



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

**DESTINOS DE LA FARMACOLOGIZACIÓN DEL TDA/H INFANTO-JUVENIL EN LA
ADULTEZ**

Tesis o AFE para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica

Valentina Inés Romero Lazo

Profesor Guía:

Esteban Radiszcz

Santiago de Chile, Enero año 2023

**DESTINOS DE LA FARMACOLOGIZACIÓN DEL TDA/H INFANTO JUVENIL EN
LA ADULTEZ**

Esta tesis recibió financiamiento y apoyo del Fondecyt Regular n° 1201981 "Gramáticas de las microcontroversias a propósito del Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad. Un estudio sobre los diferendos normativos suscitados en el marco de los actuales procesos civilizatorios en Chile", a cargo del investigador Esteban Radiszcz.

RESUMEN

Los procesos de medicalización han sido objeto de estudio de diversas áreas a lo largo de la historia. Por la dificultad en encontrar una etiología exacta y las controversias en torno a los tratamiento y el uso excesivo de medicamentos, el Trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDA/H) se ha instalado como uno de los fenómenos más importantes para analizarlos. El sostenido aumento en la producción de metilfenidato –principal medicamento utilizado para el TDA/H-, junto al lugar de la farmacologización -elemento clave en el análisis de la medicalización la época contemporánea-, ha instalado la pregunta por el lugar del tratamiento farmacológico en el TDA/H. Aunque en su origen se calificó como un diagnóstico exclusivamente infanto-juvenil, en el 2013 se realizó la oficialización de su carácter crónico y por lo tanto también los efectos y sintomatología sostenidos hasta la etapa adulta. Con esto, el TDA/H adulto –como algo que surge de, pero es distinto del TDA/H infanto-juvenil- se ha incluido en los estudios respecto de las características del trastorno y su medicalización. Ahora bien, la presentación adulta del diagnóstico presenta diferencias importantes tanto en su epidemiología, sintomatología y tratamiento, siendo este último el más importante a considerar dada la importante disminución de tratamientos farmacológicos “exitosos” en la población adulta respecto de la infanto-juvenil. Desde este punto se instala la pregunta por los destinos de la farmacologización del TDA/H infanto-juvenil, lo cual refiere a las experiencias de tratamiento durante la infancia y/o adolescencia, y a aquello que permitiría encontrar soluciones subjetivas frente a los síntomas y malestares propios del diagnóstico, distintas y/o complementarias a la farmacológica.

Palabras clave: *TDA/H, TDA/H adulto, destinos, farmacologización, medicalización*

AGRADECIMIENTOS

A las y los participantes por compartirme sus historias y pensamientos a través de sus relatos.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 Concepto de medicalización	4
2.2. Recorrido histórico del TDA/H	7
2.3 Trastorno por déficit atencional con o sin Hiperactividad	11
2.4 TDA/H adulto	12
2.5 TDAH en Chile	14
2.6 Perspectivas desde la medicina	15
2.7 Perspectivas Críticas	17
2.8 Perspectivas desde el Psicoanálisis	19
3. METODOLOGÍA	24
3.1 Diseño	24
3.2 Participantes	25
3.3 Instrumentos de recolección de información	26
3.4 Tabla 1: Participantes	27
3.5 Análisis de información	27
4. RESULTADOS	29
4.1 Tiempo previo al diagnóstico: “Ser diferente” ¿un problema para quién?	29
4.1.1 Otro adulto que instala un problema en la diferencia	31
4.1.2 Otro adulto que protege la diferencia	36
4.1.3 Contextos familiares que anteceden a la problematización de los síntomas de TDA/H	37
4.1.4 La frustración de ser / tener un problema	38

4.2 Tiempo posterior al diagnóstico e inicio de tratamiento: ¿"Solución" a un problema?	40
4.2.1 ¿Qué se soluciona y para quién?	44
4.2.2 Relación al rendimiento	49
4.2.3 ¿A qué costo?	52
4.3 Tiempo posterior a etapa escolar hasta actualidad: "Libertad" respecto del hacer y tratar el diagnóstico	59
4.3.1 Diferentes síntomas, diferentes padeceres, diferentes "soluciones"	61
4.3.2 TDA/H ¿déficit o beneficio?	64
4.3.3 TDA/H y uso de sustancias (diferentes del metilfenidato).....	66
4.4 Género y TDA/H	67
5. DISCUSIÓN	69
5.1 TDA/H como reflejo de una dificultad en la constitución subjetiva, a partir de relaciones intersubjetivas	69
5.2 ¿Qué es un fármaco?	71
5.3 Pharmakón: Remedio/veneno	74
5.4 Relación al poder/libertad	76
6. CONCLUSIONES	80
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
8. ANEXO 1	97

1. INTRODUCCIÓN

Por su creciente prevalencia e importante lugar en el crecimiento de la industria farmacéutica, el TDA/H ha sido uno de los diagnósticos más controversiales y discutidos del último tiempo. Con una imposibilidad para determinar de manera clara su etiología, junto con poca claridad sobre su presentación clínica, sus constantes cambios en los criterios diagnósticos y las polémicas en torno a su tratamiento farmacológico (López, 2008; Segal, 2014; Rodillo, 2015), es que el TDA/H se ha ubicado en el centro de muchas discusiones respecto de la infancia y adolescencia actual, la salud mental, la disciplina en instituciones escolares, el uso (o abuso) de medicamentos, el orden social, entre otras (Faraone, 2009).

Una de las aristas importantes de la controversia propia del TDA/H es la ya levantada polémica respecto del excesivo uso de medicamentos en estos pacientes, sobretodo en población infanto-juvenil. Estudios avalan que la producción de metilfenidato se ha disparado importantemente en los últimos años, llegando a cifras de crecimiento de casi un 300% en los últimos 10 años, lo cual nos refiere de un aumento en su consumo que podría deducirse que presenta el mismo nivel de crecimiento que su producción (Scheffler, Hinshaw, Modrek, & Levine, 2007). Al respecto, existen dos grandes posturas.

Por un lado, investigadores sugieren que las razones pueden incluir la aceptación pública de estos medicamentos, la prescripción de medicamentos a niñas y adolescentes mujeres que antes no eran adecuadamente diagnosticadas ni medicadas, y la prescripción de medicamentos por períodos más prolongados (Reich, Huang, & Todd, 2006). Además, a nivel internacional se ha llamado la atención sobre la necesidad de mejorar el reconocimiento temprano del TDA/H y ha habido cambios en las leyes y políticas de educación que obligan a las escuelas públicas a identificar y atender a los estudiantes con este diagnóstico.

Por otro lado en cambio, se plantea que este aumento en la producción y prescripción de metilfenidato en la población infanto-juvenil a nivel internacional respondería a un fenómeno social de ir a silenciar actitudes y comportamientos propios de una etapa vital en función de mantener estructuras y esquemas sociales rígidos y adultocéntricos. Rígidos en tanto no permitirían el surgimiento de singularidades ni acogerían la dificultad de adaptarse a espacios y disciplinas propias del contexto escolar y/o laboral tradicional. En este sentido,

este fenómeno se ubicaría como un importante reflejo de la medicalización del TDA/H en tanto determina como patológicas, y por lo tanto medicables, aspectos que podrían ser perfectamente abordables, analizables, e incluso comprensibles desde una perspectiva no orientada a buscar su silencio, sino su escucha (Bianchi 2019, Ceardi, et. al., 2016).

El TDA/H adulto es un aspecto muy importante a incorporar en la pregunta por los procesos de medicalización del TDA/H. Por su carácter crónico oficializado hace menos de 20 años y las diferencias respecto a los tratamientos farmacológicos respecto de la población infanto-juvenil, se abre la pregunta por las formas de abordaje que existen hoy en día para el TDA/H tanto en adultos/as, como en niños, niñas y adolescentes.

En base a estas dos posturas entonces podríamos preguntarnos si el TDA/H es tan frecuente como se está observando en el mundo, o si estamos sobrediagnosticando, y con eso, sobremedicando a los niños, niñas y adolescentes. Abriendo con esto la pregunta si es acaso esta sobremedicación un reflejo de los procesos de medicalización del TDA/H.

En base a estas preguntas, con el enfoque en los diferentes procesos y desarrollos que pueden tener las diferentes experiencias de medicalización del TDA/H es que podemos formular la pregunta que orientará nuestra investigación: **¿Cuáles son los destinos de la farmacologización del TDA/H en la infancia y/o adolescencia, en la adultez?**

Se propone entonces una apertura a las problemáticas en el abordaje del diagnóstico de TDA/H, y a las posibles reflexiones respecto de los procesos de medicalización presentes en estos procesos. Por la particularidad del trabajo investigativo con adultos/as, y la posibilidad de acceder con mayor facilidad a la profundidad de experiencias y sensaciones, que muchas veces los niños, niñas y adolescentes no alcanzan a transmitir (Whender & Tomb, 2017) es que se tomaron las experiencias de personas adultas que durante su infancia y/o adolescencia fueron diagnosticados/as y medicados/as por TDA/H. Esto con el objetivo de observar los efectos que eso tuvo, o aún tiene, en la relación que hoy sostienen al diagnóstico y al tratamiento farmacológico asociado.

Se determinaron las siguientes preguntas directrices para orientar el trabajo a realizar: ¿Cómo es la relación que sostenían las personas con TDA/H a la medicación durante su infancia y/o adolescencia?, ¿Cómo ha evolucionado esa relación a lo largo de la vida de la

persona?, ¿Bajo qué condiciones las personas siguen usando tratamientos farmacológicos para el TDA/H en la adultez?, ¿Qué soluciones distintas del uso de fármacos encuentran las personas adultas para las dificultades y/o malestares propios de su patología? y ¿Cómo incide la evolución de la relación a los fármacos con la búsqueda de soluciones distintas de la farmacológica en la etapa adulta?

Con estas preguntas como principales orientadoras, se propuso para la presente investigación la realización de entrevistas en profundidad con orientación biográfica a 10 personas adultas de diferentes edades, con el diagnóstico de TDA/H infanto-juvenil y que hayan recibido medicación por ello, para reunir experiencias e historias de vida que nos permitan una mayor aproximación a lo que serían los destinos de la farmacologización de su diagnóstico, junto con las problemáticas y soluciones singulares que se fueron encontrando a lo largo de sus vidas. Planteándonos como principal objetivo el **describir los destinos, en la adultez, de la farmacologización del TDAH infanto-juvenil a partir de relatos biográficos de sujetos que recibieron tratamiento farmacológico por TDA/H durante su infancia y/o adolescencia.**

Lo cual a su vez nos permitirá también poder describir la manera en que los sujetos explican y refieren sobre su relación al uso de medicamentos por TDA/H durante su infancia y/o adolescencia a partir de sus relatos biográficos enfocados en el haber recibido tratamiento farmacológico para el TDA/H durante su infancia y/o adolescencia. También, identificar estrategias actuales de los sujetos entrevistados para enfrentar las dificultades propias del TDA/H a partir de sus relatos biográficos enfocados en el haber recibido tratamiento farmacológico para el TDA/H durante su infancia y/o adolescencia. Y por último, caracterizar la manera en que se articulan la relación a la medicación durante la infancia/adolescencia con las estrategias y/o herramientas utilizadas en la adultez para el TDA/H, a partir de los relatos biográficos de los participantes, con enfoque en el haber recibido tratamiento farmacológico para el TDA/H durante su infancia y/o adolescencia.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Concepto de medicalización

La medicalización como proceso ha sido y sigue siendo un tema complejo, abordado desde hace décadas en múltiples campos y tradiciones de pensamiento: médico, antropológico, sociológico, psicológico, etc. Por medicalización se entiende el proceso progresivo mediante el cual el saber y la práctica médica incorporan, absorben y colonizan esferas, áreas y problemas de la vida social y colectiva que anteriormente estaban reguladas por otras instituciones, actividades o autoridades, como la familia o la religión, entre otras. (Foucault 1996, 2000, 2001; Illich 1975; Conrad 1982).

En este sentido, la medicalización no es un asunto que competa exclusivamente a médicos. Más ampliamente, la medicalización es un hecho social, y como tal compete a toda la sociedad. Eso posiciona a la medicalización como un proceso que no se reduce a los diferentes actores individuales que involucra y, por el contrario, expone dinámicas, lógicas y modalidades que no son comprensibles en términos de simple sumatoria (Bianchi, 2019). Los denominados consumidores de salud (Conrad, 2005), ya sea de forma individual o colectiva, los grupos de apoyo, la formulación de demandas, los mercados de salud, la industria farmacéutica, la biotecnología, el Internet, entre otros, cumplen funciones y roles crecientemente destacados en el proceso general de lo que se ha caracterizado como procesos de medicalización (Bianchi, 20019).

Al igual que las demás disciplinas científicas, la medicina es un sistema social compuesto por instituciones, médicos y comunidades que forman parte del orden social. Así, se puede decir que una enfermedad no existe como un fenómeno social hasta que no haya un acuerdo de que existe (Rosenberg, C & Golden, J. 1992). Aronowitz (1998) señala que la identidad particular de una enfermedad no es consecuencia de procesos biológicos. Esto no quiere decir que todas las enfermedades se reduzcan en última instancia a los factores sociales, sino que se encuentran supeditadas a ellos, especialmente en lo que concierne a las enfermedades crónicas. Del mismo modo, ciertas patologías definidas *borderland* (esto es, que generan controversia en cuanto a su validez biomédica) demuestran un trasfondo socio-cultural bastante importante que permite su asentamiento y su estabilidad como enfermedades dentro del saber médico y los diferentes entes sociales que la sostienen (Aronowitz, 1998). El “enmarcado” de este tipo de enfermedades debe mantener el espíritu

de plausibilidad y el prestigio de un modelo somático inequívoco de la enfermedad, lo que quiere decir que, como sugiere Rosenberg (1992), la legitimidad social y la plausibilidad intelectual deben promover la existencia de algún mecanismo específico que la convierta en una enfermedad (Aronowitz, 1998; Londoño, 2017).

En este sentido, la medicalización es una resultante históricamente incidida, múltiple y en tensión, de una serie de confluencias y divergencias, y no un tipo de terapéutica. Esto es relevante en tanto se debe comprender como aspectos diferenciados la medicalización de la farmacologización. Si bien el fármaco puede aparecer como un tratamiento posible, y muchas veces preferible, pueden ocurrir –y ocurren- procesos de medicalización que no involucren fármacos en absoluto, y aún así poder considerarse de pleno como fenómenos de medicalización (Bianchi, 2019).

Sin embargo, si bien el uso de fármacos no es aquello que determina si se presenta o no un proceso de medicalización, varios autores hoy reconocen que los fenómenos que entran dentro de esta categorización, aquellos en los que el fármaco está presente con un rol relevante son los más presentes en la actualidad. De hecho, la denominada corriente de la farmacologización de la sociedad se ha determinado como un desprendimiento de la perspectiva de la medicalización propia del siglo XXI que expresa la importancia de designar y analizar fenómenos específicos en los que el fármaco cumple un rol central (Abraham, 2010; Nichter, 1996; Williams et al., 2008).

La medicalización en el área de la salud mental hoy en día promueve consecuentemente el uso de distintas tecnologías médicas, dentro de las cuales se encuentran los psicofármacos (Conrad, 2007). Desde la mirada de la medicalización, los psicofármacos son tecnologías que aseguran el mantenimiento de normas y el *estatus quo*, al ser la medicina el principal agente restaurador de la sociedad (Conrad, 1982).

Parens (2011) indica que hoy en día la medicalización hace referencia a la farmacologización de los pacientes. Lo cual exige mencionar a la poderosa industria farmacéutica, solo superada a nivel mundial en volumen de negocio por el narcotráfico y el armamento (Ugarte, 2016). Esta industria dedica importantes cantidades de recursos económicos a investigación, pero se estima que la mitad de la misma nunca se da a conocer por ir en contra de sus intereses mercantiles, que priman sobre la salud de los pacientes

(Ugarte, 2016). Las enfermedades promocionadas, o el llamado *disease mongering*, constituyen un nicho de mercado cada vez más relevante y en pediatría existen muchos ejemplos siendo el tratamiento farmacológico del TDA/H el más importante a nivel mundial (Ugarte, 2016).

La visión de la medicalización que recalca los aspectos negativos de los tratamientos farmacológicos puede ser tildada como «calvinismo farmacológico», paradigma sobre la psicofarmacología que alude a la excesiva desconfianza hacia los medicamentos y que sus beneficios generan al mismo tiempo efectos negativos (Klerman, 1970 en Parens, 2011). Esta visión, ocultaría una postura moral y una invisibilización del sufrimiento humano, en donde se juzga la necesidad de las personas por mejorar su calidad de vida (Parens, 2011).

Por otro lado, Nikolas Rose (2012) plantea la medicalización con un enfoque biopolítico del siglo XXI, que el autor define como una “política de la vida en sí”. El individuo de esta época es un agente activo en su salud, un ciudadano responsable en la modulación de sus afectos y de su desempeño. Mientras que en décadas anteriores los psicofármacos eran la forma de normalizar y controlar comportamientos desviados con la intención de ajustar a los ciudadanos en la sociedad, los psicofármacos hoy día son un sistema de control que el mismo individuo ejerce sobre sí mismo, dejando de ser una función del estado. El control biopolítico se traspasa del estado hacia el individuo, y las tecnologías psiquiátricas y farmacéuticas son parte de la oferta a las que se puede echar mano para “corregir y mejorar la clase de personas que somos o queremos ser” (p. 66). En este sentido, los psicofármacos no tienen relación directamente con alcanzar la normalidad o cura, más bien forman parte del sujeto que se quiere llegar a ser.

Lo anterior guarda una importante relación con la tesis de Elias (2010) respecto del proceso civilizatorio, en donde plantea que el aumento de las cadenas de interdependencias termina por impulsar una mayor autoexigencia individual de autocontrol e independencia. De alguna manera, el traspaso de la responsabilidad de normalizar y controlar comportamientos desviados desde estado hacia el individuo, se reflejaría en lo propuesto por Rose (2012) como la búsqueda del “mejor ser” lo cual, bajo la concepción de Elías, guardaría una estrecha relación con la instancia psíquica freudiana del súper-yo, que sería donde finalmente reside la responsabilidad de autocontrol e independencia, orientado por este ideal del “mejor ser”.

2.2.Recorrido histórico del TDA/H

Escritos y descripciones médicas asociables a lo que hoy en día conocemos como el Trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad datan de varios siglos atrás. En lo que respecta a lo que incorporaremos en esta investigación, es importante referir a que, por lo menos hasta finales del siglo XVIII lo que se relaciona con esta presentación de conductas y síntomas en niños y niñas, es la alta distractibilidad, poca capacidad de espera, escaso tiempo de atención sostenida, una cantidad de movimiento inexplicable y dificultades para detenerse en una tarea o para cumplir instrucciones.

Lo excesivo y de cierta forma incontrolable de la inatención y agitación motriz, lleva a Still en 1902 a describir este rango de comportamientos como un “defecto de control moral”, agregando a la descripción la *impulsividad* en las conductas y, como señala la historia oficial del diagnóstico, completando con ello las dimensiones que le definen en nuestros días: inatención, hiperactividad, impulsividad (Sir, 2022).

Herederos de este tipo de descripciones, pero ahora con la suma de avances científicos y en conocimiento biológico, se haría el intento de desplazar los juicios morales asociados a la enfermedad, pero de alguna manera termina por generar un efecto contrario en la medida en que el diagnóstico que utiliza para señalar que no se trata de un problema de *pura voluntad* de las y los niños, es el de *daño cerebral mínimo o disfunción cerebral mínima* (Sir, 2022) que, en cierta medida, es la traducción biológica de lo que desde la descripción conductual se consideraba un defecto moral. Ahora bien, podríamos decir que no se trata meramente de una biologización de la moral, sino de un intento de responder, desde la biología, una pregunta moral.

No se trataba entonces de un problema clásicamente psicológico o psiquiátrico y, a la vez, no respondía bien a los criterios de los estudios del cerebro asociados a lesiones visibles. ¿Cómo actuar sobre esta zona de comportamientos que no son del todo anormales y que, no obstante, interrumpen gravemente cierta normalidad?

A esa pregunta hay muchas respuestas posibles, una de ellas es la biológica y es la que recibe amplia elaboración, especialmente, desde inicios del siglo XX.

En lo que respecta a la construcción y desarrollo de categoría diagnóstica desde su enfoque biológico, en un intento de responder la pregunta de qué hacer frente a este diagnóstico, Mallet, et al. (2014) refieren que es necesario remontarse a 1900 antes de que el DSM fuera

establecido. En este entonces, dada la creciente preocupación que existía a nivel mundial respecto de los problemas de salud mental, la psiquiatría comienza a mostrar interés por la epidemiología. Por motivación del movimiento higienista, al interior de la psiquiatría aumenta la preocupación por la prevención y comienza la movilización del trabajo desde las instituciones hacia las comunidades (Mechanic, 2008 en Mallett, et al., 2013). Lo cual hace aparecer otro tipo de problemas como el alcoholismo, el comportamiento criminal, el retardo y los problemas conductuales en los niños (Menninger, 1947; Grobb, 1991 en Mallett, et al., 2014).

En 1918 se publicó el primer manual estandarizado (Manual Estadístico para Instituciones de Insanos) en el cual se establecían 22 grupos de categorías diagnósticas donde sólo una incluía anotaciones para niños y adolescentes menores de 15 años. La posterior revisión de este manual que se extendió hasta 1942, concluyó con la designación de una categoría de desorden de comportamiento primario en niños (Grobb, 1991 en Mallett, et al., 2014).

Debido a confusiones a nivel nosográfico y su fuerte influencia psicodinámica (al parecer no muy correspondiente a las tendencias de la época), se decidió terminar el uso de este primer manual en 1948 (Mallett, et al., 2014). Dando paso a la publicación del primer Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM), en 1952, con el objetivo de hacer el sistema de diagnóstico dinámico y fluido. Se amplió la categoría de problemas y desórdenes a través de diversos dominios. En él no existía una categoría específica para la infancia y adolescencia ni tampoco desórdenes específicos para estos grupos, aunque ya para este tiempo podían distinguirse algunos desórdenes que compartían rasgos con lo que posteriormente se denominará TDA/H (APA, 1952 en Mallett, et al., 2014).

En el DSM-II, de 1968, se incluye una categoría llamada: Desórdenes de Comportamiento en la Infancia y Adolescencia. Por primera vez se incluía una categoría específica para la infancia y adolescencia. En ella se incluyó la reacción hiperkinética en la infancia (o adolescencia) caracterizándola como una sobrerreacción a las situaciones, distractibilidad, inquietud y cortos periodos de atención, comportamientos que disminuirían con la adolescencia. Sin embargo, esta versión del DSM tampoco hacía referencia a ningún estudio publicado que ayudara a validar los cambios de estructura en la categorización ni el establecimiento de la sección de desorden del comportamiento en la infancia y la adolescencia (Mallett, et al., 2014).

Con el DSM- III, publicado en 1980, se produjo un cambio de paradigma en la nosología psiquiátrica desde lo dinámico hacia uno descriptivo, basándose en síntomas que establezcan un diagnóstico multiaxial. Transición que, nuevamente, cuenta con poco o escasa evidencia publicada lo que vuelve cuestionable su uso (Rutter, 1969; Feighner, et al., 1972; Shieehy y Endicott, 1977 en Mallett, et al. 2014). En esta edición se extiende notoriamente las categorías establecidas para la infancia y la adolescencia pasando de 7 a 36 trastornos. Dentro de los cuales está el Trastorno de déficit atencional, y se divide en tres categorías usadas por separado: déficit atencional con hiperactividad, sin hiperactividad y de tipo residual. A modo de descripción de este trastorno se presentaba un resumen de los posibles comportamientos u observaciones que podían presentarse, además de una lista de síntomas de los cuales era necesario presentar tres (de cinco) para el diagnóstico de inatención; tres (de seis) para impulsividad y dos (de cinco) para hiperactividad. Esta versión del DSM estableció las bases para el futuro del déficit atencional (Mallett, et al., 2014) y como señala Lynn, et al. (1993 en Mallett, et al., 2014) no se cuestionó que los reportes sobre la utilidad de esta nueva definición fueran publicados antes de que la revisión sobre la validez de la lista de síntomas fuera completada.

A modo de dar cuenta de las mejoras realizadas a la validación empírica de las categorías diagnósticas, en 1987 la APA publica su versión revisada del manual: DSM-III-R (APA, 1987 en Mallett, et al., 2014). El desorden de déficit atencional, en esta edición, fue renombrado como desorden de déficit atencional e hiperactividad. Removiendo dos de sus subtipos e incluyendo el desorden de déficit atencional con hiperactividad en una categoría residual. Los síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad fueron combinados en una lista, ahora con un requerimiento de cumplimiento de 8 de los 14 criterios establecidos por un periodo de 6 meses. Además, en esta edición se establece un criterio de comienzo antes de los 7 años y una escala de clasificación de mediana a severa intensidad (Mallett, et al., 2014).

