



Universidad de Chile  
Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Psicología

# **Visiones construidas por estudiantes diagnosticados con déficit atencional: estudio exploratorio en dos escuelas municipales en Maipú**

**Memoria para optar al título de Psicólogo**

Autor: Álvaro Carreño Sáez

Profesor patrocinante: Juan González López

Santiago, Julio de 2017

## Índice

<b>Sección</b>	<b>Página</b>
1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Marco referencial	4
4. Metodología	9
5. Resultados	10
6. Discusión y conclusiones	21
7. Referencias	24
8. Anexo: Pauta publicación revista Psicoperspectivas	26

## **Visiones construidas por estudiantes diagnosticados con déficit atencional: estudio exploratorio en dos escuelas municipales en Maipú**

### **Resumen**

En Chile existe un aumento de los estudiantes que reciben subvención especial por decreto 170 al estar diagnosticados por déficit atencional, como también un incremento significativo en el tratamiento farmacológico. Esta investigación indaga de forma exploratoria a través de la Teoría Fundamentada, las visiones que han construido estudiantes de enseñanza básica en dos escuelas municipales de Maipú, emergiendo categorías que abordan principalmente; antecedentes generales sobre el fenómeno, detección y diagnóstico del déficit atencional, dinámicas en torno al tratamiento y sus efectos en estudiantes, desinformación sobre el tema, adecuaciones curriculares y consecuencias relacionales y subjetivas.

Palabras clave: déficit atencional – diagnóstico – tratamiento – medicalización

## **Visions constructed by students diagnosed with attention deficit: an exploratory study in two municipal schools in Maipú**

### **Abstract**

In Chile there is an increase of students receiving special subvention for N°170 act, because they are diagnosed with attention deficit disorder, as well as a significant increase on pharmacological treatment. This research inquire exploratory through grounded theory, the visions that primary students of Maipú municipal schools have built, emerging categories that mainly include; general antecedents about the phenomenon, detection and diagnosis of attention deficit, treatment dynamics and its effects on students, misinformation on the subject, curricular adaptations and relational and subjective consequences.

Key words: attention deficit – diagnosis – treatment - medicalization

## Introducción

El fenómeno del déficit atencional comienza a tener presencia significativa al interior del sistema educativo en Chile desde la década de 1990, explicitándose entonces en la legislación, aunque con un significado más cercano al concepto de discapacidad que el que posee actualmente. La conceptualización actual de las Necesidades Educativas Especiales (NEE) proviene de la Política Nacional en Educación Especial del año 2005, donde se incorpora formalmente al déficit atencional. En particular, dicha política plantea el debate sobre los obstáculos por superar en relación a la integración escolar; la cobertura, el financiamiento, la adaptación curricular y la escasa capacitación del cuerpo docente para trabajar con niños y niñas con necesidades educativas especiales, entre otras (Ministerio de Educación, 2005). Esta política tuvo su materialización legislativa en la ley 20.202 de 2007, de la cual surge el Decreto 170 buscando reglamentarla, sentándose así las bases legales vigentes hasta ahora, en torno al diagnóstico, regulaciones y subvenciones asociadas al déficit atencional.

El déficit atencional, desde el Ministerio de Salud (2008) se aborda inespecíficamente, considerando válidos los planteamientos del CIE-10 y del DSM-IV; tendría un comienzo temprano, por lo general, a partir de los cinco primeros años de la vida. Sus características principales serían una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva, pudiendo también estar acompañado de hiperactividad (TDA/H). Elementos como el que las alteraciones se presenten en dos o más ambientes o que no existan otras problemáticas psicológicas asociadas son claves para la realización de un diagnóstico certero.

En la actualidad, la etiología del déficit atencional es inespecífica, aunque se han presentado argumentos, susceptibles de discusión, que plantearían un origen multifactorial, en el que factores neurobiológicos e incluso genéticos, al interactuar con factores ambientales llevarían a la manifestación del déficit atencional, postura a la que adhiere el Ministerio de Salud (2008).

### **Investigaciones y elementos relevantes**

Haciendo una revisión de las investigaciones respecto al déficit atencional realizadas en nuestro país, y en menor medida a nivel internacional, éstas se han abordado principalmente desde un enfoque estadístico, biomédico y psicosocial, pero en general no consideran las opiniones de la comunidad educativa.

En Chile, se han realizado estudios sobre la prevalencia del déficit atencional (Urzúa, Dominic, Cerda, Ramos, & Quiroz, 2009). También se han abordado cuestiones culturales con énfasis en aspectos genéticos, como por ejemplo el riesgo de presentar déficit atencional en niños aymarás (Henríquez B et al., 2008; Rothhammer et al., 2005).

De La Barra, Toledo, & Rodríguez, (2002) encontraron que los profesores consideraban que los niños que necesitaban evaluación por TDA/H eran entre un 13,6% en primero básico hasta un 21,5% en sexto básico, superando con creces la prevalencia reportada en la literatura y recomendando por tanto que los niños no sean derivados a servicios especializados en primer año, mencionando también la asociación y confusión de déficit cognitivos y conductas disruptivas bajo el concepto de TDA/H.

Una de las última investigaciones al respecto realizada desde una perspectiva crítica en nuestro país, es la realizado por Dassori, Roa, y Zúñiga, (2015) en la que a través de una etnografía estudiaron en una escuela en Conchalí el proceso de medicalización en los estudiantes, analizando el conflicto en el aula, el cómo se concibe como natural el abordaje del déficit atencional estando a la base el modelo biomédico, y como el tratamiento farmacológico es utilizado de forma indiscriminada principalmente por docentes del establecimiento.

A nivel internacional, el Grupo de Estudio sobre Discapacidad, (2006) de Uruguay, han investigado cómo el uso de Metilfenidato correspondería en la práctica a una forma de normalización de niños y niñas, buscando una salida fácil al no abordar sus necesidades educativas y diversidad tanto por parte de las escuelas como de sus padres. Se detectaría además un sobre diagnóstico y una medicación “para aprender”, violentando los intereses y los derechos del niño (Bianco & Figueroa, 2008)

En una línea similar Padilla, (2010) señala incluso que en nuestro país existiría una vulneración de la Convención de los Derechos del Niño porque se estaría invisibilizando a niños y niñas, tanto en su opinión como en su sufrimiento, al no considerarlos como sujetos, con una opinión válida, si no que el abordaje del problema se haría desde una institucionalidad y jerarquía externa, de forma violenta e impositiva, tratándolos como objetos a intervenir.

En Argentina, un estudio de Faraone et al. (2009) ha constatado un masivo aumento de la importación de Metilfenidato, que estaría de la mano con un aumento en la cantidad de niños diagnosticados con TDA/H que se relacionaría con el marketing realizado por cadenas farmacéuticas.

