P. S., Gibbons, R. D., Hur, K., Stehli, A., . . . Volkow, N. D. (2007). Effects of Stimulant Medication on Growth Rates Across 3 Years in the MTA Follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1015–1027. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180686d7e>
- Tendlarz, S. (2006). La atención que falta y la actividad que sobra. En G. Stiglitz (Ed.), *DDA, ADD, ADHD o como ustedes quieran. El mal real y la construcción social* (Edición corregida ed., pp. 75–82). Grama ediciones.
- Timimi, S. (2002). *Pathological Child Psychiatry and the Medicalization of Childhood* (1.<sup>a</sup> ed.). Routledge.

- Timimi, S. (2004). A Critique of the International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), 59–63.  
<https://doi.org/10.1023/b:ccfp.0000020192.49298.7a>
- Timimi, S., & Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural construct. *British Journal of Psychiatry*, 184, 8–9.
- Thompson, Santiago, & Frydman, Arturo, & Salinas, Laura, & Mantegazza, Rita, & Toro, Cristina, & Lombardi, Gabriel (2007). El Proceso Diagnóstico En Psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones*, XIV( ),103-110.[fecha de Consulta 25 de Julio de 2021]. ISSN: 0329-5885. Disponible en:  
[https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36913994304\\_1](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36913994304_1)
- Untoiglich, G., (2014). Medicalización y patologización de la vida: Situación de las infancias en latinoamérica, *Revista Nuances: estudios sobre educación*, 25(1), 20-38.
- Untoiglich, G., (2016). “En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz”. Buenos Aires: Noveduc
- Uribe, P., Abarca-Brown, G., Radiszcz, E., & López-Contreras, E. (2019). ADHD and Gender: subjective experiences of children in Chile. *Saúde e Sociedade*, 28(1), 75–91. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019181144>
- Urzúa M., A., Domic S., M., Cerda C., A., Ramos B., M., & Quiroz E., J. (2009). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(4), 332–338. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062009000400004>
- Vélez-van-Meerbeke, A., Talero, C., González, R., & Ibáñez, M. (2008). Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia. *Acta Neurol Colomb*, 24(1), 6–12.

- Vicente, V. (2018). Fármacos y economía subjetiva en la infancia. En C. Bardón & M. Puig (Eds.), *Suicidio, medicamentos y orden público* (pp. 87–91). RBA Libros, S.A.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., & Ding, Y. S. (2005). Imaging the Effects of Methylphenidate on Brain Dopamine: New Model on Its Therapeutic Actions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1410–1415. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.006>
- Zusman de Arbiser, S. (2009). Psicoanálisis de ayer y hoy. *Revista de psicoanálisis*, 66(2), 461-485. Recuperado de <https://studylib.es/doc/5172551/psicoan%C3%A1lisis-infantil.-ayer-y-hoy>

## 8 Anexos

### *Entrevista 1 a la madre*

- 1. Bueno Lorena ehh, como ya tú aceptaste en el consentimiento informado a participar en esta investigación a continuación te voy a hacer algunas preguntas sobre aspectos biográficos y del diagnóstico de tu hijo, si hay alguna pregunta**

**que no entiendas me la puedes decir y yo voy a grabar esta entrevista en audio para después poder registrar mejor las respuestas.**

**2. Para comenzar te voy a hacer algunas preguntas sobre aspectos biográficos y del desarrollo de tu hijo**

**que edad tiene tu hijo?**

Ahora tiene nueve años

**En qué curso Va?**

En cuarto básico

**Ha repetido alguna vez?**

No

**3. Podrías describirme como ves a tu hijo para yo hacerme una idea de cómo es él en términos como de su personalidad de su carácter?**

si él ..él.. él es bien como entusiasta inquieto como bastante variable en sus emociones se siente rápidamente cuando no le resulta algo.

**4. Cuándo dices se siente como se frustra se enoja?**

Si se frustra.. se frustra y y también como que como que entre que se se retrae como que si un poco como se va en un rincón y como que se pone un poco así como triste pero me cae la duda si es como para como para hacer una especie de show o en realidad si realmente lo está sintiendo así, eso con respecto por ejemplo a cosas que tienen que ver como con el colegio.

**5. Y como percibe su desempeño escolar?**

Su desempeño es bueno pero él está en un colegio Montessori digamos entonces como el tipo de educación que tiene es como más personalizada y más a sus tiempos, ah y

ahora con la pandemia como yo he tenido que estar acá al lado de de él y viendo viéndolo él necesita como mucha ayuda digamos para abordar cada tema cada tema no es autónomo digamos necesita de constante guía de mi parte.

**6. Y el sistema Montessori tú sientes que entonces le favorece el desempeño escolar o el interés que pueda tener por las actividades que hace?**

Yo creo que sí, mi hijo estuvo primero en el jardín a los tres años en Playgroup en un colegio bilingüe estuvo tres años en este colegio bilingüe muy exigente muy muy muy exigente y cuando estuvo allá entre que no lo pasó tan bien digamos por la exigencia que implicaba y por otro lado la retroalimentación de las profesoras se distraía de que cantaba clases cuando no se cuando estaban haciendo una estaban conversando y se ponía cantar y le da lo mismo la la la ja ja entonces eso me llevó a buscar un colegio que fuera como más amigable para él donde aunque este colegio bilingüe no eran tantos tantos alumnos eran 25 en este colegio Montessori tiene una metodología que igual se preocupen de cada uno y no y no van o sea no le exigen como hacer una materia le evalúan y la nota, Si no lo que hacen es esperar y favorecer el aprendizaje del niño ante sus propios tiempos digamos... entonces eso es está como centrado en mantener el espíritu por él por el aprender digamos, la tendencia natural de los niños por aprender, y por eso lo cambié ahí y funciona bastante bien o sea le ha ido Super bien digamos el año pasado le fue Super bien, este año también, pero siempre con una con un apoyo en la casa, con relación a cómo queda como que aprenda las y los temas básicos que tiene que, por ejemplo con la lectura en la casa igual se le apoyó hartó en eso, y en cada cosa digamos, en cada materia que debía Lograr se le apoyó hartó en eso.

**7. Y qué materias son las que más le gustan y las que menos te gustan?**

Las que más le gustan es matemática, e H e H e H matemática si yo creo que es lo que más le gusta

**8. Y le cuesta menos también?**

Si él le cuesta lo que pasa es que no tiene una dificultad para aprender digamos, o sea no tiene dificultad para aprender lo que pasa es que se siente ja ja que se pueda sentar y concentrarse que distinto, él no se es muy difícil para él si sentarse y concentrarse en lo que tiene que aprender le cuesta mucho, pero cuando se sienta rápidamente lo saca pero muy muy rápido, Pero es al sentarse, de hecho le va bien claro con mucho mucho apoyo de parte de nosotros pero el apoyo sobre todo va en el que de parte mía, en el que se siente y haga la tarea.

**9. Ya igual no hay una asignatura que le cueste más?**

No hay no hay una o sea no le cuestan en general todas y yo he visto como estado estudiando este año con él he visto que rápidamente las entiende, o no hay una una dificultad en eso, quizá lo que si yo veo es que por ejemplo podría ser en el tema memoria ponte todas las tablas en eso yo creo que le Le cuesta como que se le olvidan así, como que no la fija mucho en eso pero pero el lenguaje anda Super bien entiende Super rápido tiene Super buena comprensión de lectura lee harto o sea lee bien digo en matemáticas también está bien pero el tema es que se siente El a aprender, En las clases por ejemplo si uno no está en lado el Dice si estoy en clase Y está andando por el lado en monopatín En entre en el Living digamos y con la clase está con conectado ni siquiera tiene el audio abierto ...lo tiene como el audio en ...en el micrófono del audífono, él dice claro estoy en clase porque aparece como durante la clase 10 veces con distintos temas a decirte algo y no espero no estén clases y por eso yo creo que es la dificultad que tiene digamos

**10. Y como cómo sería un día habitual con él?**

Un día habitual con un día de colegio?

**Si un día de colegio como sería a qué hora se levanta que hace...**

Se levanta como mas menos como media hora antes del colegio ahora en pandemia digamos porque era distinto en no pandemia para los dos, ya en pandemia lo que hace es que se levanta como media hora antes, se viste se bañan en la noche, em em

Y se viste toma desayuno ahí yo le doy la pastilla y se conecta y ahí tiene clase desde las nueve y a veces también tiene clase de nueve a 10 o las 9:45 porque son de 45 minutos y después todos los días son distintos y después se puede tener una hora libre o dos horas libres dependiendo la clase y en general tiene dos clases o tres clases al día, em...Entremedio Ve tele en pandemia O se mete en el computador y juega juega un juego que se llama Roblox..

### **11. Es solitario ese juego o se juega en equipo?**

Es en equipo o sea se puede jugar solo pero también en equipo y ahí algunos juegos que es más menos o Minecraft, o bien Ve tele , Y después de eso bueno viene la hora almuerzo y en la tarde varía puede y dependiendo de de cómo estoy yo ellos están o en o viendo tele o conectados al computador jugando o viendo YouTube o algo así si yo estoy trabajando, si está el papá a ver si lo saca o o mas menos sé que será unas tres veces por por semana Lo saca la playa porque nosotros como estamos en la playa lo saca a la playa y lo lleva a surfear, bueno no a hacer surf, Pero si lleva la tabla chapotea en el agua digamos, y tiene también otros juegos hay de agua que son bodyboard y ahí le encanta a él le encanta y ahora ha agarrado la onda del surf, Y le gusta mucho y bueno van con traje como caminando con las tablas a la entonces tiene toda una onda digamos y como bien conectado con eso con el con el mar con el surf, Y eso, y en la tarde después como en general pero no están tan depende de mis horarios también si es que puedo o sea, si es que puedo, si yo tengo libre los hago estudiar en ese sentido no que haga las tareas, que tiene siempre tareas pendientes digamos que, por quPor qué no le puedo encargar así oye haz la tarea no, sino que hay que sentarse con él una tarea y una tarea una hora es una hora digamos,Mas menos como el promedio de una tarea es una hora entonces eso y yo por mi parte lo que trato de qué estudié también otras cosas como las tablas que es algo que tiene que repasar

### **12. A qué hora comen?**

Cómo a las 8:30 y nueve y comen y inmediatamente a las 10 ya están ya está se supone acostados y para dormir ,Los viernes y se acuestan más tarde como a las 11:10 o 12 incluso o los fines de semana también, el día sábado el domingo no.

**13. Y un día Antes de la pandemia como era su rutina?**

El antes de la pandemia ellos se levantaban a las 6 Diego se levantaba a las 6 am,A las 6:30 o siete dependiendo de si se había bañado la noche anterior...

**14. Tienes problemas como para que se levante...**

mmmm, No en general no, no hay problemas para bueno después te voy a contar el dormir digamos que es otro tema, se levantaba como a las 6:30 siete 6:30 si se tenía que bañar ese día en la mañana, O a las siete si no se tenía que bañar, y ahí tomaban desayuno, hasta las 7:20 mas menos o tomamos desayuno y y ahí el papá nos llevaba al colegio o sea al colegio salían como las 7:40 Mas menos y lo lleva al colegio el colegio parte a las 8:30 lo lleva a las 7:40 pasan a buscar nosotros llegábamos le hacíamos la gauchada ja ja ja ja a un vecino digamos A una vecina amiga y le llevábamos y vamos a buscar a su hijo y lo llevamos al colegio todos los días al Emilio, o sea pato lo llevaba, y ahí estaban en el colegio hasta las Tres de la tarde, y este año le tocaba quedarse dos días o tres días ya no me acuerdo hasta las 4:30, O a las tres o a las 4:30 y de ahí lo iba a buscar y de ahí en la tarde lo que hacían era tenían actividades físicas De deporte, Y ahí en general hacen dos tipos de actividades entonces o tenía fútbol o tenía natación y lo tenía en guitarra...

**15. Esas son actividades extra Del colegio no parte de...**

Si extra colegio y ahí se quedaban en la tarde o sea esas actividades eran como eran en la casa de mi mamá o sea no es la casa de mi mamá pero en el fondo ellos iban a la casa de mi mamá y mi mamá lo llevaba estas actividades y mi papá cuando estaba Vivo digamos, y después ellos se los traían y yo los paso a buscar como a las ocho

más o menos, ya estaban comidos estaban entonces llegaban a la casa y se bañaron y se acostaban y eso era y se acostaban más o menos como a las 9:30, entre nueve y 9:30 tenían que ya estar más o menos listos y después se dormían..

**16. Y me ibas a contar como el tema del sueño que parece un tema también...**

Claro lo que pasa es que el tema del sueño es que se despierta se despierta en la noche Digamos, bueno el tuvo Enuresis hasta los ocho años, no todos los días pero si era tres veces a la semana y como ya el año pasado no logró controlar digas.

**17. Pero él nunca lo controló antes... ahora no más no, no o sea en intermitente porque no era todos los días, era como un día si un día no, y si influía mucho como como el estado emocional del día sea si había tenido un día como muy emocional o donde había pasado alguna rabia claramente venía de cajón en la micción digamos, y eso y bueno en la noche se despierta porque tiene miedo tiene miedo le da harto miedo todo digamos, como y también hay periodo por ejemplo en pandemia cuando recién partió la pandemia tenía miedo como de no sé incluso desde ir al baño deja las puertas medias abiertas, eso...**

**18. Y en algún momento él dormía contigo con ustedes en el fondo o siempre tuvo su cama separada?**

sea tiene su cama separada pero si lo que hace y hasta el día de hoy es como como tipo cinco de la mañana se viene como y se viene acá en la cama digamos y se mete en la cama por él lado del papá porque por mi lado no por mi lado yo le devuelvo ja ja ja, yo no me di cuenta pero si y se viene dice que le asusta lo que le da Miedo, eso...

**19. Ya, y en relación a la a los amigos al colegio, tiene amigos cómo percibes que son sus relaciones sociales?**

Si tiene amigos tiene un amigo que como tiene un Super buen amigo, que está o sea que es del colegio, y este amigo este amigo tiene como algunos rasgos TEA ya por si acaso, eso es lo que me comentaba la mamá de de este amigo, pero yo lo veo como un poco así digamos pero con él tienen como harta onda,

**20. A qué te refieres con que... Tú dices del espectro autista? Si... Qué te ha comentado está mamá como de que su hijo que rasgos que... rasgos presentaría?**

Qué es un poco como como que es un poco impulsivo eso por una parte y por otro lado también es como como em... Que es un poco como desconectado, pero el No es TEA, pero sí que le habían encontrado algunos rasgos TEA, Ya, Qué es desconectado como con las emociones un poco...