Más adelante en 1994, con la publicación del DSM- IV, nuevamente se dividió la lista de síntomas del TDAH en dos subtipos: los síntomas de desatención por una parte y los de hiperactividad-impulsividad por otra. A partir de los cuales se establecieron tres diagnósticos por separado: TDAH de tipo combinado, con predominio de la desatención y con predominio de la hiperactividad- impulsividad. Además, se redujo la lista de síntomas requiriéndose ahora seis de nueve síntomas observados y se estableció como requisito la presencia de deterioro en dos o más ambientes, incluyendo un deterioro clínicamente significativo y se

mantuvo la edad de comienzo antes de los 7 años.

En su quinta versión, publicada el 2013, el DSM modifica levemente el diagnóstico de TDA/H. la edad de inicio varía de los 7 a los 12 años y es necesario un deterioro severo, se redujo de 6 a 5 los síntomas requeridos para cumplir con los criterios, se estableció que no es requerida la presencia de síntomas severos para un diagnóstico situacional, se permitió el uso de diagnósticos expansivos, es decir, la presencia de comorbilidad con trastornos del espectro autista y se estableció el criterio de síntomas límite para un diagnóstico adulto (APA, 2013 en Mallett, et al, 2014). A pesar de los esfuerzos realizados, nuevamente no se aportó evidencia empírica para establecer la estructura actual del diagnóstico de TDA/H lo que entra en conflicto con otras revisiones de literatura, no validadas por la APA, donde se concluyó que la evidencia para respaldar este diagnóstico era escasa (Woo y Rey, 2005 en Mallett, et al., 2014). También, se permitió aceptar una baja confiabilidad de los resultados en comparación a lo solicitado para otras disciplinas médicas y se realizó un escaso trabajo para respaldar la validez del diagnóstico y la estructura de los síntomas manteniéndose mayormente lo establecido en 1980 realizándose sólo modificaciones leves a través de las revisiones de este manual (Mallett, et al., 2014).

Mallet, et al. (2014), luego de la revisión anterior, sostienen que no existe evidencia suficiente para confirmar que el diagnóstico de TDA/H sea válido. Refieren a lo desproporcional entre la evidencia para probar la validez del diagnóstico, con la cantidad de niños y adolescentes diagnosticados. Junto a esto, dicen que es necesario establecer y mejorar la confiabilidad que atribuyen los científicos y profesionales a este diagnóstico a modo de evitar dañar a los mismos niños y adolescentes que se está intentando ayudar.

La publicación del DSM-III, en palabras de Isaac Galatzer-Levy y Robert Galatzer-Levy (2007), transformó la psiquiatría estadounidense y a quienes recogen su influencia -que actualmente es prácticamente todo el mundo-, en un intento de perfeccionar la nosología psiquiátrica que se consideraba confusa y difícil de aplicar dada su relación a teorías ampliamente cuestionadas, entre ellas, el psicoanálisis. Sin embargo, aunque se intentó elaborar un manual a-teórico, basado en lo observable, medible, etc., esto no fue posible dado su estrecha relación con el modelo médico de la salud mental excluyéndose otras perspectivas presentes en este campo.

2.3 Trastorno por déficit atencional con o sin Hiperactividad

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H), una de las patologías *borderland* por excelencia, es uno de los trastornos del neurodesarrollo que han adquirido mayor auge en el estudio de la infancia y la adolescencia debido a la creciente prevalencia diagnóstica en los últimos años (Brown, 2006). Se ha estimado que la cifra puede ir de un 5 hasta 10% de la población mundial, desde la etapa escolar a la etapa adulta, siendo cada vez cifras más altas, alcanzando hasta casi un 15% en algunos países (APA, 2013; Barkley, 2011).

El TDA/H no se limita en la actualidad a un espacio geográfico y socio-cultural determinado. Su presencia es casi mundial y su diagnóstico es uno de los más presentes en la psicopatología infantil internacional; no se conoce todavía un país donde el diagnóstico no haya calado o que no se utilice en cierto grado. Esto puede ser a causa de la adopción por parte de la mayoría de escuelas médicas y psiquiátricas del mundo de las nosologías y los métodos diagnósticos estadounidenses (DSM) e internacionales (CIE), como también de la adopción de los principios epistemológicos y postulados científicos y a la medicalización de la conducta por parte de la medicina y la psiquiatría estadounidenses.

Respecto de la historia del TDA/H, la entonces denominada “reacción hiperkinética en la infancia o adolescencia” –primera definición del actual TDAH- aparece por primera vez en Estados Unidos en la segunda edición del Manual de Diagnósticos y Estadísticas de los Trastornos Mentales, el DSM-II (APA, 1968). En la construcción del manual, esta nosología es ubicada como trastorno de conducta en la infancia y adolescencia, y fue caracterizada por “sobreactividad, inquietud y distractibilidad, y atención de corto alcance, especialmente en niños pequeños” (APA, 1968, p. 50). Definición y clasificación que se mantuvieron intactas por muchos años -en las versiones III, IV y IV-R del mismo manual- pero que tuvieron un importante cambio a partir de la quinta versión del DSM en el año 2013 por su desplazamiento de la categoría de trastornos de conducta en la infancia y adolescencia, a trastornos del neurodesarrollo (APA, 2013). Esto implica, como punto principal, que el TDAH deja de ser un diagnóstico exclusivamente infanto-juvenil y que, por lo tanto, puede ser diagnosticado y tratado también en la adultez (Bianchi, 2019; Conrad, 2007). Además de ahora ser considerado como un trastorno de carácter crónico, y por lo tanto con la necesidad de ser evaluado y tratado como tal.

2.4 TDA/H adulto

Aunque el TDA/H se ha percibido históricamente como un trastorno infantil, existe una creciente conciencia pública y profesional de que es una fuente significativa de deterioro para muchos/as adultos/as. Estudios de los últimos 40 años sugieren que entre uno y dos tercios de los niños, niñas y adolescentes con TDA/H continuarán teniendo síntomas incapacitantes cuando sean adultos/as (Whender & Tomb, 2017; Rodillo 2015). Pese al carácter crónico otorgado al TDA/H, existen importantes diferencias en la presentación de este trastorno entre niños, niñas y adolescentes, y adultos/as. En términos de sintomatología, la disminución de síntomas asociados a la hiperactividad junto con un aumento en la desatención es lo más característico de la presentación adulta de este trastorno (Joselevich, 2004; Whender & Tomb, 2017; Rodillo, 2015). Por otro lado, en la presentación de este trastorno en la adultez no se evidencian diferencias importantes por género, lo cual representa una gran distancia de los números en la etapa escolar siendo mucho más frecuente en niños que en niñas, por cifras que llegan casi a la proporción 9:1 en estudios nacionales e internacionales (Whender & Tomb, 2017, Rodillo, 2015).

Estas diferencias entre la presentación infanto-juvenil, y adulta del TDA/H nos permiten abrir la pregunta por aquello que sostiene la idea de cronicidad del diagnóstico, antes de ir a pensar respecto de otras afecciones y/o problemáticas que puedan acercarse de mejor manera a la presentación de esta sintomatología en los/as adultos/as.

Ahora bien, se ha evidenciado que existe una continuidad sindromática –baja, pero la hay– entre el TDA/H infanto-juvenil y el adulto. Por lo tanto, gran parte del manejo de la medicación de los adultos con TDAH se ha basado en la experiencia obtenida en el tratamiento de niños, niñas y adolescentes (Dodson, 2005). Sin embargo, se considera que un 20-50% de los adultos con TDAH no responden o no toleran el tratamiento farmacológico. Además, entre los adultos que responden al tratamiento farmacológico, los síntomas del TDA/H disminuyen poco más del 50%, persistiendo manifestaciones con un grado variable de conflictividad (Whender & Tomb, 2017). Además, el tratamiento farmacológico no tiene ningún efecto directo sobre el autocontrol y las estrategias y habilidades de manejo de situaciones que son aspectos claramente deficitarios en estos pacientes (Truffino, 2006). En este sentido es que cabe preguntarse por los efectos de los tratamientos farmacológicos del TDAH y sus diferencias en las distintas etapas del ciclo

vital, ¿qué sucede con el paso del tiempo que los medicamentos no tienen los mismos efectos?, ¿podría eso reducirse a cambios fisiológicos o también hay diferencias en las percepciones de “éxito” del medicamento entre los niños/niñas/adolescentes y los adultos?

Estudios sobre el TDA/H adulto también aluden a una importante diferencia a hacer frente a la presentación de este diagnóstico en niños, niñas y adolescentes que, si bien se relaciona con este, va más allá del tratamiento farmacológico. Este punto refiere a la diferencia de escenario que tienen los/as adultos/as respecto de los niños, niñas y adolescentes, por ya encontrarse fuera de la etapa escolar y, por lo tanto, fuera de las obligaciones académicas y disciplinarias propias de estas instituciones. Esto se vuelve un punto clave a incorporar en el observar esta diferencia, en tanto los/as adultos/as se encuentran en un espacio con mayor libertad de acción y de decisión, pero es por la misma razón que el diagnóstico y su tratamiento les interpela muchas veces de maneras mucho más personales e íntimas que a los niños, niñas y adolescentes, ya que refiere a aspectos propios de lo que han construido y decidido con sus vidas. (Joselevich, 2004; Truffino, 2006). Sumando a esto también las dificultades propias de los tratamientos farmacológicos para el TDA/H en adultos/as, estas interpelaciones podrían también abrir la posibilidad de encontrar y/o desarrollar diferentes maneras o espacios para sobrellevar las dificultades y malestares propios de la patología, distintos de la medicación. Lo cual, además de referir a algo de la relación a los medicamentos –sea por su continuidad o discontinuidad-, nos refiere de maneras singulares de sortear –o no- los procesos de medicalización del TDA/H.

Sin embargo, estas construcciones y decisiones difícilmente pueden ser comprendidas fuera de un desarrollo histórico del sujeto. En este sentido, si bien pueden ser diferentes las interpelaciones hacia los/as pacientes adultos/as respecto de los/as infanto-juveniles, el carácter crónico de este trastorno y por lo tanto la idea que este ha estado presente gran parte de la vida y se ha visto, tanto su sintomatología como su tratamiento, sometido a muchos cambios a lo largo del tiempo, nos impide dejar fuera de las percepciones que se pueda tener del diagnóstico y tratamiento en los/as adultos/as, los efectos y consecuencias que estos tuvieron durante la infancia y/o adolescencia.

2.5 TDAH en Chile

Actualmente en Chile, el abordaje del TDAH se plantea de manera conjunta entre los servicios de salud y educación. Si bien no es simple unificar ambos abordajes (o al menos parece no haberse hecho de manera sistemática por parte del gobierno), la declaración del TDA/H como una *Prioridad Programática* del 2011, generó la elaboración de un documento con la caracterización diagnóstica y lineamientos de las intervenciones ya estipulados en la “Guía Clínica Atención Integral De Niñas/ Niños Y Adolescentes Con Trastorno Hiperactivo/Trastorno De La Atención (THA)” de 2008, pero además se especificaron algunos puntos que dan cuenta de la interrelación entre salud y educación. Mencionando, entre ellos:

“las acciones para la promoción, prevención y detección son más efectivas si se realizan en los establecimientos de educación pre escolar y en el primer ciclo básico de las escuelas; la intervención integral se realiza mediante un conjunto de prestaciones que han demostrado ser eficaces para modificar los factores psicosociales y bio médicos involucrados en la aparición y mantención del trastorno, mediante actividades en las que participa activamente la familia y en estrecha coordinación con la escuela; los equipos de Salud general deben realizar acciones de capacitación a los docentes para la detección en la escuela de conductas de riesgos asociadas a síntomas del trastorno hiperactivo, con el fin de realizar una intervención y un tratamiento precoz al niño y su familia” (MINSAL, 2011, p. 1).

Entonces actualmente se continúa planificando y estableciendo los modos de abordaje del TDA/H en la salud pública del país a partir esta Guía Clínica que fue elaborada hace más de 10 años. Documento donde es posible observar que existe una priorización importante y se destina mucho más espacio a las intervenciones médicas, relegándose el papel de las intervenciones psicosociales, las cuales son brevemente descritas y abordadas, a pesar del énfasis que se hace en su inclusión.

Además, en la asociación que se hace entre trastornos de salud mental en la infancia y trastornos antisociales, conductas delictivas y consumo de sustancias en la adolescencia y adultez que se hace en la Guía Clínica, podría pensarse sobre una preocupación ante las conductas disruptivas que da cuenta de los principios ideológicos detrás de su construcción. En esto aparece una patologización de conductas propias de la infancia junto con un desentendimiento de los factores sociales, históricos, políticos, entre otros, presentes en problemas como la delincuencia y el consumo de drogas. Además, esta preocupación al

interior del documento promueve el uso de fármacos planteando que su uso reduciría este tipo de problemas en el futuro, estableciéndose también una relación estigmatizante y desmedida entre TDA/H y delincuencia.

El *Glosario ilustrado del malestar* (Abarzúa, Aceituno y Valenzuela eds., 2016), menciona como históricamente los niños ingresan en las políticas públicas a partir de su condición de marginalidad, desde un lugar de huérfanos, delincuentes, sujetos a corregir y educar, y niños enfermos o deficientes. Estas consideraciones de la infancia han creado instituciones como el reformatorio y la escuela, desde los cuales, entre otras cosas, se ha buscado corregir a los individuos incorregibles o considerados delincuentes, y entregar los elementos propios de la cultura y la educación a los normales, separando a quienes presentan algún tipo de desviación o trastorno de aprendizaje. Así, la política de salud mental enfocada en la infancia establecida en los 90 lamentablemente se construyó a partir de *“un modelo médico psicopatologizante, biologicista y medicalizador, que ha favorecido una separación artificial del sufrimiento psíquico con el contexto sociocultural en el que se produce”* (Abarzúa, et. al. eds., p.68).

2.6 Perspectivas desde la medicina

Especialmente para la neurología, desde las ciencias médicas se considera que el TDA/H se origina en factores biológicos altamente heredables, siendo posible asociarlos a deficiencias neurobiológicas en la corteza prefrontal y el sistema subcortical. Investigaciones enfocadas en la búsqueda de la etiología del trastorno, han podido identificar genes candidatos (responsables de la enfermedad) y factores pre y perinatales que pueden ser responsables de la manifestación del trastorno, como el consumo de alcohol y drogas de la madre durante el embarazo. La etiología del diagnóstico entonces, desde esta perspectiva, se atribuye estrictamente a causas orgánicas por lo que su diagnóstico se realiza a través de la observación de la sintomatología y se complementa mediante test y pruebas como electroencefalogramas (Spencer, Biederman, Wilens y Faraone, 2002).

Por otro lado pero bastante alineado a la neurología, la psiquiatría respalda, respalda que la manifestación comportamental del TDA/H tiene un origen biológico sobre el cual inciden otros componentes, como el ambiental, psicológico y/ social (Sandoval, Acosta, Crovetto, León, 2009). Desde esta perspectiva, la psiquiatría se ha enfocado en la mejora de los criterios y la validez del diagnóstico, a modo de establecer categorías específicas y asegurar un correcto y adecuado diagnóstico y tratamiento. A partir de esto es que se sostiene que el

TDAH es un trastorno de origen neurológico y, por tanto, debe pensarse como otros trastornos médicos. Lo cual significa que disminuyen sus efectos negativos en la vida de los sujetos una vez diagnosticados y tratados.

Lo anterior se respaldaría en los resultados de numerosas investigaciones (Spencer, Biederman, Wilens y Faraone, 2002; Sandoval, Acosta, Crovetto, León, 2009; American Psychiatric Association, 2013) en las cuales al adscribirse al modelo médico se evidencian los efectos positivos de las intervenciones farmacológicas (principalmente con metilfenidato) y psicoeducativas. Es relevante mencionar que desde estas perspectivas los efectos positivos o resultados esperables de los tratamientos apuntan a disminuir los comportamientos disruptivos, mejorar el rendimiento académico y la adaptabilidad social.

Tal vez profundizando algunos elementos ya mencionados en torno al diagnóstico se puede agregar que desde estas nociones el TDAH se define como un trastorno, es decir, un cuadro complejo, de manifestación frecuentemente precoz y evolución crónica, que repercute en diversos contextos (escuela, familia, etc.). Se caracteriza por la dificultad para mantener la atención, modular el nivel de actividad y controlar las acciones impulsivas (Sandoval, Acosta, Crovetto, León, 2009). La falta de atención se manifiesta a través de la actividad errante, carente de persistencia, dificultad para enfocarse en una tarea, desorganización y falta de compromiso no asociado a falta de comprensión. La hiperactividad se refiere a la locuacidad y a la actividad motora excesiva que se vuelve inapropiada al contexto. La impulsividad se relaciona a acciones precipitadas y que tienen un alto potencial de daño para el individuo (APA, 2013).

Dado su origen infantil (antes de los 12 años) desde estas perspectivas es fundamental la intervención temprana por medio de un diagnóstico clínico sustancial que debe ser complementado por información auxiliar (APA, 2013). Lo cual refiere a datos objetivos posibles de ser observados y reportados por terceras personas respecto a inicio, duración y severidad de los síntomas.

Estas perspectivas han sido duramente criticadas por el exceso de psicofármacos en sus tratamientos, y por considerar que éstos generan un efecto de dopaje que impide el desarrollo y expresión del individuo por medio de la psicopatologización del comportamiento infantil. Esto ha generado una serie de investigaciones que buscan por una parte validar el uso de medicamentos y por otra desmitificar sus efectos, como son los trabajos realizados por Singh (2012) quien entrevistó a 150 niños ingleses y estadounidenses buscando ampliar

las concepciones médicas mediante la inclusión de la percepción que los niños tienen respecto de este tipo de tratamientos. El estudio concluye que, desde el discurso de los niños, es posible apreciar que el uso de metilfenidato no afectaría sus capacidades de agenciamiento moral, sino que éste actuaría como una herramienta auxiliar para la emergencia del verdadero “sí mismo”, mediando en la adquisición de habilidades personales que luego les permitirían a los niños enfrentar asertivamente sus dificultades.

2.7 Perspectivas Críticas

Desde estas perspectivas se propone una alternativa en la comprensión de esta categoría diagnóstica que se separa de la perspectiva médica incorporando los aspectos sociales e individuales presentes en la denominación TDA/H.

Lo primero que se cuestiona desde este punto de vista es la categoría de enfermedad o patología que se le atribuye al TDA/H. De este modo, se establece que la categoría de enfermedad atribuida al fenómeno se debe al predominio del modelo médico y el uso de manuales como el DSM en la comprensión del comportamiento individual. Comstock (2011) señala que durante el siglo XX surgió una nueva relación entre el poder, el conocimiento, el cuerpo y las prácticas éticas de autoformación asociadas al TDA/H. Al examinarlas, es observable la manera en la que el sujeto desviado se configuró como tal primero a partir de los valores morales y jurídicos de la época, que luego fueron reemplazados por una nueva inteligibilidad del yo a partir de la autoadministración. A partir del análisis de esta inteligibilidad, Comstock propone que es posible avanzar en la comprensión de las nuevas tecnologías implicadas en la asociación que se ha hecho entre comportamiento e identidad, lo que determina nuevas relaciones de poder para el sujeto capturado en la medicalización predominante de este tiempo.

En línea con lo anterior, Conrad y Bergey (2014) refieren que el TDA/H ha sido progresivamente medicalizado a partir de la influencia de Estados Unidos y el DSM, desde 1960. Afirman que la expansión del diagnóstico que se ha producido a otros continentes está asociada a la utilización de este manual y a la incorporación de las metodologías en él reunidas en las formas de conceptualización y tratamiento de este trastorno. Junto con esto, identifican otros fenómenos que han favorecido la migración del diagnóstico dando cuenta de los procesos sociales e ideológicos presentes en los mismos. Entre ellos mencionan: la industria farmacéutica transnacional; la influencia de la psiquiatría occidental; el uso del DSM; la función de Internet y la facilidad de acceso que este permite a diagnósticos online

que favorecen el autodiagnóstico y los grupos de autoayuda (advocacy) que a menudo son financiados por farmacéuticas y están conectados a organizaciones internacionales dedicadas a brindar educación, tratamiento, apoyo legal, etc. con prestadores que componen estas mismas redes (por ejemplo, psiquiatras, psicólogos, entrenadores, servicios de asesoramiento).

Vale (2013), en una línea similar a la anterior, plantea que el DSM cumple una función de patologizar ciertos comportamientos y estados, sobre los cuales se ejerce regulación y control social. Su acelerada diseminación, dice, reproduce prácticas excluyentes que tienen como resultado la medicalización de niños cada vez más pequeños. Usando como ejemplo la situación de Puerto Rico, esta autora revisa y discute los mecanismos de regulación que operan sobre la niñez en la actualidad proponiendo que es necesario trabajar hacia una despatologización de la infancia mediante medidas y prácticas que respeten la subjetividad y que favorezcan el rechazo de la medicalización de las situaciones cotidianas que atraviesan los niños. La autora critica también la farmacoterapia por sus efectos de supeditación y exclusión de los factores contextuales, históricos y subjetivos que considera claves en el abordaje del TDA/H.

Según Vale (2013) entonces, se vuelve necesaria la interrogación de las nociones de desarrollo en tanto actualmente desconocen la especificidad del contexto, las diferencias y las particularidades de las formas en que se vive la infancia. Junto a Rudinesco (2011 en Vale, 2013), esta autora afirma que en el abordaje del TDA/H, el uso de fármacos sería con el fin de buscar normalizar la conducta y suprimir los síntomas sin dar espacio a su significado. Esto borra las consideraciones por la subjetividad a partir de un reduccionismo explicativo sostenido en un sofisticado andamiaje técnico.

Bianchi (2015), a partir del pronóstico que puede hacerse del futuro de los niños diagnosticados y tratados por TDA/H, plantea otra controversia propia de esta perspectiva. Debido a la relación que se hace entre el TDA/H y otras patologías mentales, físicas y sociales, que es desestimada por algunos profesionales pero sostenida por otros que plantean que la ausencia de tratamiento necesariamente conllevará esas dificultades.

Lo anterior se debería según Bianchi (2015), a que en el diagnóstico de TDA/H convergen y se articulan otros trastornos psiquiátricos (como la depresión, ansiedad, consumo de drogas, etc.) y condiciones relacionadas al desenvolvimiento social (como la delincuencia, el fracaso escolar, las dificultades familiares y laborales) lo que atribuye un carácter de

peligrosidad al diagnóstico en cuanto se podría anticipar a partir de él ciertas trayectorias vitales que poseerían una potencialidad disruptiva del orden social.

Esto daría cuenta, como propone Rose (2010 en Bianchi, 2015), de una nueva estrategia de control que no respondería a principios eugenésicos, sino a la concepción actual de biología, la cual no se entiende como un destino ineludible, por el contrario, estaría abierta a la sospecha, la predicción y la prevención. Lo anterior permitiría que la “biocriminología” opere sobre las conductas violentas y antisociales de las personas que se considera que fallan en su autocontrol, y se categorizan como susceptibles de intervención para disminuir el riesgo que estas representarían para la comunidad.

Se estaría entonces frente a un problema transversal a la historia de la salud mental, donde la “infancia peligrosa” ha funcionado como soporte para la acción de diversos dispositivos disciplinares presentes en el surgimiento de la psiquiatría y la psicología (Rose 1998; Foucault 2001 en Bianchi, 2015) siendo este un concepto base en el trasfondo histórico de la dimensión conductual y neurológica que se encuentra presente hoy también en las prácticas discursivas asociadas al TDAH (Bianchi, 2015).

2.8 Perspectivas desde el Psicoanálisis

La perspectiva psicoanalítica presenta un extenso desarrollo teórico que cuestiona la categoría diagnóstica del TDAH y su tratamiento asociado. Aunque se toma por necesario establecer un diagnóstico, se hace desde otros términos y evitando patologizar la singularidad de cada paciente. lo cual se ha planteado como algo cada vez más difícil por la llamada “profesionalización” de la infancia a partir del comportamiento que resulta “molesto” para el adulto (Punta Rodulfo, 2016).

Habiendo definido como necesario entonces el diagnosticar, se hace la diferencia con el clasificar. Diagnosticar permite ver las diferencias entre los sujetos y conocer más en profundidad ciertos aspectos de los pacientes, mientras que clasificar unifica muchos sujetos bajo una misma nomenclatura, difuminando más sus particularidades. Es decir, desde la perspectiva psicoanalítica se busca no supeditar al sujeto a la categoría, sino que se atiende su singularidad en un diagnóstico construido sobre la diferencia, cuidando que no se produzca un desliz desde el diagnóstico a la categorización o al rótulo (“niño TDA/H”) (Punta Rodulfo, 2016). De esta manera, aún cuando los problemas escolares, conductuales o de aprendizaje son el motivo inicial de numerosas consultas en la clínica infanto juvenil

actual, se piensa que los niños diagnosticados como TDA/H no pueden ser unificados en una clasificación única ya que esto reduciría la vida psíquica infantil a un paradigma simplista y biologizante, donde se excluye la subjetividad del niño, la de quienes participan en el diagnóstico, sus vidas y los aspectos socioculturales circundantes (Ubieto, 2014).