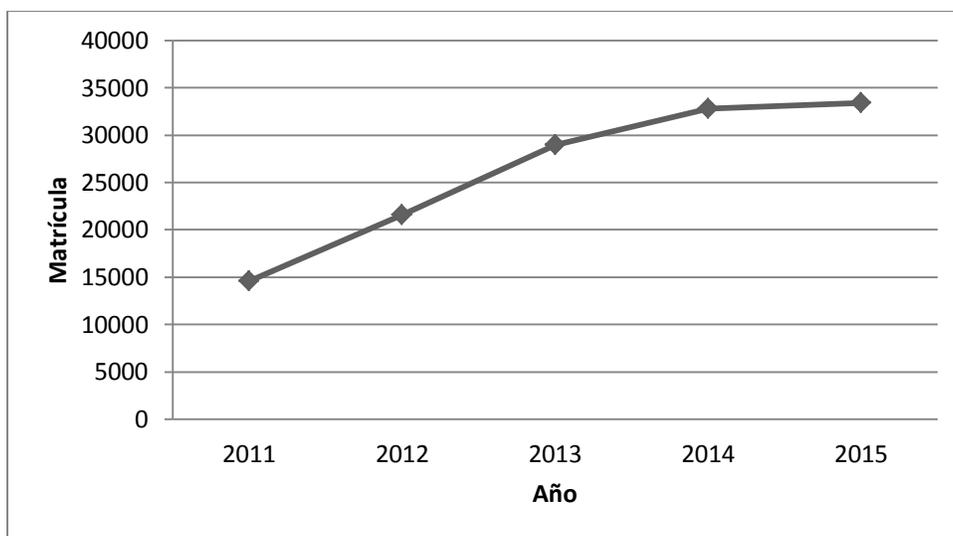
Sumado a lo anterior, Silva, (2013) señala que ha sido posible detectar casos en los que estudiantes han sufrido exclusión educativa, vulnerándose su derecho a la educación. Los estudiantes diagnosticados con déficit atencional se encontrarían en un ambiente educativo adverso, enfrentando contenidos y metodologías que no consideran sus intereses y habilidades, a lo que responderían negativamente con desconcentración, desorden y bajo rendimiento. Se propiciaría así la medicación como tratamiento y que éste sea centrado en el individuo, buscando subsanar un déficit y lograr que el que se adapte a la escuela sea el estudiante.

Es conveniente tener presente el concepto de medicalización, que se entenderá como el proceso histórico en el que diversos ámbitos de la vida cotidiana comienzan a ser afrontados desde una perspectiva médica, siendo las problemáticas abordadas en términos de enfermedad, terapia y curación. Se produce una individualización del problema, que pasa a ser del individuo, dejando de lado sus aspectos sistémicos y relacionales, planteándose su naturalización, el acotar sus causas a lo biológico, como si fuese parte de la naturaleza de los sujetos el presentarlos (Foucault, 1977; Perez, 2012)

### Aumento de la matrícula

Según datos de Kremerman (2009), la matrícula de niños diagnosticados con NEE creció en un 198% entre el año 1998 y 2005, resultando ese último año un total de 93.907 estudiantes diagnosticados. Al 2014, según datos aportados por el MINEDUC, la matrícula total diagnosticada con NEE alcanzaba a 249.474 estudiantes, es decir casi un 10% de la población estudiantil total del sistema escolar.

También podemos considerar los datos específicos sobre estudiantes que reciben subvención especial por tener déficit atencional bajo el marco del Decreto 170. Nos encontramos con un considerable aumento en los últimos años. Según datos del MINEDUC solicitados por Ley de Transparencia, el año 2011 había 14.561 estudiantes diagnosticados con este trastorno que recibían subvención, llegando a 33.380 el año 2015. Es decir un incremento de más del 100% en 5 años.



#### Gráfico 1

Matrícula por año

Muestra el aumento de la matrícula de estudiantes que reciben subvención especial por déficit atencional entre 2011 y 2015

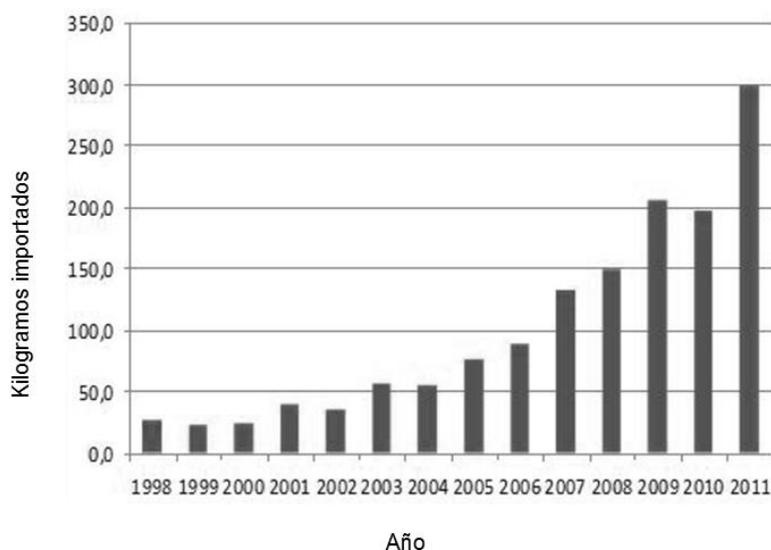
Fuente: Elaboración Propia en base a datos solicitados a MINEDUC

Lo anterior es preocupante considerando que existiría una influencia de prediagnósticos, no rigurosos ni especializados en el diagnóstico oficial y abordaje del déficit atencional, es decir, existirían personas del entorno de los estudiantes que en base al uso común de este término los categorizarían en él antes de existir un diagnóstico. Un abanico de otras alteraciones y trastornos se estarían incluyendo dentro de este problema, explicables incluso por la baja tolerancia a la frustración de los padres (Mas, 2009).

## Tratamiento

Según el Ministerio de Salud (2008) el uso de psicoestimulantes es el tratamiento más eficaz, omitiendo posibles contraindicaciones. Basándose en criterios de costo-efectividad posiciona en la práctica al Metilfenidato como la mejor opción de tratamiento, asignándole un rol secundario a la psicoeducación, intervenciones escolares, parentales y a los demás aspectos que involucrarían un abordaje integral. No obstante, el Instituto de Salud Pública (ISP) emitió el año 2009 una alerta a partir de información enviada por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), sobre los el riesgo de posibles efectos adversos por uso del Metilfenidato, de tipo cardiovascular, cerebrales, psiquiátricos, de desarrollo sexual, etc. (Instituto de Salud Pública de Chile, 2009)

Se verifica un aumento en la importación se metilfenidato: Según datos proporcionados por el ISP la importación controlada de este medicamento aumentó de 24,2 Kg desde el año 2000 a 297,4 Kg el 2011, tal como se aprecia en el Gráfico 2.



### Gráfico 2

#### Importación Metilfenidato

Muestra el aumento en la importación de metilfenidato que registró el ISP entre 1998 y 2011

Fuente: Información entregada a investigadores de Centro Alerta/Opech por el ISP.

Siguiendo la tendencia de la información anterior, es posible constatar en los últimos años un notable aumento en la compra de Metilfenidato: según datos entregados por la Central

Nacional de Abastecimiento (CENABAST) correspondientes sólo al sector de salud público, en 2011 se compraron 4.002.900 Unidades de Metilfenidato, llegando a 7.001.640 para el 2015, lo que representa un aumento del 75%. Tal aumento es preocupante, si consideramos que además se puede recurrir a otros medicamentos para el tratamiento, como Anfetamina, Atomoxetina e incluso antidepresivos (Ministerio de Salud, 2008)

La problemática en torno al tratamiento y su abordaje en la escuela reviste serias falencias que motivan a la ONU, a través del informe del Comité de los Derechos del Niño (2015), recomendar al Estado chileno a que: emplee conocimientos sobre tratamientos no farmacológicos para el déficit atencional; favorezca la determinación las causas profundas del trastorno; y adopte las medidas necesarias para impedir que se presione a los niños y a sus padres para que acepten tratamientos con fármacos psicoestimulantes.

Así, el déficit Atencional se puede considerar como un fenómeno complejo, que presenta una problemática actual para los estudiantes diagnosticados, sus familias y el sistema educativo en general, poniendo en tela de juicio la pertinencia y orientación de las políticas educativas que abordan el problema.