**21. Pero es el mejor amigo de tu hijo? Sí y donde vivíamos también tenía un mejor**

amigo que lo pasan bien y todo, que en general es sociable y bien sociable pero es como es un poco sensible como maltrato digamos rápidamente tiene conciencia de cuando no lo quieren y por otro lado como que no tiene mucha onda con como con con las dinámicas de las niñas así, en En términos como no se hay otros niños que que hacen más caso a las dinámicas de las niñas y se meten a jugar y él es como mas en la línea más masculina de su juego digamos y su gusto y sus intereses son bien masculinos, En términos de qué bueno quizás y la influencia del padre ja ja ja pero le gustan los autos desde chico siempre le gustaron los autos le gustan las carreras de autos los monopatines... Te gustan las motos me gusta todo lo que sea como en esa línea y por otro lado le gusta mucho el tema de los computadores en este en los temas de *gamer* mucho de esa línea.

**22. Ahora te quiero hacer algunas preguntas en relación con los síntomas a la detección de los síntomas, quien te dijo que tu hijo tenía T.D.A.H?**

En una neuróloga,

**23. desde cuando comenzó a presentar sintomatología como de inatención, la impulsividad, la hiperactividad?**

Desde... Yo diría desde... estando Playgroup ya finales de Playgroup, como a los tres años, cuatro años y que ya las profes me decían como que no estaba tan adecuado que se veía maduro, por ahí....

**24. Y eso entonces quien lo detectó quien comenzó a ver estos síntomas que no eran tan adecuados para su edad?**

sea la lo primero fueron como las profes claro que me hicieron mira sabes que no se concentra, y dado eso yo lo lleve a la neuróloga.

**25. Ya y entonces esta dificultad se presentó primero en el colegio? Si, En el Play group, claro como en pre kinder digamos en Playgroup, no fue tanto o sea era como un poco más genérico digamos, era como que tiene algunos problemas pero no estaba tan claro, pero ya legro le empezaron a pasar materia digan y empiezan al tiro a pasar inglés y todo eso, él no tiene ningún problema para el inglés o sea tiene una facilidad Super muy grande pero en el fondo era en el concentrarse donde no, no había como estaba todo el rato para sentarse separada, como que no quería estar en la silla, no se concentraba.**

**26. Eso fue lo que te dijeron en el colegio en el playgroup? Si.. Y hay algún aspecto del comportamiento que te haya llamado la atención antes de qué te refirieron eso ese comportamiento los profesores?**

No, nada salvo el tema de enuresis

**27. Ya, Y la Enuresis si se presentó...** Era lo único que yo tenía como como como una especie de síntoma de que algo no andaba bien....**Ya, ya... y...** Pero se relaciona bien con los niños jugaban siempre tenido como como ganas de relacionarse como que no veía nada distinto.

**28. Entonces, a partir de lo que te dijeron en el colegio tomaron la decisión de llevarlo al médico o a la neuróloga? Si...**

**Ah, que le dijo la neuróloga le hicieron alguna evaluación...**

Si lo evaluó, y... Le hizo el test de coler? Coler? **Conners... a ustedes?** Conner, si... A nosotros a alguien... Ésa primera vez a nosotros, o sea el niño también, le hizo como que como antes ahí que le dijera que era bueno no me acuerdo pero era como que se acordaba, bueno antes, y, cuando lo cambio en el colegio porque lo cambiamos para que entrara a las A nosotros alguien... Esa primera vez a nosotras, o sea al niño también, le hizo como que como antes ahí que le dijera que era bueno no me acuerdo pero era como que se acordara, bueno antes, y, más cuando lo cambiamos de el colegio porque lo cambiamos para que entrara a los seis a primero al Montessori, volvimos y ahí creo que nos mandó algo para el colegio también yo creo que era el test, no me no me acuerdo pero si parece que sí....

**29. Ya escribieron algo para los profesores o quienes si para que lo evaluarán... Aya ya si ese es el Test de conners, Y después de esto que es para ti el T.D.A.H el déficit atencional?**

Una pesadilla ja ja ja es una pesadilla, eeh... o sea eso, bueno mi hijo está medicado de hecho está medicado desde los... Desde los.... No me acuerdo... Desde los... desde los desde los seis creo que está Medicado.. **ya...** Desde primero... Sí ... Y qué es lo que es bueno es algo como... Es como una interferencia, es algo que se interpone entre entre el aprendizaje y el digamos ja ja ja... O sea que es esta cosa no de no poner atención es algo que es complejo porque igual en el día día no se ve en el algo distinto algo tan especial en relación a eso, él pone atención el lleva una conversación, él es como Incluso incluso o sea funciona bien no tiene como una dificultad en eso, pero en el donde se pone en juego en el colegio y ahí como que tiene mucha resistencia el, cómo Yo también como que se angustia mucho cuando algo cuando en el fondo como que tiene que concentrarse y no se puede concentrar digamos...Entonces, comote decía, Cuando me dieron el diagnóstico, igual yo lo atribuía a algo más cerebral, que su cerebro funciona de otra manera, entonces eso hace que él aborde el

aprendizaje de otra forma. Eso me hizo también tener consideración, a tener más paciencia, y por otro lado también ayuda a ver que también hay un camino que recorrer en relación a lo escolar, que implica mayor atención o disposición de parte mía y familiar, para que le vaya bien, o sea había que involucrarse muchísimo más y la educación no corría en automático. Como sobre todo el tema de la paciencia, que cuando me tiene ultra saturada, pienso bueno funciona así, es así no más hay que tener más paciencia y ver todas las alternativas, yo siempre estoy viendo todas las alternativas de darle omega 3, vitamina D.”

**30. Y él se da cuenta de eso de qué de qué le cuesta concentrarse de qué es algo que interfiere, tiene conciencia de esta dificultad?** Si o sea tiene conciencia porque alguna manera estamos todo el rato igual concéntrate también, digamos como concéntrate siéntate y concentra métete enchúfate como como ya vuelve a eso pero está todo el rato que no sé qué y va a otra cosa... Ya OK pero volvamos a esto, volvemos a ver lo que estamos haciendo volvamos, volvamos o sea él tiene y de hecho como, el sabe perfecto que se concentra y el de repente dice si es que me desconcentro no me puedo concentrar, si tiene conciencia.

**31. Y qué le dijo la neuróloga sobre el remedio, para que es?**

El Remedios para que se concentre, lo que hace el remedio es que apaga o cerebro o sea su cerebro funciona como hace un montón de asociaciones, Pero así decirlo, donde el capta mucho de estímulos y no hay una jerarquización, en ter... entorno A los estímulos Dígame entonces entran como que todos los estímulos tienen el mismo peso digamos por así decirlo, entonces el remedio lo que hace es que apaga ciertas como zonas para que Si se focalice de un como linealmente un estímulo entre y le permita concentrarse...

**32. Ahora esto que tú me dices, Lo has estudiado el tema o es lo que le dijo la neurólogo en su primer momento como que le dio explicación de qué para que es la pastilla, para que es el medicamento?**

Osea dijo que era para concentrarse, no estoy igual lo leí un poco porque... O sea yo no estudiado tanto el tema tampoco pero si he visto he visto... He visto algunas como algunos datos algunas ponencias también en YouTube hay un español Que habla harto del tema, Investiga un poquito y e investiga un poquito digamos...

**33. Y cada cuánto tiempo tiene control con la neuróloga tu hijo?...En tiempo de no pandemia, Alrededor de dos veces al año, ah o tres veces al año digamos dependía un poco de, también de los remedios, porque también es como le tiene que dar pero ella le daba por ejemplo, me daba receta para tres meses y después yo volvía digamos y tres meses y cuando Ya era época de verano estaba liberado digamos, en el periodo escolar, marzo abril mayo junio más o menos o julio, una... Dos, claro tres veces.**

**34. Y la dosis inicial con que él empezó, ha variado, aumentado disminuido?**

Sí, él empezó con Aradix retard Partió con con 10 mg y ahora tiene una dosis de... De 3/4 de pastilla, de 20, o sea serían 1/4 ... Serían 15 mg...

**35. Ha subido entonces la dosis...Y tú estás de acuerdo con que haya variado?Si de todas maneras ja ja ja...Ya... Lo necesitaba digamos mira de hecho ponte tú en, El año pasado y este año también creo no sé como el año pasado partió las clases en el partio las clases, Y yo no le había dado la pastilla todavía porque no había ido porque quería ver también un poco cómo funcionaba si la pastilla que sea igual mirarlo que lo miraran y a las dos y a las dos semanas me llamaron y me dijeron Sabes que tienes que darle la pastilla porque no da... O sea como que no se concentra, como que lo perdimos ja ja, Y a las otras dos semanas las profesoras me dicen es otro niño digamos está con ganas de aprender, ésta está mucho más atento puedo desarrollar... Si es como realmente, yo estoy Super como a favor de la pastilla aunque dicen que**

Super tóxica y todo pero pero finalmente y además que la pastilla también cuando era más chico ahora no se pero en algún minuto, yo también en algún minuto ahora que me acuerdo en este colegio tenía como... Mmmm.... Igualmente ayuda a que se regule emocionalmente también o sea como igual como que igual no solamente en el tiene que ver con la con la con la... Con la atención si no también que se regule emocionalmente, por ejemplo yo lo veía o sea como cuando estás en la bastilla cuando era más chico ahora ya no, pero ponte tú entre los 6-7 por ejemplo tuvo una época en que era súper intenso y estaba como Super todo era no no y era Súper opositorista, en general, pero no violento digamos pero si era como opositorista y y y... Y (es que estaban justo jugando entonces estaba cachando que estaba pasando ) Y bueno no era violento pero si era como emocionalmente era como un poco “ hincha pelotas “ molestaba, molestaba y molestaba, molestaba a la hermana sobre todo y como que la molestaba, la molestaba la molestaba... Y molestada y entonces eso también la pastilla lo regulaba eso también, ahora eso no significa que yo le dado la pastilla el fin de semana no no se la daba, pero yo no estaba diferencias como en, en la regulación emocional también ya...

**36. Y cuál es crees tú que podrían ser las causas del comportamiento las dificultades hay que se las atribuyes?** Bueno esta forma como azul, digamos a su forma de funcionar su cerebro digamos como funciona eso es lo que yo entiendo yo tengo que acordarme cuando ya cuando está ella que no se sienta yo tengo que acordarme que su cerebro funciona así, no es que él sea así porque ya en algún minuto es como siéntate, y ya me tiene o sea hasta más arriba o No sé este año por ejemplo cuando partimos estudiando tenía que estudiar y había que son las tareas y que no tenía un hábito igual influyen los habitual, mira como una hora y media y no lograba que escribiera una letra, se da 1000 vueltas y todo entonces en ese sentido eso el diagnóstico me ayuda también a moderarme yo ja ja ja la regulación y en tener paciencia también como para entender que no es un tema que tiene que ver con él sino que es algo que el funciona si digamos...

**37. ya que no tiene que ver con su forma con su carácter sino con algo que está interfiriendo como a nivel cerebral.. Claro algo así... oye y en relación como ahora pasando el medicamento y a la familia, como se relaciona con este medicamento quien es el encargado o encargada de darle la pastilla?**

Yo,...Ya... **Y en qué horario se la das?** En la mañana en el desayuno después que toma desayuno tiene que ser con el estómago lleno

**38. Y me dijiste que los fines de semana en las vacaciones no hay pastilla no se la das...No, no... Y eso es por recomendación médica...**

**39. Y y como notas que él se relaciona con esta pastilla, sabe para que es cuesta que se la tome quiere tomársela?** No, la tiene Super clara, súper claro de hecho yo le doy esta pastilla y aparte de eso le doy una o sea no todos los días pero si como unas 3-4 veces a la semana pastillas de omega 3, Que también ayuda a la concentración y esa la tomo yo y la toma el también o sea como ya tomémos nuestra pastilla es como y nos tomamos la pastilla de omega 3..

**40. Osea hay una resistencia a tomarse la pastilla?.** No, no el como la no no tengo claro si él o sea no hay resistencia pero no tengo claro si el nota que hay como como cambio con del mismo con la pastilla no lo sé ahí como pero no hay resistencia sabe perfecto que la pastilla es para que le ayude la concentración y le resulte como más fácil entender y concentrarse y escuchar también....

**41. Y como me contabas un poco sobre eso pero me gustaría que profundizaras en como como ha interferido la pastilla en la vida familiar, tú me decías que con tu hija como que el tendía a molestarle mucho y al parecer con la pastilla como que baja un poco eso de los conflictos entre ellos me imagino...** Es que o sea si bajaba pero la sobre todo cuando se puso en juego fue entre los seis y los siete años digamos a ir a cómo no muy notorio porque era muy pesado con mi hija y en general estaba mucho más opositorista y como que como muy molesto mucho de molestar al

otro como eso, ahora ahora la pastilla es como es un elemento que está como super acotado Al aprendizaje digamos, no es más que eso no es que cambia radicalmente su su forma de de ser, aunque si yo lo noto o sea la disposición al estudio es totalmente diferente pero pero espérame un poquito...**Sí...**(Ciérrame bien por favor... Gracias)  
Emmm..

**42. Me estaba diciendo que la pastilla estaba como bien acotado el tema de los estudios y que es la vida familiar como que no no hay no interfiere mucho esto de qué él tome una pastilla y de T.D.A.H como que tiene sus características propias y se desenvuelve bien con eso...** si porque yo lo que veo es que o sea tiene déficit atencional pero no necesariamente es hiperactivo digamos, es hiperactivo cuando como yo creo que en el periodo de los 6-7 fue como más hiperactivo pero ahora no está tan hiperactivo, si está hiperactivo en los momentos en que se enfrenta el estudio yo creo que tiene que ver también como que es algo que a él lo pone como mucho más ansiosa el tema de la historia, porque ahí no se sienta pero en otros momentos cuando está no anda tan hiperactivo, así como igual cuando está angustiado como que vuelve esa hiperactividad, o sea si hay algo que cuando está angustiado está más hiperactivo digamos que empieza como A pararse y no se puede sentar como pero así como cotidianamente no se nota tanto yo lo noto yo lo noto bien sólo cuando tiene que estudiar y cuando se enfrenta al estudio al colegio a eso...