Dolto (en Mannoni, 1965) establece que el niño se convierte en el soporte inconsciente de las tensiones emocionales y sexuales de sus padres, cuyo efecto de contaminación es más intenso mientras más lo sea el silencio y el secreto que guarden. Esto convierte al niño en el portavoz de sus padres, debido a que los síntomas que presenta representan sus propias angustias y formas de reacción ante las angustias de sus padres.

Janin (2015), ante la pregunta *¿de qué se trata el TDA/H?*, refiere sobre lo innegable del hecho que sí hay niños/as con problemas de aprendizaje causados por dificultades para mantener la atención o niños/as que se mueven de manera caótica y sin meta. Sin embargo, dice que estas manifestaciones no representan nada en sí mismas, sino que es necesario develar su origen y significado.

En este sentido, propone que el proceso de estructuración subjetiva se da en un contexto determinado y a partir de los vínculos que el niño establece con otros humanos, por tanto, los deseos, las normas, etc, que se arman en el intercambio con otros y que determinan la presencia de una multiplicidad de historias desde donde la organización representacional que da constitución al yo, ejercerá una función inhibitoria sobre el devenir pulsional permitiendo que las posibilidades de ligazón y traducción de ésta tengan lugar. Es a partir de este punto que sostiene que existe una diversidad de trastornos de la atención y la motricidad, lo cual vuelve necesario determinar en el caso a caso a qué corresponden, ya que, si se piensa al niño como un sujeto en devenir, encasillarlo de manera eternizada en un funcionamiento patológico sólo cerrará la construcción del futuro a partir del establecimiento de un diagnóstico que será “de por vida”.

Al profundizar en los mecanismos que componen la atención y la motricidad, siguiendo a Janin (2015), se pueden encontrar orientaciones respecto de la multidiversidad del TDA/H. La atención, es el resultado de las operaciones psíquicas donde interactúan la percepción, la conciencia, el yo y el examen de realidad. Con lo cual podría pensarse que los trastornos de atención se relacionan con una dificultad en el yo para investir aspectos de la realidad y/o en la inhibición de procesos psíquicos primarios.

La dificultad en el control de la motricidad, por otro lado, reflejaría problemas específicos en el proceso de estructuración subjetiva. Dificultades en la diferenciación yo-no yo, estímulo-pulsión donde no es posible hacer esta diferenciación, dejando deseos y necesidades indistintamente registradas. Esto llevará al niño a moverse de forma descontrolada buscando escapar del displacer y las tensiones internas que se tramitan a través de descargas sin dar lugar a rodeos (pensamientos). De esta manera, estos niños experimentan este no poder dejar de moverse porque se encuentran permanentemente en una huida sin destino debido a su dificultad en el procesamiento secundario de las representaciones lo que afecta su capacidad de representar, ligar y traducir en palabras lo pulsional (Janin, 2015).

Guinard (2012), en un ejercicio de ampliar estas perspectivas, propone como hipótesis que la sintomatología del TDAH puede ser considerada no solo como descarga sino bajo el ángulo de una compulsión, que tiene la particularidad de generalizarse a todo el cuerpo (p.198). Desde este punto refiere que los tratamientos farmacológicos actuales son a la vez idealizados y estigmatizados, y que el aporte del enfoque psicodinámico sería útil para la comprensión de este fenómeno, en tanto permite afinar las modalidades de comprensión y tratamiento.

A modo de generar una crítica al sistema cognitivo actual y las evaluaciones de inteligencia, Renard (2012) refiere que las orientaciones académicas y terapéuticas quedan subsumidas en una biotecnología que rechaza cualquier etiología psíquica en pos de un orden cada vez más moral y normativo que se impone a la infancia. Con esto como base se especifica respecto del distanciamiento de la perspectiva psicoanalítica frente a este modelo a la hora de pensar el padecimiento infantil asociado a la categoría de TDA/H. Critica también cómo los estudios cognitivos de inteligencia han evolucionado hacia la construcción de una medida de la atención a partir de índices de velocidad de procesamiento y memoria de trabajo y cómo esto se relaciona con el orden neurobiológico que por medio de un supuesto alivio de los síntomas atribuye un origen únicamente orgánico al TDA/H.

A partir de esto, Renard (2012) señala que la hiperactividad o desatención sería un signo clínico dentro de un trastorno neurótico o psicótico que tiene que ver con los efectos del inconsciente en lo infantil donde estas expresiones comportamentales dan cuenta de un rasgo de estructura. Basándose en un análisis de caso, Renard (2012) cuestiona la demanda escolar y materna de tratamiento que se centra en la imposibilidad del niño para

rendir en la escuela señalando que leer y escribir refiere a la falta, en tanto son tareas donde se le pide al niño que haga frente a la falta que lo destrona como objeto fálico de disfrute materno por lo que requiere permanentemente que se le erija como tal afectándose su proceso de aprendizaje escolar. En tanto el niño viene a resolver para la madre su propio problema de castración (Mannoni, 1964 en Renard, 2012) repitiendo en sus síntomas lo que esto implica siendo entonces, un objeto sin deseos propios, cuyo único papel será llenar el vacío materno. Al no encontrarse con la “falta en ser” de la madre, la operación de alienación y separación que debería dar sentido a la falta del niño se ve obturada produciéndose una objetivación de su falta que ocultará la enfermedad de la madre. Por tanto, si el padre no desaloja al niño de su identificación con el falo imaginario, éste se aferra a su lugar y sólo experimentará culpa.

De esta manera, la autora propone que la dificultad del niño para elegir letras, cortarlas y dejar agujeros se ve interrumpida ya que se requiere de pensamientos que llenen la falta en el Otro que finalmente producen los problemas atencionales. En conclusión, para Renard (2012), la demanda “psy” proviene de la inflación de categorías nosográficas como el TDA/H, las cuales generan un circuito bio-tecno-normativo cerrado sobre el inconciente lo que termina por excluir el padecimiento psíquico condenándolo a la repetición incesante dentro de este circuito.

Por otro lado, Condant (2011) hace un intento de reflejar un funcionamiento psíquico específico que da cuenta de una relación particular entre el sujeto y el significante. Entonces, a partir de su análisis de la categoría de TDA/H, refiere a la suposición de un sufrimiento en los niños como un clásico motivo de consulta. Suposición de sufrimiento porque pocas veces es reconocido por ellos en tanto la hiperactividad, la impulsividad y la desatención no son motivo de sufrimiento. El malestar que perciben proviene de lo que expresa el entorno, la familia, la escuela, los maestros, sus compañeros respecto de ellos (discriminación, por ejemplo) y por el fracaso escolar que experimentan. El TDAH entonces, afecta el vínculo social, es decir, la relación al otro a partir de la imposibilidad de encajar en el orden social.

Siguiendo lo propuesto por ella, los niños a los que puede diagnosticarse con TDA/H, son niños que han ingresado al lenguaje y que, por tanto, tienen acceso a la represión. Sin embargo, lo que se observa en la clínica, es que la represión no está en primer plano por lo que no les es posible confiar en ella cuando se trata de cumplir con la ley o aprender. Desde

una perspectiva freudiana esto se entendería desde un fracaso en el ideal del yo, que como se sabe, está implicado en la configuración del narcisismo (Freud, 1914 en Condant, 2011). A partir de una perspectiva lacaniana, con la introducción del estadio del espejo como formador de la función del yo (Lacan, 1949 en Condant, 2011), se da cuenta de la transformación del sujeto en la medida que asume una imagen.

Esta imagen total del cuerpo, que puede asemejarse a lo descrito como el yo ideal freudiano, es dada desde el exterior, posee una calidad de señuelo y una forma primordial en el lenguaje. Así, la toma de lo simbólico tendrá lugar (o no), a partir de la conjunción de la presencia del otro en el discurso del cual el niño está identificado y en la tensión entre lo real del cuerpo y la imagen de este cuerpo (la totalidad virtual en el espejo). Por tanto, la identificación imaginaria con la forma sólo tiene lugar en la medida que el sujeto fue previamente identificado en el Otro, en un punto preciso que inscribe como el Ideal del yo el cual contiene las marcas insignia por las cuales el sujeto estaba representado en el Otro desde el discurso de sus padres (Lacan 1960, en Condant, 2011).

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño

Para la presente investigación se utilizó una metodología de carácter descriptivo-comprensivo, la cual se inscribe en un paradigma cualitativo. Esta se caracteriza por tener una aproximación comprensiva del comportamiento humano desde el propio marco de referencia, buscar y reconocer subjetividades, y en el caso de la psicología, facilita el diálogo con otras disciplinas como la sociología y la antropología (Krause, 1995).

Más específicamente, se tomó un enfoque biográfico, por el carácter temporal propio de la pregunta por los destinos de la farmacologización. Este enfoque se caracteriza por una técnica de investigación donde existen autobiografías como estrategias de aproximación hacia la experiencia de los actores en sus propias palabras. Además, permiten al investigador identificar sus modos de ver y desde qué perspectiva parte su construcción de la realidad dotada desde sus contextos y saberes como formas de construir los relatos (Benavides & Apolo, 2018). A su vez, permite la exploración de significados profundos expresados a través de las trayectorias, experiencias y visiones particulares que otorgan cierto conocimiento respecto de lo personal, al mismo tiempo que visibiliza relaciones entre un punto de vista subjetivo y su inscripción en el orden social que lo determina (Cornejo, 2006).

Esto posibilita encontrar sentidos desde las vivencias, a través de la comprensión de los modos afectivos, sociales y culturales que un individuo encarna (Correa, 1999), relevando así la investigación biográfica como un efecto de la diversidad de sentidos que las personas dan a los acontecimientos que viven. (Santamarina y Marinas, 1999, en Bruno y Acevedo, 2016).

Otro elemento que justifica la elección de este enfoque está dado por la relevancia que las biografías imprimen a aquello que escapa a las regularidades objetivas dominantes, pudiendo recopilar las rupturas, equívocos y marginalidades en tanto brindan información privilegiada de la realidad social a objetivar (Cornejo, 2006).

3.2 Participantes

Respecto a la muestra, en tanto la investigación tiene por objetivo explorar las diferentes relaciones sostenidas con el medicamento, además de las diferentes soluciones subjetivas encontradas en la adultez a lo antes “resuelto” por la medicación, es que se utilizó una muestra heterogénea no aleatoria. Este tipo de muestra refiere a sujetos escogidos con características determinadas y diferentes entre sí, a modo de forzar la mayor variabilidad y riqueza de información posible en torno al fenómeno que se quiere estudiar. Para esto, se utilizó un diseño propositivo, por medio de la técnica de “bola de nieve” o “cadena”, en donde se identificaron los posibles casos de interés a partir de informantes claves, que pusieron en contacto a la investigadora con posibles candidatos/as (Martínez- Salgado, 2012). Respecto de este punto es relevante mencionar que no se manejó información confidencial (como diagnósticos o historial médico) de ninguno/a de los/as participantes antes de la realización de las entrevistas, es decir por vía directa desde sus propios relatos.

Se consideró un total de 10 participantes para el desarrollo de la investigación, considerando el género, la cantidad de tiempo de uso del medicamento y el diagnóstico de TDA/H adulto, como criterios de variabilidad. Se entrevistó a 6 hombres y 4 mujeres; 2 personas con menos de 2 años de tratamiento farmacológico, 4 con más de 2 años pero menos de 4, y 4 con más de 4 años de uso de pastillas; y por último 5 sin el diagnóstico de TDA/H adulto, y 5 sí diagnosticados con el trastorno siendo adultos/as.

Como criterios de inclusión para los/as participantes se determinó el haber sido diagnosticado/a con TDA/H durante su infancia y/o adolescencia y haber recibido tratamiento farmacológico por eso; y tener entre 18 y 45 años. Se determinaron esas edades como limitantes para las entrevistas para cumplir con el criterio de ser adulto (más de 18 años) y para abordar una población que comparta un tipo de tratamiento establecido para el TDA/H (45 años como tope máximo). Además, por supuesto, que presentaran la disponibilidad para participar considerando los riesgos y dificultades que podía significar la reconstrucción biográfica de la enfermedad y su tratamiento.

Como criterios de exclusión, por el otro lado, se determinó el no haber sido diagnosticado/a con TDA/H durante la infancia/adolescencia ni haber recibido medicación por eso. También, presentar un diagnóstico/patología grave o importante en la actualidad –diferente del TDA/H-, de manera de evitar desviar el foco de la entrevista de la temática propia de la investigación; y por último presentar alguna discapacidad cognitiva y/o comunicacional que

dificultara el desarrollo de las entrevistas.

Quienes participaron en la investigación fueron informados a través de un consentimiento informado, a modo de explicitar la libertad de la participación o retiro de la actividad; sus derechos; el resguardo y destino de la información levantada mediante las entrevistas, y el contacto de quien organiza y se responsabiliza por la intervención.

3.3 Instrumentos de recolección de información

Como técnica de recolección de datos, para la presente investigación hizo uso de los catalogados como relatos de vida, que comprenden -de manera escrita o verbal- la historia de una vida directamente desde el relato de la persona. Para acceder a estos relatos de vida se realizaron entrevistas en profundidad con enfoque biográfico, que consiste en el despliegue narrativo de las experiencias vitales de una persona a lo largo del tiempo con el objeto de elaborar, a través de entrevistas sucesivas, un relato que permita mostrar “el testimonio subjetivo [buscando dar cuenta] tanto de los acontecimientos como de las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia” (Pujadas Muñoz, 1992, pp. 47-48).

Esta elección se sustenta en que, como enuncia Ana Lía Kornblit (2004; 2010), él mismo recupera un mundo de significaciones a la vez que permite vislumbrar los sentidos individuales atribuidos a la experiencia en el contexto social en el que surgen. Por ende, mediante la construcción de relatos biográficos podemos tener una mejor aproximación a los procesos de construcción de la experiencia social de los sujetos y a las vinculaciones entre sus reflexividades, pruebas y soportes afectivos, materiales y simbólicos (Leclerc-Olive, 2009; Sautu, 2004; Vasilachis de Gialdino, 2007)

Este tipo de entrevistas es útil para las investigaciones en el campo de la psicología (y otras disciplinas) ya que proporciona una solución al dilema entre la libertad para desplegar puntos de vista subjetivos y la dirección y limitación de la temática de lo que se menciona.

Se realizaron entre 1 y 3 entrevistas con cada participante de manera que se pudiera recabar la mayor cantidad de información sobre las biografías narradas, además de proporcionar espacios para presentar la investigación y el consentimiento informado, resolver dudas, y recabar vacíos o preguntas que fueron apareciendo en los relatos de los/as participantes.

3.4 Tabla 1: Participantes

Nombre	Edad	Diagnóstico TDA/H adulto	Entrevistas realizadas
Rodrigo	25 años	No	1
Andrés	28 años	Sí	3
Francisca	20 años	Sí	2
Josefina	41 años	No	2
Marcela	26 años	Sí	2
Humberto	32 años	No	2
Victoria	27 años	Sí	1
José	28 años	Sí	1
Alberto	31 años	No	1
Cristóbal	30 años	No	2

3.5 Análisis de información

Para el análisis del material obtenido a través de las entrevistas, se optó por la Grounded Theory, o Teoría Fundada (Glasser y Strauss, 1967), que apunta a la generación y producción de teoría mediante la creación de categorías teóricas a partir de los datos extraídos de los relatos de los/las participantes y analizar las relaciones relevantes que hay entre ellas. Esto permite una interpretación analítica del mundo de los/las participantes y de los procesos por los que pasaron -y siguen pasando- para la construcción de esos mundos en su individualidad, además del generar líneas transversales entre las diferentes narraciones que permitan la generación inductiva de una teoría respecto de la relación establecida por los sujetos frente al uso de tratamiento farmacológico para el TDA/H durante la infancia y/o adolescencia.

Además, este método de análisis se vuelve pertinente de utilizar en esta investigación en tanto se pretende levantar información que pueda ser un aporte en la investigación del TDA/H como fenómeno social de medicalización, desde un abordaje específico desde las trayectorias o destinos de la farmacologización del TDA/H infante-juvenil. En este sentido, lo

propio de la Teoría Fundada que es el poder generar aperturas y modificaciones a la misma teoría, permitiría utilizar los resultados encontrados durante la investigación para poder seguir construyendo teoría sobre el fenómeno en cuestión.

Por la particularidad de las experiencias y la gran cantidad de elementos integrados a cada relato es que no se realizó una codificación axial de los contenidos de las entrevistas. Esto con el objetivo de generar más apertura a la singularidad de cada caso y de rescatar cada “solución” encontrada, por sobre la generación de una gran teoría que envolvese el total de las historias.

4. RESULTADOS

A partir de los datos obtenidos mediante las entrevistas, se pueden determinar tres tiempos que de alguna manera ordenan el desarrollo de la relación de los y las participantes a los síntomas propios del TDA/H, junto con su medicación con Metilfenidato. Se determinan como tiempos en tanto existen diferencias temporales y contextuales, más evidentes en unos tiempos que en otros, no determinadas por edades o etapas vitales, sino por la llegada del diagnóstico y su medicación.

Estos tiempos a su vez determinan diferencias importantes en lo que respecta a las formas de relacionarse con su entorno, con los demás y con ellos mismos, y será en gran parte definido por la presencia/ausencia del medicamento más que del diagnóstico en sí mismo.

Hubo distintos Humbertos y distintos procesos como a lo largo de mi vida... Marcaría como un antes, un durante y un después. Lo que sería antes de ser medicado con Ritalín, lo que fue el periodo durante el tratamiento y lo que fue después, cuando ya tomé la decisión de hablar y decir "sabí, ya no quiero tomar más". Entonces cada uno fue un distinto... un distinto Humberto. (Humberto, 32 años)

4.1 Tiempo previo al diagnóstico: "Ser diferente" ¿un problema para quién?

Lo que desarrollaremos como el primer tiempo de la relación de los participantes con el diagnóstico de TDA/H y su tratamiento farmacológico, es lo que sería el tiempo previo. Este tiempo es definido por todo lo que antecede a la aparición de lo que luego pasaría a ser la necesidad de ser medicado. En este sentido, este primer tiempo aborda el desarrollo y los movimientos particulares de cada historia que culminan en el ingreso del medicamento.

Este es el tiempo que más diferencias presenta entre los participantes en tanto todos comienzan el tratamiento farmacológico en edades y etapas vitales diferentes, y desde distintas sensaciones y malestares. En gran parte determinado por el adaptarse al espacio escolar y responder a la exigencia académica, pero desde diferentes perspectivas y momentos de la vida que irán determinando a su vez las diferencias en cómo se experimentó este primer tiempo y su paso al segundo, con el inicio del tratamiento farmacológico.

Sin embargo, lo que cruza todos los relatos y experiencias es la idea de haber sido diferente a los demás.

El “ser diferente” aparece en los relatos de los participantes como algo muy importante y que caracteriza mucho a este tiempo previo. Esto por un lado porque representa una parte importante de lo que ellos identifican como propio e incluso como una parte importante de su construcción identitaria, pero por otro lado, porque en algún momento esto se transformaría en el motivo de recibir el diagnóstico de TDA/H y el tratamiento que traía consigo. Independiente de cómo eso se signifique -que será revisado más adelante-, esto marcaría un cambio importante en lo que cada uno interpreta sobre el “ser diferente”, y por lo tanto un cambio también en la construcción de su identidad y su forma de relacionarse con su entorno.

En primer lugar, respecto de esta diferencia, lo que relatan los participantes es que si bien era algo notorio, por ellos mismos y por sus pares, no era motivo de malestar o preocupación.

Siempre fui como un poco distinta, como llevada a mis ideas, como única se podría decir, no sé... entonces como a los niños eso en el colegio como que no sé, era como la "rara" quizás. (Marcela, 26 años)

Relata Marcela, refiriéndose a las relaciones con sus compañeros de colegio. Si bien no tenía muchas amigas, nunca fue un problema para ella o sus compañeros ser “la rara” ya que identifica que a ella le acomodaba mucho estar en su propio mundo interno. Luego, continúa, sería “bacán” ser la rara y se le acercarían muchas compañeras con interés de ser amigas de ella. Andrés (28 años), por otro lado, cuenta que él tampoco era de muchos amigos pero más que ser tildado de raro, él identifica que era porque *siempre andaba en la luna*, lo cual lo hacía estar siempre divagando en diferentes juegos, espacios y personas. Las experiencias de Alberto (31 años) y Humberto (32 años), en cambio, se diferencian de las de Marcela y Andrés en tanto esta diferencia que notaban respecto de sus compañeros la asociaban con una mayor facilidad para hacer amigos y “ser popular” durante la época escolar. La diferencia estaba en los niveles de energía y extroversión presentada durante este tiempo, lo cual se veía tanto en espacios recreativos como clases: “Yo era el típico

cabro bueno pa la pelota, siempre rodeado de amigos” cuenta Humberto, “pero claro, seguía conversando y moviéndome en clases también”.

En los espacios de clase es donde aparecen rasgos importantes en lo que los participantes refieren sobre este primer tiempo. Este ser diferente se notaba mucho en el gran desinterés por los asuntos académicos. Fuera prestar atención en clases, hacer las tareas, traer materiales para los trabajos, o estudiar para las pruebas, todos los relatos comparten una profunda dificultad con poder llevar a cabo estas tareas, en gran parte sostenido por una falta de interés y motivación a cumplir con esas obligaciones escolares. “No sé, nunca me gustó mucho estudiar” (Francisca, 20 años). “Lo mío era como desinterés en verdad, como desinterés en el colegio” (Rodrigo, 25 años).

De una u otra manera se refiere a la distancia que se mantenía con los contenidos y ejercicios propios del sistema escolar. Marcela cuenta que ella nunca prestaba atención en clases porque se dedicaba a jugar con sus lápices. No importaba cuánto le movieran la mesa o la cambiaran de lugar, los lápices siempre eran más interesantes que lo que pudieran estar diciendo los profesores.

Yo sabía que no era normal estar jugando con los lápices cuando nadie más lo hacía, pero tampoco me generaba un problema eso. Ningún niño está como “oh, no estoy escuchando la clase”, a ningún niño le importa a esa edad. (Marcela, 26).

Tomando las palabras de Marcela, se vuelve interesante el evidenciar que efectivamente a ninguno de los participantes, por lo menos durante este tiempo, esto le significaba un problema. El desinterés por seguir las indicaciones de los profesores y aprender los contenidos del colegio se tomaba como algo no sólo propio de su singularidad sino como algo propio de la infancia, y que por lo tanto muy lejos de ser un problema era algo muy “parte de ser niño/a”.

4.1.1 Otro adulto que instala un problema en la diferencia

Ahora bien, esta experiencia de ser diferente irá cambiando a lo largo del tiempo en tanto en algún momento aparece alguien que sí lo considera un problema. Lo que para ellos no era algo conflictivo o motivo de molestia, viene a ser problematizado por otro que instala la

necesidad de cambiar la situación, marcando un tránsito desde el vivir la diferencia como algo normal o sin importancia, a algo problemático. Con este movimiento, se evidencia que los malestares e incomodidades que marcan en mayor medida este tiempo son en gran parte experimentados por otros y transmitidos al infante desde palabras y/o actos que determinan que hay un problema con ser diferente a los demás. Este “ser raro” o “retraído” o “demasiado activo”, junto con este desinterés por lo académico pasarían a ser un problema en tanto refleja una no adaptación a los espacios y a las exigencias puestas sobre ellos en diferentes momentos de sus vidas.

Ahora, este otro que viene a ubicar el problema de la diferencia tiene la particularidad de ser un sujeto que viene desde el discurso adulto. No son los pares, de quienes se diferencia, quienes refieren a un problema con esto, sino que es un otro adulto el que desde un lugar más externo viene a apuntar esta diferencia y calificarla, no sólo de un problema, sino de un problema que debe ser resuelto por los mismos niños/as que presentan esta diferencia.

Quien más frecuentemente marca esta diferencia como un problema es el otro escolar. Con otro escolar podemos referir a profesores, psicopedagogos, y otras figuras que cumplen roles importantes dentro de la institución, y que de una u otra manera revelan que esta diferencia significa un problema en lo que respecta al lugar que los niños cumplen (o deben cumplir) durante la época escolar. Las instituciones escolares se vuelven una parte muy relevante en lo que respecta al levantamiento del problema de esta diferencia, en tanto es en ellas donde por primera vez aparece la noción de problema.

En el caso de Rodrigo (25 años), él relata que alrededor de séptimo básico, sin él presentar notas bajas o dificultades importantes en clases, la psicopedagoga del colegio le dijo a su madre que él podía tener déficit atencional y que debía llevarlo con un neurólogo para tratarlo.