Es por lo anterior que se espera que la investigación entregue información nueva y relevante al considerar el relato proveniente directamente de niños y niñas que han sido diagnosticados con déficit atencional, validándolos como sujetos y permitiendo que sus palabras y opiniones sean conocidas y articuladas en el proceso de análisis. Esto permitiría comprender de mejor manera en términos teóricos el fenómeno en cuestión y sus implicancias, como permitir en términos prácticos contar con elementos para el diseño e implementación de políticas educativas.

En la presente investigación se buscará responder a la pregunta ¿Cuáles son las visiones en torno al déficit atencional que tienen los estudiantes diagnosticados por los que se recibe subvención especial, en dos escuelas municipales de la comuna de Maipú? Lo que en términos específicos nos planteará como objetivos el indagar sobre los principales elementos y prácticas asociadas a la detección, diagnóstico y tratamiento del déficit atencional, como también a identificar el impacto y las consecuencias que tiene para los estudiantes su diagnóstico y tratamiento.

## Metodología

### Enfoque

La investigación se llevó a cabo por medio de una metodología cualitativa, debido a que éste método de investigación se interesa por la manera en que el mundo es comprendido, experimentado y producido por la experiencia de cada persona. Considera al contexto y los procesos, como también los conocimientos y relatos de los sujetos (Vasilachis de Gialdino, 2006). Tendrá un carácter exploratorio al basarse en el relato de un actor poco considerado en las investigaciones chilenas.

### Recolección de datos

Se tendrá como base la realización de entrevistas, buscando ahondar en los relatos de los sujetos. Esto se realizará a través de la técnica de entrevista semiestructurada (Flick, 2004) es decir, se armará una batería de preguntas con respuestas abiertas, las cuales se realizarán de manera flexible según el desarrollo particular de cada entrevista, pudiendo agregar nuevas preguntas o buscar profundizar alguna temática mencionada por el entrevistado.

### Muestra y Criterios de selección

Se seleccionaron las dos escuelas municipales que tengan mayor proporción de estudiantes recibiendo subvención complementaria por decreto 170 al año 2015. Se estableció como un criterio que los estudiantes que participen hayan sido diagnosticados hace al menos 2 años, esperando que se presenten de manera más clara alguna de las consecuencias que ha tenido el déficit atencional en sus vidas. Participaron 8 estudiantes en total (4 de cada escuela) de entre 9 y 13 años, quienes fueron seleccionados en conjunto con las coordinadoras de los Proyectos de Integración de cada escuela. Se consideró dentro de los aspectos éticos la obtención de cartas de consentimiento y asentimiento informado, la confidencialidad de la información entregada y la retroalimentación a las instituciones.

**Tabla 1**

Escuelas de Maipú y subvención especial

Establecimiento	Dependencia	Porcentaje matrícula
Escuela 1	Particular subvencionado	16,51
Escuela 2	Particular subvencionado	13,92
Escuela 3	Particular subvencionado	9,05
Escuela 4	Particular subvencionado	7,76
<b>Escuela 5</b>	Municipal	<b>6,15</b>
<b>Escuela 6</b>	Municipal	<b>6,13</b>

Muestra las escuelas y su dependencia, que al año 2015 tenían una mayor proporción de estudiantes por los cuales recibían subvención especial por déficit atencional en relación a su matrícula total.

## Método de análisis

El análisis se realizó basándose en la Teoría Fundamentada, bajo los planteamientos de Strauss & Corbin (2002), ya que a partir de una recolección sistemática de datos que son analizados en un proceso de investigación, que tiene por base su codificación y categorización, se busca el surgimiento de conceptos, y finalmente de una teoría, que al estar basada en datos, genere conocimientos, permita la comprensión de los fenómenos e incluso signifique una guía para la acción.

Cabe señalar que como lo que se realiza es una primera aproximación al fenómeno, más que elaborar una teoría acabada y consistente lo que se busca es que emerjan a través de los relatos de los participantes las distintas perspectivas que han construido en torno al déficit atencional y poder sistematizar y categorizar los aspectos más relevantes de éste fenómeno.

## Resultados

Al analizar la información recabada en las entrevistas se elaboraron 6 categorías que dan cuenta de distintos ámbitos del fenómeno del déficit atencional para los estudiantes. Las categorías y sub-categorías fueron nombrados con las palabras de los propios participantes. Cuando esto no fue factible debido a que sus palabras textuales no permitían dar cuenta de forma clara y sintética del contenido de la categoría, se les nombró de la forma más breve y representativa posible:

**Tabla 2**

Categorías y ámbitos encontrados en la investigación

Número	Nombre	Ámbito
1	Elementos concomitantes	Aspectos motivacionales y familiares.
2	Detección/Diagnóstico	Proceso de detección y diagnóstico del déficit atencional.
3	No me hablan mucho de eso	Información y comunicación sobre el déficit atencional.
4	Adecuaciones pedagógicas	Modificaciones evaluativas y curriculares
5	Tratamiento y consecuencias	Tratamiento y consecuencias
6	Yo no le tomo tanta importancia	Consecuencias para los estudiantes

Muestra las categorías obtenidas en la investigación y los principales aspectos que involucran.

## **Categoría 1: Elementos concomitantes**

Esta categoría da cuenta de algunos elementos de tipo motivacional y familiares que influirían en la aparición de problemas atencionales en los estudiantes.

Uno de los aspectos que abarca son los componentes motivacionales que se relacionan con la atención entregada por los estudiantes a las diversas tareas que deben realizar, planteando ellos que les es más fácil concentrarse al realizar cierto tipo de actividades, como lo pueden ser las artísticas:

*“sí poh, en las tareas no pero en dibujar, cosas así, yo me entretengo. No le tomo atención a nadie y dibujo nomás”.* (Estudiante1)

También serían más motivantes el realizar actividades motrices, como en educación física:

*“en física, en física anteriormente me concentraba pero cuando hacíamos actividades yo me concentro en todo eso, pero digamos en otros ramos no”.* (Estudiante 2)

Al preguntar si las cosas en las que no ponían atención eran entretenidas, la respuesta fue negativa:

“No”. (Estudiante 2)

Y al indagar si las actividades en las que les es más fácil concentrarse eran de su agrado la respuesta fue positiva:

“Sí”. (Estudiante 3)

“Sí”. (Estudiante 2)

El qué tan entretenidas sean las clases y cómo estas son motivantes parece estar presente en lo expresado por el estudiante al preguntar si es que creen que se concentrarían más con clases más entretenidas, planteando él ejemplos incluso de cuáles clases considera que están en esa categoría:

*“ahí si pondría atención (...) física, artes visuales, computación”.* (Estudiante1)

Aunque sea a grandes rasgos los estudiantes son capaces de relacionar su facilidad para poner atención con lo motivadoras y entretenidas que son ciertas clases en particular, en especial las que involucran el movimiento y actividades dinámicas.