**43. Y tú sientes que la relación con tu hijo ha cambiado desde que él toma el remedio?**

Emmmm... Si yo diría que sí, en qué sentido en que... Antes que tomar el remedio yo creo que primero uno tiene que, dos cosas, lo primero la relación yo creo que cambió hartito cuando tuvo el diagnóstico, porque lo pude mirar de otra forma yo antes lo miraba como mucho más en la línea de desde lo como la normalidad entonces decía pucha que es hinchita pelotita pucha que es y como que lo atribuía ah como que él es así que había una Voluntad de él, cuando lo empecé, dado el diagnóstico lo volví a

mirar con otros ojos digamos con unos ojos de chuta no lo puede evitar, etc. eso por una parte, y con la pastilla yo lo vi como sobre todo como a los seis años por así decirlo como cuando ella lo empezó a tomar toma vi otro niño digamos un niño amoroso un niño como mucho más dulce como que vi otra faceta de él que no las veía cuando no estaba digamos entonces como que igual me abrió la dimensión de que el es así pero tiene esto que como de alguna manera interfería pero ahora en esto digamos sobre todo en este último año y en la cambiado también, o sea como que está mucho está mucho Me apareció la pastilla en términos como emocionalmente como yo creo que tiene que ver con el tema como más de madurez también, pero, Está en juego esta cuestión del déficit particularmente en relación a al estudio digan pero si la pastilla igual como que me abrió una dimensión de de que él era distinto también, puede ser distinto o sea como que pensé, me acuerdo haberlo visto alguna vez con la pastilla y estamos estudiando algo viendo algo, decir chuta es otro niño, como Super amoroso así como Super no sé qué, Super dispuesto es como el el cambio digamos hay un cambio Super importante

**44. Y qué piensan los otros integrantes de tu grupo familiar sobre que Diego tome una pastilla para el T.D.A. H?**

Es que los otros integrantes mi pareja y él está súper de acuerdo porque de hecho como que hemos vivido en o sea familiarmente y en pareja esto y se sabe también cuando hay que acompañarlo estudiar y todo no hay Mayor cuestionamiento frente a la pastilla eso es como la pastilla es una herramienta es un instrumento que permite que él se concentre, eso por una parte, y funciona.. **Y tu hija?...**Y mi hija yo creo que no tiene mayor conciencia de de la pastilla porque a ella directamente como que no lo no lo observado no tiene mayor conciencia, no le afecta directamente digamos.

**45. Y por último Lorena, los medicamentos, en relación al medicamentos, la pastilla y a la escuela , Tú me decías que los profesores saben que él toma una pastilla para el T.D.A. H..si,..Y y también saben que él está en un tratamiento no es**

**cierto? Si..Y como fue la actitud que tuvo el colegio antes de qué tomara la pastilla?**

... Es que él llegó con el tratamiento, yo al principio como que no lo hacía notar como cuando yo lo cambié cuando partió los seis años como que yo no le avisó al colegio que estaba tomando pastillas, a los... Yo creo que como a los al poco tiempo de alguna manera... Quizás por algunos como comportamientos de él... Con respecto a como a la adecuación al al a la regla, por qué el Montesori trabaja Harto como con la autorregulación y con eso y como él no se autorregulaba digamos entonces me preguntaban y ahí supieron Y después de eso como que me le exigían digamos, o sea como que en el fondo como que lo tenía Super claro que tenían que tomarla como en esa línea digamos, y en algún minuto como que me una profesora me pidió un informe de la neuróloga pero como que yo le dije que como que me puse un poco para que quiero un informe digamos si quiere un informe para para que quiero un informe porque tampoco o sea no quería, que enpezara a ser un instrumento O sea que fuera como una no sé una excusa como el tema del diagnóstico que mostrara como el informe ah sobre evaluarlo por sí ya estaba claro y y no no iba a cambiar absolutamente nada entonces, y me encontró la razón y como que no me lo pidió, pero lo que yo te contaba esto de que sucedió que hubo a principio de año que fue el año pasado no le había dado la pastilla y me dijeron tienes que dársela porque no está entendiendo nada o sea ellos igual tienen conciencia de ello...

**46. Y recibe algún apoyo especial en el colegio a propósito del T.D.A.H? No ... ya...**

no pero este colegio es muy como de trabajar individualmente con ellos, entonces es todo como de hecho es una metodología distinta como que se trabaja de manera individual o por lo menos presencialmente ellos exploran un material, no hay clases como de pizarrón digamos.. **Ya...** entonces era distinto por lo tanto y van a su ritmo no hay una exigencia de qué tiene que lograr un logrado o no logrado cada uno lo logra sus tiempos y va abordando sus tiempos era diferente digamos, este año con la pandemia es distinto porque ellos tienen como otro sistema y bueno ahí se ve como

de manera diferente yo igual es este año como ha estado Super necesariamente tenido que estar al lado de él muy a pesar mío ja ja ja porque es como que pucha tengo que estar ahí todo igual me quita hartoo tiempo digamos..

**47. Y te agota?** Sí, no si me agota hartoo sobre todo las tareas hacer la tarea es un tema porque ya por último la clase y hacer lo que porque tienen que hacer en la clase la mayoría de las clases tiene que hacer como un trabajo ahí mismo unos link que les mandan Ya estoy al lado y me va preguntando y le voy o sea en el fondo voy haciendo como de Profe como mediando no le voy diciendo que tiene que contestar pero si media ando y haciendo las preguntas para que él pueda como evaluar la cuestión, pero las tareas y me agotan o sea cuando pienso o sea ya debe cuatro tareas es como *oooooh ya...* Y como otra vez como el agote máximo... así como ya de pensarlo de hecho una de las tareas ponte tu como que no lo encontraba en las carpetas y todo entonces como ya o como que llevamos como dos semanas que para abordar la tarea que todavía no se ha abordado entonces como...

**48. Ya algo más Lorena que me quieras comentar sobre sobre tu hijo sobre su funcionamiento la experiencia con la pastilla que sientas que yo no te he preguntado?...eeeemmm... Por qué la experiencia que la pastilla digamos... claro.. o no? si..**

Ya... O sea yo lo que siento es que esta pastilla igual yo me he informado, antes de darle la pastilla me informe hartoo y como como los pro y los contra de las pastillas y... Finalmente yo creo que le facilita la vida no se se supone que pues incluso causar adicciones en el futuro como o que los niños que toman las pastillas son más propensos a tener como dificultades en términos como con laa drogas... tiene como su reparo digamos.. Pero, en términos como cotidiano facilita la vida indudablemente no solamente para los padres que ya es hartoo digamos, porque tampoco hay tanto tiempo para estar ahí como full a la necesidades de tu hijo, Si no también le facilita al propio niño digamos y yo creo que la pastilla en ese sentido como le ha permitido

como ver el tema de la autoestima por ejemplo como que no tiene que ver con una capacidad de del de aprender sino más bien tiene que ver con este tema que le cuesta como concentrarse, entonces la pastilla en ese sentido le ha permitido como tener logros, digamos académicos y por lo tanto no sentirse como “ tonto “ sino que más bien como que tiene esta dificultad para concentrarse entonces en ese sentido yo estoy como bien a favor porque no es solamente que aprenda si no que también hay todo como detrás de eso hay una una autovaloración del niño con respecto a sus propias capacidades, me acuerdo cuando Chico antes que tomara la pastilla que fue en en este otro colegio bilingüe, él se sentía mal se sentía que no aprendía como igual le pasaban un montón de materia impresionante, tenía cuatro años y ya estaba en reforzamiento imagínate, reforzamiento de los cuatro años cachái imagen cima de 100 puede que casi que no llegue a la universidad una cuestión así Como de ya de qué me estás hablando que no lo va lograr, bueno por eso lo cambie digamos ese discurso para mí era como inoperante sobre todo porque yo sé mucho más de la educación finlandesa como mucho más de que todos pueden de que hay que apoyarlos como etc. me gusta la educación además entonces por lo mismo y entonces creo que la pastilla también hay un ayudado algo yo creo que tiene que ver también que a los niños le permite una autovaloración de su propio de su propia capacidad de aprendizaje cognitivo de sus propias capacidades digamos y también eso mismo se pone en juego lo social porque finalmente cuando cuando El sabe una respuesta en el colegio ya está atento y contesta bien también hay un está exponiendo socialmente frente a un otro y eso implica también una valoración también dentro del grupo pues digamos entonces es como un aspecto positivo digamos...

**Ya... Muchas gracias Lorena por tu participación voy a parar la grabación en este momento y muchas gracias....**

## *Entrevista 2 a la madre*

1. **Entonces ahora comencare a grabar, te voy a poner acá bien cerca del parlante de mi computador...**

Ok

2. **Ya Lorena, emm**

Dime

3. **Déjame encontrar donde están tus preguntas, ya, en la en la sesión anterior que te hice, tú me hablaste de que Diego tenía emociones muy variables, como que él, el... me hablaste del concepto de emociones bastante variables, y quería que pensaras un poquito en eso, como, como en qué sentido te refieres a que es variable en las emociones, como varía?**

En que... emm... en que, bueno se pone en general, tiene, tiene... tiene buen humor y se ríe se muestra feliz, pero pasa, algo como cualquier cosa, por chica que sea y... o se frustra cuando no le sale algo, o cuando quiere algo y no se lo dan por ejemplo, y ahí es como que pasa rápidamente como a sentirse, frustrado, enojado, con rabia, y lo que hace en esos casos es como dejar de hacer lo que estaba haciendo, ponte tu si estaba haciendo algo que se le había pedido, o estaba en una cosa del colegio, alguna tarea o cualquier.. o no se preparando algo, lo deja botado, así como que a él le da rabia y lo deja botado... deja la, no hace la tarea que estaba realizando

4. **Ya, y en qué áreas como que él se frustra, o tiende a tener estos cambios como de emociones, me da la impresión por lo que tú me dices de estar bien alegre, pasa como a una emoción opuesta como frustración, rabia, que cosas le producen como estos cambios así?**

En general como, todo lo que tiene que ver con aprendizaje más formal, digamos como del aprendizaje de colegio, eh, eso, yo de repente le digo, o, le digo parece que le doliera o como

hacer la tarea, como que tengo esa impresión de que le duele, le duele en el alma no sé, escribir, hacer la tarea, porque el para llegar a hacerlo, eh, uhh, pasa un montón de rato, o sea realmente como que le cuesta sentarse frente a como una tarea, no así por ejemplo con los temas de los computadores, eh, no presenta nada de lo que te estoy diciendo, o sea puede estar horas metido tratando de, ponte tú ahora conectó una pantalla, una... conecto la pantalla del televisor a la del computador, y hace que el mouse se deslice, ponte tu uno está en un computador y desliza el mouse hacia la izquierda y la televisión está a la izquierda, el mouse aparece en la pantalla del televisor, entonces dividió las pantallas, eh y eso como, solo investigando y todo entonces en ese sentido hay una diferenciación súper importante de cuando esta motivado y cuando no, no está motivado, y el como que esta cosa de la, de sentarse y escribir sobre todo, no lo motiva nada, lo motiva poco, le cuesta como plasmar una idea en un texto por ejemplo, le cuesta hartito, pero siempre...

**5. Y cuando tú dices...**

Pero en el teclado del computador puede perfectamente escribir sin mayores problemas la idea.

**6. Ya, y cuando tú dices que es como que le duele, lo utilizas como que sufre haciendo unas tareas que no le gusta que es del colegio?**

Sí, yo siento que sufre cuando tiene que hacer algo, una tarea del colegio que no le gusta, hay una disposición súper como negativa con, con el colegio, con aprender, eh, como en general así como aprender como temas de colegio, tiene una disposición súper negativa, pero después como si cambia el enfoque, cambia completamente

**7. Ya**

Por ejemplo estaba haciendo divisiones y era una cuestión súper choreado, y como que hace todo lo contrario, o sea empieza a hacer así como un negativismo, así opositor total, por ejemplo, de de, él sabe que hay que poner los números en una parte y los pone en otro, como que se hace el que no sabe, como eh, y uno ahí empieza también a exasperarse a cómo... ah decir...oh paciencia

**8. Y como sabes tú que él sabe...**

Como?

**9. Porque tú me dices que, que cuando tiene que hacer una tarea, que el comienza como a equivocarse pero como de manera a propósito no?**

Si

**10. Y como sabes tú que él lo está haciendo a propósito y que no, realmente no sabe? Como tu lees eso?**

Porque de repente le digo ya, bueno, lo siento entonces te vas a quedar sin internet, porque si sigues así, no, esto no puede ser que se yo, y a los dos segundos hace la tarea bien, pero así inmediatamente, diametralmente

**11. Ya, y y Diego sabe que él tiene un diagnóstico de TDAH?**

No,

**12. Ya, pero conoce el concepto, alguna vez lo ha escuchado, han hablado sobre TDAH?**

No,

**13. Ya**

No, él sabe que le cuesta concentrarse, porque es como, ya po concéntrate, la misma Elisa le dice ya po Diego concéntrate... pero, entonces hay un tema de la concentración y él sabe que toma pastillas para la concentración, pero no que hay un diagnostico asociado a esa concentración, como a la, a la falta de concentración

**14. Y, y la tableta que él toma, entonces él sabe que esa tableta es para concentrarse?**

Si.