Yo siempre fui disperso, hasta hoydía lo soy. Me distraigo y fantaseo mucho, como que a veces hago las cosas en automático... entonces yo creo que es razonable pensar que siendo adolescente también era así entonces me imagino que alguien me vió y pensó que tenía relación con el TDA. (Rodrigo, 25 años)

Esto en parte refleja que el problema de la diferencia que presentaba Rodrigo en clases no era algo problematizado por él, sino que fue otro (en este caso la psicopedagoga del colegio) quien vino a instalarlo como un problema que debía ser solucionado con una visita al médico. En el caso de Andrés (28 años) es bastante similar ya que son las profesoras de segundo básico las que refieren sobre su dificultad para seguir instrucciones en clases, lo cual le significaba quedarse los recreos terminando lo que no había alcanzado a hacer por estar distraído. A diferencia de Rodrigo, Andrés sí tenía bajo rendimiento lo cual sumaba motivos para problematizar esta conducta. Sin embargo esto no era motivo de preocupación para Andrés, sino para sus profesoras y son ellas las que van a hablar directamente con los padres de Andrés para solucionar el asunto.

Josefina (41 años), por otro lado, refiere que ella recuerda su época escolar previa al medicamento con cierta tristeza por el trato que recibía de parte de los profesores por ser diferente a sus compañeros

En ese tiempo te retaban... los profesores como que veían que tu no ponías atención entonces como que poco y nada te pescaban entonces eras como el cacho de la sala cachai?... (Josefina, 41 años).

Si bien también es el otro adulto el que viene a instalar un problema, a diferencia de Rodrigo y Vicente, es como que Josefina tomara como propia parte de esa problemática en tanto en alguna medida se identifica con este lugar del “cacho” de la sala.

En los casos de Humberto (32) y Cristóbal (30) también es el otro escolar el que viene a marcar un problema, pero no desde el estar distraídos o no prestar atención, sino desde la gran dificultad que ambos presentaban para quedarse sentados o tranquilos durante las clases, dificultando el poder llevarlas a cabo de parte de los profesores. Cristóbal lo relata como

Cuando entré a ese colegio que era muy dogmático recuerdo que tenía conflictos como con los profes y con las monjas porque siempre estaba hueveando por ahí, molestando, haciendo cosas, y eso como que empezó a alterar el funcionamiento de la sala (Cristóbal, 30 años).

Esos problemas terminaron por motivar al colegio a solicitar a los padres de Cristóbal que fuera llevado al médico y fuera tratado por su hiperactividad porque si mantenía esa conducta sería expulsado del colegio. Humberto (32 años), por otro lado, relata que él también tenía mucha energía y le era difícil quedarse tranquilo en clases, que siempre estaba haciendo cosas y caminando de un lado a otro. Pero además, tenía una forma “distinta” de manifestar su hiperactividad

Yo era más contestatario como... como que si algo no me parecía lo decía sin ningún tapujo, no me importaba como que fuera el profesor, que fuera el rector, me daba lo mismo... yo creo que eso gatilló un poco como todo esto... y bueno ahí obviamente me mandaron al neurólogo (Humberto, 32 años).

Que Humberto califique su actitud más contestataria como el gatillante de su ida al neurólogo y posterior diagnóstico con TDAH y su tratamiento farmacológico, permite pensar respecto de la pregunta, no solo de quién es el problema, sino cuál es. Por el relato de Cristóbal también, podemos ver una conflictiva con el someterse a una autoridad, que para ambos termina siendo instalada, casi a modo de sentencia, el recibir tratamiento farmacológico.

Esta pregunta es interesante en tanto, si bien es más evidente en los casos con hiperactividad como Cristóbal y Humberto, podría pensarse que este desinterés respecto de los temas académicos que fue mencionado con anterioridad, presente también en los casos sin hiperactividad (como Rodrigo, Andrés, Marcela y Josefina) explicaría la dificultad para prestar atención en clases, y además podría hablarnos de otra manera de expresar un no sometimiento a la autoridad que representan los profesores y el sistema escolar.

En una línea diferente pero no muy lejana, están los casos de Alberto (31 años) y José (27 años) donde no es el otro escolar el que directamente instala el problema, sino que es por el bajo rendimiento académico que el otro familiar aparece demandando mejores resultados. En el caso de José, él refiere que desde pequeño le costó el colegio principalmente porque en pre básica pasó por un cambio de institución que le significó muchas dificultades para hacer amigos y adaptarse a la cantidad de estudiantes (que era mucho mayor que en el colegio anterior). Por esto se le ofreció a los padres la opción de que repitiera el año en pos

de facilitar su adaptación. Esto no funcionó e incluso dificultó aún más la adaptación de José por volver a cambiar a sus compañeros, lo cual terminó por manifestarse también en importantes dificultades para concentrarse y estudiar que se mantuvieron por muchos años. Desde la familia se comenzó a tratar sus dificultades académicas (que se asociaban a TDA también por las dificultades para adaptarse pero aún no era diagnosticado) por la necesidad de que subiera sus notas, lo cual termina por instalar en José la idea de que el problema no estaba en lo difícil que estaba siendo para él el no poder hacer amigos o no tener interés en las clases, sino en que no estaba cumpliendo con las expectativas de rendimiento que la familia ponía sobre él.

Alberto, por otro lado, relata que en su familia siempre estuvieron consientes de su hiperactividad, al punto que en la casa muchas veces los trataban de “oye déficit” para referirse a él cuando se desviaba mucho de algún tema, interrumpía o se movía mucho. Sin embargo esto no era un problema porque Alberto siempre había tenido muy buenas notas. Esto hasta que cercano a primero medio todos comienzan a subir su rendimiento, él empieza a “quedarse atrás” y el déficit comienza a ser un problema.

Ahora, en una línea diferente aparecen los casos de Victoria (27 años) y Francisca (20 años) donde tampoco es el otro escolar el que viene a calificar la diferencia de problema, sino que es principalmente el otro médico quien lo hace. Francisca refiere haber ido al psiquiatra muy niña por motivos anímicos y sospechas de un episodio maníaco, por lo que fue tratada con psicofármacos por alrededor de un año. Finalizando ese año, en un control de ese tratamiento con el mismo psiquiatra es que éste refiere sobre la presencia de un TDA y la necesidad de su tratamiento. Ahora, Francisca también dice no recordar mucho de ese tiempo por ser muy niña pero asume que su madre, por ser psicóloga, también sabría de su TDA y desde ahí su facilidad para acceder al tratamiento farmacológico que proponía el psiquiatra. Para ella fue fácil adoptar como propio este problema en tanto por lo pequeña que era entonces no había mucho lugar a discutir respecto si esto era un problema o no, simplemente era algo que “ella era” y que, por lo tanto, ella debía velar porque fuera menos problemático. Victoria, por otro lado, refiere que una vez que su hermano fue llevado al neurólogo y ella esperaba en la sala de espera, el médico preguntó a su madre si aprovechaba de verla a ella también porque “se movía mucho”, dando entender que de alguna manera este moverse mucho que no había sido problematizado en otros espacios, significaba algo problemático y/o tratable.

4.1.2 Otro adulto que protege la diferencia

Ahora bien, así como había otros adultos que marcaban un problema en esta diferencia, también los había –aunque menos- que no lo hacían e incluso facilitaban el despliegue de esa diferencia. En el mismo caso de Victoria, ella refiere que su paso por el colegio fue muy bueno porque *tenía un muy buen espacio para entrenar y correr... y como que igual siempre salía de la sala cuando quería, el colegio como que me bancaba todo.* (Victoria, 27 años)

En este sentido podemos ver de qué manera el hecho de que la institución no problematizara la hiperactividad de Victoria fue una gran ayuda para ella, tanto para poder expresar y descargar su hiperactividad haciendo diferentes cosas y moviéndose, como también para poder tener una buena experiencia durante la época escolar sin que apareciera esta diferencia como un problema. Además, refiere a una psicóloga que frente a la insistencia familiar del tratamiento farmacológico para el TDAH y la negación de Victoria a recibirlo, ella le presta su apoyo para “sostener esa rebeldía”.

Cristóbal, por otro lado, refiere a una profesora que además de permitirle escribir en el suelo y pararse en clases, les motivaba a leer y estudiar cosas distintas de las “aburridas” que se veían en el colegio, lo cual motivó el gusto por conocer cosas diferentes y, aunque no fuera tan fácil por la hiperactividad, el gusto por leer:

Tenía una profe que era muy amorosa, que ella como que cultivaba mucho la idea del conocimiento. Entonces ella nos hacía leer como textos filosóficos cuando éramos niños, y eso me llamó la atención... nos hacía imaginar cosas, pintar, leer escuchando música clásica, entonces era como mucho más experimental el proceso. (Cristóbal, 30 años).

Llama la atención que es poca la presencia de adultos que no problematizan la diferencia. Si bien hay muchos que guardan silencio ante la problematización instalada desde otro, esto en alguna medida avala la necesidad de resolver el problema que significa esta dificultad de adaptarse del “ser diferente”. Esto podría referir tanto a un sistema principalmente adultocéntrico en el cual existe acuerdo entre los adultos respecto de la necesidad de resolver el problema de la diferencia que significan los niños/as y adolescentes con TDA/H, o más bien a un sistema que no da cabida a la diferencia ante el cual adultos/as y jóvenes deben adherirse.

4.1.3 Contextos familiares que anteceden a la problematización de los síntomas de TDA/H

Desde las diferentes perspectivas y experiencias recogidas durante la investigación, se ha podido apreciar que de alguna manera siempre se encuentra presente alguna dificultad propia del contexto familiar, emocional y/o social que antecede y/o acompaña la aparición de la sintomatología propia del TDA/H o la problematización de los mismos.

Los casos de Marcela y Humberto refieren a familias numerosas donde era difícil poner atención en cada uno de los hijos como para prestar apoyo muy dedicadamente, y donde el diagnóstico aparece desde el ya haber estado presente en otros hermanos/as mayores. Esto revela una suerte de saber hacer familiar con el diagnóstico y su sintomatología, como también una dificultad en el ver la particularidad de cada caso con las necesidades y dificultades propias de cada hijo/a. Si bien ninguno de los dos refiere de manera directa a esta situación o al hecho de que esto haya sido un problema para ellos, ambos refieren a haber encontrado más apoyo en sus hermanos/as –con quienes compartían algunas dificultades- que en sus padres, y que también por lo numerosas de sus familias los padres no disponían de mucho tiempo para ayudar en las tareas y/o actividades propios del colegio.

En la misma línea de no poder ver las necesidades y particularidades de cada uno, las historias de Josefina y Rodrigo también refieren a eso pero desde un haberse sentido muy solos en el proceso, por lo menos desde el ámbito familiar. Desde situaciones familiares y contextos diferentes, ambos revelan una importante de falta de apoyo de parte de sus familias a la hora de encontrarse con dificultades en el ámbito escolar: al hacer tareas, estudiar para las pruebas, etc. Ambos concuerdan que la falta de apoyo o motivación de parte de la familia afectó mucho en términos de autoestima y seguridad respecto de las propias capacidades, lo cual hacía aún más difícil enfrentar las dificultades propias del TDA.

Por otro lado, Cristóbal y Victoria dicen haber tenido desde muy pequeños, si no siempre, familias muy disfuncionales con constantes problemas y discusiones entre sus miembros. En palabras de ellos, más que hablar de una sensación de soledad como en los casos anteriores, habla de una imposibilidad de acudir al espacio familiar en caso de necesidad o ante dificultades propias de la época escolar, por lo que se encontraron constantemente en la búsqueda de espacios que, además de permitirles descargar y expresar libremente su

hiperactividad, les permitiera sentirse parte de un espacio que les podía prestar apoyo y contención, así como también ellos poder ser un aporte a estos.

Andrés y José refieren particularmente a problemas familiares y situaciones difíciles que les tocó vivir y que relacionan directamente con la problemática que significó su diagnóstico. Ambos relacionan la aparición y/o aumento de los síntomas propios del TDA, o más bien el momento en los que éstos comienzan a ser un problema, con la separación de sus padres.

José cuenta que por el momento en el que estaba su familia él sentía que lo más importante era “no dar problemas”. En este sentido, el hecho de que sea su familia la que instala el problema en la diferencia y las dificultades de adaptación, facilita en José una identificación con el hecho de ser un problema en la medida que eso permite hacerse cargo él de “solucionarlo”, y de esta manera no generar más problemas en su casa. Muy similar a José, Andrés refiere que, tras la separación de sus padres, en un intento de ayudar a la madre, aparece la necesidad de hacerse cargo de ciertas tareas del hogar y, por cierto, de asegurarse de no ser una preocupación más para ella.

Si bien no hay forma de asegurar que efectivamente haya relación entre contextos familiares difíciles y la problematización de la diferencia propia de los niños/as y adolescentes con TDA/H, desde los relatos de los participantes podría pensarse que hay algo del ambiente familiar que puede facilitar el hecho de que esta diferencia sea tomada por problema.

4.1.4 La frustración de ser / tener un problema

Es compartido por todos los participantes el hecho de que la primera persona que problematiza esta diferencia respecto del resto es un otro adulto. Un adulto desde el colegio, la familia o la medicina, pero siempre es alguien externo quien viene a calificar como un problema algo que antes nunca lo había sido. Sin embargo, esto tendría diferentes efectos y consecuencias en cada uno de los sujetos, en tanto algunos irán a discutirle a ese otro respecto del problema que instala, mientras que otros encuentran una gran frustración por comenzar a compartir la visión de sus diferencias como problemas.

Así último son los casos de Josefina y Francisca, en tanto se apropian del problema que otro hace ver por la diferencia con los demás. De alguna manera esta diferencia comienza a

instalar la idea de déficit más que de simple diferencia, y como déficit, es algo que debe compensarse o trabajarse para “alcanzar el ritmo de los demás”. Al referirse a la noción de déficit no necesariamente se habla de una enfermedad, pero sí de una condición diferente que genera problemas en cuanto al rendimiento y al enfrentar situaciones exigentes. Josefina dice que fue su colegio el que encontró el problema en sus dificultades para prestar atención pero que después se desentendieron en su abordaje y “te tiraban la pelota a ti”. De alguna manera, por la forma en que ella misma resintió este problema en este tiempo podríamos decir que tomó esa pelota para llevarla ella y hacerse cargo de su “déficit”.

Por otro lado, en los casos de Cristóbal y Humberto, frente a la problematización de la diferencia instalada por el otro adulto aparece algo más contestatario que permite no identificarse con la noción de déficit, y por lo tanto no acomodarse en la idea de ser un problema.

Yo estaba en otra, tratando de descubrir el mundo... entonces más que yo sentir que tenía un problema, sentía que el lugar tenía un problema y siempre lo creí, solo que me trataron de reformar y entonces me mandaron al neurólogo. Ese fue como el inicio de mi TDAH.

(Cristóbal, 30 años)

Esta cita es bastante explícita en determinar que el problema de la diferencia no era algo que fuera un problema para él sino para el colegio donde estaba en ese momento. Esto es importante en la medida que, a diferencia de Josefina, Cristóbal no siente frustración por no poder ser como los demás, sino que la frustración viene más a partir de la incompetencia de la institución escolar por problematizar ese no ser como los demás.

En la misma línea, Humberto refiere que:

Yo creo que en eso se tradujo una necesidad de intervención. Como ante el desinterés entre que no traía los materiales, me daba lo mismo y como que ya la cuestión se escapaba de las manos de la gente que tenía que trabajar para que yo cumpliera no más. (Humberto, 32

años)

Queda muy claro que para Humberto no estaba en su responsabilidad el interesarse por el colegio y rendir bien, sino que era algo que estaba en manos de otros y que fue por eso

mismo que se necesitó intervenir. Esto genera bastante contraste con la postura de Francisca y Josefina en tanto ellas toman como propio el deber de alcanzar el ritmo, o de hacer con su déficit, mientras que ni Humberto ni Cristóbal aluden a la noción de déficit o algo que pueda hacer alusión de que la diferencia que ellos tenían de los demás significara un problema para ellos, o les significara algo de lo que hacerse cargo, o incluso, motivo de frustración por ser de cierta manera.

Desde este punto es que se comienza a diferenciar el ser vs un tener un problema, que aparece luego de que se ha problematizado la diferencia desde otro adulto. El *tener* un problema lo vamos a representar como la manera que tienen Humberto y Cristóbal de referirse a sus diferencias con los demás y las consecuencias que eso trajo a nivel escolar, en tanto no invisibilizan el hecho de que significó problemas pero sí se toma una postura de que no son ellos la verdadera fuente del problema.

En la otra vereda, entonces, están Francisca y Josefina con el *ser* un problema, en tanto luego que se haya problematizado esta diferencia, ésta junto con la responsabilidad de hacer con ella, se toman como propias, generando culpa y malestar por no poder ser como los demás.

4.2 Tiempo posterior al diagnóstico e inicio de tratamiento: ¿"Solución" a un problema?

Este segundo tiempo tampoco es determinado por una edad o etapa vital específica, sino principalmente por la llegada del diagnóstico y el inicio del tratamiento farmacológico que traía consigo. Para todos los participantes esto sucede en momentos diferentes de su etapa escolar y formará parte de muy diversos procesos de adaptación, facilitación o búsqueda de espacios, sea por la aceptación o evitación del tratamiento. Si bien, como se vió en el desarrollo del primer tiempo, los motivos de la medicación son en gran medida compartidos y determinados por la problematización de otro adulto, la significación que tomará para cada uno el uso de la pastilla y los efectos que trajo consigo serán experimentados de formas muy diferentes.

De alguna manera podríamos decir que lo que sigue a catalogar esta diferencia de problema, es buscarle una solución. Solución que, al igual que el problema, viene a ser

impuesta desde un otro adulto y encarnada en el uso de pastillas.

La pastilla, o el tratamiento farmacológico propio del TDA/H, vendrá a ocupar el lugar central de este segundo tiempo. Esto porque marca tanto su apertura como su cierre, y porque de alguna manera las reacciones y experiencias que suscita en los participantes (y quienes le rodeaban) determinará las posturas que cada uno toma respecto de la necesidad –o no- de “solucionar” el problema antes instalado por el otro adulto.

Aquello que se presenta como lo más frecuente frente a la demanda adulta de tomar la pastilla, sea de parte de lo escolar, lo familiar o lo médico, es la aceptación o el no cuestionamiento. De los 10 participantes de la investigación, 7 compartieron esta postura – por lo menos al inicio del tratamiento- instalando una fuerte mayoría que llama mucho la atención. Respecto del no cuestionamiento, Josefina lo refleja claramente cuando cuenta:

Yo tenía.. cuánto? 10, 11 años? y nada, me tenía que tomar un remedio, me lo tomaba así como un antibiótico, así como que no me lo cuestionaba mucho tampoco. (Josefina, 41 años)

Aparece, en sus palabras, algo importante del factor edad para no cuestionarse la instalación del tratamiento farmacológico. Como que algo del ser niña justificara ese no cuestionamiento.

Desde los relatos que se acercan más a la aceptación que al no cuestionamiento de la medicación, aparece algo más simbólico asociado a éste en tanto se ubica dentro de una dinámica y se identifica como consecuencia de algo y no solamente como “un remedio que hay que tomar”. Humberto se refiere a esto de la siguiente forma:

Cuando era chico pucha.. me portaba pésimo entonces entendía que por más que me cambiara, o que no me gustara, como que era lo que me merecía por así decirlo.

La noción de “merecerlo” revela la noción de “castigo” que significa la pastilla para él, en tanto esta vino como consecuencia de su hiperactividad y el “mal comportamiento” que esto significaba para los profesores.

Por otro lado, están las respuestas de rechazo frente a la medicación. Cristóbal y Victoria cuentan que, cada uno a su forma, buscó la manera de revelarse frente a la instalación del medicamento. Esto tuvo como consecuencia variados problemas con quienes le demandaban la necesidad de la medicación, y terminar muy prontamente su tratamiento, por lo menos respecto de los demás participantes, siendo ambos los que por menos tiempo fueron medicados. En el caso de Cristóbal la pastilla es solicitada desde el colegio por su mala conducta y su dificultad para estar tranquilo en clases a modo de última opción para no echarlo, motivo por el cual también se vuelve una necesidad desde lo familiar. Él cuenta que le empezaron a mandar la pastilla en la lonchera del colegio pero que él, a modo de resistencia, no la tomaba. Los problemas de conducta se mantuvieron por lo que los retos en el colegio no se detuvieron, y por volver con la pastilla en la lonchera, comenzaron los retos también en la casa. Terminaron por echarlo de ese colegio, y a modo de no repetir la historia, una vez ingresado en otro colegio sus padres comenzaron a darle la pastilla en las mañanas pero la resistencia encontró su forma de mantenerse presente.

1º, 2º y 3º básico... todo ese tiempo me dieron Ritalín, aunque muchas veces yo hacía mis actos de resistencia con el medicamento. Lo guardaba bajo la lengua, después lo escupía... algunas veces vomité también como pensando que podía botar la pastilla, o el efecto de la pastilla. (Cristóbal, 30 años)

Ya en tercero básico, llevando tres años de pelear con la demanda de adaptación encarnada en el medicamento, Cristóbal se encuentra con esta profesora que le permite el ser diferente, abriéndole las puertas a encontrar su forma de aprender y de habitar esta resistencia sin problematizarla. Este otro adulto que no sigue la pauta instalada hasta entonces de la pastilla como solución a un problema le permite explorar sus propias formas de ver el mundo y de aprender, teniendo como resultado una notable mejora respecto de su conducta en clases y también de su rendimiento en cuanto a las notas. Esto termina por la desinstalación de la necesidad de la pastilla de parte de la familia, por lo que se termina su tratamiento.

En el caso de Victoria, la resistencia a la medicación aparece por el poco sentido que le encontraba al hecho de que su hiperactividad fuera un problema que necesitara ser tratado, como también por el gran malestar que traía consigo el consumo de la pastilla. Relata que, si bien sí le hizo sentido cuando el neurólogo le dijo sobre su hiperactividad, nunca entendió

porqué eso era motivo de tomar remedios. Además, que cuando de igual manera los tomó por mandato de su madre, apareció inmediatamente el deseo de dejarlas.

Sí me recetaron pastillas pero las tomé súper poco rato porque me hacían sentir plana, súper plana como que no sentía nada, no sé sentía como que no tenía emociones y era raro porque era súper chica igual... me hacía muy mal, o sea como que partí tomándomela me acuerdo y como que a la semana ya no lo quise más o a las dos semanas no sé... pero no más de un mes, y después lo empecé a tirar por el water para que mi mamá creyera que me la había tomado. (Victoria, 27 años)

Dado que de parte del colegio no estaba la demanda de que Victoria recibiese tratamiento, según ella sólo porque con o sin este ella tenía un muy buen rendimiento académico, luego que se acabó la caja no se volvió a comprar otra ni a solicitarle tomar los medicamentos. Esto no hasta varios años después, ya en educación media, cuando por otros motivos se visita al psiquiatra y se vuelve a proponer el tratamiento por el TDAH. Nuevamente aparece la resistencia pero ya más desde un lugar de confrontación directa, hablando con su madre sobre no estar dispuesta a tomarla por no sentir la necesidad de hacerlo y por la mala experiencia que eso significó anteriormente. Ella refiere a que el hecho de que su madre accediera a esto fue sólo posible por el apoyo que recibió de la psicóloga que tenía en ese entonces y, nuevamente, por su buen rendimiento académico.

De esta manera, tampoco para Victoria la pastilla aparece como una solución a algo sino que se enmarca dentro de la dinámica familiar a modo de respuesta frente a la propuesta de tratamiento de parte del médico. Mismo motivo –el no solucionar nada- por el que su salida –en la primera instancia- fue bastante rápida, y su no entrada –en la segunda- ni siquiera tuvo lugar.

En base a lo anterior, aparecen preguntas respecto del adulcentrismo en la instalación del tratamiento en tanto los participantes no refieren que se les preguntara o explicara mucho respecto del medicamento, su utilidad y sus posibles efectos negativos. Desde la aceptación, el no cuestionamiento y la resistencia se reflejan tres escenarios donde el discurso adulto toma más peso que aquello que pudieran decir o sentir quienes estaban siendo directamente intervenidos.

Sólo un caso de los participantes refiere a haber sido él quien solicita el tratamiento farmacológico, y no un adulto. El caso de Alberto ocupa un lugar especial en lo que es la instalación del medicamento como búsqueda de una solución en tanto es una idea que aparece desde su propio malestar. Relata que nunca tuvo problemas de rendimiento, por lo que nunca consideró –ni él, ni el colegio- la necesidad de ser medicado. Sin embargo, en los últimos cursos de educación básica comienza a haber entre sus compañeros una importante subida de notas en respuesta al miedo que significaba salir con un mal N.E.M. (Notas de Educación Media), y las consecuencias que eso tendría en la postulación a la educación superior. En este sentido, las notas de Alberto comienzan a bajar, aparece su frustración y con eso la necesidad del tratamiento farmacológico. Relata que fue él quien se acercó a su madre, que era muy exigente en cuanto a las notas, solicitando una ida al neurólogo para pedir medicamentos que lo ayudaran a estudiar y obtener mejores notas.