También dentro de esta categoría aparecieron elementos en torno a los problemas familiares, en específico el que son considerados como relacionados o incluso causantes del déficit atencional. El estudiante afirma que le costaba poner atención en la escuela y al preguntarle sobre el por qué, responde claramente:

*“porque tenía muchos problemas en mi casa” (Estudiante 2)*

Al indagar un poco más se puede apreciar la existencia de una relación de violencia al interior de la familia, que afectaba directamente al estudiante y sus ganas para ir a la escuela, presentándose su relato de manera angustiosa al recordar que no era validado como mediador de las discusiones en las que estaba en juego el que su padre se fuera de casa, todo dentro del espacio temporal en que fue diagnosticado y comenzó a tomar pastillas:

*“... mi mamá me decía que no me metiera, que era asunto de adultos. Porque yo cada vez que veo, le decía que no pelearan, porque al final no resultaba eso. Se gritaban, mi papá se quería ir de la casa. Habían momentos que eran así y yo ni siquiera me daban ganas de ir al colegio. Por eso fue el problema que yo no me podía concentrar tanto y hablaron con mi papá y tenía que tomar pastillas”.* (Estudiante 2)

Existe además una relación entre el que se solucionaran los problemas familiares y el que cesaran los problemas para poner atención en clases:

*“realmente en esos días cuando no empecé a tomar, ya no tuvieron más discusiones entre mis padres y ya me sentía mucho mejor y no prestaba más atención a los demás (...) sí, yo pensé que ese era el problema que yo tenía para desconcentrarme, pero cuando arreglaron todas las cosas me empecé a sentir mejor y no me desconcentraba”.* (Estudiante 2)

## **Categoría 2: Detección/Diagnóstico**

Esta categoría da cuenta de algunos elementos relacionados con la detección del déficit atencional y su proceso diagnóstico.

En primera instancia se detecta que no hay claridad absoluta por parte de los estudiantes sobre quién planteó en primera instancia que ellos podían presentar déficit atencional. Posiblemente porque eran muy pequeños al ser diagnosticados y por la falta de información, es que en la práctica, los primeros recuerdos en torno al déficit atencional que plantean tienen relación con:

*“la verdad es que ellos nunca me empezaron a hablar de eso, cuando empecé el neurólogo empecé a entender que tenía ese problema.”* (Estudiante 4)

También está presente en algunos relatos el que son los profesores los que plantearon en primera instancia a los padres que sus hijos tenían problemas de concentración:

*“sí, mi profesor era, habló con él que yo me desconcentrar muy rápido y ahí me empezaron a dar las pastillas”.* (Estudiante2)

Respecto al proceso diagnóstico no parece tener mayor relevancia para los estudiantes, siendo acotado a un momento inicial en el que se diagnostica, más que a un proceso de evaluación y reevaluación con varias visitas al médico:

*“no sé, me pasó rápido. Porque con mi mamá soy ordenado”.* (Estudiante 1)

Los estudiantes manifiestan que cuando los diagnosticaron les hicieron preguntas a ellos o a sus padres sobre su capacidad de concentración, principalmente, sin constatarse la realización de exámenes extras a la visita:

*“sí, me senté en la camilla y el doctor me empezó a hacer preguntas y me preguntaba de qué modo me puedo desconcentrar tan rápido; digamos que mis compañeros estaban leseando y yo estaba aquí tranquilo y voy estar mirándolo todo el rato porque no me puedo fijar en una cosa, me fijo en la otra cosa. Eso me decía el doctor”.* (Estudiante 2)

Otro de los aspectos considerados dentro de esta categoría es el que uno de los criterios diagnósticos no estaría siendo considerado y es el que los síntomas asociados al déficit atencional se presenten en al menos dos ambientes distintos en los que se desenvuelva el estudiante, típicamente en la casa y en la escuela. Se constata que los estudiantes plantean claramente que su capacidad de poner atención es mejor en casa, no teniendo problemas para concentrarse en este lugar:

*“(en casa) soy tranquilo, tomo atención a todo, hago todo lo que me dicen”.* (Estudiante 1)

Incluso se plantea la influencia del ruido, como un factor ambiental propio del colegio como propiciador de los problemas de atención:

*“sí, porque hay mucho ruido rondando igual”.* (Estudiante 4)

La detección del déficit atencional aparecería de forma vaga en los relatos de los estudiantes, atribuyéndola a los profesores y dándose cuenta en la práctica, debido a la visita al médico, que no habría tenido mayor relevancia para ellos.

Queda presente el que los estudiantes plantean que no presentarían problemas para concentrarse en sus casas, siendo esta una problemática que se expresa solamente en el espacio escolar.

### **Categoría 3: No me hablan mucho de eso**

Esta categoría presenta información relevante en torno a las nociones que tienen los estudiantes sobre qué es el déficit atencional, la información que les fue entregada sobre el tema y las relaciones que al respecto han tenido con los adultos.

En primer lugar, a los estudiantes no se les informó que ellos presentan déficit atencional:

*“no, no me han dicho”. (Estudiante 7)*

También se presenta en los relatos de los estudiantes una tensión que pareciera ser contradictoria en principio, y es que mencionan de forma explícita al preguntarles, que no saben qué es el déficit atencional:

*“no me hablan mucho de eso pero lo que sé, por lo que yo he vivido, es que son inquietos...” (Estudiante 4)*

Sin embargo, al analizar sus discursos, es posible ver que sí manejan algunas nociones, derivadas principalmente de los aspectos prácticos y vivenciales del déficit atencional.

El qué es el déficit atencional para ellos adquiere distintos significados, algunos tienen relación con problemas académicos:

*“es cuando un niño le cuesta aprender a leer, (le faltan) algunas capacidades”. (Estudiante 6)*

Lo anterior también comienza a ser complementado por la noción de que el déficit atencional incluye la falta de algo:

*“ehh, los niños que les cuesta tomar atención y aprender porque como que les falta algo, no sé bien”. (Estudiante 7)*

Uno de los elementos que está más presente en los estudiantes, tanto porque lo mencionan explícitamente como también por cómo lo significan de forma negativa, es que sería una enfermedad, un problema biológico, que se padece desde el nacimiento incluso:

*“porque igual, a veces la tía nos está explicando algo en el puesto y empiezo reírme con mis compañeros me voy para atrás. No se poh, tengo todas las características (de esa) enfermedad”. (Estudiante 1)*

*“yo nací con ese problema, desde los seis años estoy yendo al neurólogo”. (Estudiante 4)*

Esta contradicción entre el no saber qué es el déficit atencional pero manejar algunos elementos al respecto parece remitirse a que los estudiantes no son informados sobre el déficit atencional, ni consultada su opinión al respecto:

*“no, esta es la primera vez”. (Estudiante 4)*

Se aprecia que los estudiantes han sido dejados de lado en el momento del diagnóstico, por el médico, y posteriormente por sus padres, quienes no los consideran como sujetos cuya voz pudiese ser escuchada:

*“no, le explican a mi mamá”. (Estudiante 6)*

Se plantea claramente que a quienes les comunican la información son a los padres, siendo los estudiantes dejados fuera de esa interacción:

*“la verdad es que parece que hablaban con mi mamá, a mí nunca me han hablado mucho de eso, como son relaciones de profesores y apoderados, entonces... No sé si han hablado de ese tema”. (Estudiante 4)*

La falta de información de parte de los adultos se ve extendida a otro aspecto, el no considerar la opinión del estudiante sobre el tratamiento, que consiste principalmente en metilfenidato:

*“no, nada. El doctor habló la primera vez conmigo, la primera visita que hicimos con él. Después en la otra habló con mi mamá”. (Estudiante 1)*

*“no, no me dicen; le deben decir a mi mamá pero a mí no”. (Estudiante 7)*

No se les explica a los estudiantes en qué consiste el tratamiento, y al indagar si se les mencionan distintas opciones la respuesta es categórica:

*“no, me dieron al tiro la receta para tomar pastillas”. (Estudiante 2)*

En el caso en que el tratamiento son flores de Bach, tampoco se le consultó a la estudiante si estaba de acuerdo ni qué opinaba de tomarlas:

*“no, solamente me las empezaron a dar.” (Estudiante 7)*

Finalmente, se hace presente el deseo de recibir información por parte de la familia en particular, y lo importante que es para ellos el que su opinión sea considerada, siendo un motivo de alivio el poder comunicarse y no ser excluidos de las decisiones que se toman sobre ellos.