**15. Y que piensa el de la tableta?, tu sabes que piensa, si cree que le sirve, si le gusta tomarla?**

Osea, yo creo que le es como indiferente, como que no identifica así, o sea sabe que es para la concentración, peor en si no identifica, eh, que tan, que tan buena puede ser para el digamos, no lo tiene... no lo tiene incorporado

**16. Ya, y tu antes de empezar el colegio, que entiendo que es ahí donde comenzaron a hablarte las tías, las profesoras, de cómo esta inmadurez, como estas dificultades que presentaba Diego, antes de esa situación, tu notabas algo distinto en comparación a tu otra hija, algo que te llamara la atención, algún comportamiento, algún rasgo.**

No, nada, salvo que lo, lo, o sea ellos estuvieron en, eh, en jardín desde muy chicos, desde el año y medio, los dos estuvieron en jardín, horario completo, horario completo, como yo trabajaba no los podía tener, o sea, llegaban como a las 10 de la mañana y los pasaba a buscar de lunes a viernes a las 6, 6 y media, entonces, eh, emm, era poco lo que yo los veía como en el día digamos, pero nunca me manifestaron las las profesoras del jardín que fue desde el año y medio hasta los 2 años y algo, 2 años 8 meses más o menos o 10 meses, porque después venían las vacaciones y después, en, eh cuando estaban en 3, a los 3 años entraron a play

group, y ahí ya las profesoras como que, que Diego tiene esto, que Diego tiene esto otro, que se distrae, que molesta en clases, que canta, cantaba en la clase, estaban explicando algo y él se ponía a cantar, ese tipo de cosas, y además que estaban en un colegio súper exigente, un colegio bilingüe así que.. Pero, en que ya en pre kínder querían que ya me decían que tenía que llevarlo a reforzamiento, o, que no... que no iba a alcanzar el estándar del colegio y todo... Eso y lo otro es como la única diferencia con mi hija, es que Diego no controlaba, el Diego... o sea Tenia enuresis el Diego en el día y en la noche... Esa era como la única diferencia, pero en el... en el... en el día a día en general, era, no era un niño así como, no sé, como disruptivo así, o especialmente como opositor no, tenía una cosa sí, media opositor pero sobre todo con la, con todo lo que fuera colegio, eso era.... Pero desde chico, ya tenía 4 años y estaba en reforzamiento jajá estaba en reforzamiento haciendo guías y más guías de distintas cosas, de inglés, de matemáticas y no sé qué mas

**Muchas gracias, ha respondido todas mis preguntas, voy a apagar la grabadora.**

### *Entrevista 3 a la madre*

- 1. T: entonces paulina quiero que hablemos un poco de, de cuando supiste que quedaste embarazada, ¿Cómo fue para ti saber que quedaste embarazada?**

P: mmm... fue como... igual fue como feliz por así decirlo, el tema que eran dos, entonces ahí como que fue un poco... no sé cómo chuta dos altiro jaja Ehhh, fue como quizás como la expectativa de que era mucho, como los iba a criar, fue como todo lo que implicaba, no se po, como tener dos digamos, y pero igual, como bien digamos, bien, em... en cuanto a que aunque como que era una buena noticia, siempre fue una muy buena noticia

- 2. T: o sea que no estaba planificado o deseado?**

P: no, no

- 3. T: ya**

P: eso, como que fue súper buena noticia

**4. T: y cuanto tiempo de relación llevabas con Pato?**

P: llevaba... como 3 años más menos

**5. T: y como lo recibió el?**

P: bien, como, o sea es un poco impactante no solo uno sino dos, pero lo recibió bien, igual nosotros teníamos una relación así como media distante también, porque el vivía en viña Y YO EN Santiago, entonces no era así como tan tan tan fluida digamos en cuanto a verse todos los días ni nada, eso

**6. T: y bueno, tú te encontrabas en Santiago el en viña y en qué momento de tu vida te encontrabas? En lo profesional, familiar como en esas distintas áreas...**

P: mmm, o sea como en lo profesional estaba como, estaba súper como digamos, me estaba yendo súper súper bien digamos económicamente, me compre una casa en Chicureo, yo sola, estaba como... como fue un periodo así como de mucho éxito como laboral económico, me fue súper bien, un periodo súper como, de hartito, de harta pega, tenía un montón de pega, entonces funcionaba como súper bien porque tenía mi casa, me compre una casa grande digamos, donde estaba sola o de repente llegaba el Pato, tenía dos perros, tenía una nana que iba dos o tres veces por semana, me cocinaba, entonces era como que, como una, un periodo bien exitoso digamos, en lo económico sobre todo en lo económico, porque yo de manera independiente acredite renta y todas las cuestiones po, no me abaló nadie jaja era yo solita y frente al banco ahí, entonces eso, claro como eh, estaba lo, yo creo que fuimos con pato, nos fuimos a buenos aires y en buenos aires, se me quedaron las pastillas en ese minuto y yo creo que ahí quede embarazada, no pensé que iba a quedar embarazada pero si quede embarazada.

**7. T: oye y me decías que como, había sido una noticia que no te esperabas pero que había sido feliz, y además esto de que tú me decías que lo más difícil fue saber que eran dos...**

P: si, no si po, si ya no te esperas uno, imagínate dos...no claro que es súper como... que fue súper impactante sí, pero igual como que en ese minuto, tenía como así una visión así como,

como bien poderosa digamos de lo que podía hacer así como, que en cuanto a que ya me había ido súper bien digamos, no sé, tenía como todo lo que quería en realidad, en términos como, me había comprado una casa, tenía auto, viajaba cuando quería a la playa, tenía esta casa en la playa, podía viajar, entonces podía hacer como todo el tiempo lo que quisiera, me podía meter en todas las cuestiones que quería, porque siempre me ha gustado hacer harta cosa, entonces...claro..

**8. T: te sentías como una mujer muy poderosa, me llega eso, que el mundo estaba disponible para que tú pudieras hacer lo que querías hacer**

P: si, si porque finalmente aunque estaba como pololeando finalmente lo hacía todo sola

**9. T: oye eso te iba a preguntar, como en qué momento de la relación entre ustedes, se encontraba, que significa esto de que tenían tres años juntos, no tenía una convivencia diaria pero en qué momento de la relación llegan los hijos?**

P: o sea llega en un momento en que la relación estaba como, siempre se había planteado que era una relación un poco a distancia, de verse los fin de semana y en la semana cada uno hacia lo que quería, o sea en términos de trabajar, no de... no de otra cosa sino de trabajar y era como eso po, y la relación siguió un poco como la misma línea después estando yo embarazada también, como que no cambio mucho, y como de... de... estar así como un poco involucrados pero así como puertas afuera

**10. T: pero habían tenido planes de tener hijos en ese momento, lo habían conversado en el futuro vivir juntos, tener hijos, o era algo que todavía no estaba conversado o en planes?**

P: Ehhh no, no teníamos como la intención como de conversarlo ni de tener, ni de vivir juntos tampoco. Así que cuando quede embarazada la situación se mantuvo igual, funciono de la misma forma digamos, estaba yo diría que, claro quizá estuvo más acá, más cerca mío, en términos de que trataba de estar más cerca y no estar tanto en su región digamos...

**11. T: pero él estaba en viña por trabajo o vivía allá?**

**12. P: por trabajo**

**13. T: pero tenían la intención de que vivieran juntos, tu tenías la intención de que vivieran juntos o...**

P: o sea yo lo que tenía la intención era, no tenía mucha intención de nada porque yo tenía mi casa súper armada, súper fusionada mi casa, entonces pero si, como que en la medida que se necesitara si, se supone que si pero tampoco fue algo conversado, no fue así como ya vente para acá ven a vivir conmigo, no para nada, como un poco todo lo que se iba dando en la relación, más lo que acontece que lo que se conversa digamos.

**14. T: y me dijiste que saber que eran mellizos ya fue una complicación... tuviste miedo en algún momento en el embarazo, sentiste miedo como de algo?**

P: emm a los como a los tres meses, yo estaba con un ginecólogo y a los niños se les hace como una, se les mide en la parte de atrás en la formación cuando se están formando, se les mide el diámetro que hay en la medula en una parte de la medula que es como en el cuello un poquito más arriba, es una cuestión que se llama traslucar, no sé cómo se llama, la cosa es que si lo tienen como mas, deben tener un cierto ancho y Santiago en particular cuando ya sabía que era, que iba a ser hombre y todo, lo tenía un poco más ancho y eso significaba que podía ser que tuviera síndrome de Down y mi ginecólogo que fue un... me dijo así como no es que puede ser síndrome de Down así como sin ni un tino cachai, y entonces ahí yo como que lo pase un poco mal pensando que podría ser síndrome de Down, y me cambie a un gallo, o sea el que hacia las ecografías me hice una ecografía y me siguió atendiendo el en las ecografías, un gallo que es súper súper experto en ecografías porque tiene ene estudios, así como una eminencia que trabaja en la.. o trabajaba en ese tiempo en la clínica las condes y él me dijo que no, que no era síndrome de Down que no tenía ninguna, que no era síndrome de Down, a lo que respire hartos digamos, y me súper garantizo que no era, y eso me dejo súper tranquila digamos y después al quinto mes me dio diabetes gestacional, y tuve que meterme en la cama y estar en la cama ¿, no poder moverme digamos, lo que me complicaba mucho porque yo en el fondo no tenía quien me... o sea tenía que seguir trabajando igual po y mi nivel de vida era igual súper alto porque tenía que pagas dividendo y todas las cuestiones y era lo que tenía que generar harta plata digamos, eso como que me angustio un poco, porque además yo no iba a pedir plata para, o sea nunca pediría plata a alguien para solventar algo

mío, entonces eso implico... aparte que me pusieron una dieta feroz, era de 1000 calorías, tu comprenderás que con dos mellizos en la guata con un calor de mierda y con mil calorías era terrible y ahí en Chicureo que igual hace calor, igual la casa era fresca pero estaba todo el rato ahí trabajando desde la cama, así full trabajo y ahí tenía como... tuve que contratar gente que hiciera mi pega y yo pagarles algo, porque en el fondo no funcionaba virtual en ese minuto, hacia como en el fondo todos los trabajos los hacía, mandaba como asistentes, psicólogos o psicólogas y lo hacía po digamos...

**15. T: y en esto, mira quede con una duda, cuanto tiempo paso de que este primer medico te dijo de este posible síndrome de Down en Santiago hasta que tú corroboraste que no era así? Me dijiste que había sido a los tres meses esta ecografía**

P: a los dos meses

**16. T: o sea a los dos meses que te dieron ese diagnóstico, tu estuviste con la duda de tendrá o no...**

P: ah no, desde eso no, lo resolví como a la semana digamos, a penas conseguí hora con este médico de las condes que era súper bueno, no pero de ahí como a los dos meses me mandaron pa la cama, a los dos meses y medio, tenía como 5 meses y medio ponte tú, y ahí estuve hasta que estaba sola en Chicureo a veces se quedaba mi hermano pero en general estaba sola, y a aves llegaba el pato los fin de semana.

**17. T: y... entonces como podías describir como un poco estresante desde el mes 5 en adelante tu embarazo a propósito de tener que continuar trabajando y arreglártelas para poder cumplir en tus trabajos y sostener el nivel de vida que llevabas...**

P: si de todas maneras, fue bien estresante, o sea esa maternidad como disfrutar la maternidad, no, nunca fue, la cuestión fue como súper... me quedaba hasta las tantas, tenía ene pega...

**18. T: al parecer lo que tú me cuentas antes, es una mujer muy autónoma, que le gusta su trabajo que le gusta hacer todo para sí misma, me pregunto si hubiese**

**habido otra circunstancia, donde no hubieses tenido que trabajar y hubieses tenido más tiempo para ti...**

P: no, si me hubiese detenido de todas maneras, o sea me hubiese gustado poder detenerme y poder disfrutar del momento, igual no es que no haya disfrutado ah, igual disfrutaba estaba contenta, estaba muy plena, pero estaba con una carga súper importante de pega, de todo lo que significa, tenía dos perros, no me podía mover, con suerte podía ir al baño, venia mi mamá a cuidarme, mi suegra durante el día después se iban, igual recibí hartoo apoyo como familiar.

**19. T: y como era la relación con tu pareja en ese momento, con el papá de los mellizos?**

P: en, buena como bien de pareja que va a tener guagua digamos, como bien de apoyo dentro de... era una buena relación como afectivamente,

**20. T: también para el eran sus primeros hijos?**

P. si,

**21. T: ya**

P: estaba contento digamos

**22. T: en algún momento te propuso irse a vivir juntos él?**

P: Ehhh, no, no porque... o sea porque no era como un escenario muy posible, porque él tenía su trabajo en viña y yo lo tenía en Santiago entonces era como... como que no era plan, como que el que mantuviera su espacio en viña digamos y yo el mío ahí que tenía mi casa toda como armada etc... entonces no era muy así, como un escenario de vivir juntos en la medida que se pudiera digamos, así que viviéramos juntos juntos, los fin de semana compartir, o sea cuando él quisiera quedarse se quedaba, si podía quedarse lo hacía no había problema

**23. T: pero cuando nacieron los hijos o proyectaron vivir juntos, o conversaron de cómo lo iban a hacer?**

P. como lo estábamos haciendo digamos

**24. T: ya, como fue el parto? Me imagino que planificado...**

P: el parto fue, bueno estaba... como me mandaron a, en el fondo a acostarme digamos porque tenía lo que se llama el canal de parto como más dilatado, eso quiere decir que hay probabilidades de que empiece a tirar las guaguas hacia abajo, entonces me mandaron, y me pusieron una inyección para madurar los pulmones de mis niños, y eso es como que estaban madurados por si acaso salían antes digamos, y en un control que esto fue a las 34 semanas, después en la noche yo estaba en la casa digamos, se había quedado mi hermano y se me rompió la bolsa, porque ya mi hermano se estaba quedando y era más probable que nacieran los niños, y la cosa es que se me rompió, y partimos pa la clínica con mi hermano y ahí cesárea y ahí nacieron los dos, y pato que estaba en viña llevo al otro día como a las 8 y media de la mañana

**25. T: pero y a qué hora nacieron los mellizos?**

P: a las 2 de la mañana

**26. T: ah y el no pudo llegar en ese momento, no le avisaron de inmediato como lo habían conversado...**

P. le aviso mi hermano como a las 2 y media cuando estaba todo bien digamos y.... el tenía como trabajo ponte tú que hacer, no sé, entonces como que a la o aviso no sé cómo fue, llevo como a las 8, no llevo altiro

**27. T: y como te sentiste tú, esperabas que llegara antes, como fue eso?**

P: o sea lo que yo, como que... mi experiencia fue como dar a luz a mis hijos sola, bien solitaria digamos

**28. T: pero habían planificado que él estuviera en el parto lo habían conversado?**

P: o sea de ser posible si po, pero no, en realidad como que no podía po, estaba lejos, es difícil estar lejos, de hecho todas las eco lo hice sola, fue como bien solitario

**29. T: y como fueron los primeros meses los primeros días con dos bebés?**

P: Uy fue... bueno eran chiquititos además, como nacieron prematuros, fue como entretenido, como bien bonito

**30. T: cuantos días estuviste en la clínica, cuando te dieron de alta?**

P: estuve 3 días o 4 días, como 3 días pero como que no me gusto estar en la clínica

**31. T: porque?**

P: porque me toco una galla que súper weona y que yo le tuve como susto una enfermera, que fue como una que iba a cambiar, fue como súper, tenía que cambiar a la Elisa de ropa, además que no regulaba la temperatura, eso quería decir que el termostato estaba en cualquier lado, y tenía frio y eso que hacía un calor terrible, bueno la clínica no, pero esta galla como que se demoró, se demoró como dos horas y dejo a la Elisita sin ropa en la cama, en la cunita tapada, pero como que dijo voy y vuelvo, y yo empecé a llamar a la enfermera y todo y no pescaban y se demoraban y todo y como que yo no cachaba que hacer, no sé, era muy... entonces después vino alguien y la cambio y todo y yo le avise a la supervisora y entonces después llego ella y la galla me vino a putear así, que como le avisaba a ella que no sé cuánto que n sé qué y era como, fue como súper agresiva cachai, y después cambio de ropa a la Elisa porque tenía que cambiarla y la Elisa lloró porque se la llevo pal mudado que estaba adentro del baño, la cambio en estos mudadores que habían en el baño de la clínica y la Elisa lloró y después yo mire y la Elisa tenía como un rasguño cachai que la weona de mierda le había hecho un rasguño a la Elisa, y después otra vez la cache que la Elisa lloraba y lloraba y tenía un chupete debajo del cuerpo de ella de la Elisa, o sea que cuando nadie le pone un chupete cachai, así que ahí como que me paranoique y me quise ir antes porque me daba susto, y además porque los tenía que dormir, como que dormían en una salita especial como que era, como que me paranoique y lo pase mal con esa galla, penca... y era súper loca la galla, era así como la pesadilla de la mamá una cosa así, o sea imagínate una galla súper descontrolada porque dijiste que no había ido porque era su hora de almuerzo y eso le iba a causar no sé qué y ni pensando en una guagua que no controla temperatura y que la tiene en pelota entre las sabanas cachai entre las frazadas... entonces como no, y eso fue como bien desagradable entonces me fui antes me fui un día antes ponte tu