De esta manera, Alberto se ubica como el único caso que acude al medicamento fuera de un mandato adulto, o por lo menos de manera directa. Esto porque él mismo refiere a lo muy presente que estaba la exigencia académica desde lo familiar, motivo por el cual tampoco se cuestionó la necesidad del fármaco cuando él acudió a la familia, en pos de obtener buenas notas. Podría pensarse entonces que el discurso adulto, en el caso de Alberto, tuvo diferentes manifestaciones que en el resto de los casos, pero que de todas formas, se encuentra presente y operando una demanda de adaptación al espacio escolar, reflejado en la necesidad de mantener el buen rendimiento que se había tenido hasta entonces.

4.2.1 ¿Qué se soluciona y para quién?

En la medida que se trabaja sobre la idea de que el fármaco vendría a encarnar una solución a un problema instalado anteriormente, consecuentemente podemos preguntarnos por *qué* es aquello que se soluciona, y para *quién*.

De una u otra manera, con unos u otros efectos, todos los participantes –a excepción de Cristóbal y Victoria que, como se mencionó anteriormente, no encuentran la solución a nada en la pastilla, sino que la “solución” aparece desde otro orden- refieren a que el medicamento, por lo menos en algunos momentos, es significado como una solución para uno o más problemas.

En primer lugar están quienes refieren directamente que el fármaco vino a ser la solución para el otro escolar. Humberto y Marcela tienen diferentes experiencias respecto de cómo vivieron –y viven- el uso del medicamento para el TDA/H, pero ambos comparten que en la época escolar éste aparece como una solución para los profesores y profesoras que les impartían las clases. En el caso de Humberto, él significa la instalación del tratamiento farmacológico como un efecto directo de su mal comportamiento durante las clases y las malas notas que esto le significaba. Una vez iniciado el tratamiento, las notas no suben pero su comportamiento cambia de una manera incómoda y molesta para él. Sin embargo, al dejar de generar problemas en clases la pastilla pasa a ser considerada una solución para los profesores de Humberto, independiente de cómo él se sentía

El argumento es ya bueno, malas notas uno, dos comportamiento... en realidad yo diría que claro, las razones de mis papás y los profesores eran básicamente esas. no me fue mejor, las notas se mantuvieron iguales, no sé si específicamente iguales...en fin evidentemente uno va creciendo y la dificultad cambia pero así como un cambio significativo, que antes me fuera mal y me empezara a ir bien, no. Efectivamente me empecé a portar mejor... pero claro siento que eso fue en beneficio más de los profesores que de mí personalmente.

(Humberto, 32 años)

En la medida que no genera ningún beneficio para Humberto, ni siquiera el aumento de sus notas, revela que la pastilla no le significó ninguna solución sino que lo fue para otros, y incluso para él termina siendo más un problema que otra cosa, por la gran cantidad de malestar físico y emocional que eso trajo consigo.

En el caso de Marcela, ella refiere que cuando inicia el tratamiento farmacológico también le significa una solución más a sus profesores que a ella. Si bien ella no tenía malas notas ni una hiperactividad que molestara en clases, lo que molestaba era su constante distracción y la dificultad para concentrarse en los asuntos académicos, sobretodo en clases. De esta manera, ella refiere que es la molestia de los profesores por no hacer las cosas que tenía que hacer, llegar tarde, no hacer las tareas y no pescar en sus clases lo que encuentra solución en el tratamiento farmacológico que inicia.

Por otro lado, están quienes refieren a la pastilla como una solución respecto a las notas.

José y Rodrigo comparten el haber sentido una frustración muy grande respecto de su bajo rendimiento en el colegio y las dificultades a la hora de estudiar, en comparación a sus compañeros/as. Si bien podría pensarse que es la exigencia de rendimiento del otro escolar y familiar lo que está tras esta frustración, de igual manera para ambos esto significaba un importante malestar, tanto por la inseguridad respecto de sus capacidades como por la frustración que comenzó a generar el importante desinterés que ambos decían tener por lo asuntos académicos y la dificultad que esto significaba a la hora de estudiar y obtener buenas notas.

En ambos relatos, la pastilla tiene como efecto inmediato una notable mejora de notas, de manera que esta se instala rápidamente como una solución. Sin embargo, tanto Rodrigo como José refieren que en algún momento la pastilla deja de tener ese “efecto mágico” de “hacer que cosas que no te interesan te entren a la cabeza”, y por lo tanto las notas vuelven a bajar. Los efectos secundarios comienzan a tener más protagonismo, sobretodo en el caso de José, y las cosas que no interesan vuelven a ser muy difíciles de estudiar. La solución a las notas bajas se había esfumado. Se deja el tratamiento farmacológico.

Desde este punto, en un ejercicio retrospectivo, ambos llegan a la idea de que el hecho de que la pastilla no se mantuviera como solución era porque el problema, en el fondo, no eran las notas sino el desinterés por el colegio. Esto porque luego en la universidad ambos encuentran motivos de interés en los estudios, que terminan por ser la “verdadera” solución a las notas bajas.

De esta manera, no termina siendo el desinterés el calificado del problema, ni la pastilla de solución, sino que el problema fue la poca capacidad del colegio de abrirles las posibilidades de explorar sus capacidades e intereses, y la solución, terminó por ser encontrar ellos mismos la manera de hacerlo sin la necesidad del mal rato (físico, emocional y social) que les significó la pastilla.

En el caso de Alberto, donde fue él quien solicita el tratamiento farmacológico, la pastilla queda claramente ubicada del lado de la solución en tanto esta significa lograr el cometido de subir las notas. Habiendo integrado como propio el problema del bajo rendimiento, y por

lo tanto asumiendo como su responsabilidad el solucionarlo, la pastilla, aún con los efectos y consecuencias que tiene en lo físico y lo social, se instala como la herramienta que ayuda a solucionar su problema. Por lo menos en lo que respecta a la época escolar.

En el caso de Andrés, el medicamento también refiere a una solución en cuanto al rendimiento, por encausar una importante subida de notas luego de iniciar el tratamiento en tercero básico. Sin embargo, como él lo refiere, en ese entonces las notas no eran un problema para él sino que lo eran más para sus profesores, por lo que el hecho de que la pastilla le permitiera subir sus notas fue más una solución para ellos que para él.

Ahora, si bien las notas no eran algo a solucionar de parte de Andrés, de todas maneras él sí encontró una solución en este tratamiento, pero desde otra línea. Él refiere que no fue hasta que comenzó a consumir las pastillas que pudo encontrar su gusto por el estudio y la lectura, que hasta hoy considera rasgos importantes de sí mismo.

De pronto lo académico se volvió relevante casi como de mi identidad, como que encontré un espacio rápidamente en lo académico y me desarrollé más ahí. Como “naturalmente” tal vez hubiera sido distinto, no sé. (Andrés, 28 años)

Si bien esto no era calificado de problema entonces, luego de habitar y disfrutar del espacio generado por la pastilla y la mayor facilidad para leer y estudiar que esta trajo consigo, terminó por problematizarse no haber encontrado antes este espacio, y por lo tanto de alguna manera la pastilla viene a ser la solución a ese problema.

Por otro lado, los casos de Josefina, Marcela y Francisca refieren a la pastilla como una gran e importante parte de la solución frente a dificultades que ellas sentían –y en alguna medida aún sienten- frente a lo académico y/o tareas que requieran de mucha concentración.

Si bien Marcela, a diferencia de las otras dos, igual considera que el fármaco fue una solución para sus profesores, comparte con Francisca y Josefina que de todas maneras la instalación del tratamiento farmacológico para el TDA/H significó también una solución y/o ayuda para ella. Esto se refleja en la disminución de la frustración que este trajo consigo por facilitar importantemente el prestar atención y no distraerse en clases ni a la hora de

estudiar para las pruebas. Josefina también refiere a algo de esta frustración que disminuye con la pastilla pero lo relaciona también a los efectos que esta tenía en los niveles de motivación, por lo tanto rendimiento, y por lo tanto también autoestima.

Es que está la frustración que se va generando durante años, que en el fondo tu sientes que ya la batalla como que la perdiste, o sea como ¿para qué voy a estudiar si en la prueba igual me va a ir horrible? cachai... En cambio, cuando tú empiezas con todo esto, ves que estás tomando el medicamento, sientes ese cambio de que puedes enfrentarte a un texto sin tener que leerlo varias veces, sino que una vez y listo, lo entendiste y pudiste responder el cuestionario sin tener que volver a leer todo el rato el texto. Te sientes igual distinto, como una sensación o emoción más positiva (Josefina, 41 años)

En este sentido, puede verse que para Josefina la medicación aparece como una gran ayuda para ella y en gran medida como una solución a la frustración y dificultades que tenía a la hora de estudiar.

Francisca cataloga firmemente el uso de la pastilla como un gran recurso para facilitarse ciertas tareas. Ella refiere a las muchas dificultades que encuentra a la hora de estudiar y leer, y el gran alivio que siente por poder contar con la pastilla como una herramienta para compensar esta dificultad, que ella explica como una diferencia neurobiológica. *Yo con la pastilla funciona igual que con mi concentración. Está al mismo nivel que gente sin déficit atencional sin la pastilla. Es para llegar al nivel que debería estar, dice.*

De alguna manera las tres refieren a algo de su propia capacidad que se ve mejorada por el uso del medicamento. En este sentido, directa o indirectamente, todas aluden a la idea de que la presencia del TDA/H para ellas les significa, en alguna medida, un déficit respecto de las capacidades “normales”, que la pastilla vendría a compensar y/o reparar.

Por último mencionar a quienes, en el tratamiento farmacológico que recibieron, de alguna manera también encontraron una solución en el aspecto familiar. José y Andrés asocian muy claramente el inicio o aumento de sus dificultades de atención con problemas emocionales y situaciones familiares complejas por los que pasaron en ese momento. En ambos relatos aparece la separación de sus padres como un hito relevante y que se asocia al inicio de su medicación por TDA/H en tanto aparece la idea de que como ya hay

suficientes problemas en la familia, se debe evitar dar más y comenzar a ser un aporte en la casa.

Mi mamá (después de la separación) como que tomó las riendas de la situación muy sola, como que yo veo algo en ella como en solucionar problemas rápido. Llegar y solucionar problemas, no tenemos tiempo para nada y como que eso significó... puede ser que la pastilla también como que significó algo de eso... como que tenía que estar ahí coping up, al ritmo. (Andrés, 28 años)

Trataba yo se der lo menos molestia posible, pero hacer lo menos molestia posible era como "ok, hago todo lo que tu querai pero no te preocupí". No sé, siento que yo actuaba mucho desde el miedo, no quería preocuparla, no quería ser una carga y eso. Fue bien duro ese momento. (José, 27 años)

Desde ambas citas, podemos pensar que efectivamente el medicamento significó una solución, pero más para la familia, en particular la madre, que para ellos. Esto en tanto ambos refieren a la facilitación de las dificultades que la madre presentaba más que a las propias, además de reflejar haber vivido ese proceso con bastante malestar asociado, lo que nos muestra que ese tratamiento no trajo un bienestar significativo tampoco para ellos.

4.2.2 Relación al rendimiento

Luego de haber referido a lo que se encuentra como solución –o no- con el medicamento, es que podemos referirnos al importante lugar que ocupa la noción de rendimiento en las experiencias de los participantes. Esto porque la mejora del rendimiento es referida, por los mismos participantes y quienes les rodeaban entonces, como la solución a la que se llegó (o por lo menos en casi todos los casos) con el uso del fármaco. En otras palabras, podríamos pensar que en tanto el problema que se instala en primera instancia es resuelto por la mejora en el rendimiento de los sujetos, el problema de la demanda del adulto hacia los niños, niñas y adolescentes con TDA/H gira en torno a las expectativas de rendimiento puestas sobre estos.

Podemos ver desde los relatos de los sujetos cómo la exigencia por mejores notas se instala en diferentes lugares respecto del uso del medicamento. Siendo para algunos motivo

de mantener su tratamiento, para otros de solicitarlo, y para otros de justificar la necesidad de tolerar grandes montos de malestar físico y emocional.

Marcela, Francisca y Alberto relacionan directamente el uso de la pastilla como una mejora o importante ayuda en la performance académica. Esto quiere decir que no es sólo en el subir las notas sino en encontrar mayores facilidades a la hora de rendir académicamente en el amplio sentido. Los tres con, por lo menos en algún momento, una buena experiencia con su uso, destacan de los demás en tanto se vuelve mucho más importante lo útil que ésta termina siendo más allá de otros efectos no deseados que pudiera tener. Evidenciando, de esta manera, la priorización e importancia que se le da al rendimiento.

Por otro lado está el caso de Josefina que refiere a lo importante que fue la mejora del rendimiento escolar encontrada en el tratamiento farmacológico por el TDA.

Entonces, en ese tiempo como que valoraba mucho más el hecho de que para mí era más importante, “oye, tengo que poder rendir y dar en el colegio”. El estado de cómo me sentía con las manos y todo como físicamente si tampoco era tan difícil de llevar... ... y también cuando uno es niña tampoco se cuestiona o sea, si te dice alguien, “oye sabes que vamos a ir al médico y tatata...” uno no se cuestiona esas cosas, tu obedeces no más. (Josefina, 41 años)

Puede extraerse la de cita la exigencia que ella misma se ponía respecto del rendimiento académico, en tanto justifica o minimiza efectos adversos propios de la medicación. Sin embargo, desde este no cuestionar y la noción de obediencia a la que refiere Josefina con el uso del medicamento, de alguna manera también se refleja lo mucho que eso viene desde la demanda adulta por la necesidad del tratamiento farmacológico en pos de ese aumento de rendimiento. En este sentido, la justificación o minimización del malestar o de los efectos adversos que eso tuvo toma otro tinte ya que podría instalarse la pregunta por la necesidad de hacerlo para sobrellevar y cumplir con la demanda de rendimiento.

En una línea similar, pero desde una posición distinta, José también en algún momento justificó el malestar que le trajo el uso del fármaco en pos de un mejor rendimiento:

Como que me cayó la teja de que bueno, estas notas están siendo mi N.E.M. y tengo que hacer bien mi pega de estudiante, así que de nuevo neurólogo y me recomendaron Concerta y de nuevo me hizo súper mal por mucho tiempo y me estaba haciendo algo que no me gustaba, y necesitaba buenas notas, así que fue como ya bueno me hago mierda pero quiero estar tranquilo con las notas y eso. (José, 28 años)

Si bien comparte con Josefina la importancia del cumplir con la exigencia de “ser un buen estudiante” desde el obtener buenas notas y un buen rendimiento, para José eso iba en la línea de estar tranquilo y evitar problemas, más que desde el obedecer y no cuestionar como lo era para Josefina. Tanto así, que luego la cita continúa:

Me costó mucho la media, me esforcé mucho, me saqué la chucha y siento que no debería haber sido así. Siento que le puse demasiado énfasis a algo que en verdad no me interesaba, que tampoco me aportó mucho. (José, 28 años)

Se evidencia entonces que José no solamente sí cuestiona el mandato del rendimiento, sino que incluso se separa de él considerándolo algo que viene desde afuera de él y sus propios deseos durante este tiempo, a diferencia de Josefina que lo acoge y en algún punto, toma como propio.

Ahora bien, cuando hablamos de rendimiento esto no se reduce a las calificaciones obtenidas en el colegio, sino que lo podemos pensar más en la línea de la performance, o de cumplir con las expectativas puestas sobre ellos, o, en el fondo, cumplir con la demanda de adaptabilidad al espacio escolar impuesta por el otro adulto. En este sentido, junto con obtener buenas notas, el saber comportarse en clases y el no dar problemas en la casa también podría entenderse como una problemática en torno al rendimiento.

Desde este punto es que también podemos considerar como una problemática del rendimiento “solucionada” por la pastilla, el tema del mal comportamiento en clases de Humberto. Él refiere a sus problemas de conducta y su hiperactividad como el foco y motivo principal de la búsqueda de la pastilla como “solución”, en tanto la solicitud de mejora de su rendimiento tenía que ver, más que con un subir las notas, con un poder comportarse de forma “adecuada” en clases. Esto evidentemente refiere a una solicitud de una mejora en su rendimiento escolar, en tanto las instituciones escolares cumplen de alguna manera también

con la educación respecto de cómo comportarse, y por lo tanto eso también se evalúa aunque no se refleje directamente en las notas. En este sentido, en la medida que se puede evaluar una mejora respecto del comportamiento, podemos decir sin mucho rodeo que la conducta es parte de un conjunto de aspectos que incorpora la noción de rendimiento escolar.

Por último, también en relación al rendimiento pero desde otro orden, aparece la mejora de conducta desde lo familiar. Como se mencionó anteriormente, los casos de José y Andrés encuentran en el tratamiento farmacológico una solución a la demanda familiar de “no molestar”, más bien, es la familia quien lo encuentra. De cualquier forma, pensar el caso de Humberto en relación a la demanda de rendimiento nos permite también observar de qué manera también José y Andrés se encuentran con algo de este orden pero desde lo familiar.

Ambos relatan que en algún momento dado, aparece desde lo familiar la necesidad de “no dar problemas” o de “ayudar en la casa”, lo cual refleja la sensación que ambos sentían de sí ser un problema o de no ser una ayuda para la familia. En este sentido, la pastilla llega a solucionar algo de eso en tanto viene a callar (sea por una “verdadera” solución o solamente por tapar el problema) el ruido que generaba en el hogar el hecho de que estuvieran teniendo problemas en el colegio. De esta manera, podemos pensar que el mejor rendimiento que genera la pastilla a nivel de estudiantes (en términos de mejores notas y conducta en clases), por promover el dejar de ser un problema y el ser un aporte en la dinámica familiar, también significaría un mejor rendimiento como hijo.

4.2.3 ¿A qué costo?

Para cerrar el apartado de este segundo tiempo, es importante referirnos a la otra cara de la “solución” que en alguna medida significó el tratamiento farmacológico por el TDA/H. En este sentido, desarrollaremos un aspecto que fue muy mencionado y destacado por los participantes, distinto del ya mencionado antes, y que se relaciona con los costos emocionales, físicos y sociales que la pastilla y sus efectos trajeron consigo.

Respecto de los costos físicos, lo que más destaca es la palabra malestar. Englobando una serie de síntomas y efectos secundarios, la corporalidad de los participantes se vió en gran medida afectada, generando en muchos casos un gran rechazo al uso del medicamento.

A modo de facilitar la comprensión de los relatos de los participantes, dividiremos en dos grandes categorías el grupo de malestares físicos que acompañaron el tratamiento farmacológico: “Quedarse pegado/a” e “Incomodidad corporal”.

Respecto de la primera, se nomina de esa manera en tanto son esas mismas las palabras que aparecen desde las experiencias recogidas en la investigación. Francisca y Marcela refieren a este punto que, si bien no es algo que siempre acompañaba (o aún) al uso del medicamento, sí se daba en gran parte de los casos.

Era como disociarme, estaba como zombie, como mirando al vacío... es la sensación que uno siente cuando se queda pegada mirando algo, que ni siquiera estás pensando en lo que estás mirando, solamente estás como en blanco. (Francisca, 20 años)

Era como para sentarse y.. no sé po la gente salía a recreo y yo ni siquiera tenía ganas de salir a recreo, pero es como que en verdad estás inmóvil, como que tu cuerpo no se mueve, tu cuerpo es como si estuviera en una depresión endógena, como que tu cuerpo en verdad no tiene la motivación, la energía de moverse... (Marcela, 26 años)

Ambas relatan como esta sensación les significaba un importante malestar físico y una gran dificultad respecto de la poca conexión que sentían con su cuerpo. Un cuerpo que no responde o un cuerpo que se queda inmóvil significaba para ambas una gran fuente de incomodidades tanto con ellas mismas como con los demás que, desde el compartirles sus experiencias (como amigos/as o familia) o por lo que ellos/as mismos/as veían en ellas desde afuera, también veían como algo problemático.

Desde la categoría de la “Incomodidad corporal” aparecen muchos relatos asociados a síntomas físicos y malestares corporales que terminaban por generar una gran incomodidad respecto del propio cuerpo estando bajo los efectos del medicamento. Este tipo de malestares son los más repetidos por los participantes y los que se ubican dentro de los más significativos y problemáticos.

Dentro de estos se repiten mucho los temblores, transpiración excesiva en las manos, falta de apetito y problemas para dormir. De una u otra manera todos estos encuentran su forma de aparecer, cargando la experiencia de muchos malos momentos y experiencias, además

de dolores y molestias.

Dentro de esta categoría José ocupa un lugar importante. Esto debido a que en su relato, los efectos adversos del medicamento marcaron mucho su paso por el colegio y su tratamiento por el TDA/H, por los muy grandes montos de malestar que le significaron. A diferencia de los demás, para José siempre fue este el principal y más grande motivo de dejar el medicamento y, cuando fue posible, evitarlo lo más posible.

Al principio me hizo bien porque mejoré mis notas, pero después de un tiempo se empezó a notar los efectos secundarios que las manos me tiritaban, mucho sudor en las manos, falta de apetito y eso fue muy grave porque yo de por sí soy flaco y eso me hizo ser más flaco aún, a un punto que parecía desnutrido. Ahí tuve que parar de tomar. (José, 28 años)

En el caso de José, por lo que relata, incluso podría pensarse que además de malestar había un importante monto de riesgo respecto de su estado de salud, sobretodo en lo que respecta al peso, por el uso del medicamento. Desde ahí es que se vuelve necesario dejar de tomarlo, pero en la medida que volvían a bajar las notas, el medicamento volvía, pero también sus efectos por lo que nuevamente había que dejarlo, y así. Durante toda la época escolar de José, la pastilla iba y volvía, y así también sus efectos en su salud lo cual él relata como una experiencia muy terrible que, en sus palabras, *nisiquiera siento que valió la pena*.

Por otro lado, los participantes refieren a los muchos efectos negativos que el tratamiento farmacológico tuvo en lo emocional. Con esto podemos hablar tanto de aquellos efectos que interfirieron directamente en el sentir -o no- emociones, o en la manera en la que se siente; como de aquellos que alteraron otras cosas y que por efecto tuvo muchas consecuencias emocionales.

En los casos de Victoria y Cristóbal, los efectos de la medicación fueron el principal motivo del rechazo al tratamiento farmacológico. Ambos relatan el recuerdo muy vívido de los efectos en la manera en que vivían y sentían sus emociones, con el mucho malestar que eso les significaba. Llama la atención que, siendo los que por menos tiempo fueron medicados, son los que más énfasis ponen en este punto. Algo de eso también refleja el motivo de ese corto periodo.

Para ambos la pastilla generaba un efecto tipo “ansiolítico” que terminaba por provocar una sensación de aplanamiento afectivo muy grande. Esto, para Cristóbal y Victoria, era una sensación muy desagradable en tanto dejaban de sentir intensamente las cosas –como era sin la pastilla- lo cual les generaba una sensación de rareza y desconocimiento de sí mismos, muy incómoda y molesta de experimentar.

(...) Lo dejé porque me hacía sentir plana, súper plana, como que no sentía nada, no sé... sentía como que no tenía emociones y era raro porque era súper chica... Era como estar muerta, no tenía emociones cachai? como que no quiero vivir una vida así, una mierda.

(Victoria, 27)

En la comparación que hace Victoria entre la sensación que generaba la pastilla y la idea de muerte, es que se refleja algo de lo insoportable que era este sentir para ella en tanto le coartaba de sus emociones. Es como que se evidenciara que la intensidad de las emociones ocupara un lugar muy importante en la noción de sí misma al punto que no tenerlo significaría morir.

Dentro de otros efectos que tenía este aplanamiento, Cristóbal y José refieren a uno que, para ambos, termina por ser el más fuerte de los efectos negativos de la medicación en tanto significó adormecer una parte muy importante de sí: La coartación de la creatividad.

Sentía que me adormecía, y sentía que como que coartaba mi creatividad. Yo creo que ese es el efecto más fuerte que tenía el Ritalín en mi persona. (Cristóbal, 30)

Si bien comprendemos que la creatividad no es directamente algo emocional, sí lo está fuertemente relacionado en tanto son las emociones y sensaciones las que permiten la creación, por lo menos desde lo experimentado por José y Cristóbal. Para ambos la creatividad es un aspecto muy importante de sí mismos y su identidad, por lo que la sensación de tenerla suprimida era algo sumamente desconcertante, y en gran medida doloroso.

Humberto, por otro lado, refiere a un efecto emocional muy diferente a los relatados por Victoria, Cristóbal y José. Él cuenta que el mayor efecto que tuvo la medicación en él fue una importante introversión, lo cual para él era algo extraño por lo muy extrovertido e

hiperkinético que era sin la pastilla. Junto con esta introversión, Humberto cuenta que sobrevino una sobrepreocupación por sus emociones y las de quienes le rodeaban.