*“ ahora sí, me gustaría que me dieran información porque para mí no es tomar algo sin información, pero a la edad que yo tenía... Ahora a la edad que tengo me gustaría hablar con mis papás sobre ese tema, anteriormente, pero yo conversé con ellos, ya me dijeron sobre ese tema, sobre lo que me desconcentraba mucho y el problema que tenía. Y eso me gustaría decirles, pero ya hablé con ellos anteriormente, pero ahora me siento mucho mejor”. (Estudiante 2)*

#### **Categoría 4: Adecuaciones pedagógicas**

Se hace presente para los estudiantes el que hay una serie de cambios, en distintos ámbitos del área académica, aunque no se asocia de forma clara al que presenten déficit atencional, pues como se refleja en la categoría anterior, no fueron informados de aquello.

Las modificaciones en cuestión son de tres tipos. El primero es que los estudiantes han notado que les hacen pruebas más fáciles, tomadas por una integrante del equipo de integración:

*“solamente en este caso que la profe de integración hace una prueba con nivel un poquito más bajo. Yo estoy en el equipo de integración”.* (Estudiante 4)

Se evidencia también que este tipo de modificaciones no han sido permanentes en el tiempo:

*“antes, cuando yo iba en primero me cambiaba las pruebas, pero ahora ya no. Tenían la misma materia solamente estaba más fácil”.* (Estudiante 3)

El segundo tipo de modificación es la aplicación de pruebas distintas a las realizadas al resto de los estudiantes, mientras estaban en tratamiento:

*“sí, cuando iban cuarto y en quinto me iban hacer prueba distintas, cuando tomaba las pastillas”.* (Estudiante 2)

Y el tercer tipo de modificaciones es el que se les refuerza de forma especial la materia que han visto en clases con el resto de sus compañeros, para que mejoren su rendimiento:

*“(veníamos a la sala del proyecto de integración) para que nos ayudaran a concentrarnos en la clase y nos ayudaran en las pruebas que venían antes”.* (Estudiante 8)

*“solamente que la tía nos explica más, tiene más paciencia con nosotros. Nos toma más atención que a los otros”.* (Estudiante 1)

Las modificaciones han sido efectuadas cuando los estudiantes forman parte de los proyectos de integración, de forma variable en el tiempo.

#### **Categoría 5: Tratamiento y consecuencias**

Esta categoría es una de las más importantes que surgieron durante la investigación, debido a la gran cantidad y a la relevancia de la información obtenida, como también por lo compleja que es su relación. Abarca aspectos relacionados con el tipo de tratamiento y

su administración, los efectos que ha tenido y las implicancias del estar sin tratamiento. Es por esto que se ha subdividido en 3 sub categorías que se presentan a continuación.

### **De lunes a viernes**

Da cuenta que el tratamiento más común es el metilfenidato. Respecto al lugar en el que se ingiere el fármaco, se encuentra que hay estudiantes que lo toman en sus casas y a otros se los administra la profesora:

*“Hay hartos en el curso que toman pastillas, pero hay algunos que se la toman con la tía, que se las dejan acá y la tía se las dan, y otros que se las toman en la casa”.*  
(Estudiante 1)

Es rutinario para los estudiantes a los que en la escuela se les entrega la pastilla el que esto se haga por lo común en las mañanas, al ingresar a clases y ocasionalmente a la hora de almuerzo:

*“Cuando abre la tía la sala me la pasa”.* (Estudiante 1)

Se detectó un caso en el que la estudiante recibe como tratamiento flores de Bach, que son administradas también en la escuela:

*“me dice que saque la lengua y después me da dos gotitas”.* (Estudiante 6)

Otro de los aspectos considerados bajo esta categoría es la posibilidad de que la dosis vaya aumentando con el transcurso del tiempo, lo cual se manifiesta explícitamente:

*“me va subiendo la dosis, antes me la tomaba, cuando iba en quinto, me tomaba una de 10, ahora me tomó una de 20”.* (Estudiante 1)

Aparece como la norma el que los estudiantes que están en tratamiento, lo reciban exclusivamente de lunes a viernes, suspendiéndose los fines de semana:

*“acá en la escuela de lunes a viernes”.* (Estudiante 1)

En la misma línea, el tratamiento también se suspende durante las vacaciones, manifestándose incluso el que continuar el tratamiento afectaría el disfrutarlas:

*“en las vacaciones tampoco... quiero disfrutar las vacaciones”.* (Estudiante 1)

Al indagar sobre qué piensan los estudiantes sobre el por qué sólo recibían pastillas al ir a la escuela, se expresa que en casa no presentan dificultades para realizar las tareas cotidianas, circunscribiéndose el déficit atencional y la hiperactividad solamente a la escuela:

*“eso, no, yo llegaba del colegio y hacía todas mis cosas pero no necesitaba las pastillas en ese momento, solamente en el colegio”. (Estudiante 2)*

Lo anterior se ve reforzado al considerar que en casa, el ambiente para estudiar puede ser más favorable que en la escuela, lugar en el que parecieran no considerarse las necesidades particulares de cada estudiante en relación a su forma de estudiar, particularmente, la incomodidad existente con el ruido de la sala de clases, situando el problema por parte de los adultos principalmente en el sujeto medicado más que en su entorno;

*“por ejemplo cuando leo no me cuesta, cierro la puerta en mi pieza y ahí me concentro, porque además lo que me molesta para estudiar es el ruido”. (Estudiante 4)*

### **Yo sentía como un dolor en la cabeza**

Al intentar conocer los distintos efectos que tiene el tratamiento, en especial el uso de metilfenidato, se manifestó con efusividad la existencia de distintos síntomas, siendo una temática que había llamado anteriormente la atención de algunos estudiantes y que los había afectado de forma negativa y reiterada mientras seguían el tratamiento farmacológico:

*“¡sí sí sí! ¡Sentía algo muy raro! Mi cabeza empezaba a dar como vueltas, no podía... En un momento cuando terminaron las clases y me iba para mi casa yo sentía como un dolor en la cabeza, no tan fuerte, más o menos un mareo. No me dejaba explicar las cosas...” (Estudiante 2)*

También apareció como otro posible efecto secundario la somnolencia de forma concomitante al dolor de cabeza:

*“cuando la tomo, no siento nada, pero a los minutos siento como que me da sueño, me duele la cabeza”. (Estudiante 1)*

Cuando a raíz de estos malestares los estudiantes que los padecían buscaron ayuda de los adultos, no fueron tomados en cuenta mayormente, recibiendo como explicación médica que es normal sentir malestares al ingerir las pastillas y que eso era parte de un proceso de adaptación al fármaco:

*“sí, (le pregunté) al doctor; me dijo que eso era normal, que era que me tenía que acostumbrar a la pastilla”. (Estudiante 1)*

Otro de los aspectos considerados en esta sub-categoría son los efectos que tiene el tratamiento a nivel subjetivo en los estudiantes, encontrándose que el tomar pastillas les genera un daño, una alteración notoria al nivel de la propia identidad, que es

desagradable, contrastando ese estado alterado con el estado de base, sin pastillas, que se configura como el deseado:

*“a nadie se la recomendaría, porque, no sé, si a mí me hace daño, ¿pa qué la voy a recomendar?... sí, porque me cambia todo, me gusta ser así como soy sin tomarme la pastilla”.* (Estudiante 1)

### **Estar sin pastillas**

Se constató que en ciertas ocasiones algunos estudiantes han dejado de tomar las pastillas, analizándose acá ese hecho y el qué consecuencias directas ha traído.