**32. T: oye y como fueron entonces los primeros días ya en la casa con dos bebes, tenías ayuda, familia el pato?**

P: si, tenía harta ayuda así como estaba mi mamá, mi suegra, estaba la, o sea la señora aurora que era la nana que yo tenía, no fue bien, como esa etapa, fue... fue harto de tenerlo en brazos y de...como de harto como... fue bonito, digamos estuvo bien, igual tenía que trabajar un montón

**33. T: si, eso te iba a preguntar, como lo hiciste trabajaste, te diste algunos días, unas semanas, en que momento comenzaste a trabajar de nuevo, me imagino que paulatinamente...**

P: no, yo trabajaba como estaba en la clínica, yo me lleve el computador y trabajaba en la clínica, y nunca deje de trabajar, o sea los tiempos muertos me metía y avanzaba y hacia cosas

**34. T: y en qué momento te separas de ellos para ir, tener que ir a algún lugar como los dejas con otra persona...**

P: bueno quedaban con mi mamá, y con mi suegra, a veces quedaban con mi mamá y a veces con mi suegra, y como trataba yo de estar lo más posible en la casa y avanzar en la casa y como que iba a trabajar medio día en la tarde, iba en las tardes o como en los ratos hasta que en él, al año 6 meses los puse full jardín infantil desde las 10 que los llevaba hasta las 7 de la tarde

**35. T: y en ese momento en que ellos van al jardín infantil, tu notabas alguna diferencia entre ellos en el desarrollo, en la forma de ser al primer año?**

P: no, no lo único que fue que el control del pipi era como, costó, o sea con Santiago costaba que se hacía pipí en la noche, pero lo demás nada

**36. T: nada que te llamara la atención que fuera distinto**

P: claro

**37. T: y en la medida que ha ido creciendo en que tú notas que son diferentes, en los intereses, en la forma de ser, en el comportamiento, en que tú logras identificar a cada uno...**

P: bueno el Santiago es más intenso, es como más emocional, al mismo tiempo es como más cariñoso creo yo en su forma de ser, y como que esta intensidad así de repente hace que como que no sé, no le caiga tan bien a todos, o se pelea, pero no como... más bien como tiende a sentir que lo rechazan un poco a veces, sobre todo de la parte de las niñas y amigas de la Elisa

**38. T: y que le pasa cuando lo rechazan, que dice él o como tú ves que se siente, que percibes?**

P: como que se angustia y como que me dice y me cuenta que cuando yo iba a no sé qué dijeron tal cosa de mi o no sé qué...

**39. T: y que haces tú?**

P: pero igual creo que, que como que lo ha superado, no esta tan así ahora, pero hubo un momento entre los 7-8, 9 digamos que fue como un periodo como mas, que por una parte era muy muy sociable y por otro lado también se engancha y se pelea con los niños, ponte tu cuando no le hacen caso, él quiere como llamar la atención o ser validado, no se...

**40. T: y cuando el acude a ti para contarte esto de que los niños como que no lo aceptan, que haces tu, que le dices, que haces?**

P: o sea yo lo que le digo es que por una parte lo acojo en que como pucha que lataque se sienta triste, como que lo acojo en eso, pero por otro lado también le explico que él tiene actitudes que hacen que los otros se enojen con el po, como que se pone pesado como cargante, como que a veces es demasiado insistente en ciertas cosas y como que le explico también un poco que de repente eso tiene consecuencias, que la gente se aleje o sientan que es pesado etc... entonces eso por una parte.

**41. T: y como lo recibe él, se queda tranquilo, lo entiende...**

P:mmm o sea lo entiende en alguna manera, pero esto de ser pesado cuando se pone pesado es como algo súper como bien de, bien intenso de parte de él, como que lo vive, no es como ah me voy a poner pesado, sino que hay algo en él una dinámica o una energía ahí como de llamar la atención de algún modo y no es como, como que la canaliza tanto como por un lado

de convocar, sino que empieza cuando no lo pescan empieza como a molestar digamos, entonces en general eso pasa.

**42. T: me estabas describiendo, me describiste a Santiago como en su forma de ser, y como es Elisa?**

P: mmm es como más introvertida, es como bien cariñosa, pero es como otra forma mucho más introvertida pero y como que le resulta fácil tener amigas, tiene como amigas bien queridas, y eso como que le gusta mucho tener amigas, y es como le gustan algunos temas así como que los desarrolla mucho, ponte tú, no se cómo dibujar unas letras, es como bien plástica, le gustan las cosas como estéticas, bueno van cambiando ah, como que cada, cada van cambiando los gustos y la forma de ser.

**43. T: ya, y en relación a esta forma de ser que ellos tienen, hay algo que sientes que tienen de ti, que logras visualizar algo de ti en ellos?**

P: mmm no, no veo nada mucho de mí, como que lo que si veo de mí es que son como bastante, o sea son bien intencionados los dos, son bien solidarios digamos, eso es como, son bien de acoger a la gente que yo como, no se po, gente de distinta, por ejemplo niños de distintas edades, niños más chicos, lo otro es que nunca critican a los otros, que es algo como bien raro en los niños en general y en las niñas, no digamos que yo no critico nada, no po, pero en general no, no soy así como de estar todo el día criticando, en general soy como de acoger, de ayudar, eso es como se parece digamos, pero yo creo que ellos son bien, cada uno bien propios digamos, eso es bueno como que cada uno tiene su propia forma de ser y de... como de percibir las cosas y todo y lo encuentro que eso está súper bien

**44. T: y si te pregunto por algo que puedas... que tú veas del papá que está en ellos?**

P: emm como de en ellos, como de pasarlo bien como en la playa, disfrutar, esas cosas, el papá tiene mucho de eso como del aire libre, porque también es como, pato también es como bien de cómo, de convocar a los amigos y amigas de los niños, como que estén acá o de llevarlos, acogerlos y eso es como bien de, como bien familiar digamos, es algo...

**45. T: y en relación a la relación que tú tienes con Santiago, como es esa relación, que me puedes decir, como describirla...**

P: en yo creo que es una buena relación es una relación como bien consciente, yo siempre estoy tratando de... como tratar de escuchar lo que está diciendo, además que el cómo tiene, como el hecho de que yo soy psicóloga es como mamá no me estas escuchando, el exige que lo escuche, eso está bien, y es como una relación bien... como que igual soy bien como sargenta en algunas cosas, como que pongo un poco el orden digamos, pero por otro lado, soy cariñosa con ellos, con él con Santiago o con la Elisa, como los abrazo, o de repente... y por lo mismo ellos son como cariñosos también, ponen la cabeza en el hombro, y eso po..

**46. T: dijiste que eras sargento, que reglas tiene Santiago o en general los dos, que reglas tú podrías como decirme que son fijas...**

P: o sea no son tantas reglas en realidad pero por ejemplo, son reglas que tienen que ver con que ordenen su pieza, no todo perfecto, pero si como que la ordenen cuando tienen que ordenarla, que cumplan con sus responsabilidades en términos escolares, que traten bien a los demás, yo creo que eso es súper importante, que si yo los escucho tratando mal a alguien o tratándose mal entre ellos al tiro como que paro la situación y se las hago ver, no sé qué otra en realidad

**47. T: y hay alguna regla que a Santiago le cueste más cumplirla a diferencia de Elisa?**

P: emm yo creo que como sobre todo en él, en los temas que tiene que ver con el orden, le cuesta más desde ordenar la ropa, desde la autonomía, desde nos elegir como vestirse, encontrar las cosas que se le pierden digamos, ese tipo de cosas, como, ponte tú en las mañanas cuando van al colegio el llevar como todo lo que necesita de repente se le queda la mochila, no ese tipo de cosas, como que de repente si tu no le ha mirado la mochila en dos días, como que no ha llevado ningún cuaderno al colegio... le cuesta más, las rutinas así en general, generalmente asociadas en el tema del orden, pero por otro lado es súper colaborador por ejemplo para cocinar, o si hay que hacer algo, regar, no hay ningún problema, pero en las cosas en que el tena que tener un criterio y aplicar un cierto orden, ordenar las cosas, tomar decisiones le cuesta creo yo.

**48. T: y piensas que el diagnostico de TDAH influye de alguna manera o ha influido en la dinámica de la familia?**

P: mmm yo creo que...no, Santiago no estoy tan clara que si el está claro que tiene TDAH, yo siempre le, como nombre igual lo hemos conversado de que de alguna manera es como más disperso, que tiene que ver con algo que es cerebral digamos y que tiene que aprender a como sobrellevarlo, eso en cierta forma nosotros como influye en que seamos como quizás más flexibles en cuanto a cómo, no se a su desorden mental, en el sentido que estaba súper desordenado o no sé qué, en vez dedecirle pero como tan desordenado, es como entender y flexibilizar ese punto y como apoyarlo en como que logre ordenarlo, ordenar los puntos para poder ordenar lo que tiene que hacer digamos.

**49. T: y como sientes tu que... o si sientes que ha influido el diagnostico en la relación entre tú y pato?**

P: emm

**50. T: que piensa el del TDAH o de la dificultad de concentrarse en atender de Santiago?**

P: yo creo que no ha influido en nada mucho, en la relación en si Pato también es súper disperso digamos, entonces como el de hecho yo creo que, o sea tuvo su TDAH entonces es algo como que lo tiene súper incorporado y que para él no es ni un drama, no es no incide mayormente en todo digamos, pero si yo creo que el TDAH se pone en juego en las dinámicas cuando hay que salir temprano, hay que salir al colegio y pasan 20 minutos, media hora y tu vai a ver y sigue ahí donde mismo y es porque... porque no sabe el motivo de porque no se moviliza, y ahí está como que cuesta un poco, en ese tipo de cosas es como donde se producen las tensiones digamos, cuando en el fondo, uno está contra reloj cuando el atraso de él, significa llegar atrasado al colegio, el atraso en el trabajo del Pato etc...

**51. T: y como es la relación entre tu hijo, entre Santiago y pato?**

P: en

**52. T: a propósito de que tú dices que a él le cuesta menos entenderlo, podría ser que...**

P: es bien fluida, súper cercana, como que son bien amigos, Pato es bien amigo de él, como que lo apoya en todo, en términos de que quiere hacer algo, el pato está ahí, si necesita que lo lleven a tal parte el pato va a estar ahí, si quiere no sé, conversan, es bien cercana, conmigo es mucho más mamá tienes que trabajar, tienes que... como que cachan que yo no estoy tan disponible digamos, sobre todo en los tiempos con ellos

**53. T: entonces el cumple como un rol más entretenido como de juego?**

P. si, de todas maneras, no el pato los lleva a la playa, lo sube a las tablas de surf, sube la no se po, una de estas cámaras de rueda le hace columpios, siempre es como la parte recreativa la tiene el pato

**54. T: ya, mira me quedan un par de preguntas y quiero centrarme ahora en algo que me dijiste en una entrevista anterior, sobre que yo te pregunte que es para ti el TDAH y tú me dijiste que era una pesadilla, y quería preguntarte como es el proceso, en que tu llegas a concluir a darte cuenta de que esto es una pesadilla, como llegas a esa conclusión?**

P: o sea

**55. T: me dijiste en un tono muy cansado así como “Aahhh es una pesadilla”**

P: es que, es como súper demandante po, porque si tu quiere como que tu hijos estén como en un nivel como en relación al colegio en lo esperado o que sean autónomos según la edad etc... siempre como que hay que estarlos apoyando mucho más y como estar, y sabes que cuesta más po, cuesta, entonces eso es, es como... más demandante digamos, es cansador también, bien cansador,

**56. T: oye y cuéntame alguna situación que haces tú cuando por ejemplo el Santiago no se concentra, o está muy inquieto, recuerdas alguna situación, que haces tú ahí, como lo concentras, como lo traes a que él pueda hacer lo que tiene que hacer?**

P: emm, en general como que busco... busco ganar como su atención en algo, algo que lo movilice, algún ejemplo, no se po que le parezca interesante, es como por ahí, como depende de lo, depende que, y por otro lado como que yo entiendo que los tiempos de atención de él son como cortos, entonces como, no, no lo extendiendo mucho tampoco, trato de que lo que vaya a hacer o tenga que hacer sea en tiempos cortos

**57. T: ya entonces tratas como de mantener la concentración un rato y saber cómo funciona el en términos de su atención**

P: si

**58. T: y me dijiste también en la entrevista anterior que tu percibes cambios con el medicamento, en el, cuando le das el medicamento el tiende a comportarse de una manera distinta, no sé si disminuye algunas conductas, se concentra más, desde la experiencia que tú tienes en que notas esos cambios?**

**59. T: estábamos en la parte en que me decías, y yo te pregunte en que notas tus cambios con el medicamento, que cosas se facilitan o dificultan cuando toma el medicamento?**

P: en, o sea yo lo que veo es que con el medicamento al parecer se puede concentrar más, o el año pasado que lo veía más online podía ver que se concentraba más, ahora este año como esta presencial o ha estado presencial no lo he visto, en el fondo el efecto del medicamento ha sido en el colegio, entonces no lo he visto este año, y ahora como que justamente viendo las redes sociales sobre gente que escribía sobre los medicamentos, como que no me queda claro si funciona o no funciona, o ahora que están más grandes requiere otra dosis, tengo que llevarlo ahora este año de nuevo como para ver, cuál va a ser como su definición de medicamentos o la estrategia que se va a usar de los medicamentos, está más grande esta más alto...

**60. T: tú crees que en algún momento va a dejar de tomar el medicamento?**

P: ojalá, porque se supone que en algunos casos, cuando pasan a la adolescencia esta, las características del TDAH disminuyen entonces y ojalá que sea así, espero...