Bajo los efectos del Ritalín uno no tiene muchas ganas de hablar, entonces no te queda otra que escuchar y entender las emociones como vienen no más. Como que claro, ellos esperan que uno bajo los efectos del Ritalín uno ponga el foco en clases pero al final se te amplían los sentidos de todo, de lo que de tu compañero que está al lado, de un amigo que tiene problemas, o sea, todo pasa a ser importante. (Humberto, 32)

En este sentido, lejos de un aplanamiento afectivo, Humberto experimenta algo totalmente opuesto en una sensación de estar muy sensible a las emociones y sensaciones propias y ajenas. Esto fue un efecto difícil de llevar para él en tanto significó acostumbrarse a una forma de ser que era distinta de la que tenía antes.

Habiéndonos referido a los efectos emocionales directos, es importante también abordar aquellos efectos emocionales indirectos que tuvo la instalación del tratamiento farmacológico. Por indirectos se quiere decir las consecuencias emocionales que tuvieron algunos efectos directos del fármaco o su presencia, en la vida de los participantes.

Este punto es interesante en tanto no se relaciona directamente con la química propia del fármaco, sino que con las repercusiones que tiene personalmente el recibir o necesitar un tratamiento para el TDA/H.

En el caso de Andrés, por los asuntos familiares que estaban aconteciendo en el momento que fue diagnosticado y se le presentó la “necesidad” de la medicación, la pastilla aparece como un efecto simbólico del fin de una etapa en su vida: “La pastilla fue el símbolo de... era el fin de los sueños y el inicio del trabajo, algo así.” (Andrés, 28 años) Él lo significa de esta manera en tanto la pastilla vino a demarcar un cambio respecto del lugar que ocupaba en su familia y de la importancia que ahora había que darle al rendimiento escolar, o más bien a los “deberes” que tenía como niño. Esto trajo consigo efectos emocionales importantes en tanto significó un aumento muy grande en la presión sentida por Andrés y también en la exigencia puesta sobre sí mismo.

Por otro lado, en los casos de Rodrigo y José se refiere a lo mucho que les afectó emocionalmente el comenzar a tomar pastillas por provocar la comparación con los pares. Ambos refieren que el hecho mismo de “necesitar” medicación les generaba muchas inseguridades respecto de sus capacidades, lo cual provocaba una mala imagen de sí mismos, y una importante sensación de tristeza por no ser capaz. Lo que es interesante es que en ambos casos esta sensación de inferioridad o incapacidad no vienen por efectos o síntomas propios del TDA/H, sino por la instalación de la necesidad de ser medicado, de parte del otro escolar.

Si bien estos no fueron efectos propios del mecanismo neuroquímico del fármaco, no podemos dejar de mencionarlos como importantes efectos emocionales que trajo consigo la pastilla.

Por último, está lo que respecta a los efectos que tuvo la medicación en el aspecto social. Siendo por un lado los efectos directos del fármaco en la capacidad e interés de los/as entrevistados/as de socializar e interactuar con otros/as, y por otro las repercusiones que esto trajo en la imagen que otros tenían de ellos.

Sobre los efectos generados directamente en las capacidades sociales de los/as entrevistados/as, este es el efecto más repetido en toda la investigación. Con más o menos frecuencia, pero en todas las experiencias podemos encontrar la dificultad en la interacción social y el poco interés por compartir con otros que generaba los efectos de la pastilla.

*Es literalmente como sin habilidades sociales, era como que me quedaba sin lo social, pero en lo académico estaba con todo (...) Siento que como que había menos como impulso, como para hacer esas cosas sociales. Y tenía que hacer como un esfuerzo muy grande y como desde afuera para interactuar, mas que como que salga de adentro
(Francisca, 20 años).*

Francisca refiere a un menor “impulso” respecto de lo social, que es muy compartido entre los/as participantes en tanto se refiere a una gran dificultad para iniciar y mantener interacciones sociales, por estar muy “ensimismado” o concentrado en otras cosas. Esto, Humberto lo significa como algo muy importante en su vida social ya que lo refiere como haber “perdido la chispa”. Esto es clave para comprender los costos que el medicamento tuvo en lo social en tanto generó, para muchos (entre ellos Humberto), la pérdida de un

lugar en lo social.

También sobre los efectos en lo social, pero en otra línea, aparecen los efectos de la discriminación y estigmatización que tuvo el hecho de ser medicado por el TDA/H. No es tan frecuente como el anterior, pero sí podemos encontrarlo en varias de las experiencias recogidas, el hecho de que en algún momento tuvo importantes efectos el hecho de que la gente supiera del tratamiento farmacológico que se estaba recibiendo.

En ese momento como que se difundió con todos mis amigos del barrio que yo tenía problemas de TDH y que tomaba Ritalín y empezaron a hacerme bullying y hueveo todo el tiempo porque era el cabro hiperactivo que tomaba remedios, y las mamás de mis amigos cuando iba a sus casas me preguntaban si estaba bien o si necesitaba algo, como que quedé en la posición de “te vamos a huevear por tener un diagnóstico” y también de “oh pobrecito que toma pastillas” (Cristóbal, 30 años)

Esto evidentemente generó para Cristóbal la pérdida de un lugar con sus amigos del barrio y un cambio importante en la imagen que ellos, y sus madres, tenían de él. Generando, a la larga, la pérdida de vínculos y amistades.

Habiendo hablado entonces de los costos que significó el uso del medicamento, es importante cerrar este apartado refiriéndonos a la importancia que le dieron los participantes al malestar que les significó el tratamiento, fuera en lo físico, lo emocional o lo social. Importancia tal que en la gran mayoría de los relatos se refiere explícitamente al deseo de no haber consumido los fármacos o no desearle a nadie que los reciba, independiente del motivo. En este sentido, podemos plantear que a nivel general se consideran mucho más altos los costos que los beneficios otorgados por la medicación.

Los únicos casos que no son tan tajantes en este punto son aquellas que, de alguna manera, siguen relacionadas en la actualidad con la pastilla. En el caso de Josefina, uno de sus hijos está siendo medicado hoy también por TDAH, y aunque ella es más enfática en que él reciba apoyo emocional y psicológico, entiende como necesario también el medicamento. Francisca, por otro lado, es la única participante que sigue usando regularmente el fármaco, pero también es la única aún estudiando en la universidad.

El hecho de que estos dos casos, con sus particularidades, sean los que menos problematizan el uso de la pastilla e incluso sean las que más aspectos positivos ven en ella, puede estar reflejando el lugar diferente donde se ha ubicado al tratamiento farmacológico a causa de las circunstancias específicas de las experiencias de cada una. En otras palabras, puede ser más “fácil” rechazar el medicamento en la medida que ya no se estima necesario, o por el contrario, puede ser más “difícil” rechazarlo si aún se le ve una utilidad y/o necesidad.

4.3 Tiempo posterior a etapa escolar hasta actualidad: “Libertad” respecto del hacer y tratar el diagnóstico

Para cerrar lo determinado como los tiempos de la relación a la farmacologización del TDA/H, está lo que sería el tiempo “posterior” a la medicación, o más bien al mandato de otro de ser medicado. Este tiempo es caracterizado por los y las participantes como el momento en que se adquiere cierta autonomía respecto del uso del medicamento, pudiendo ya decidir si usarlo o no y en qué contextos.

Considerando que se entrevistó a sujetos adultos/as, de una u otra manera todos/as se encuentran en esta misma etapa de lo que respecta el poder o la autonomía sobre el uso del medicamento y el buscar soluciones individuales frente a las distintas maneras en que cada uno determina como útil o necesario para tratamiento de los síntomas del TDA/H.

En este tiempo se refiere mucho más respecto de lo útil y positivo que puede llegar a ser el uso del metilfenidato, y es como que esto reflejara que, más que un problema directo con la pastilla o la medicación, gran parte de lo considerado como negativo o molesto en la etapa anterior refería a la poca autonomía respecto de la elección sobre su uso. Las experiencias de los participantes refleja un “tener que tolerar” los efectos secundarios desde un mandato de adaptación más que un “elegir tolerarlos” en la medida que la pastilla resulte una ayuda o una necesidad frente a distintas situaciones. Esta situación cambia ahora, en la medida que se puede elegir consumirlo o no.

Aparece entonces en los relatos una suerte de relación más uno a uno con el fármaco, donde no aparece –por lo menos directamente- el mandato del otro a adaptarse a un espacio, lo cual aminora en gran medida la molestia de tener que tomarlo. Se dice que no

aparece de manera directa en tanto de todas formas podría pensarse que la necesidad del fármaco en algunos casos de todas maneras viene desde un mandato social a la adaptación a los espacios, aún siendo adultos. En otras palabras, este discurso adulto que exige o demanda a los niños, niñas y adolescentes a adaptarse al espacio escolar desde una manera más indirecta o más interiorizada, sigue presente en la manera en la que los adultos con TDA/H se desenvuelven en la sociedad.

Desde este punto es que aparece uno de los motivos que hace preguntarse respecto de la libertad, o sensación de libertad, a la que refieren los participantes respecto del uso del medicamento, ¿hasta qué punto afecta este mandato social de adaptabilidad, que se ha interiorizado la necesidad del fármaco para habitar ciertos espacios o realizar ciertas actividades?, como también, en contraposición podemos preguntarnos si efectivamente la posibilidad de elegir respecto de su uso aliviana o ayuda en los distintos padeceres y malestares que trae consigo los síntomas del TDA/H, más allá del mandato social de adaptabilidad.

En este sentido, podría pensarse que en gran parte lo que se padece del “ser diferente” del primer tiempo, y del mandato sobre la medicación del segundo, reflejan un padecer respecto de la poca libertad experimentada en el habitar y ser parte de los espacios. Esto porque, en este tiempo aparece no sólo la tranquilidad de ya no estar obligado/a a medicarse, sino la libertad de poder encontrar herramientas y características propias que ahora no sólo dejan de ser un problema, sino que incluso son consideradas como beneficios o ventajas por sobre los demás para realizar algunas actividades o alcanzar ciertos objetivos personales.

La problemática de la libertad y el poder sobre las propias acciones se vuelve algo importante en este tiempo en tanto también reflejara lo preocupante que es el poco espacio a los malestares y voces de la infancia, en tanto sólo una vez llegado a la adultez se puede permitir una mayor flexibilidad respecto de las formas que cada uno tiene de habitar los espacios y de adquirir conocimiento. En relación a esto, algo muy característico de las experiencias de los participantes respecto de este tiempo es la búsqueda activa de disminuir lo máximo posible el uso del medicamento. Si bien para algunos este sigue muy presente, a diferencia de los tiempos anteriores, este se reduce a cero o a tiempos y momentos muy específicos, por lo que podría deducirse que la pastilla pasa a ubicarse como una opción de solución dentro de las muchas otras que aparecen una vez permitida la posibilidad de

explorar distintas maneras de hacer con las dificultades propias del diagnóstico y/o de integrar positivamente aspectos propios de cada persona.

Respecto también de la libertad, llama la atención que todos los participantes refieren a ella como algo importante a buscar en la vida adulta, ya independiente de su relación con la sintomatología propia del TDA/H. Sea en el buscar ocupaciones que permitan una mayor libertad de acción (más independencia o menos restricciones en términos de espacios y tiempos de trabajo), u opciones de estudios o trabajo en el extranjero (3 de 10 participantes viven hoy fuera del país), todos refieren a la importancia de poder hacer algo que les permita sentirse libres. Si bien esto no es algo que en los relatos se relacione directamente con el TDA/H, sí podemos deducir una relación en tanto en base a esta temática común, aparece la libertad de hacer o actuar en todas las experiencias recogidas en la investigación.

4.3.1 Diferentes síntomas, diferentes padeceres, diferentes “soluciones”

Respecto de las diferencias personales, tanto en términos de personalidades, características y dificultades, es que en este tiempo aparecen diferentes formas de llevar y hacer con el diagnóstico y los síntomas propios del TDA/H. En este sentido, es aquí donde más se reflejan las diferencias respecto de los padeceres y las problemáticas que aquejan a cada uno de los participantes de la presente investigación, y con eso las diferentes “soluciones” buscadas y encontradas en la actualidad. Esto genera un importante contraste respecto del tiempo anterior donde la pastilla se instala como única o principal solución en todos los casos, siendo que las dificultades y/o problemas presentados por cada persona son significativamente diferentes.

Para algunos será la dificultad para prestar atención, para otros la hiperactividad aún muy presente, y para otros incluso la duda sobre el diagnóstico ante la ausencia de molestias o incomodidades relacionadas a la sintomatología propia del TDA/H. Todos motivos para encontrar maneras singulares de hacer con las diferentes dificultades que se le presentan a cada uno.

Las diferencias en los relatos de quienes dicen tener hiperkinesia de quienes no, se vuelve un punto clave para desarrollar las distintas relaciones al medicamento o al diagnóstico que se sostienen en la actualidad de los sujetos. Si bien es innegable la marca del discurso del otro escolar y del otro médico en la relación a la medicación y al diagnóstico, para algunos sujetos la inquietud corporal se vuelve algo mucho más importante de ir a escuchar y “solucionar”.

Victoria, Alberto y Cristóbal son quienes más destacan la dificultad que aún tienen con su hiperactividad. Si bien refieren a que algo de eso ha bajado respecto de la etapa escolar, aún sigue muy presente y el buscar soluciones para acallarla o disminuirla se vuelve algo estrictamente necesario.

En los casos de Alberto y Victoria, la actividad física frecuente se volvió una estrategia no sólo útil sino necesaria para poder llevar la hiperactividad y todas las dificultades que esta trae consigo. La pastilla se vuelve algo innecesario en tanto aparece el deporte como una suerte de suplemento que facilita el manejo corporal, además de otras estrategias propias encontradas para mantener la atención: “Prefiero hacer esto (mucho deporte) que estar tomando ritalín cachai?” (Victoria, 27 años).

El hacer ejercicio se ubica como la mayor solución a la problemática de la hiperactividad, que ambos refieren padecer mucho aún en la adultez. Si bien para ambos la inactividad física, tarde o temprano, termina por generar problemas por la “energía acumulada” que no ha podido descargarse, para él refiere más a los niveles de ansiedad que siente día a día, mientras que para ella se pone en juego su funcionalidad o su capacidad de trabajar.

Cristóbal también refiere a su hiperactividad como algo problemático hoy en día, pero a diferencia de los participantes anteriores, no es el deporte lo que lo calma sino el buscar estar “haciendo cosas con las manos”. Se encuentra una solución particular, muy relacionada con lo que él mismo cataloga como algo esencial de su personalidad que es la creatividad y el crear cosas. Ahora, para Cristóbal esta “solución” es sentida como tal en tanto reduce los niveles de malestar propios de una corporalidad que exige movimiento, y porque permite hacer con la demanda social de habitar espacios de una manera determinada. En este sentido, él es bien claro al referir que la verdadera problemática no está en su hiperactividad sino en la dificultad del sistema social de acoger la diversidad

neurológica y corporal, dentro de lo cual estaría su hiperactividad.

Por otro lado está quienes refieren a la desatención como la única o principal dificultad aún presente. Lo que primero llama la atención respecto del contraste con quienes aún padecen la hiperactividad es que en estos casos, aunque de forma mucho más acotada y circunstancial que antes, sí aparece el medicamento como ayuda o herramienta. Aunque no tan presente en todos los casos, sí es algo que está en alguna parte como recurso al que se acude, o puede acudir, mientras que en los casos de TDAH ni siquiera aparece como opción.

José, Josefina y Francisca refieren aún usar el medicamento en caso que sea necesario, entendiéndose por necesario tareas que requieran altos niveles de concentración y que además generen poco interés o motivación. En este sentido, la medicación aparece como un facilitador para llevar a cabo tareas que no se quieren realizar o que significan un alto nivel de esfuerzo por la poca motivación que existe para realizarlas. Josefina y José cuentan que lo utilizaron mucho para algunos ramos en la universidad que eran difíciles, principalmente por ser poco interesantes para ellos, y que una vez terminados sus estudios, el uso del medicamento se vio reducido a ocasiones muy específicas de trámites o tareas “fomes” y tediosas, pero que en su cotidianeidad no es algo necesario ni útil. Francisca, por otro lado, refiere tomarlo con mucha más frecuencia pero también reducido a momentos donde lo siente necesario.

Ahora, el caso de esta participante es particular dado que es la única que aún se encuentra estudiando a tiempo completo. Esto puede ser un dato importante en lo que refiere a comprender la mayor frecuencia en el uso del medicamento y su sensación de “necesitar” concentrarse, que se diferencia mucho de los otros relatos.

Rodrigo, Andrés y Marcela, por otro lado, dicen no padecer tanto de la desatención, sino que lo refieren más como un tema relacionado con el interés y con la búsqueda de estrategias que faciliten la atención. De maneras diferentes pero con líneas comunes, los tres aluden a lo no necesario del medicamento hoy en día en tanto no es algo problemático y/o cada uno encuentra sus propias soluciones a las distintas dificultades encontradas.

4.3.2 TDA/H ¿déficit o beneficio?

En este tiempo es que por primera vez, de una u otra manera se permite hacer esta pregunta, en tanto ya no está tan fuerte la noción problemática que el otro instala respecto del ser diferente. En este sentido, aparecen las percepciones más singulares respecto del tener TDA/H y se evidencian las posturas más particulares de cada sujeto frente a su diagnóstico y su sintomatología.

En primer lugar, por el lado del beneficio, aparece la noción del “multitasking” o, en otras palabras, poder hacer muchas cosas de manera simultánea. Marcela y Alberto apuntan a este término para referirse a su capacidad, que Humberto comparte, de estar haciendo o prestando atención a más de una cosa, situación o conversación a la vez. Los tres relacionan esta capacidad con el no poder prestar atención a sólo una cosa a la vez, lo que en el colegio fue un problema pero ahora es algo de lo que se saca provecho. Cada uno a su manera y con sus diferentes contextos, pero de alguna forma los tres usan esta herramienta del “multitasking” como algo que les potencia y beneficia enormemente en sus trabajos y tareas diarias.

He empezado a ver el lado bueno, no sé.. como hacer muchas cosas a la vez. Puedo estar con alguien, que otro me esté explicando algo y al mismo tiempo acordarme que tengo que mandarle un mensaje a alguien(...) Como yo trabajo en ventas, y es un rubro muy intenso, me di cuenta que servía para eso el ser multifocal, como el multitasking. (Alberto, 31 años).

Otro aspecto que aparece como un beneficio importante del TDA/H es el tema de la creatividad.

Es una herramienta que puedes usar a tu favor. Pasaría a ser algo que te puede ayudar mucho si lo necesitas, como el focalizarte de esa forma. Sirve, o no sé a mi que me encanta toda esa parte de pintura, escultura, cerámica, yo puedo pasar mucho rato.. osea creo que para los artistas es súper beneficioso toda la parte creativa. Como que facilita otras cosas, permite otras cosas. (Josefina, 41 años)

Además de Josefina, Cristóbal y José refieren a lo muy importante que es lo creativo y lo artístico para ellos y la relación directa que ven entre eso y el TDA/H. Como que parte del diagnóstico fuese tener mayor comprensión de aquello que te gusta y por lo tanto una mayor facilidad para enfocarte en eso y poder crear cosas desde ahí. La creación artística ocupa un lugar muy importante para cada uno, y lo consideran directamente un beneficio del “ver las cosas de manera diferente” propio del TDA/H, y que no tienen las personas sin esta condición.

Algo relevante que engloba estas dos maneras de ver lo beneficioso del TDA/H es que ambas eran coartadas por los efectos del fármaco. Motivo por el cual es sólo una vez quitado el tratamiento que se pueden experimentar e incluso disfrutar.

Ahora, por el lado opuesto, también hay posturas que refieren al TDA/H no como un beneficio, sino como un déficit. La noción de déficit se relaciona con la idea de no estar alcanzando el nivel “normal” o “adecuado” por causa del diagnóstico. En este sentido, aparece algo más relacionado con el padecimiento de los síntomas, y por lo tanto, con la necesidad de ir a hacer algo con eso, o de “compensar” el déficit.

Para Josefina y Francisca, el TDA/H es significado como déficit particularmente por las dificultades para prestar atención que deben ser “compensadas”. Si bien, como se mencionó antes, Josefina también ve beneficios en el diagnóstico, es clara la noción deficitaria que predomina. En otras palabras, “si bien es un déficit, a veces se le puede sacar provecho”. Esta postura es diferente a la Francisca en tanto ella considera su trastorno como una condición neurobiológica que la pone en desventaja frente a los demás en tareas que requieren mantener la concentración. En este sentido, no hay beneficios o ventajas, sino que se vuelve necesario buscar herramientas que faciliten alcanzar el nivel “normal”, al que ella no puede llegar por sus características orgánicas.

Yo con la pastilla funciono igual que con mi concentración. Estoy al mismo nivel que gente sin déficit atencional sin la pastilla. Es para llegar al nivel que debería estar. (Francisca, 20 años)

Por otro lado, pero también desde la noción deficitaria del TDA/H, Victoria refiere a su hiperactividad como algo que le significa una importante desventaja respecto de los demás.

Si bien hoy es algo manejable e incluso disfrutado por ella, en su relato se refleja una postura que ubica a la hiperactividad como una molestia, o un problema del que hay que hacerse cargo, y que otras personas sin TDAH no tienen. Ella refiere a las grandes cantidades de actividad física que debe hacer, junto a una dieta balanceada y una buena higiene del sueño como cosas necesarias para que “eso que moleste deje de molestar”, refiriéndose a los excesos de energía corporal. Por otro lado, aparece la no funcionalidad propia de su hiperactividad, lo cual también alude a una noción desventajosa o no beneficiosa de su TDAH.

4.3.3 TDA/H y uso de sustancias (diferentes del metilfenidato)

Dentro de lo que enmarca las soluciones y arreglos con la sintomatología propia del TDA/H encontrados por cada uno de los participantes en este tiempo, aparece también el uso de sustancias –distintas del metilfenidato- como un aspecto importante a considerar en sus relatos. Si bien no es algo mencionado por todos, sí es algo que aparece en muchas de las experiencias recogidas.

Estas otras sustancias aparecen y se instalan ocupando diferentes lugares en cada sujeto, siendo para algunos la búsqueda de un estado de conciencia, y para otros una solución frente a dificultades propias del TDA/H.

En los casos de Andrés y Humberto, ambos refieren tener o haber tenido relaciones problemáticas con alcohol y/o drogas, y lo relacionan directamente con el haber sido medicados durante su infancia. Es compartido en ambas experiencias la búsqueda de un estado alterado de conciencia, similar al estado sentido con la pastilla, mediante otras sustancias. Andrés lo asocia con los fuertes efectos que sentía de niño con la pastilla y, de alguna manera con una búsqueda de volver a sentirse así. Humberto, por otro lado, refiere a actitudes o sensaciones adictivas que aparecen a raíz de los efectos que tiene el medicamento en el cuerpo

Alberto, por otro lado, más que la búsqueda de un estado el uso de sustancias aparece como una forma de “solución” frente a la ansiedad, que es algo que él relaciona mucho con su hiperactividad. Junto al deporte (como se mencionó anteriormente), la marihuana para

Alberto aparece como una solución importante en lo que es el manejo de la ansiedad. En este sentido, sacando a la pastilla de la ecuación, para Alberto aparecen otras cosas que ayuden con esa sensación corporal, estando entre ellos el fumar marihuana.

Rodrigo y Victoria también refieren haber tenido un importante consumo de marihuana durante algún tiempo, pero ninguno lo relaciona con el TDA/H o sus síntomas. Vale la pena mencionarlos, sin embargo, porque de todas maneras refieren a una relación problemática con una sustancia, y hay rasgos comunes en las sensaciones buscadas por ellos y por quienes sí lo relacionan directamente con el TDA/H.

4.4 Género y TDA/H

A lo largo del apartado de resultados se fue dando cuenta de las diferentes posturas y reacciones de cada sujeto frente a las nociones de “problema” y “solución” del TDA/H y sus síntomas. Pasando por diferentes situaciones y tiempos respecto de la relación a la medicación, van surgiendo diferencias notorias entre algunos sujetos, siendo la diferencia entre hombres y mujeres la más llamativa.

Frente a la demanda de adaptación aparecieron diversas respuestas que hablan respecto del posicionamiento de los sujetos frente al mandato del otro adulto que viene a instalar el problema en ellos/as. Aparece la frustración por el lado de quienes se apropian de estos dichos y toman la responsabilidad de “reparar” su diferencia, mientras que por otro lado aparece algo más en una línea contestataria que viene a defenderse de esta exigencia ubicando el problema en la demanda de adaptación, y la incapacidad del otro de incorporarles. Siendo la primera postura la principalmente tomada por las sujetos mujeres, y la segunda por los hombres.

Esta diferencia fue marcada en primera instancia como el *tener* vs un *ser* un problema, que viene a demarcar una diferencia en las posturas femenina y masculina frente a la noción de “problema” que significa el diagnóstico de TDA/H. Rodrigo, Humberto y Cristóbal (los tres varones) encarnan el *tener* un problema, en tanto el otro tiene una incapacidad de acogerles en su diversidad, mientras que Francisca y Josefina (ambas mujeres) encarnan el *ser* un problema, en tanto queda en ellas la culpa de esa diferencia.