Pareciera no tener mayor efecto el dejar de tomarla por un día, siendo para la estudiante el indicador de aquello uno de tipo conductual solamente, el estar tranquila, siendo esa característica algo ya común en la rutina escolar:

*“La otra vez por ejemplo se me olvidó, y estuve por ejemplo todo el día tranquila (...) la verdad es que yo estoy acostumbrada a estar tranquila, porque la verdad es que yo casi ni hablo”.* (Estudiante 4)

En un caso, se detectó presión para para que el estudiante tomase las pastillas en la escuela, al manifestar que no le gusta tomarlas:

*“sí, pero la deja ahí en la mesa y yo igual la tengo que sacar, porque si no llama a mi mamá”.* (Estudiante 1)

Se le amenazó, relatándolo el estudiante con angustia, con que de no traer las pastillas no podría ingresar al colegio, no siendo la primera vez que sucede tal hecho:

*“la tía me dijo que mañana las tengo que traer porque si no no puedo entrar al colegio”.* (Estudiante 1)

### **Categoría 6: Yo no le tomo tanta importancia**

La última categoría que surgió del análisis de las entrevistas da cuenta de las distintas consecuencias y efectos que ha tenido en términos relacionales y emocionales para los estudiantes el presentar déficit atencional.

En primer lugar, pareciera no tener mayor relevancia para los estudiantes el presentar déficit atencional. Al no afectar el fenómeno distintas esferas de su vida, queda circunscrito al ámbito escolar, reflejándose principalmente en el acto de ingerir la pastilla:

*“no, yo no le tomó tanta importancia, si no que el colegio le toman como la importancia pero yo no. Como que para mí es tomarme la pastilla no más”.* (Estudiante 2)

Se expresa en algunos casos que han notado cambios que consideran positivos, desde que comenzaron a tomar pastillas, principalmente modificaciones conductuales relacionadas a que ya no se distraen como antes:

*“sí, he tomado más atención en todo; antes cuando me preguntaban algo yo estaba distraído pero ahora miro fijamente la persona”* (Estudiante 3)

Complementando lo anterior, se deja ver cómo el hablar más de lo que se considera apropiado y la inquietud son valorados negativamente en la escuela y el no presentar aquellas conductas es sinónimo de no tener problemas en la escuela, de no recibir insultos:

*“la verdad es que hasta el momento no he tenido ningún problema, porque igual yo he cambiado harto, por ejemplo ya no hablo tanto, ya no soy así, el remolino. La verdad es que nadie me insulta por eso”.* (Estudiante 4)

Tampoco se detectaron problemas con los compañeros a raíz del déficit atencional:

*“dentro de mis compañeros no, nada, a mí no me hacían nada, no me molestaban, nada. Solamente problemas en mi casa”.* (Estudiante 2)

Finalmente, las esperanzas de estar mejor, de suplir el déficit son depositadas en la pastilla, que se significa más allá de un mero medicamento; representa por una parte la posibilidad de sanación y en un ámbito más profundo el deseo y necesidad del estudiante de no ser considerado como un ser con un déficit:

*“cuando yo me tomo la pastilla siento la sensación que se me va a pasar todos los déficit y cuando se me quite yo voy a estar feliz”.* (Estudiante 3)

## Discusión y conclusiones

En la presente investigación se abordaron de forma satisfactoria los objetivos establecidos, pudiendo responder a la pregunta planteada, al encontrar una serie de visiones en los estudiantes respecto a la detección, diagnóstico y tratamiento del déficit atencional, indagando sobre los mismos y las distintas consecuencias para los estudiantes. La relación entre las distintas categorías es intrincada debido a la gran cantidad de aspectos que han emergido en el análisis, no obstante es posible ahondar en las dinámicas que se originan en torno al fenómeno.

En primera instancia destaca el cómo las distintas problemáticas que pueda presentar el estudiante, a nivel familiar o a nivel escolar, parecen ser obviadas en el diagnóstico; problemas familiares, o requerimientos básicos para estudiar no son considerados por los adultos, ni en específico por el médico que realiza el diagnóstico. La escuela, como institución, parece no dar abasto con las demandas de los estudiantes y sus requerimientos educativos particulares, trasladando el foco del problema al individuo y siendo el abordaje farmacológico en primera instancia, no educativo, dejando de lado los aspectos relacionales del fenómeno, en especial los que tienen que ver con las expectativas que deposita la escuela en los estudiantes y las dinámicas que les impone. Esto tendría estrecha relación y vendría a complejizar el planteamiento de Mas (2009) en torno a la existencia de pre diagnósticos que estarían encubriendo una serie de problemáticas sociales más complejas que van más allá del aspecto biológico e individual al que estaría siendo reducido el déficit atencional.

Otro de los aspectos investigados que implica una vulneración de derechos para los estudiantes no ser considerados como sujetos durante el proceso diagnóstico del déficit atencional; no se les informa qué es, no se les informa que lo presentan, ni opciones de tratamiento, su voz no es considerada en ningún momento, no se consideran interlocutores válidos frente a una problemática que se supone presentan ellos y que para algunos es incluso una enfermedad, siendo todas las decisiones tomadas entre adultos sin siquiera pedir la opinión a los estudiantes.

Así mismo, durante el proceso diagnóstico tampoco se estaría considerando uno de los elementos claves para, según criterios formales, afirmar que un estudiante presenta déficit atencional: que este se manifieste en dos o más ambientes. El lugar en el que el comportamiento del estudiante es considerado un problema es en la escuela, no teniendo ninguno de los problemas de desconcentración ni hiperactividad que se suponen les son propios en sus casas u otros espacios. El que los problemas que supuestamente tienen su origen en el déficit atencional, considerándolo desde la perspectiva biomédica hegemónica, se presenten en un solo ambiente, guardaría estrecha relación, si no pareciera ser una causa, de que a todos los estudiantes que reciben tratamiento, se les administre exclusivamente de lunes a viernes, suspendiéndose los fines de semana y en vacaciones. Esto viene a confirmar que para los adultos, la hiperactividad y la desconcentración son problemas que se reducen y tienen su manifestación problemática en un solo espacio: la escuela.

Respecto al tratamiento, aunque no es posible establecer a priori una relación causal, es preocupante que se haya mencionado por parte de estudiantes entrevistados la aparición de malestares físicos, en algunos casos señalados como efectos secundarios del fármaco; dolores de cabeza, sueño y mareos, que no habrían sido tomados en cuenta por los adultos, o habrían sido considerados esperables.

Aunque también sea de forma excepcional, es preocupante el que se administre flores de Bach a estudiantes, pues aparte de no existir evidencia favorable de su efectividad que lo haga categóricamente distinguible de un placebo, tampoco la hay sobre sus efectos secundarios en niños, más aun considerando que su ingrediente base más común es el alcohol, considerándolo inocuo a priori, constituyéndose de paso como continuador de la lógica de medicalización.

También, pareciera ser que la personalización, dinamismo y entretención de los procesos educativos son fundamentales para que los estudiantes puedan concentrarse en ellos.