**61. T: y en el caso de Santiago que debiera pasar?**

P: que él se pudiera concentrar más po, que sería bueno

**62. T: solo eso tu sientes que debería pasar o hay algo más por lo cual necesita medicamentos?**

P: yo creo que, en sobre todo para la concentración en relación al aprendizaje más que nada, en lo social ahora lo he visto harto como interactuar con niños y esta como bastante mejor que antes digamos, entonces como que el medicamento, por ejemplo una de las razones cuando recién lo empezó a tomar era como que lo pasara mejor también en la interacción social también con otros, que lo enfocara, pero ahora como que veo que está mejor en eso, así que creo que el medicamento apunta netamente a lo académico digamos, al aprendizaje.

**63. T: ya, y haz tenido reuniones con los profesores últimamente, te han dicho algo sobre él?**

P: mmm no, no he tenido reuniones

**64. T: y la última vez que tuviste una reunión o te llamaron de colegio por alguna cosa de Santiago porque fue?**

P: o sea como que las reuniones que he tenido han sido así como, estas reuniones de padre que son de manera individual que les hacen una retroalimentación de cómo van sus hijos, sus hijas en ese sentido fue la reunión, y bueno en ese sentido es como que se queda más, es mucho más lento pa copiar lo que sale en la pizarra, se concentra menos, entonces como que va un poco, se distrae en lo que está pasando en la profesora o el profesor, eso

**65. T: y tu espera como que te digan algo así, ibas preparada?**

P: o sea si po, de todas maneras, si... espero que... sería como extraño que me dijeran oye se está concentrando súper bien, no, eso sería una novedad digamos, en general siempre va como en la línea de no se concentra, como...

**66. T: y que le dices tú a la profesora cuando te dice eso, como que te pregunta si lo estas apoyando, te lo dicen para que tú lo refuerces en la casa, cual es el sentido de decírtelo o que es lo que tú crees que esperan de ti?**

P: emm, que es lo que esperan de mí?

**67. T: claro, cuando te dicen los profesores, la profesora o profesor te dicen eso de Santiago, o te decían antes en el otro colegio que se distrae que no atiende a la profesora, con qué intención te lo dicen o que crees que esperan que tu hagas con esa información**

P: en general yo lo que creo es que lo apoye, como en... reforzando lo académico, en reforzar ciertos como hábitos de estudios, en que tenga cierto horario de estudios, por ahí

**68. T: ya, y para cerrar voy a preguntarte algo que puede ser un poquito más específico, ojala que te puedas recordar ese momento, que emoción te generó, pero tú me contaste que en el jardín empezaste, o se empezaron a mostrar estas conductas de que le costaba un poco más estar quieto a Santiago, y en algún modo las profesoras, las tías como que te empezaron a hablar de esto, de esta dificultad**

P: en el play group, no en el jardín, eso es en el colegio

**69. T: en el colegio, que edad tenía?**

P: 3 años porque estaba en play group, después viene pre kínder y después kínder

**70. T: ya**

P: pre kínder es 4 años, y kínder 5 años

**71. T: y a qué edad fue el primer momento en que te dijeron que lo llevaras a neuróloga/neurólogo?**

P: emm

**72. T: o te lo insinuaron, no recuerdo si te lo dijeron directamente o te lo insinuaron**

P: yo diría que en el pre kínder más menos a los 4

**73. T: y que pensaste, que te pareció que te dijeran debería llevarlo a un neurólogo/neuróloga?**

P: emm lo que pensé, es que fijo le iban a dar remedios, y por otro lado como que el tipo de colegio también como que no estaba funcionando mucho para Santiago digamos, en términos que quizás no era el colegio tan así como la metodología tan adecuada para la forma de ser de él digamos...

**74. T: ya, y en eso cuanto... después cuando lo cambiaste a que edad lo cambiaste al Montessori?**

P: a los 6, partió primero básico en el Montessori

**75. T: ya, y la razón de cambiarlo fue su manera de aprendizaje de concentrarse?**

P: si, que fuera un colegio como más amigable con, como con el también que no fuera tan rígido tan exigente, en términos como de mucha regla o de las reglas así, sino fuera más como amoroso por una parte, que integrara mas lo afectivo en el aprendizaje que yo creo que eso es importante, porque Santiago como que no lo estaba pasando bien tampoco en un aprendizaje que sentía que lo, que lo forzaban mucho, él es como un niño bien afectivo también, como que obviamente necesita que lo vean y le reconozcan su valor y de esa manera aprende también

**76. T: ya, ya paulina muchas gracias, voy a parar la grabación.**

### *Entrevista 1 al niño*

- 1. Bueno Diego, sabes que yo te quiero hacer algunas preguntas, relacionadas con tu rutina, con las cosas que te gustan, con como lo pasas en el colegio, con tus amigos, entre otros temas, yo voy a grabar esta entrevista en un audio, ya?, Para después poder pensar bien tus respuestas, Y poder analizarlas un poquito, cualquier pregunta que tú no entiendes, me puedes decir, si estás cansado también, si ya te aburraste, pues no querer responder alguna pregunta, todo eso lo puedes hacer con mucha confianza, ya?**

Ya..

- 2. Tienes alguna pregunta antes de qué comencemos?**

No

- 3. No?, ya.... qué edad tienes Diego?**

Nueve

- 4. Nueve años, qué cosas te gustan hacer?**

Jugar un juego que se llama a Roblox, que hay como 500,000 juegos. Es como una comunidad, así Online, también, bueno ahora no puedo jugar con mis amigos por eso

que ahora juego con ellos por Roblox, pero también me gusta ir a la playa mi papá tiene un paracaídas y volamos por la playa, en un desnivel que hay ahí

**5. Tu papá tiene un paracaídas?**

Mi papá tiene como tres

**6. Ooh vaaaya! Y eso lo utilizan en el mar, así como con el viento?**

Nadie todavía no porque hay que tener licencia, para... hay despegar... pero nosotros solamente en unos desniveles que hay por ahí, bien grandes como nos tiramos y ahí volamos un poco

**7. Ooh que entretenido.... Yo nunca he hecho eso, y como es la sensación de volar?**

**Tampoco lo has hecho**

No, si, si, si, Como tres veces, estuvimos una vez casi toda la tarde en la playa en Algarrobo

**8. Y cómo es esa sensación de lanzarse en un paracaídas?**

Se siente bien

**9. Da miedo?**

No

**10. No?**

Bueno sí, a mí sí, porque estaba así de... Llegar al agua, y esas playas, tienen las playas como tsunami,

**11. Ya, como son esas playas como tsunami? Se salen?**

Sí, es que tiene mucha corriente

**12. Aaah mucha corriente**

Y las olas muy grandes

**13. Aaaah**

Bien grandes...

**14. Ya, ya, y cómo se llama tu colegio?**

El Montessori, de eso me acuerdo

**15. Y como lo pasas ahí?**

Bien

**16. Bien?**

Si todavía tengo hartas tareas, de matemática pendientes

**17. Mmmm... pucha, Y qué te pasa con eso, de qué tengas tareas pendientes?**

Nada, solamente las tengo que hacer, porque esas tareas me dan notas

**18. Ya...**

Algunas tareas me da Notas

**19. Y te gusta hacer las tareas?**

Sí

**20. Si?... te cuesta hacerlas?**

Qué?

**21. Te cuesta hacer las tareas?**

Un poco

**22. Un poco... Y por qué te cuesta? Qué es lo que te cuesta de hacerlas?**

Mmm.. es que en la mayoría de las tareas, tengo que pintar un cuadro, y yo no soy muy bueno pintando, y me sale muy, una línea me sale como una X...

**23. Jajaja, ya , Puchale hay que hacerlas nomás pu, de a poquito... Oye... Dime, que me ibas a decir?**

Que igualmente esos cuadritos como igualmente ya están en mi libro

**24. Ahhh.. oye y cómo lo pasas en el colegio, tienes amigos allí?**

Sí,

**25. Si?**

Si...

**26. Ya, y a qué juegas? Aparte del Roblox**

Roblox,

**27. Con tus amigos en el colegio también juegan Roblox? O juegan a la pelota,?**

Ahora, todos están como jugando Roblox, jugando videojuegos, de hecho tengo Roblox

**28. Y cuando ibas al colegio presencialmente?**

Jugábamos a la pinta, a la escondida, al infectado, fútbol, básquetbol

**29. Ah, me dijiste al ser infectado, cuál es ese?**

Ese es como la pinta solamente que el que pilla tiene que infectar como el que lo pillan está infectado

**30. Aaaah, mira no conocía ese juego...**

Yo tampoco,

**31. Y echas de menos ir al colegio presencialmente?**

No

**32. No?... ya... te ha gustado la modalidad a distancia?**

Si

**33. Si?... mmmm.. oye... Y tu alguna vez has ido al psicólogo o a una psicóloga?**

Fui a un psicólogo

**34. A un psicólogo, y por qué fuiste? Te acuerdas? me puedes contar?**

Es un poco, cómo se llama?... Vergonzoso,

**35. Es un poco vergonzoso? Por qué?**

Por qué... Yo tenía problemas,

**36. Tú tenías problemas?**

Ya no tengo esos problemas

**37. Ya no los tienes, ah que bueno, te ayudo entonces el psicólogo**

No.. bueno sí, pero me ayude yo mismo, más que el psicólogo

**38. Ya..Oye pero que habiloso...te ayudaste tu mismo... mira... Tú mismo pudiste superarlo, y me quieres contar qué problema tenías, y que tú mismo lo superaste?**

No

**39. No.. bueno, está bien, está bien.. oye alguna vez Diego, has escuchado el concepto de trastorno por déficit atencional, déficit atencional? No has escuchado alguna vez no?**

**Te han dicho alguna vez que en el colegio tienes que poner más atención, por ejemplo...**

Ah sí, eso sí

**40. Quién te ha dicho eso?**

Mi mamá, mi papá, mi hermana, mis amigos, mi profesora mi profesor bueno no tengo profesor pero si profesora, un profesor del otro curso

**41. Muchas personas...**

La mayoría de los profesores

**42. Oye y por qué te dicen eso?**

Es que además del otro problema, también tengo el problema de qué me distraigo  
harto

**43. Te distraes hartito?**

Y cuando hago algo como que me aburro de seguir haciéndolo y no termino lo que estaba haciendo

**44. Oye y tú crees que eso como distraerse hartito, de seguir haciendo algo que te gusta, es un problema?... es un problema para tí?**

Un problema pero pequeño, porque el problema que me da es que me bajan las notas

**45. Te bajan la nota?**

Si un poco..

**46. Ya... ese es el mayor problema en realidad**

Si porque a veces voy al baño, voy a tomar un vaso de agua, y siempre me demoro por lo menos medio minuto, y ese medio minuto es lo que hay que hacer en la tarea o en la clase

**47. Mmmmm ya... pucha te pierdes, te pierdes un poco en la tarea o en la clase...**

**Mmm... oye mira te voy a mostrar unas imágenes, te voy a compartir la pantalla, porque te quiero mostrar estas imágenes**

Ya..

**48. Cuéntame qué estás viendo ahí?**

Mmmm... Como a mí se me olvida la izquierda y la derecha, veo por acá, no sé si se ve

**49. Yo estoy con el índice, con el pulsar del computador, mira estoy apuntando la imagen, la ves?**

Ya.. si

**50. Ya, qué estás viendo ahí qué pasa?**

Que el niño de atrás está molestando a la niña de adelante,

**51. Ya..**

Yo veo eso

**52. Si..Y te ha pasado eso alguna vez?**

Ay si como es un niño es el de adelante,

**53. Oye y te ha pasado que de repente a ti te han molestado, o tú has molestado algún compañero adelante?**

Sí, me han molestado más a mí ...que yo he molestado

**54. Ah mas te molestan a ti**

Por qué, antes la verdad yo no tenía muchos amigos, porque había un niño que se llamaba Tomás Pizarro, que cada vez que me topaba con él, me ponía la pierna para que me caiga,

**55. Oh qué pesado**

Y siempre lo hacía cuando, tenía algún material o algún trabajo, antes cuando tenía primero segundo, después Tomás se cambió de salón, o lo cambiaron del salón

**56. Ya... Y te dejo de molestar?**

Sí

**57. Ya, qué bueno, si po, pesado el Tomás**

Y también antes, habían hartos niños que me molestaban, pero ahora somos como un poco más amigos,

**58. Ya...**

Tenía un amigo, antes no era mi amigo, que me molestaba, pero antes de eso era como un poco más amigo, pero como que empezó a ponerse un poco más molesto, pero antes de eso me invitó a su casa y era buena onda

**59. Oye y cómo te sientes tú cuando te molestan?Qué te pasa?**

Me siento mal

**60. Te sientes mal... mmm**

Si

**61. Mal así como, como te da rabia, te da pena, que emoción?**

me da un poco de rabia, me da más pena que rabia

**62. Te da más pena que rabia, y qué haces cuando te molestan?**

Mmmm... no hacía nada,

**63. No hacías nada, no lo enfrentadas, no le decías nada?**

No

**64. No.. ya..**

Yo me iba corriendo para que me dejaran de molestar

**65. Ya, salías entonces... Oye y mira la imagen que estoy apuntando ahora, que ves ahí?**

Un niño con suelo... O sea con sueño, o un niño que lo molestan mucho en el cole,

**66. Mmmm ya.. Y te ha pasado a ti, lo primero que me dijiste un niño con sueño, que te de sueño en las clases, te has visto así de repente, así como está el niño?**

Sí, muchas veces por que antes cuando en los primeros días de colegio, ahí en Diego porque yo antes iba a un colegio que estaba en las condes, pero como me cambié a un depto , que estábamos arrendando ahí en Diego y ahora estamos acá en Concón, temporalmente, ahora en unos meses más nos vamos a ir a vivir a una cabaña que tenemos en un condominio en Algarrobo

**67. Ah que bonito..**

Si

**68. Te gusta el cambio de casa?**

Sí y yo estoy pensando con mi hermana hacer, una casa del árbol para tener nuestra zona de estudio ahí y gamer, por qué yo grabo con un amigo, grababa con un amigo grababa Minecraft y ahora en Minecraft en pesos chilenos vale cuatro mil ochocientos cuarenta..

**69. Ya**

Y yo los tenía pero, no sé quién me lo desinstalo, y yo en ese momento no tenía mouse no tenía nada, por eso que tenía que jugar con una mano, o sea porque uno necesita un teclado especial, qué es como cualquier teclado solamente que uno lo mueve con las flechitas, lo mueve con la W, la S, la A y la D, Uno no necesita más porque cuando

uno mueve uno toca las teclas y no tiene para que mover bueno puede mover el, bueno no no puede...