Por otro lado, en lo que respecta a la noción de solución, las posturas de los sujetos hombres son también diferentes a las de las sujetos mujeres, en varios sentidos.

El primero de ellos refiere a la pastilla como solución, ya que son sólo sujetos mujeres las que encuentran en los efectos del metilfenidato una solución frente a las dificultades propias, causadas por el TDA/H. Francisca, Josefina y Marcela refieren haber encontrado una herramienta para algo en lo que ellas estaban fallando, mientras que las posturas de Alberto, Andrés, José, Humberto y Rodrigo refieren a haber encontrado una solución sobre algo que se les estaba solicitando, pero que no era una falla de ellos. En este sentido, aparece una diferencia respecto de qué es lo que se soluciona para cada quien, y por lo tanto se refleja la apropiación del “problema” del TDA/H, y por lo tanto de su solución, como algo más propio de las mujeres que de los hombres.

Por otro lado, en relación a la noción deficitaria del TDA/H, también llama la atención que son sólo las mujeres las que lo consideran así. Si bien también hay partes de los relatos femeninos que refieren al TDA/H y sus síntomas como beneficios o ventajas, en lo que respecta a las desventajas o deficiencias propias del diagnóstico, sólo aparecen relatos de mujeres (Victoria, Josefina y Francisca).

Estas diferencias llaman la atención en tanto no queda muy claro desde dónde aparecen o dónde se afirman. ¿Es que hay una relación diferente a la culpa desde hombres y mujeres? ¿o a la responsabilidad? esto considerando el lugar que cada uno toma frente a la problematización del diagnóstico y la responsabilidad de “reparar” ese problema. También aparecen preguntas respecto si es algo propio de la muestra y sus particularidades, es decir algo cultural o social propio del sector socio-económico o geográfico del país, o algo más universal propio de las diferencias femenino/masculina de toda la sociedad chilena.

5. DISCUSIÓN

5.1 TDA/H como reflejo de una dificultad en la constitución subjetiva, a partir de relaciones intersubjetivas

En base a los resultados expuestos anteriormente, uno de los puntos más llamativos a incorporar en este apartado es la frecuencia en los relatos de situaciones familiares complejas o adversas que antecedieron o acompañaron la aparición de síntomas de TDA/H, o su problematización. Esto se vuelve un punto importante en tanto puede relacionarse de forma directa con lo propuesto por algunas posturas psicoanalíticas respecto de las posibles “causas” de este tipo de trastornos, o de las circunstancias que lo rodean, y su comprensión como un reflejo de un conflicto en el contexto particular de los niños/as.

Refiriéndonos a los trabajos psicoanalíticos contemporáneos en torno al TDAH, para comprender la relación entre la sintomatología infantil propia del TDA/H y su relación con los contextos familiares, puede traerse lo expuesto por Dolto en Mannoni (1965) cuando describe que es la conducta la que habla cuando el lenguaje se detiene. Es decir que mediante su corporalidad y sus síntomas, un niño/una niña puede encarnar conflictos familiares y/o conyugales. En este sentido, establece que el niño/la niña se convierte en el soporte inconsciente de las tensiones de sus padres, cuyo efecto es más intenso mientras más lo sea el silencio y el secreto que guarden. Lo anterior convierte al niño en una suerte de representación de sus padres, dado que los síntomas que presenta reflejan sus angustias y formas de reacción ante las angustias de sus padres. Esto podemos verlo en los relatos de los participantes cuando se refiere a duelos, peleas y conflictos familiares que acompañaron la presentación de síntomas propios del TDA/H. Si bien esto no es relacionado de forma directa de parte de todos los participantes, a partir de sus experiencias sí podría pensarse que hay un reflejo de otra cosa –no hablada- en los “problemas” de conducta que se tuvieron en la época escolar, sea el bajo rendimiento, la hiperactividad o el desinterés por los estudios.

Si bien, por ejemplo Janin (2015) refiere que es innegable que algunos niños presentan problemas de aprendizaje a partir de una dificultad para mantener la atención de manera sostenida o que hay niños que se mueven de manera caótica sin meta, sostiene que estas manifestaciones no representan nada en sí mismas, sino que es necesario develar su origen

y significado. Esto, por lo tanto, reflejaría lo problemático de ir a callar el síntoma con un tratamiento farmacológico y por lo tanto ayudaría también a comprender el porqué de la dificultad de encontrar una “solución” en el medicamento de parte de los participantes de la investigación. En otras palabras, si consideramos este contexto familiar como verdadera causa de los síntomas y dificultades que estaban presentando los sujetos en su infancia, el apuntar únicamente a callar esa sintomatología corresponde también a seguir ubicando al niño/niña en el lugar de sostén inconsciente del conflicto parental, y por lo tanto encontrar una solución más para el otro adulto que para el niño/niña en cuestión.

Esto se refleja de manera muy clara en los relatos de Andrés y José, quienes refieren directamente a la necesidad de “no dar problemas en la casa” porque ya había suficientes problemas entre separaciones, fallecimientos, y otros. De alguna manera esto permite pensar en la dificultad de ir a escuchar un malestar propio de la infancia y en el empuje a silenciar esa problemática con el fin de evitar más problemas a los adultos, lo cual solamente aumenta los “problemas” de conducta en tanto el lenguaje falla bajo la premisa de “no hablar del tema para no dar problemas”. En este sentido, se vuelve esperable que de encontrarse una solución en ese silenciamiento es más para otro que para ellos mismos, y por lo tanto se vuelve necesaria la búsqueda de otras soluciones que sí apunten a lo que ellos mismos sienten como problema o molestia. Sobre este punto Andrés es muy claro al plantear que, para él, el dejar el medicamento fue principalmente un quiebre con lo familiar que le solicitaba tomarlo.

El quiebre con la pastilla como que igual representaba un quiebre con lo familiar, o sea como un quiebre con la idea de cómo me controlarán. Con la idea de que me guiarán así como tan... de esa manera tan violenta, que yo consideraba tan violenta, como una pastilla. (Andrés, 28 años)

Por otro lado, pero en línea con lo anterior, Janin (2015) también refiere al TDA/H como un déficit en la estructuración subjetiva que más que denunciar un conflicto intrapsíquico, refleja dificultades de organización en el terreno de lo intersubjetivo. Lo cual es reflejado en los relatos de los participantes en el hecho de, aún con diferentes contextos y dinámicas familiares, en todos los relatos se comparte una sensación de poco apoyo y/o poca atención de parte de lo familiar, y se relaciona mucho con el trastorno y su tratamiento. El ser “un hijo/a más con TDA/H”, o ver poco a los padres por su trabajo, o recibir poca atención de parte de los padres por situaciones complejas propias de la vida en pareja o familiar de

estos, terminaba por significar para gran parte de los participantes una sensación de soledad que acompañó de manera importante las dificultades propias del TDA/H, y las complicaciones por las que cada uno pasó para sobrellevarlas. En este sentido podría pensarse que la falta de otro significativo (como lo son los padres durante la infancia) se relaciona de una u otra manera con las problemáticas -relacionadas con el TDA/H- presentadas por los participantes durante su infancia.

Esto se relaciona con lo planteado por Condant (2011) que refiere al TDA/H como un modo particular de relación al objeto y al goce, donde el sujeto no puede permanecer como sujeto parlante al ser incapaz de mantener la relación con la falta en el orden simbólico, lo cual se relaciona con la falta de otro adulto que venga a instalar algo del orden de lo simbólico. El TDA/H entonces termina por asociarse al problema de la identidad subjetiva de los niños, quienes quedan atrapados en juegos de espejos fuera del campo de la relación. De esta manera, si el niño puede descansar en el habla, si el otro puede encarnar durante un tiempo el lugar del Otro, le permite en la transferencia, volver a registrarse como una falta y ocupar un lugar de sujeto en el lenguaje (Condant, 2011). Esto podemos pensarlo, desde lo extraído de los relatos, como la necesidad de un otro que, en la transferencia, permita registrar algo del orden simbólico de manera que se pueda hablar respecto del padecer de los síntomas, y por lo tanto, permitir evaluar a cada sujeto lo necesario –o no- del medicamento como “solución”. Al respecto, podemos recordar los casos de Cristóbal y Victoria quienes, además de ser quienes tomaron por menos tiempo el medicamento, son los únicos que refieren haber tenido un otro adulto que no problematiza su conducta hiperactiva. El colegio y la psicóloga en el caso de ella, y una profesora en el caso de él, en la medida que permiten el despliegue de las formas singulares que cada uno tenía de aproximarse a los estudios y las exigencias escolares, se genera una apertura al habla que permite, además de encontrar maneras de sobrellevar la hiperactividad, poder ponerle palabras al malestar que era de una u otra manera expresado a través de la corporalidad.

5.2 ¿Qué es un fármaco?

Cuando se refiere a la farmacologización del TDA/H podría caerse en el reduccionismo de aludir únicamente al uso de pastillas para el tratamiento de los síntomas y problemáticas propias del diagnóstico. Sin embargo, al permitirnos la apertura respecto de la noción de medicamento podría comprenderse la forma en la que prácticas y sustancias fuera de lo estrictamente médico, también podrían calificarse como fármacos y entrar en una lógica de

tratamiento de la misma línea que el uso de pastillas, aún sin serlo.

Para dar pie a este análisis, se tomarán las nociones de la OMS de fármaco y medicamento. Se entiende por **fármaco** o droga toda sustancia química que interactúa con los organismos vivientes. Mientras que por **medicamentos**, se consideran aquellas sustancias químicas que se utilizan para prevenir o modificar estados patológicos o explorar estados fisiológicos para beneficio de quien los recibe. En este sentido, podríamos destacar dos diferencias principales entre ambos términos: las expectativas puestas sobre los efectos de cada uno, por un lado, y la terapéutica, por otro.

Respecto de las expectativas de los efectos, a diferencia del fármaco, el medicamento tiene por definición el objetivo de tratar, prevenir o mejorar un estado patológico. De esta manera podemos decir que, si bien el medicamento también es una sustancia que interactúa con el organismo, a diferencia del fármaco, este se utiliza en la búsqueda de un fin específico, relacionado directamente con el beneficio de quien lo consume.

Por otro lado, pero muy relacionado con lo anterior, respecto de la diferencia en la noción terapéutica de fármaco y medicamento, es que en la medida que el medicamento tiene por objetivo tratar un estado patológico, nos permite fácilmente relacionarlo con la noción de un tratamiento. Esto a diferencia del fármaco que no se relaciona a una terapéutica o proceso específico.

Philippe Pignarre (1997) plantea que lo que determina el paso de una molécula a un medicamento es el aumento de valor que, mediado por la medicina, se le otorga a la sustancia desde lo social en la medida que cumple con las expectativas de bienestar o mejora planteadas desde el laboratorio fabricante. Entendemos entonces que en la molécula, como en la noción de fármaco antes mencionada, no hay puestas expectativas de mejora o beneficio, como sí lo están en el medicamento. De esta manera comprendemos que en la medida que un fármaco se comienza a utilizar a modo de tratamiento, con la expectativa de prevenir o mejorar estados patológicos, este se acercaría más a la descripción de medicamento.

Ahora, si bien en términos de Pignarre (1997) este es un proceso mediado directamente por la medicina en tanto los medicamentos operan fuera de la lógica de mercado y son los médicos los encargados de integrar estas sustancias en lo social, de igual manera

podríamos plantear que en la relación singular de un sujeto con un fármaco, en la medida que se use y/o consuma como un tratamiento, de igual manera podría considerarse un medicamento.

En este sentido, la actividad física recurrente y el consumo de sustancias recreativas (como alcohol o marihuana) calificarían de medicamento en tanto significan un beneficio en la reducción de síntomas y malestar asociado al TDA/H para algunos participantes. Si bien ninguno es instalado desde lo médico, en ambos se encuentra una noción de tratamiento en tanto más que utilidad o beneficio. En ellos se encuentra una necesidad en lo que respecta el padecimiento de los síntomas.

Sí, tengo que hacer deporte todos los días de mi vida, si no no soy funcional (...) como que si no me muevo o hago ejercicio el día se me vuelve demasiado difícil porque como que no logro rendir bien, como que no logro poner atención bien, no logro como estar tranquila, estar quieta. Me estoy moviendo todo el rato en la silla. (Victoria, 27 años)

El lugar de lo corporal se vuelve algo importante a incorporar en este análisis en tanto las nociones de fármaco y de medicamento aluden directamente a efectos fisiológicos, como también lo hacen el deporte y el consumo de sustancias desde los relatos de los participantes. Ahora, ¿por qué las estrategias de estudio y concentración –distintas del uso de pastillas- aludidas también por algunos participantes no serían también medicamentos? Para efectos de este análisis se dejan fuera de la noción de medicamento en tanto, desde las mismas experiencias de los sujetos, estas estrategias ocupan un lugar muy diferente del que ocupan el deporte o el uso de otras sustancias. Esto en gran parte porque no se instala en la lógica de un tratamiento para aminorar los síntomas, sino como una suerte de ayuda en momentos específicos. Sumando a esto el hecho de que estas estrategias no representan sustancias químicas en el cuerpo, como sí lo hacen la actividad física mediante la liberación de oxitocina, y el consumo de otras sustancias como el alcohol y la marihuana.

En la misma línea, estas estrategias, a diferencia del deporte y el uso de otras sustancias, no buscan reemplazar el efecto de la pastilla sino aminorar las dificultades propias de la sintomatología del TDA/H. Al punto que estos sujetos, quienes encuentran y usan esas estrategias, a diferencia de quienes acuden al deporte y/o uso de sustancias como medicación, aún hacen uso de las pastillas en caso que se estime útil para llevar a cabo

ciertas tareas o trámites que requieran altos niveles de concentración y/o generen poco interés. Esto refleja el hecho de que no se busca reemplazar algo, sino buscar algo diferente, y que no va en la línea de un estado o mejora en lo orgánico o corporal.

Podría pensarse que hay una suerte de escape a la lógica de la medicalización en el uso del deporte o de sustancias-no pastillas-, en tanto ya no está la medicina, o el médico, de intermediario entre el medicamento y la persona que lo “necesita”. Sin embargo, en la insistencia de evitar las pastillas pero al mismo tiempo necesitar algo que lo reemplace en términos de su efecto en el cuerpo, por lo insoportable o muy difícil de llevar que es la sintomatología, podría dejarse abierta la pregunta si aún está operando el discurso médico habiendo ya instalado esa necesidad, aunque no sea cubierta por pastillas.

5.3 Pharmakón: Remedio/veneno

Habiendo ya descrito entonces que el medicamento para el tratamiento del TDA/H puede encarnarse en la pastilla, la actividad física o el uso de sustancias recreativas, entre otras muchas posibilidades (pero estas fueron las que aparecieron en la presente investigación), es que podemos pasar a analizar la manera en que este medicamento puede leerse bajo la clave de la lectura derridiana del pharmakón de Platón.

En su libro *Diseminación*, Derrida (1972) realiza una lectura deconstructiva del diálogo platónico “Fedro”. El minucioso interrogatorio que hace Derrida del texto de Platón arroja dos ideas principales. En primer lugar, identifica el momento de origen de la filosofía cuando la figura mítica del rey Theuth inicia una jerarquía autoritaria con respecto a los modos existenciales de ser al favorecer las experiencias vividas sobre el habla y el habla sobre la escritura (Derrida 1972, p. 96). Y en segundo lugar, identifica el efecto nocivo de traducir la palabra griega *pharmakón* a los idiomas modernos exclusivamente como 'remedio' o como 'veneno', y no como ambos a la vez.

Respecto de este segundo punto, que es el que consideraremos en este análisis, es que comprendemos que el pharmakón puede ser alternativa o simultáneamente beneficioso o maléfico (Derrida 1972, p. 70). El pharmakón puede producir una pluralidad de efectos acordes con la complejidad del entorno receptor. Lo que hace que algo sea un pharmakón es la imposibilidad de asignar una relación causal directa entre sus características y su

efecto.

En este sentido, luego de haber descrito las experiencias de los participantes en el tratamiento del TDA/H, podría pensarse respecto de la lógica de pharmakón presente en los diferentes medicamentos recibidos y utilizados hasta hoy. Esto en tanto ninguno de los participantes refiere haber encontrado algo únicamente bueno o únicamente malo en lo que termina por ser el tratamiento utilizado para su diagnóstico.

Las cualidades fundamentalmente ambiguas del pharmakón conducen a la inquietante pero sin embargo ineludible conclusión de que sus efectos nunca pueden controlarse totalmente. “Esta no sustancia farmacéutica (pharmakon) no puede ser manejada con total seguridad, ni en su ser, ya que no lo tiene, ni en sus efectos, cuyo sentido es siempre capaz de cambiar” (Derrida 1972, p. 126). Como es imposible concebir todas las dimensiones y complejidades posibles de un contexto dado, es igualmente imposible prever con absoluta certeza los efectos que producirá el pharmakón. Cuando se introduce un pharmakón en un sistema, lo interrumpirá, pero sin resultados predecibles. Los efectos supuestamente beneficiosos de un pharmakón siempre se pueden revertir; puede empeorar el mal en lugar de remediarlo (Derrida 1981, p. 97).

Esto se refleja en los relatos relacionados a los costos asociados al uso de pastillas, que fueron descritos con anterioridad, como algo propio del uso de la sustancia y como algo muchas veces simultáneo a los beneficios o soluciones encontradas ahí. El deporte y el consumo de sustancias recreativas, en tanto también las calificamos de medicamentos, también pueden pensarse desde la lógica del pharmakón en tanto genera un malestar también el depender de algo para aminorar las molestias propias de la hiperactividad, y porque los efectos generados no son siempre en la línea del bienestar, sino que hay encuentros con cansancios y dolores también en la búsqueda por el tratamiento de los síntomas del TDA/H.

De esta manera, pensar los medicamentos para el TDA/H en la lógica derridariana del pharmakón de plátón nos permite ampliar la visión respecto del lugar que ocupan en las experiencias de los participantes. Esto en tanto no pueden reducirse sus efectos a algo positivo o negativo, sanador o enfermizo. Ambos se encuentran de forma simultánea e incontrolada por los sujetos, reflejado en lo ambiguo y cambiante de los efectos de los

diferentes medicamentos y las diferentes percepciones de los mismos en diferentes momentos de la vida.

5.4 Relación al poder/libertad

En base entonces a esta lógica ambigua del tratamiento como *pharmakón* es que aparece la pregunta por la importancia del lugar de la libertad en la elección del tratamiento o “cura” para el TDA/H y su sintomatología, en tanto se vuelve necesario que sea el propio sujeto quien ejerza el poder de decisión para “facilitar” que los efectos generados sean más asociados a un remedio que a un veneno. Podría pensarse incluso que el lugar del veneno en el tratamiento del TDA/H (no solamente de las pastillas y sus efectos secundarios, sino todas las dificultades y/o molestias propias de la búsqueda de soluciones) recae más en el mandato sobre los sujetos de recibirlo, que en el tratamiento mismo.

En el caso de casi todos los participantes de esta investigación, la medicación es impuesta por otro en una demanda de adaptación a un espacio, fuera el familiar, escolar y/o social. Esto, de alguna manera es resentido como un ejercicio de poder sobre ellos en tanto había poco o nada de espacio para su opinión, o sus propios malestares, que solían ser muy diferentes a los que manifestaban tener los adultos con ellos/as. En este sentido, desde los relatos se refleja parte de lo planteado por las perspectivas críticas respecto del TDA/H, su diagnóstico y tratamiento, como un ejercicio de no escuchar el malestar propio de la infancia por priorizar el adulto y de ir a regularizar la conducta inapropiada de los niños/as y adolescentes, también en un intento de “prevenir” futuras conductas antisociales o inadaptadas que se asocian a la presentación del TDA/H en la infancia. Esto es propuesto por Bianchi (2015) como la “peligrosidad” y la potencialidad disruptiva del orden social que están asociadas al diagnóstico y su presentación en la infancia, y es lo que de alguna manera vuelve necesario su tratamiento a modo de prevención y cuidado. Prevención y cuidado que no van en el orden de disminuir o tratar un malestar y/o dificultad propio del infante sino de su entorno, su “correcto” desarrollo en la juventud y adultez y la no disrupción del entorno donde se desenvuelva en el futuro.

Esto daría cuenta de la nueva estrategia de control que plantea Rose (2010) que no respondería a principios eugenésicos, sino a la concepción actual de biología, la cual no se entiende como un destino ineludible, por el contrario, estaría abierta a la sospecha, la

predicción y la prevención. En este sentido, puede verse la operación de una suerte de “biocriminología” sobre las conductas violentas y antisociales de las personas, como podríamos pensar que terminan siendo calificadas las conductas de los/as participantes que generan ciertas dificultades en la mantención del orden y del “status quo” del sistema escolar y familiar, y se categorizan como susceptibles de intervención para disminuir el riesgo que estas representarían para la comunidad.

También se relaciona con lo planteado por la perspectiva psicoanalítica respecto de la dificultad del clasificar sobre diagnosticar, en tanto una permite ver las diferencias entre los sujetos, y la otra no. Podría decirse que, en el ejercicio retrospectivo de mirar su historia, los participantes se dan cuenta del poco espacio que hubo para el despliegue y desarrollo de sus propios intereses y habilidades, siéndoles impuesto a través de la medicación, el tener que cumplir con la norma social. Respecto de esta norma es que se evidencia el poder ejercido sobre ellos mediante la imposición del tratamiento farmacológico, considerando además la amenaza implícita de no merecer pertenecer al grupo en caso de no hacerlo, por ser insuficiente o no cumplir con lo esperado.

"En todo lugar donde hay poder, el poder se ejerce. Nadie es su dueño o poseedor, sin embargo sabemos que se ejerce en determinada dirección; no sabemos quien lo tiene pero sí sabemos quien no lo tiene" (Foucault, 1996). Esta es una frase interesante para pensar los efectos de los procesos de medicalización del TDA/H en los participantes de la investigación, en tanto se relaciona el malestar con la identificación con el lugar de quien no tiene el poder y, por lo tanto, sobre quien se ejerce. Se impone un tratamiento farmacológico, con consecuencias sociales, emocionales y físicas importantes, en función de cumplir con una norma determinada por un otro. No se sabía quién tenía ese poder, pero muchos lo encarnaban. No se sabía cómo se ejercía ese poder, pero llegaba en forma de una pastilla que ayuda y hace daño al mismo tiempo. Sólo se sabía que ese poder no se tenía. No hasta ya llegado el momento de elegir por sobre el uso del medicamento.

Para algunos esto fue desde niños, otros desde adolescentes, y otros ya cursando estudios superiores, pero de a todos un algún momento les llega el momento de poder elegir por sobre el uso de la pastilla. Es en ese momento que se puede tomar cierta perspectiva respecto del tratamiento y es como que la elección frente al tratamiento disminuyera en gran medida el malestar asociado, tanto al hecho de tener que usar la medicación como al tener

malestares físicos no deseados asociados a los efectos secundarios de las pastillas.

Nikolas Rose (2012) plantea la medicalización con un enfoque biopolítico del siglo XXI, que el autor define como una “política de la vida en sí”. El individuo de esta época es un agente activo en su salud, un ciudadano responsable en la modulación de sus afectos y de su desempeño. Mientras que en décadas anteriores los psicofármacos eran la forma de normalizar y controlar comportamientos desviados con la intención de ajustar a los ciudadanos en la sociedad, los psicofármacos hoy día son un sistema de control que el mismo individuo ejerce sobre sí mismo, dejando de ser una función del estado. El control biopolítico se traspasa del estado hacia el individuo, y las tecnologías psiquiátricas y farmacéuticas son parte de la oferta a las que se puede echar mano para “corregir y mejorar la clase de personas que somos o queremos ser” (p. 66). En este sentido, los psicofármacos no tienen relación directamente con alcanzar la normalidad o cura, más bien forman parte del sujeto que se quiere llegar a ser. En este punto nos encontramos también con la noción del proceso civilizatorio propuesto por Elías en donde existe, por una mayor densidad de cadenas de interdependencia, una mayor exigencia de control individual. Un control individual al punto que haría emerger una forma de interioridad particular que podríamos comprender como la instancia propiamente freudiana del super-yo como coacción externa devenida instancia interna de coerción (Elias, 2017).

En este sentido, se vuelve interesante cómo el malestar de los/as participantes refiere a su poca acción y/o elección por sobre el uso del medicamento durante su infancia, en tanto alude a una falta de control de ellos/as mismos/as sobre su tratamiento que de alguna manera alude más que a lo innecesario del medicamento, a una solicitud de ellos/as poder hacerse de ese control. En otras palabras, podría verse el ejercicio de este proceso civilizatorio en tanto de parte de ellos/as mismos/as viene la necesidad de manejar y controlar las maneras y tratamientos de llegar a esta “mejor versión de sí”, comandado en gran medida por un super-yo que empuja a la idea del autocontrol y una “ótima” funcionalidad en sociedad.