En términos del impacto y consecuencias que tiene para niños y niñas el ser diagnosticados y tratados, no pareciera que los estudiantes hayan tenido consecuencias negativas en aspectos relacionales, en especial con sus compañeros. Es del mismo modo incierto si esto se debe a un clima escolar de respeto entre pares o a la influencia que puede tener en esto el que una parte no menor de los estudiantes en la sala de clases presenten alguna necesidad educativa especial, el mismo diagnóstico, e incluso reciban el fármaco de forma rutinaria.

Aunque de forma excepcional, el que se detectase un caso de presión a un estudiante para llevar las pastillas a la escuela y ser medicado es grave, sobre todo porque según su relato no sería la primera vez que sucede, siendo en el último episodio amenazado por la profesora con que no podría ingresar al colegio si no llevaba las pastillas. Independiente de si se pensaba o no concretar la amenaza, la gravedad radica en lo perjudicial que es decirle a un estudiante que la continuidad de su proceso educativo depende de si toma o no un fármaco, siendo un claro ejemplo de lo que criticó el Comité de los Derechos del Niño (2015) a nuestro país.

Se vuelve evidente que el problema no es solamente el tratamiento, ni farmacológico ni alternativo, ni que se entregue de lunes a viernes o los efectos secundarios que pueda tener, ni un mal diagnóstico o la falta de información.

El problema pasa a ser la lógica de medicalizar a niños y niñas, buscando contener y cambiar algo que es problemático de forma principal y casi exclusiva para la escuela, abordando el fenómeno desde una perspectiva biomédica, circunscribiendo el problema al individuo, medicándolo buscando controlar una sintomatología para que el estudiante se adapte a las dinámicas escolares y sea exitoso en términos de resultados académicos.

Esta forma de abordar la subjetividad, contenerla y administrarla plantea como desafío su transformación, la superación de las actuales políticas educativas, concibiendo a niños y niñas como sujetos, como personas con opinión y derechos, devolviendo la problemática del déficit atencional a su base material, a las relaciones entre sujetos.

En términos investigativos, la presente investigación ve circunscrito su alcance por diversas razones; la dificultad para obtener un relato estructurado y extenso en los estudiantes de menor edad, lo reducida de la muestra considerando la gran cantidad y diversidad de estudiantes que reciben subvención especial por déficit atencional y el que el contacto con los estudiantes se realizó en un momento puntual en el tiempo.

De la mano con lo anterior es que se hacen patentes una serie de necesidades investigativas: algo fundamental sería el investigar la realidad de escuelas particulares y particulares subvencionadas en torno al déficit atencional, como también lo que sucede en regiones. Sería conveniente el poder entrevistar a estudiantes de enseñanza media y, mejor aún, poder realizar un estudio longitudinal que permita tener una visión a largo plazo sobre el fenómeno. Hay que tener presente también el que no se dispone de información sobre los estudiantes diagnosticados con déficit atencional en el sistema privado de salud ni sobre las escuelas que deciden no cobrar subvención especial. Las líneas investigativas planteadas son importantes debido a la complejidad del tema, la falta de investigaciones al respecto y lo necesario que es contar con la información apropiada para poder comprender de mejor manera el fenómeno y trazar líneas para la superación de la situación actual, en términos al menos de comprensión, abordaje y políticas educativas

Finalmente, es en términos prácticos en los que ha de superar el actual abordaje y comprensión del fenómeno del déficit atencional, dejando de lado la medicalización, el que se normalice y naturalice la patologización de la subjetividad y la conducta, promoviendo el que la escuela se adapte a las necesidades de los estudiantes y de cabida a la diversidad de subjetividades y expresiones que nos caracterizan como humanos.

## Referencias

- Bianco, A., & Figueroa, P. (2008). Derechos Vulnerados Y Efectos Subjetivos. *Ethos Educativo*, 43, 64–79.
- Comité de los Derechos del Niño. (2015). *Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Chile*.
- Dassori, K., Roa, D., & Zúñiga, N. (2015). *Cultura de la medicalización de niños/as de 3°,4° y 5° año básico b del colegio Camilo Henríquez, de la comuna de Conchalí*. Universidad Los Leones.
- De La Barra, F., Toledo, V., & Rodríguez, J. (2002). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente. II: Factores de riesgo familiares y escolares. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40(4), 347–360. <http://doi.org/10.4067/S0717-92272002000400007>
- Faraone, S., Barcala, A., Torricelli, F., Bianchi, E., Ballesteros, I., López, V., Tamburrino, C. (2009). Medicalización/medicamentación de la infancia. Políticas públicas, actores sociales y nuevos escenarios. Buenos Aires, Argentina.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata S. L.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica Y Salud*, 10(2), 152–169.
- Grupo de Estudio sobre Discapacidad. (2006). *Los hijos de Rita Lina*. Montevideo, Argentina.
- Henríquez B, H., Henríquez H, M., Carrasco, X., Rothhammer A, P., Llop, E., Aboitiz, F., & Rothhammer E, F. (2008). Combinación de genotipos DRD4 y DAT1 constituye importante factor de riesgo en miembros de familias de Santiago de Chile con déficit atencional. *Revista Medica de Chile*, 136(6), 719–724.
- Instituto de Salud Pública de Chile. (2009). *Alerta sobre Metilfenidato*. Santiago, Chile.
- Kremerman, M. (2009). *Radiografía del Financiamiento de la Educación Chilena: Diagnóstico, Análisis y Propuestas*.
- Mas, C. (2009). El TDAH en la práctica clínica psicológica. *Clínica Y Salud: Revista de Psicología Clínica Y Salud*, 20(3), 249–259.
- Ministerio de Educación. (2005). *Política Nacional de Educación Especial Nuestro Nuestro Compromiso con la Diversidad*. (A. Leiva, Ed.) (2nd ed.).
- Ministerio de Salud. (2008). *GUÍA CLÍNICA Atención Integral de Niñas / Niños y Adolescentes con Trastorno Hipercinético / Trastorno de la Atención ( THA )*.
- Padilla, P. (2010). *Consideraciones de la niñez presentes en el diagnóstico y tratamiento del Trastorno de Déficit Atencional / Hiperactividad en las políticas públicas desde una perspectiva de derechos*. Universidad de Chile.
- Perez, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.

- Rothhammer, P., Carrasco, X., Henríquez, H., Andrade, C., Valenzuela, M., Aboitiz, F., & Rothhammer, F. (2005). Bajo riesgo de déficit atencional / hiperactividad en niños aymarás: implicancias genéticas, antropológicas y culturales . *Chungará (Arica)* .
- Silva, N. (2013). *Experiencias de inclusión y exclusión escolar desde el relato de jóvenes diagnosticados con déficit atencional*. Universidad de Chile.
- Urzúa, A., Dominic, M., Cerda, A., Ramos, M., & Quiroz, J. (2009). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(4), 332–338.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de Investigación cualitativa* (Primera ed). Barcelona, España: Gedisa S.A.

## Psicoperspectivas

Individuo y sociedad  
Escuela de Psicología  
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

### NORMAS DE PUBLICACIÓN

Los manuscritos recibidos **son evaluados por dos o más pares externos**, guardándose en reserva los nombres de los autores y revisores (*double blind peer-review*).