**70. Jajaja, entonces necesita un teclado especial?**

No, o sea es como cualquier teclado pero yo no quiero usar ese teclado necesito tener sí o sí un mouse

**71. Qué bonitos planes tienes para tu nueva casa,, me gustan lo vas a pasar súper bien**

Sí, y la verdad ese es mi mouse favorito.

**72. Tú que?**

73. Mi mouse favorito

**74. Ah, tu mouse favorito**

Por qué es muy Gamer

**75. Sí po, Y tú eres todo un gamer parece**

Pero se me rompieron los audífonos

**76. Ah pucha**

Alguien me rompió los Audífonos

**77. Y quien te lo rompió?**

Yo cacho que mi hermana, porque ella fue la única persona que usó ese día por cinco segundos y luego los dejo ahí por alguna por algún motivo...

**78. Y cómo te llevas con tu hermana?**

Bien, aunque me quita mi cargador de mi pieza

**79. Jajaja, ya**

Por qué el de ella lo rompió

**80. Ah, pucha parece que tu hermana, le es fácil romper las cosas, ja ja ja, rompe su cargador, tus audífonos**

Sí, o sea los audífonos no no es muy grave, o sea si es grave pero no es la parte más importante, la parte donde se conecta el computador, está rota

**81. Ah claro no sirve,**

Por qué ella siempre está todo el día tirada en la cama, viendo YouTube, jugando y siempre tiene el... Cómo se llama, donde sé, conecta los audífonos, lo tiene así como lo tiene... Ella siempre está tapada entonces pone la almohada al Lado Y tiene

**82. Muy doblado?**

Si los tiene muy doblados

**83. Claro ahí se rompen... Oye, y mira las imágenes que te voy a mostrar ahora, que estás viendo ahí?**

Mmm, en la foto de abajo estoy viendo un medicamento o un dulce como acá no hay de eso eso yo no lo he visto, como estoy viendo es un dulce de Estados Unidos, lo reconozco, yo no he ido Estados Unidos pero lo reconozco, Y se lo está comiendo

**84. Y acá?**

Yo creo que es un dulce

**85. Crees que es un dulce**

Ese es un medicamento,

**86. Ese es un medicamento, la niña con la cuchara, ya**

Es un medicamento, y no me gustan

**87. No te gustan los medicamentos?**

Sólo los que tienen sabor a frambuesa o a frutas

**88. Ya... Oye y tú tomas algún medicamento, algún remedio, una pastilla?**

Me tomo dos pastillas, pero ya no las tomo mucho

**89. Qué pastillas?**

A veces... O casi nunca, me tomo una para la cabeza, porque a veces me duele un poco la cabeza, aunque casi nunca, también una para concentrarme que esa es una chiquitita, que es azul, que me tomo 1/4 o la mitad

**90. Aaah ya.. Y por qué a veces te tomas 1/4 y otra a la mitad, por que cambia la..., el tamaño de la pastilla?**

Porque a veces tengo menos tareas, y a veces tengo más clases ... o creo que es eso

**91. Y por qué me dijiste que tomas esa de la la para las clases, cuando tienes más o menos clases? Para que es**

Para concentrarme

**92. Aaah y esa te la dio un doctor quién te la dio, la recetó?**

Un doctor si

**93. Y él te explico para que era?**

No él sólo la dio es que yo tenía como unos seis años, o cinco, creo que estaba cumpliendo siete por ahí, creo, y él sólo le dio la receta a mi mamá

**94. Ya, entonces no te explico, y a qué hora te tomas esa pastilla?**

Antes, no importa la hora pero tiene que ser antes de cuando voy a hacer una tarea o a veces cuando voy a hacer una tarea pero como me la tengo que tomar si o si o a veces no me la tomo porque me da flojera, cuando tengo clases.

**95. ¿Cuándo te olvidas de tomar la pastilla qué pasa?**

Nada, la verdad yo me siento igual si me la tomo o no me la tomo [...] podría tomármela o no y me siento igual que siempre.

**96. ¿Y cómo crees que sería si dejas de tomar la pastilla todos los días?**

Igual que siempre, ningún cambio.

**97. ¿Te gustaría dejar de tomarla?**

Yo sí, porque no tengo problema, aunque no la tome.

**98. ¿Qué te dice ella (mamá) para qué te la tienes que tomar?**

Siempre me lo dice que me la tengo que tomar para la concentración, pero yo me siento igual, pero me la tomo a ver si cada vez que me tomo una y me concentro más y también porque yo me quiero concentrar más, pero como que me cuesta un poco concentrarme.

**99. Ya, te sientes, o sea sientes que podrías no tomártela e igual te vas a concentrar?**

Si porque, porque aunque me tome las dos pastillas, porque tengo otra como que eso si me lo dio mi mamá, que ella se toma dos y yo me tomo uno, y recién lo empezó a tomar mi hermana que tiene un, un minuto mayor que yo, o por así decirlo

**100. Es un minuto mayor ja ja, y esa otra pastilla que te da tu mamá para que es?**

Me dijo que era aceite de pescado

**101. Aceite de pescado**

Que tiene una vitamina que es vitamina B creo

**102. Ya..mmm.. oye y el remedio ese que te tomas la pastilla para la concentración, te la tomas tú, te la da alguien?**

Si siempre, a veces, me la tomo yo así, porque no tengo nada más que hacer, y a veces cuando estoy en clases, no puedo, bueno si me da tiempo para ir a buscar un vaso no sacar la pastilla, porque cuesta un poco, porque siempre salen tres o dos, y y casi siempre me La da mi mamá

**103. Ya, o sea a veces igual te acuerdas de tomarla solo, de tú... ah la pastilla y tú vas a tomarla?**

Si.

**104. Si, ya entonces me dijiste que, crees que la pastilla no te ayuda tanto, o sea es como que en realidad no cambia tanto las cosas, pero sientes que te impide hacer algo la pastilla, así como cuando te la tomas hay algo que tú sientas que no puedes hacer normalmente?**

No

**105. No?, te sientes igual?**

Si

**106. Ya como te sientes igual cuando la tomas y cuando no la tomas?**

Si

**107. Mmmm ya, Y cómo crees que sería si dejas de tomar la pastilla? Cómo sería Diego**

Igual

**108. Igual, te gustaría dejarla de tomar?**

Yo, si porque no tengo problema aunque no la tome

**109. Ya,**

Cómo que a veces no me gusta me gustaría no tomarme la pastilla como tenía miedo que se me quedó el atascada aca, pero es chico, un poco chico como el amor día y se acaba eL pedazo.

**110. Ah, y tiene un sabor malo?**

Si

**111. Sí, me tinca que tiene un sabor malo**

Sabe a jugo de pescado por así decirlo

**112. Oye, y si imaginamos hace un remedio una pastilla, ya, que existe una pastilla que te permite hacer algo que a ti te cuesta ser, que sería, que te cuesta hacer, y que si viniera en una cápsula que tú te la tomaras e inmediatamente te da un superpoder y tú puedes hacer eso**

Si tuviera un superpoder, me gustaría el superpoder de ser indestructible

**113. Indestructible Mmm**

El poder de indestructible para que te tires una cosa en la cabeza y que siguieras así caminando como si nada como si estuviera uno en un parque de flores

**114. En un parque de flores?**

Si

**115. Jajaja, ya mira aquí estoy poniendo otras imágenes ahora, cómo vamos hasta acá? Cómo te sientes**

Mmmm igual

**116. Igual? Recuerda que en cualquier momento podemos detener la entrevista, ya, si te cansas**

Sí, es que estoy muy acostumbrado a esto por que mi tía presenta una clase y siempre a veces en una ocasión, con la última clase educación física y yo pensé que era danza porque A mi me aparecía la Tia que hace danza, que es de play hades.. una constelación del espacio, creo...Y ayer presentó un PowerPoint, de todo el año y me emocionó mucho y antes de irnos yo le dije que gracias portadas la clase que nos vemos en penta...

**117. Miiira..**

Y que nos vemos el próximo año, y me emocione y me salieron unas lagrimas

**118. Oh qué bonito, es bonito emocionarse**

Si

**119. Si..**

Sabe igual, igual las clases de cuando yo justo el último año de qué me iba a ir del Playades o sea de pegasus, que esa creo es una constelación, pero sí sé que es una figura que está en el espacio

**120. Ahhh, los cursos se llaman así, Pegasus, pléyades, en vez de ser primero, segundo básico, tienen nombres,**

Si

**121. Aaah ya**

Y justo el último año, en la tia, la profesora presentó un PowerPoint que ese si fue de todas las clases, de todos los eventos que tuvimos en el año, o en los tres años, en el colegio, ahí todavía no llegaba todo esto de la cuarentena como todavía no existia, O no sé yo o todavía no lo encontraban o existía pero todavía no lo encontraban

**122. Ya, eso fue antes claro, ya ahora estamos con el virus**

Si y, todo, pero todo el salón se emocionó y se puso a llorar

**123. Mmm que bonito, Qué bonito, oye y hablando del colegio, cuál es la signatura que más te gusta?**

Cómo asignatura?

**124. Qué materia, que te gusta más matemáticas, lenguaje, música?**

Mmmm me gusta o me gustó porque ya tuve la última clase de educación física, eso es lo que más me gustó aunque yo no a veces no lo hacía porque era muy temprano y porque yo antes en el colegio ahí teníamos cuarto o pléyades, todos los salones de segundo grado o creo que si se llamaba segundo grado, salí a las cuatro, Y a qué me refiero con que salías a las cuatro a veces teníamos que hacer tarea y no salíamos a las cuatro, pero casi siempre era así que hacíamos educación física como empezamos como a las tres y terminábamos por las cuatro

**125. Aaah ya,**

Tres y media por ahí

**126. Tres y media... Y la asignatura o el ramo que menos te gusta o te gustaba cuál es?**

Como Ramo?

**127.       Cómo si te gustaba más educación física lo que menos me gusta es música por ejemplo o religión**

No, bueno creo que religión pero yo no no me inscribí, algunas clases de religión y además que no me gustaba, no iba mucho, porque era justo cuando teníamos el único recreo.

**128.       Jajaja el único recreo, pero y qué cosa te gusta menos del colegio? Cómo de lo que te enseña**

Cuándo empezamos a estudiar justo en la mañana

**129.       Como en la mañana?**

Que nosotros hacíamos una línea y no sólo le decimos línea, y nos sentamos así así indio, y hablábamos y, ahí venía como el calendario ese día, y ahí hacemos el calendario ese día, pero como que no le gustaba mucho estudiar justo En la mañana

**130.       En la mañana temprano?**

Sí, y además que nos gusta más leer porque cuando llegamos mientras esperamos los demás compañeros, leíamos, yo siempre le he un cuento corto pero de unas cinco páginas, no lo podía terminar porque la mayoría llegaba por las ocho porque a las nueve cierran el colegio, porque ahí empiezan todas las clases por las nueve

**131.       Y no alcanzabas a terminarlo porque llegaron los otros compañeros y ya era muy poco el tiempo**

Sí y además también porque porque no podía terminar el libro, porque yo siempre como siempre llegaba como a tiempo, justo a tiempo de que iban a cerrar, porque tenemos que ir a buscar a un compañero que era Vecino y que también está en el colegio, porque yo ahí vivía, vivía en la torre A, o sea en la torre B y la otra era la A, Y justo detrás en la calle que estaba atrás de mi Deptos como estaba un compañero que se llama Emilio, se llama Emilio pero creo que el Ogueda suazi creo que es el apellido

**132.       Ya, claro debe ser el apellido, si**

Y siempre como que se demoraba mucho, además que la camioneta de mi papá porque a veces él era el que nos dejaba iba a dejar, casi siempre la mayoría de las

veces, dejaba la camioneta justo desde el otro lado de la calle que está detrás del depto , Y teníamos que caminar como como como más grande o como medio kilómetro y dar la vuelta, luego un poco menos de medio kilómetro o por así decirlo,era más o menos como caminar 1 km

**133. Para llegar al colegio, aclaro llegaban justo a la hora**

Llegar a la camioneta

**134. Aaah a la camioneta, ya**

Mi papá a buscar la camioneta, porque nosotros nos íbamos por el otro lado, mi papá, bueno nosotros los tres porque también iba mi hermana, y vamos por el otro lado nosotros dos, yo y mi hermana cruzamos la calle y le tocamos la puerta al Emilio, y mi papá mientras iba buscar la camioneta, ya si nos apuramos un poco más

**135. Mmm claro, oye Diego y y al principio me hablaste de los profesores del colegio, como son los profesores contigo?**

Buenos

**136. Buenos? Te retan haces**

Que?

**137. Te retan a veces? Te llaman la atención?**

Cuando yo, o sea así cuando yo hago algo que no se puede como escalar un árbol, bueno yo no es que la un árbol pero como que siempre el árbol que estaba el medio del patio, era más o menos grandes o era el más grande, desde que cortaron el otro, y era muy grande y nosotros justamente, justamente después de que lo cortaron, dimos una vuelta y también una amiga que se llama mía Y la mamá trabaja en y la mamá se telas, y justo le hizo como mini Paul Herón de lana de ese arbolito que lo cortaron para que creciera de nuevo

**138. Ohh que bonito**

Y se lo pusimos justo donde lo cortara y se lo pusimos por arriba pero luego de unos meses lo sacaron

**139. Pero qué bonito, qué bonito gesto, y muy seguido los profesores te llaman la atención?**

Cuando alguien hace algo que no se puede si

**140. Ya, mmm, Y cuando los profesores te han dicho de repente que te tienes que tomar la pastilla para la concentración?**

No

**141. No?, ya,**

Porque yo me la tomo mi casa

**142. Nunca te lo has tomado en el colegio?**

Creo que una vez, creo pero yo no me acuerdo, pero creo que si una vez

**143. Ya, oye y en la casa me dijiste que el remedio como es la pastilla te lo da tu mamá**

Si y a veces mi papá.