Las **fases del proceso** de revisión son:

1. Los trabajos deben ser enviados mediante la plataforma **Open Journal Systems (OJS)** habilitada en [www.psicoperspectivas.cl](http://www.psicoperspectivas.cl). Para realizar el envío, los autores deben registrarse en el sistema (con nombre de usuario y contraseña) bajo el rol de “**Autor**”. Una vez registrados, se debe realizar el envío del documento en formato digital (doc; docx), siguiendo las instrucciones que entrega el sistema OJS.
2. Al enviar el manuscritos a través de esta plataforma, deberá firmar una **Carta de Originalidad de su contribución**, garantizando el carácter inédito de su publicación y que ésta no está siendo enviado simultáneamente a otra revista para su revisión.
3. Una vez recibido el manuscrito, el Comité Editorial realiza una Revisión Inicial Formal en que se determina si los manuscritos cumplen con los requisitos para ingresar al proceso de revisión. Si no se cumple con los mismos, el manuscrito será retornado al autor, con un plazo máximo de 15 días para realizar las modificaciones requeridas. Si el autor no retorna el manuscrito en el plazo estipulado se considerará como automáticamente rechazado. Si no se cumplen los requerimientos el manuscrito no será considerado para evaluación.
4. Al cumplir el envío con los requisitos para la presentación de manuscritos, este será sometido a juicio del Equipo Editorial para evaluar su pertinencia a la línea editorial de Psicoperspectivas, además de su calidad. Si no cumple con ambos criterios (pertinencia y calidad), el manuscrito será rechazado.
5. Los manuscritos aprobados por el Comité Editorial en la evaluación inicial son enviados a dos o más pares externos, guardándose en reserva los nombres de los autores y revisores (*double blind peer-review*), quienes se pronuncian sobre la calidad del mismo y emiten un juicio que contempla cuatro posibilidades: a) aceptación, b) aceptación con modificaciones menores, c) aceptación con modificaciones mayores o d) rechazo. Cada evaluador envía además un informe cualitativo con sus apreciaciones y sugerencias específicas de modificación.

6. El Comité Editorial de la revista decide acerca de la aceptación, revisión o rechazo de los manuscritos, sobre la base de las evaluaciones de los expertos.
7. El Comité Editorial informa al autor la factibilidad de publicación de su trabajo, y le envía un informe que contiene las evaluaciones de los revisores y las sugerencias específicas del Comité Editorial.
8. El autor realiza las modificaciones solicitadas y reenvía el manuscrito y una carta, señalando las modificaciones realizadas. En el nuevo manuscrito **se deben destacar los cambios realizados con la herramienta de “Control de Cambios”** en Microsoft Word. Además, se debe incluir una carta en que se comenten, una a una, las observaciones de los pares y los cambios realizados en el manuscrito. Dependiendo de los cambios realizados, el manuscrito puede ser aceptado o bien re-enviado a los pares revisores.
9. Estándares de ética de las publicaciones científicas: Siguiendo las recomendaciones de COPE (Committee on Publication Ethics), en el caso de que en algún manuscrito se descubriera fraude, plagio o publicación anterior o cualquier otra práctica profesional fraudulenta, este será inmediatamente rechazado y se comunicará de la situación al autor y a su institución de afiliación. Si el artículo hubiera sido publicado, será eliminado de la revista.
10. Una vez aceptado el artículo, se envía al autor una **Carta de Cesión de Derechos de Autor**. Dado que la revista funciona bajo el sistema OJS y promueve el acceso on-line abierto a los artículos, la carta contempla la licencia Creative Commons 3.0 Unported. La firma de esta carta es requisito obligatorio para la publicación del artículo.

## REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

Los manuscritos que se envíen a Psicoperspectivas deberán reunir las siguientes condiciones. De no cumplirlas, no podrán ser incluidos en el proceso de revisión.

1. **Psicoperspectivas** publica artículos **originales** basados en investigaciones empíricas, artículos de investigación teórica o artículos de sistematización de intervenciones originales sobre temáticas relevantes y actuales propias del ámbito de la Psicología en diálogo con las Ciencias Humanas y Sociales, escritos en español, inglés o portugués.
2. Los manuscritos enviados **deben ser inéditos** y no debe ser sometido simultáneamente a otro arbitraje ni proceso de publicación.
3. Los manuscritos deben poseer una **extensión máxima de 8.000 palabras**, incluyendo Referencias Bibliográficas. Los trabajos se deben presentar siguiendo el formato de la American Psychological Association (APA, 6ta. Edición).

4. Los manuscritos deben llevar a) **título en español e inglés** con un **máximo de 15 palabras**; b) **resumen** en español e inglés con un máximo de 180 palabras apegado a la siguiente estructura: revisión de los principales aspectos teóricos, objetivos de investigación, procedimientos metodológicos utilizados, resultados más relevantes y conclusiones del proceso de investigación; c) **tres a cinco palabras clave**, con su respectiva traducción al inglés (keywords). Un resumen informativo y la adecuada selección de las palabras claves facilita y hace más efectiva la búsqueda y citación de los artículos.

## ESTRUCTURA DEL MANUSCRITO

Los manuscritos que se envíen a Psicoperspectivas deben cumplir las siguientes condiciones con el fin de ser considerados para evaluación:

1. El manuscrito debe estar claramente **dividido en secciones** (y subsecciones, si es necesario) y **titulado adecuadamente**. Para manuscritos que reportan **investigaciones empíricas**, sean éstas de carácter cuantitativo o cualitativo, **los apartados deben guiarse por las normas APA 6ta. Edición** (Introducción, Marco de Referencia, Metodología, Resultados, Discusión y Conclusión y Referencias). Los títulos deben estar enumerados en forma correlativa y con negrita. Las subsecciones también deben ser enumeradas y con itálica. En el caso de un artículo de revisión teórica los apartados que debe contener son Introducción, Apartados de desarrollo analítico, Discusión y Conclusión y Referencias. En el caso de Sistematización de Intervenciones los apartados que debe contener son: Introducción, Marco de Referencia, Descripción de la Intervención, Sistematización de la Experiencia, Discusión y Conclusión y Referencias.
2. El resumen debe estar escrito en un solo párrafo, es decir, sin punto aparte. No debe superar las 180 palabras y debe estar en español e inglés. Se debe apegar a la siguiente estructura: revisión de los principales aspectos teóricos, objetivos de investigación, procedimientos metodológicos utilizados, resultados más relevantes y conclusiones del proceso de investigación
3. Las tablas, figuras y gráficos deberán **incorporarse en el texto**, debidamente **enumerados** según formato APA 6ta edición. La mención de estos en el texto se debe hacer con mayúscula, por ejemplo: (...) Como podemos observar en la Figura 1(...). Las **Notas al pie** deben ser breves y clarificadoras y aparecer al final de la página a la cual pertenecen.
4. Las **citas directas breves** (menos de 40 palabras) incluidas en el texto, deberán **señalarse con comillas dobles y las citas extensas** (mayor a 40 palabras), deben constituir un **párrafo aparte sin comillas**. Este último debe tener un margen mayor que el empleado en el texto y **un tamaño de fuente menor al resto del texto (un punto menor)**.

5. Las citas directas dentro del texto deberán **señalarse adecuadamente**: apellido del autor, año y el número de la(s) página(s) citada(s) o referida(s). Por ejemplo: (López, 2009, p. 34). En caso de múltiples autores (más de tres) se deben mencionar todos en la primera cita y luego se utiliza el apellido del primera autor seguido de et al. En el caso de citas indirectas dentro del texto, deben señalarse indicando solo el apellido del autor y año de publicación. Por ejemplo: (López, 2009).
6. Todos los trabajos citados en el texto deberán incluirse en la sección **Referencias Bibliográficas**, de acuerdo con las convenciones de la American Psychological Association en su 6ta edición ([ver ejemplos \[PDF\]](#)). La lista de referencias bibliográficas debe ser presentada con sangría francesa.
7. En caso de dudas respecto a las formalidades bibliográficas, remitirse al Manual de la American Psychological Association, 6ta edición.