**144. Y a veces tu papá.. Y qué te dice ella para que te lo tienes que tomar?**

Siempre la pastilla azul, siempre me lo dice que me la tengo que tomar para la concentración, pero yo me siento igual pero me la tomo a ver si cada vez me una tomo y me concentro más y también porque yo me quiero concentrar más, pero como que me cuesta un poco concentrarme

**145. Ya, y te tomas la pastilla todos los días?**

La mayoría de todos los días del año

**146. Ya, y en vacaciones?**

Ah no

**147. No?**

cuando se me da la gana si

**148. Ya, y los fines de semana?**

No

**149. No?...**

Los fin de semanas para hacerlo bien y ir a la playa, y los fines de semana no me gusta hacer tareas

**150. No te gusta, entonces...**

Aunque las tengo que hacer,pero no me gusta porque son sólo unos días para después volver a clase, y yo me gusta pasarlo bien

**151. sea, la pastilla es sinónimo de pasarlo mal, de tareas?**

No

**152. No?, ya pero los fines de semana no pastilla, porque vas a la playa y haces otras cosas**

Y justo hoy día quizás todos vayamos a la plaza, a la playa o bueno yo creo que vayamos a la playa pero me gusta más ir a una laguna, que hay por allá, antes estaba conectada con el mar que está al lado, y cuando justo en la parte donde se conectaba se hacía un remolino, una vez nos metimos ahí para bajar y nos agarró la corriente Y estuvimos por lo menos media hora porque se hizo un remolino es como si hubiese un hoyo negro debajo de la tierra algo así

**153. Vaya, oye pero qué extremos experiencia**

La verdad no sé realmente porque yo no me acuerdo pero me dijeron que una vez y creo que fue así.

**154. Oye y a propósito de eso que no te acuerdas como el tema de que a veces la concentración, como que cuesta concentrarse igual te cuesta acordarte de algunas cosas, como que la memoria no funciona también, o tienes buena memoria?**

Con las cosas más importantes, como como de lo que me gusta hacer a mí o que hago seguido eso cada vez me voy acordando más,

**155. Ya**

Pero como pero como con las tareas o con las sumas, con las restas, con la derecha o la izquierda, se me olvida

**156. Eso se te olvida, ya, y para ir terminando Diego, tus amigos saben que tomas una pastilla para concentrarte?**

Sí

**157. si saben, ah mira, y qué piensan ellos, te han dicho algo, de qué ellos también la necesitan o te preguntan cómo te sientes, con esa pastilla?**

Una vez creo que me preguntaron, cómo se llamaba la pastilla

**158. Ya**

creo que nunca me han preguntado nada, pero yo si le he dicho a mi profesora y alguno de mis amigos, la mayoría de mis mejores amigos, algunos amigos pero más en la mayoría de mis mejores amigos que tomo una pastilla

**159. Ya, Y le has dicho para que es esa pastilla, o para qué son?**

Si, creo, creo que si

**160. Ya, y para que son, para que le has dicho que son?**

Una tiene muchas vitaminas, es la de aceite de pescado, que no me gusta y ahora me la tomé entera para no sentir el sabor del del aceite,

**161. Claro**

Y la otra, supuestamente es para concentrarse

**162. Ya, y sabes si tus amigos toman una pastilla para concentrarse? También**

Creo que no

**163. No, ya , Ya pues Diego hemos terminado, te hice todas las preguntas que yo tenía mucha curiosidad de hacerte, como te sentiste?**

Mmmm tal vez igual

**164. Igual... ya, pero te cansaste un poquito?**

No

**165. No?, que bueno, que bueno que no te hayas cansado.. ya pues quiero agradecerte mucho tu participación tú, tú me puedes hacer cualquier pregunta, en cualquier momento si es que tienes alguna duda, si es que querías contarme algo más de las cosas que yo te dije, se te ocurrió algo, Le dices a la Pauli y ella me comente podemos conversar de nuevo**

Ya

**166. Muchas, muchas gracias, y ahora te voy a pedir si puedes llamar a tu mamá para yo despedirme de ella, te pasaste que lo pases súper bien en la playa**

167. Gracias
- 168. Chao...**
169. Chao
- 170. Ya Super bien**

*Entrevista 2 al niño*

- 1. Me dijiste la otra vez Diego que mmm, el tema de las clases online, como te ha ido?, como te has sentido?, te gustan, no te gustan, te aburre...**  
me aburen, porque son dos clases, dos clases y duran dos horas y media...
- 2. dos clases que duran dos horas y media? Uuh...**  
una hora y media más o menos
- 3. Una hora y media ya...**  
Tengo el calendario aquí, y creo que empiezan a las 9...la primera empieza a las 9, y termina a las 10:30... la segunda empieza a las 11, y termina a las 12 y media
- 4. Mmm**  
sea una hora y media
- 5. Ya, y hay algo de esta modalidad online que te haya gustado?**  
Eeh, si

**6. Como que por ejemplo?**

No sé, que la...eeh, la aplicación tampoco es tan pesada, o sea que no se queda tan pegado.

**7. Mm ya, y...**

Se te queda pegado la cámara a veces, pero, la aplicación no, está bien

**8. Oye y, esto de no ir al colegio de quedarte en la casa, te ha gustado?**

Eeh, ni mucho ni menos, lo malo es que no puedo ver a mis amigos y lo bueno es que... que no me voy a contagiar y...

**9. Ya**

Y tampoco tengo que estar...porque yo pongo la cámara y me siento, pongo varias almohadas y me las pongo acá...

**sea no tenis que estar en una silla...**

sea no... a veces me pongo en el sillón, en distintas partes

**10. Oye y te cuesta estar sentado en una silla... es incómodo?**

Si un poco

**11. Estar quieto todo el rato...**

Y también es que antes...si, ah bueno si, y también es que como antes yo me sentaba en el suelo indio,eh así lo hacíamos antes y solamente para almorzar nos sentábamos

**12. Mmm... antes cuando estabas en el colegio Montessori?**

Sí, porque ahí nosotros trabajamos en el piso, y para escribir lo hacemos en una mesa

**13. Mmm ya**

Porque ahí nosotros usábamos materiales, teníamos una, teníamos alfombra... una parte para leer, había una parte para hacer arte y eso, otra mesa, y desde eso...ese es un pequeño lado, pero después el resto del salón era cocina, la cocina, y... puros materiales para hacer trabajos, inglés, matemáticas, Lenguaje...

**sea lo que tú me dices es que había en distintas partes del salón, como distintas cosas para las clases**

Si

**14. Ya. Como que había un lugar que era la cocina, otro lugar para inglés, otro lugar para matemáticas...**

Si, y también a veces, nos sentábamos en el piso y todos hacíamos lo mismo

**15. Ya**

Todo el salón... y a veces hacíamos cosas en grupo, hartas cosas

**16. Y eso te gustaba, esa forma...**

Si

**17. Ytu colegio de ahora te gusta?**

No y también, emm no porque tampoco, porque también es que te obligan un poco a hacer ciertas cosas, en cambio en el otro salón, en el otro cole, uno podía elegir lo que quisiera, o sea hacer matemáticas, o lenguaje o lectura... bueno lectura no

**18. Ya**

Lectura era una actividad creo...

**19. Como?**

Es que lectura creo que era una actividad

**20. Aahhh y estas golpeando algo?**

Ehh..

**21. Es que eso se escucha acá y me impide escuchar....**

Ah si es que estaba con esta madera...

**22. Aaaah, es que eso se escucha acá, entonces se interfiere en el audio...claro, y, estai en un nuevo colegio ahora po, y ahora no podí elegir**

Si... bueno lo que mas me gusta hasta ahora ha sido la matemática y siempre me gustó hacer matemáticas... es que tampoco me gustan mucho porque también son muy largos, y además que los profes lo hacen muy, pero muy rápido, lo hacen, nos dan como un minuto para copiar y... tenemos que hacerlo solitos...

**23. Que cosa en el colegio?**

Si, y al minuto lo borra

**24. Púchale oh!, tan rápido?**

Si, y casi siempre son tres... y son largas

**25. Son tres qué?**

Tres, por ejemplo, en matemáticas tenemos que hacer... tres divisiones o restas... distintas cosas

**26. Y las borran muy rápido...**

Distintas cosas... si y también algo que le impresionó mucho a mi mamá fue que escribió, no me acuerdo que escribió pero se escribía con C y lo escribió con S... y mi mamá se impresionó

**27. Pucha el profesor no sabía escribir... oye y... entonces este cambio ha sido como bueno y malo, y que ha sido lo bueno del cambio de colegio?**

Mmm, hasta ahora no hay mucho que sea muy bueno

**28. Ya**

Ah bueno, tengo algo muy, pero que es harto bueno, es que los que viven acá están en nuestro salón y en nuestro cole...

**29. Ah súper bien, ya y lo malo?**

Lo malo es que... la verdad tengo hartas cosas malas, por ejemplo que duran mucho las clases, lo hacen muy rápido, hartas cosas

**30. Ya, oye y te cuesta hacer las tareas?**

No mucho

**31. No mucho... ya**

Lo que más me complica es la matemática, pero las divisiones son, lo que he estado viendo ahora, y ayer vi un video y lo hice todo solito, y fue la primera división del día, e hice un video

**32. Hiciste un video?**

Si

**33. Que buena**

Y se lo mande a mi papá, a mi tío, a mi abuela, a mi abuelo y a mi otra abuela...

**34. Ya, habiloso haciendo ahí las tareas, oye y de repente te da sueño en clases, así cuando las clases están largas?**

Una vez me quede dormido me acuerdo

**35. Cuando fue eso?**

La primera a la mitad de la clase, me quede dormido y... me desperté como... dormí como unas dos horas más o menos

**36. Ya... Uy, harto rato dormiste...**

Si, hice así y listo ya dormí

**37. Y te da, hay clases que te dan más sueño que otras o no?**

No, es que es la primera vez que me quede dormido en una clase

**38. Primera vez, ya, y que clase era?**

Mmm no sé, creo que era de ciencias, ciencias naturales creo...

**39. Mmm ya, y te da sueño en la mañana levantarte pa las clases?**

Si

**40. Ya, y andai con sueño todo el día o solamente cuando te levantai no más?**

Hasta las 12 más o menos, no tengo tanto sueño porque ahí por ejemplo, me empiezo a columpiar en un columpio que tenemos, me empiezo a columpiar y así se me quita el sueño pero me marea

**41. Ya**

Hartas cosas que me quitan el sueño, por ejemplo después de las clases a veces tengo que hacer tareas, hartas cosas

**42. Mmm, eso te quita el sueño...**

Si

**43. Y, tú te acuerdas que yo te pregunté si tu tomabas algún medicamento, una pastillita algo...y tú me dijiste si, dos pastillas...**

Si, una para concentración, otra vitamina y para concentración y ahora también estoy tomando así como un jarabe para la concentración...

**44. Harta concentración...**

Mucha porque me distraigo mucho

**45. Te distraes mucho...y cómo es eso de distraerse?**

Empiezo a mirar para cualquier lado

**46. Aahhh, así si yo estoy hablando contigo, tú empiezas a mirar para otro lado**

Si

**47. Ya, y ahí te distraes... y si yo te voy hablando y tú me escuchas o no?**

Si,

**48. Entonces tú miras para otro lado pero sigues escuchando, o también se te olvida escuchar?**

No, casi nunca se me olvida escuchar

**49. Ya**

Empiezo a mirar para todos lados pero casi nunca se me olvida escuchar

**50. Mmm, y tú la otra vez me dijiste que esa pastillita que tomabas, yo te pregunte que si esa pastillita te diera un poder, que poder seria, y tú me dijiste que serias indestructible,**

Si

**51. Si, y que significa ser indestructible? Yo me quede con la duda, no le pregunte al Diego...**

Emmm, es como ser a prueba de todo, uno no se puede quemar, ni hacerse daño, es indestructible

**52. Ser a prueba de todo**

Si

**53. Nada me desconcentra...**

No sé si ahogarse...

**54. Ya no sé si ahogarse, ya...Pero yo decía que ser a prueba de todo significa que nada te va a desconcentrar**

Si

**55. También o no?, porque eso también es como...**

No, si, creo que si

**56. Entonces, y a propósito que ahora estai tomando una pastilla para la concentración, otra pastilla para la concentración y vitamina y un jarabe para la concentración, es cuando te lo tomas, tiene algún efecto... tú sientes que tiene algún efecto o no?**

Si,

**57. Si?**

El jarabe sabe mal,

**58. Ya**

Y siempre rápidamente ya mi mamá hecha la cucharita y yo rápidamente, busco algo para comer para que que no se me quede ese sabor en la boca

**59. Me imagino, y a que sabe? Que sabor tiene?**

No sé, como mucha comida junta

**60. Vaya!**

Así como que oh, no sé si es malo, pero el sabor es súper fuerte, y al ser fuerte no me gusta

**61. Claro, pero me dices que igual te hace efecto**

Si, aunque sabe mal

**62. Aunque sabe mal, y como sientes que te hace efecto? En que te ayuda, que notas tu distinto?**

No sé, una vez me lo tomé y me lo tome y no sentí nada, una vez no me la tome seguí igual, y siempre he estado igual, aunque no me la tome

**63. Ah!, como que no tiene efecto el jarabe?**

No

**64. Osea da lo mismo si te lo tomas o no te lo tomas**

No y también la pastilla, hay una pastilla que es algo media asquerosa, es aceite de pescado

**65. Ohh, debe ser muy mala**

No pero lo mejor es que viene envuelto... envuelto...

**66. Envuelto**

Envuelto....envuelto en como una capita un poco gruesa de, creo que algo comestible y así uno no tiene que sentir el sabor, se disuelve en la guata y no sientes nada

**67. Ahh, mejor porque si no...**

Pero yo antes...

**68. Debe haber sido un sabor súper malo si te lo tomái así no más po, o lo chupai**

Si, y también, que...emm como se llama esta, ay! No me acuerdo...

**69. Te olvidaste?... no importa, oye y porque crees tú que todavía te dan...oh! Se desmayó el celular....**

Si

**70. Porque crees que todavía te dan...tomas estas pastillas si tu sientes que no te hacen ningún efecto, tu no cambias en nada, porque crees que te las da tu mamá?**

Emm, una porque tienen vitaminas y dos porque no se

**71. La de la concentración yo digo, porque te la dará? Si no hace efecto po**

Porque tiene vitaminas

**72. Ah por las vitaminas, ya, y a ti te gusta tomarte... no estoy hablando de la pastilla del omega 3, ni del jarabe, la otra pastillita te gusta tomártela?**

Si, además que es chiquitita y además que me tomo la mitad

**73. Ya**

Es como así más o menos o más chico

**74. Y hoy día te la tomaste?**

Ehhh, el jarabe si, los demás no

**75. Ya no te toca tomártelos**

No es que el jarabe tiene más vitaminas que concentración

**76. Ya... más vitaminas que concentración**

Y antes, si, y antes me acorde recién, de unas pastillas que uno las ponía en agua y se hacían como una bebida y esas pastillas tenían una bebida así que se disuelve y tenía gas, y tiene vitaminas, la vitamina e que yo me tomaba era de Frambuesa por ejemplo, de frambuesa o de frutilla

**77. Esas eran todas las preguntas, gracias Diego, muchas gracias por participar.**