Respecto entonces a la medicalización del TDA/H y su relación con el poder/libertad y el malestar asociado para los pacientes que reciben tratamiento, algo importante a incorporar en la reflexión es la etapa vital en la que se encuentran los sujetos. Esto porque, en el caso de los niños/as y adolescentes se observan de forma muy clara lo planteado desde las perspectivas crítica y psicoanalítica, respecto del poco lugar otorgado al malestar propio de

los sujetos y sobre las restricciones del desarrollo singular de los pacientes que termina por significar la imposición de tratamientos farmacológicos. Sin embargo no puede dejar de considerarse que la noción de autonomía durante estas etapas del desarrollo es diferente a lo que sería en una etapa adulta tanto por el desarrollo de la responsabilidad y la necesidad de la supervisión adulta en cualquier tratamiento durante la infancia y/o adolescencia. Es entonces que en la imposibilidad, desde la ética, de otorgar total autonomía a niños/as y adolescentes por sobre sus tratamientos, que se abre la pregunta por los espacios para escuchar sus malestares y poder integrar sus opiniones sobre éstos de manera que se pueda reducir en lo más posible su sensación de quedar fuera y/o no ser escuchados/as.

6. CONCLUSIONES

Para la presente investigación se tomó la pregunta por los destinos de la farmacologización del TDA/H infante juvenil en la adultez como motivación para explorar las maneras en la que los sujetos diagnosticados con TDA/H se relacionaron, y aún lo hacen, con el tratamiento farmacológico propio de este diagnóstico. Mediante entrevistas en profundidad con enfoque biográfico, se pudo acceder a los relatos de los/as participantes y enriquecernos con sus experiencias y reflexiones respecto de cómo fue, y ha sido hasta hoy, para cada uno/a el proceso que vivió

Habiendo entonces presentado ya el marco teórico que motiva esta investigación, sus objetivos y estructura metodológica, los resultados obtenidos y la apertura a discusiones que éstos resultados permiten, es que cerramos con aquellas ideas, reflexiones y preguntas que quedan de este trabajo.

En primer lugar podemos referir a la gran crítica expresada por los/as participantes respecto del mandato adulto sobre la medicalización del TDA/H. Con esto referimos al hecho de que tanto la problematización como las “soluciones” planteadas vienen desde un discurso adulto de adaptación a un espacio, sin considerar, o muy poco, las experiencias, sensaciones y malestares propios de quienes recibían la etiqueta de “problema” y se les instalaba una solución. En otras palabras, para la gran parte de los/as entrevistados/as la gran dificultad asociada al trastorno fue el hecho de sentirse muy demandados/as de parte de profesores, familia y doctores a recibir medicación, más que los problemas o dificultades “propios” del diagnóstico, como la hiperactividad y la desatención. Con esto no queremos decir que los síntomas del TDA/H no hayan significado dificultades también para ellos/as, pero no fueron estos los que ocuparon más espacio en sus relatos respecto del malestar asociado a haber sido diagnosticado y padecer del TDA/H.

De hecho, en línea con este punto, quienes refieren a haber tenido menos molestias con la medicación durante la etapa escolar fueron quienes tuvieron más opinión sobre su uso, o a quienes los incorporaron más en las decisiones respecto de la necesidad del medicamento y las dosis utilizadas. Motivo también por el cual el malestar relacionado con la medicación baja considerablemente en la última parte de la época escolar, o ya en la etapa adulta donde además de en general reflejar una menor necesidad en su uso regular, por ser

adultos/as se les permite mucho más poder de decisión sobre la pastilla.

Esto se vuelve un aspecto importante de incorporar a la hora de aproximarse al tratamiento y abordaje del TDA/H infante juvenil porque, además de los problemas y malestares ya mencionados para quienes reciben estos tratamientos, se abre otra serie de problemáticas relacionadas con la libertad y participación de los niños/as y jóvenes con un diagnóstico, y el ejercicio de poder desde el otro adulto y la medicina.

Ahora bien, esto es un tema interesante porque también se debe tener cuidado a la hora de problematizar la poca autonomía de niños/as y adolescentes en los tratamientos médicos que reciben. Esto porque, por lo propio de la etapa vital, son sujetos que se encuentran bajo los cuidados de adultos, sea en la familia o en las instituciones educativas, que velan por su bienestar y adecuado desarrollo. Lo cual impide entregarles una total autonomía de tomar decisiones sobre sus tratamientos y necesidades, lo cual incluye al TDA/H.

Por otro lado, incluso ya en la adultez, el poder de medicar y recetar medicamentos como el Metilfenidato no está en los sujetos que son diagnosticados, sino en la medicina. En este sentido, son los/as médicos quienes tienen el conocimiento y la autoridad de entregar este tipo de tratamientos, con las dosis y horarios recomendados desde su apreciación clínica. Entonces si bien podemos problematizar la poca libertad respecto de los tratamientos y abordajes del TDA/H infante juvenil, no debe dejar de considerarse la distancia con la posibilidad de autonomía de un sujeto adulto, además de aceptar que cualquier tratamiento farmacológico debe estar controlado y monitoreado por un especialista de la salud.

Por este motivo es que se deja abierta la pregunta respecto de los límites de la libertad que pueden tener los sujetos respecto del tratamiento farmacológico para el TDA/H y las maneras en que debería incorporarse los malestares y las dificultades asociados al tratamiento experimentada sobretodo por niños/as y adolescentes.

Otro aspecto importante a incorporar en las conclusiones de esta investigación es la pregunta por el malestar asociado a la hiperactividad, por el TDAH, en sujetos adultos/as. Por su distancia respecto de lo revisado en otras investigaciones, llama mucho la atención el énfasis que dan los/as participantes con TDAH a la incomodidad y el gran malestar asociado a la hiperactividad, porque de alguna manera refleja la permanencia del mandato social de

adaptabilidad incluso una vez alcanzada la adultez. Como se mencionó en otro apartado, el relato de quienes mantienen la desatención en la etapa adulta dista bastante de quienes en cambio, o además, mantienen la hiperactividad porque, además de que se presentan más estrategias y herramientas para sobrellevarla (siendo incluso la pastilla una de ellas) la hiperactividad en adultos/as es mucho más disruptiva entre los mismos adultos, que la desatención.

En el hecho de que la gran dificultad relacionada con la hiperkinesia sea la imposibilidad de estar quieto y concentrado, revela una gran dificultad en el habitar “normalmente” los espacios asociados con las actividades propias de la vida “normal” de un adulto/a. Reuniones, seminarios, horarios fijos y poco espacio en oficinas terminan por significar grandes dificultades en la vida diaria de estos sujetos, volviéndose no sólo una ayuda sino una necesidad el estar haciendo regularmente, incluso durante el mismo día, ejercicio físico o una actividad que requiera movimiento. Lo cual significa importantes adaptaciones en la rutina diaria y las actividades, sean las relacionadas con el trabajo como las que no, que estas personas deben incorporar a sus vidas.

Además de esto, desde los mismos participantes se aprecia una percepción de parte de los otros adultos con quienes se comparten ocupaciones y diferentes espacios que catalogan de “llamativo” o “raro” la inquietud corporal que presentan. Identifican la manera en que su hiperactividad y la necesidad de movimiento son cosas que llaman mucho la atención de los pares, mucho más que durante la infancia, como si la hiperactividad de un adulto/a fuese algo muy extraño e incluso incómodo para quienes le rodean, mientras que durante la infancia era algo normal o incluso esperado. Volviéndose de esta manera algo muy incómodo y difícil de sobrellevar e incluso de comentar y compartir con otros.

Como último punto de este apartado, aludiremos a una temática importante a la que refirieron todos/as los/as participantes de esta investigación. Con esto nos referimos a la fuerte crítica sostenida al sistema educacional y al abordaje del TDA/H en nuestro país, por la poca apertura a diferentes singularidades en los métodos de enseñanza y aprendizaje, junto con la poca cabida a tratamientos diferentes del farmacológico para el trastorno. De una u otra manera, en todos los relatos aparece algo en esta línea asociado a las dificultades experimentadas durante la infancia/adolescencia por la sintomatología relacionada al TDA/H y su tratamiento, y la poca capacidad del sistema de permitirse

escuchar a estos niños/as y adolescentes para saber sobre sus necesidades y dificultades, en vez de asumirlas (y errar en el proceso).

Esta crítica se vuelve algo importante de incorporar a las conclusiones en tanto, además de ser de los puntos más relevantes que son compartidos por todos/as los/as participantes, permite preguntarse por el lugar desde dónde se hace esta crítica y los alcances que ésta puede tener en la definición de desafíos y objetivos del abordaje del TDA/H en Chile. Por la particularidad de la muestra, donde todos/as los/as participantes son adultos/as cursando estudios universitarios o ya trabajando como profesionales, de clase socioeconómica medio-alta, puede instalarse la pregunta si es algo de la posición social la que permite hacer esta crítica o es algo relacionado únicamente al diagnóstico y su tratamiento, independiente del contexto socio-cultural. Esto quedaría abierto para futuras investigaciones, donde pueda incorporarse de manera más clara la incidencia de los diferentes factores (sector socio-económico, geografía, género, etc.) en las diferentes percepciones respecto del malestar y de las dificultades asociados al diagnóstico de TDA/H y su tratamiento.

Para cerrar, plantearemos que estas tres grandes temáticas mencionadas dejan ver algo que podría englobar gran parte de las problemáticas asociadas a la medicalización del TDA/H:

El silencio.

Tanto en el mandato adulto por la adaptación, como en lo disruptivo de la hiperkinesia adulta, y en la crítica a la poca apertura a las diferentes singularidades asociadas a los métodos de aprendizaje, se traslucen dinámicas de silenciamiento que terminan por ser la principal causa de malestar y dolores de los sujetos sobre quienes recae el fenómeno de medicalización del TDA/H. Es el poco lugar a su palabra y a su experiencia lo que de alguna manera termina por instalarse como el principal problema asociado al diagnóstico, pero no por su sintomatología sino por su abordaje médico-farmacológico y su lugar social.

El definir al silencio y las lógicas de silenciamiento como la temática central respecto de la pregunta por los destinos de la farmacologización del TDA/H infanto-juvenil permite dejar planteada la necesidad en futuras investigaciones de profundizar y agudizar la escucha de los relatos de los participantes, como también la de estudiantes y pacientes en los contextos

escolares y clínicos. De esta manera podría haber un mayor acercamiento a la comprensión del malestar asociado al TDA/H y horizontes más claros sobre cómo mejorar su abordaje.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarzúa, M., Aceituno, R. y Valenzuela, R. (Eds). (2016). *Glosario Ilustrado del Malestar*. Santiago, Chile: Social Ediciones.
- Abarzúa, M. (2010). *Diagnóstico de Primer Episodio De Esquizofrenia: Trayectorias De Adolescentes* (Tesis para optar grado de Magister en Psicología clínica de Adultos). Universidad de Chile, Santiago.
- Aboitiz, F., Ossandón, T., Zamorano, F., y Billeke, P. (2012) Balance en la cuerda floja: La neurobiología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *Rev. Med. Clin. Condes*; 23(5) 559-565
- Abraham, J. (2010). Pharmaceuticalization of society in context: Teoretical, Empirical and Health Dimensions. *Sociology*, 44(4), 603-622. doi:10.1177/0038038510369368
- Aceituno, R. & Radiszcz, E. (2013). Psicoanálisis e investigación Social: la herencia freudiana. En M. Canales. (Ed.) *La escucha de la escucha. Análisis e interpretación en la investigación cualitativa* (pp. 115-137). Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Acevedo, J. y Bruno, F. (2016). El Enfoque Biográfico: La construcción de las trayectorias laborales de los adultos mayores, un fenómeno de análisis social. *Rev. Kairós Gerontología*, Vol. 19 (4), pp. 29-47. Extraído de <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/31367/21904>
- APA. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2 ed.). Washinton, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 ed.). Washinton, DC: American Psychiatric Association.
- Araujo, E., & Wong, C. (In press). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la actualidad: Evaluación y diagnóstico. In Mojardín, A., Zavala, C. y Arita, B. (Coords.), *Nuevas rutas de investigación e intervención psicológica*. Tomo II (pp. 201-229). Hablalma: Culiacán, Sinaloa. ISBN Universidad Autónoma de Sinaloa: 978-607-737-071-0 ; ISBN

Aronowitz, R.A. (1998) *Making Sense of Illness: Science, Society, and Disease*. Cambridge (UK): Cambridge University Press

Artigas- Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (1), 68-78. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2003003>

Aulagnier, P. (1991). Construir(se) un pasado. *Psicoanálisis*, 13(3), 441-497. (Trabajo original publicado en 1989).

Barkley, R. A. (2011). *Niños Hiperactivos: Cómo Comprender Y Atender Sus Necesidades Especiales: Guía Completa Del Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad (TDAH)* (3a edición.). España: Paidós Ibérica.

Benasayag, L. (comp.) (2011) *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc Ediciones

Benavides, J. & Apolo, D. (2017) El enfoque biográfico como estrategia metodológica de investigación. Rev. Tsafiqui <https://revistas.ute.edu.ec/index.php/tsafiqui/article/download/164/160/272>.

Bertaux, D. (1980). El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 69, p. 197–225. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/ras/article/view/29458>

Bianchi, E. (2012). Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (2), 1021-1038. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v10n2/v10n2a17>

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*, (52), 185-199. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/815/81538634013.pdf>

- Bianchi, E. (2019). ¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 9(1), e052. <https://doi.org/10.24215/18537863e052>
- Boric, N. (2020). *Formas de sujeción en el uso crónico de benzodiacepinas en pacientes atendidos en contextos de salud pública. consideraciones psicoanalíticas sobre un objeto difuso*. (Tesis para optar grado de Magister en Psicología clínica de Adultos). Universidad de Chile, Santiago.
- Brown, T. E. (2006). *Trastorno Por Déficit De Atención: Una Mente Desenfocada en Niños Y Adultos*. Barcelona: Masson.
- Cannellotto, A. y Luchtenberg, E. (coord.) (2010) *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades*. San Martín, Argentina: UNSAM EDITA,
- Castle, L., Aubert, R., Verbrugge, R., Khalid, M., y Epstein, R. (2007) Trends in Medication Treatment for ADHD *Journal of Attention Disorders* 10: 335 DOI:10.1177/1087054707299597
- Cearidi, Andrea; Améstica, José Manuel; Núñez, Carmen Gloria; López, Verónica; López, Valeska & Gajardo, Julio (2016). El cuerpo del niño como trastorno: aproximaciones discursivas al abordaje del TDAH. *Athenea Digital*, 16(1), 211-235. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1478>
- Charmaz, K. (1990). "Discovering" chronic illness: using grounded theory. *Social Science and Medicine*, 30 (11), 1161-1172
- Claro, S. (2015) *Luche-mundo: Una metodología para el abordaje responsable y dialógico del TDAH*. *Estudios Pedagógicos XLI*, N° Especial: 31-50
- Comstok, E. (2011). The End of Drugging Children: Toward the Genealogy of the ADHD Subject. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 47, 44-69. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jhbs.20471>
- Condant, A. (2011). Approche Psychodynamique Du Trouble Déficitaire De L'attention-Hyperactivité (TDAH), À Partir De L'observation Clinique. *Revue Perspectives Psy*, 50(1),

32-41. Recuperado de <http://www.em-consulte.com/en/article/46899>

Conrad, P. (1982): "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social". En David Ingleby (ed.) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica-Grijalbo.

Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 3-14.

Conrad, P. (2007) *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. The Johns Hopkins University Press: Maryland

Conrad, P. & Bergey, M. (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science & Medicine*, (122), 31-43. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25441315>

Cornejo, M. (2006). El Enfoque Biográfico: Trayectorias, Desarrollos Teóricos y Perspectivas. Revista PSYKHE, Vol.15, N°1, pp. 95-106. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07182228200600010008

Cornejo, M., Faúndes, X. y Besoain, C. (2017) El análisis de datos en enfoques biográficos-narrativos: desde los métodos hacia una intencionalidad analítica. FORUM: Qualitative Social Research. FQS 18(1), Art. 16

Correa, R. (1999). La aproximación biográfica como opción epistemológica, ética y metodológica. *Proposiciones*, N°29, pp. 35-44. Ediciones SUR: Santiago.

Denckla, M. B. (1992). The Myth of ADHD. *Journal of Child Neurology*, 7(4), 458-461. doi:10.1177/088307389200700424

De la Barra, F., Vicente, B., Saldavia, S. y Melipillán, R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*, (23), 521-529. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703462>

Derrida, J. (1972). "La pharmacie de Platon". En *La dissémination*. Paris: Seuil.

- Di Leo, P., Camarotti, A., Güelman, M. y Touris, M. (2013) Mirando la sociedad a escala del individuo: el análisis de procesos de individuación en jóvenes utilizando relatos biográficos. *Athenea Digital* - 13(2): 131-145
- Díaz-Valdés, J. (2018). *El TDAH en retrospectiva: Una trayectoria de enfermedad de la infancia a la adultez* (Tesis para optar grado de Magister en Psicología clínica de Adultos). Universidad de Chile, Santiago.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2011) El campo de la investigación cualitativa. Manual de investigación cualitativa Vol. I. Madrid, España: Gedisa Ed.
- Dodson, W. W. (2005). *Pharmacotherapy of adult ADHD. Journal of Clinical Psychology*, 61(5), 589–606. doi:10.1002/jclp.20122
- Elias, N. (2010). *El proceso de la civilización: Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas* (3a ed., 1a reimp). *Sección de obras de sociología*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España.
- Elias, N. (2017). *La dynamique de l'Occident. Agora: Vol. 80*. Paris: Pocket; Calmann-Lévy.
- Faraone, S. (et. al) (2009) Medicalización/medicamentación de la infancia. Políticas públicas, actores sociales y nuevos escenarios. *XXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. VIII Jornadas de Sociología, Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Buenos Aires: Buenos Aires.
- Fernandez, A.M. (2017) Jóvenes de vidas grises. Psicoanálisis y Biopolíticas. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Ediciones
- Flick (2007) *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata: Madrid
- Foucault, M. (1996): *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.

Foucault, M. (2000): *Defender la Sociedad*. Argentina: FCE.

Foucault, M. (2001): *Los Anormales*. Argentina: FCE.

Galatzer-Levy, I. & Galatzer-Levy, R. (2007). The Revolution in Psychiatric Diagnosis problems at the foundations. *Perspectives in Biology and Medicine*, 50(2), 161-80. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17468537>

García di Vinuesa, F. (2017) Prehistoria del TDAH: Aditivos para un diagnóstico insostenible. Papeles del Psicólogo, vol. 38 (2) Extraído de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77851775005>

Gibbins, C., & Weiss, M. (2007). Clinical recommendations in current practice guidelines for diagnosis and treatment of ADHD in adults. *Curr Psychiatry Rep* 9, 420–426 <https://doi.org/10.1007/s11920-007-0055-1>

Glaser, B. & Strauss, A. (1967) *The discovering of grounded theory*. New York: Aldine

Guattari, F. y Rolnik, S. (2006) *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Madrid, España: Traficantes de sueños Ed.

Güelman, M. & Borda, P. (2014). Narrativas y reflexividad: los efectos biográficos del enfoque biográfico. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 4(1). Recuperado de http://www.relmecs.fahce.unlp.edu.ar/article/view/relmecs_v04n01a03.

Guinard, M. (2012). Le travail du pulsionnel et ses différentes figures chez des enfants dits "TDA/H". *Presses Universitaires de France*, 55, 197-224. Recuperado de https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=PSYE_551_0197

Illich, I. (1975): *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.

Janin, B. (2015). *Niños desatentos e hiperactivos. ADD/ADHD: Reflexiones Críticas acerca del Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad*. Barcelona, España: Graó.

Joffre-Velázquez, VM., García-Maldonado, G y Joffre-Mora, L. (2007). Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad de la infancia a la vida adulta. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(4),

176-181. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50712865005>

Joselevich, E. (2004) *¿Soy un adulto con TDAH? Comprensión y estrategias para la vida cotidiana*. Paidós: Buenos Aires

Kornblit, Ana Lía (Coord.) (2004). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.

Kornblit, Ana Lía (2010). Historias y relatos de vida: pseudo análisis y análisis en la investigación social. En Ciclo de Seminarios *Debates metodológicos en proceso de investigación social cualitativa*. Montevideo: Universidad de la República.

Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, (7), 19-39. Recuperado de <https://investiga-aprende-2.wikispaces.com/file/view/Inv-cualitat-Krause.pdf>

Lacan, J. (1949). *El estadio del espejo como formador de la función del yo [Je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. Escritos 1. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Lacan, J. (1957). *El Seminario de Jaques Lacan, Libro 5, Las formaciones del inconciente*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Lakoff, A. (2000) Adaptive will: The evolution of attention deficit disorder. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, Vol. 36(2), 149–169

Lange, K., Reichl, S., Lange, K., Tucha, L. y Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders Published Online*, 2(4), 241–255. doi 10.1007/s12402-010-0045-8

Lebowitz, M. (2013). Stigmatization of ADHD: A Developmental Review. *Journal of Attention Disorders*, 20(3), 1-7. doi/abs/10.1177/1087054712475211

Leclerc-Olive, Michèle (2009). Temporalidades de la experiencia: las biografías y sus acontecimientos. *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 8, 1-39.

- Lindgren, C., Burke, M., Hainsworth, M. & Eakes, G. (1992). Chronic Sorrow: A Lifespan Concept. En J. Corbin y R. Bernstein. (Ed.), *Chronic illness: research and theory for nursing practice* (pp.202-222). New York, United States of America: Springer Publishing Company.
- Londoño, D. (2017) El trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una mirada socio-cultural. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*; 37(132): 477-496 doi: 10.4321/S0211-57352017000200009
- López I, Rodillo E, Kleinstuber K. Neurobiología y diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención. *Rev.Med.Clin.Condes* 2008;19:511-524
- Mallett, C., Natarajan, A. y Hoy, J. (2014). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A DSM Timeline Review. *International Journal of Mental Health*, (43), 36-60. doi.org/10.1080/00207411.2015.1009310
- Mannoni, M. (1965). *La primera entrevista con el psicoanalista*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Martínez- Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
- Ministerio de Educación (2009). *Déficit Atencional. Guía para su comprensión y desarrollo de estrategias de apoyo, desde un enfoque inclusivo, en el nivel de Educación Básica*. Recuperado de https://especial.mineduc.cl/201305151612430.Deficit_Atencional.pdf
- Ministerio de Educación (2013). *Manual de orientaciones y apoyo a la gestión (directores y sostenedores): Programa de Integración Escolar PIE*. Recuperado de <https://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/.../Manual-PIE.pdf>
- Ministerio de Salud (1990). *Plan Nacional de Salud 1990- 2000*. Santiago, Chile: Departamento de Planificación.
- Ministerio de Salud (1998). *Normas técnicas para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos hiperkinéticos en la atención primaria 1997-1998*. Santiago, Chile: Departamento de Planificación.

Ministerio de Salud (2008). *Guía Clínica Atención Integral De Niñas/ Niños Y Adolescentes Con Trastorno Hiperactivo/Trastorno De La Atención (THA)*. Recuperado de www.minsal.cl/portal/.../71e6235bf06c7770e04001011f017ac5.pdf

Ministerio de Salud (2011). *Prioridad Programática: Niñas, Niños Y Adolescentes Con Trastorno Hiperactivo / De La Atención (THA)*. Recuperado de www.minsal.cl/portal/.../71e6235bf06c7770e04001011f017ac5.pdf

Morata S. L. Foucault, M. (1975). *Vigilar y Castigar*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Nichter, M. (1996). Pharmaceuticals, the Commodification of Health, and the Health Care-Medicine use Transition. En Nichter, M. y Nichter, M. (Eds.), *Anthropology and international health: Asian Care Studies, Theory and Practice in Medical Anthropology and International Health* (pp. 265-326), Amsterdam: Gordon & Breach Science Publishers.

Parens, E. (2011). On good and bad forms of medicalization. *Bioethics*, 27 (1), 28-35.

Pignarre, P. (1997) Qu'est-ce qu'un médicament? Un objet étrange entre science, marché et société. EDITIONS LA DÉCOUVERTE

Pujadas, J. (1992). El método biográfico: *El uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid: Cuadernos Metodológicos.

Punta Rodolfo, M. (2016). *Bocetos psicopatológicos. El psicoanálisis y los debates actuales en psicopatología*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Reich, W; Huang, H. & Todd, R. D. (2006). ADHD Medication Use in a Population-Based Sample of Twins. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(7), 801–807. doi:10.1097/01.chi.0000219833.00979.c3

Renard, U. (2012). L'invention de l'hyperactivité: quand le test confirme la nosographie et vice-versa. *Revista Figures de la psychanalyse*, (24), 87-97. Recuperado de <https://www.cairn.info/revue-figures-de-la-psy-2012-2-page-87.htm>

Rodillo, E. (2015) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Rev. Med. Clin. Condes*; 26(1) 52-59

- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: Editorial Universitaria.
- Rosenberg CE, Golden J. *Framing Disease: Studies and Cultural History*. New Brunswick: Rutgers University Press; 1992.
- Sandoval, A. Acosta, N. Crovetto, F. y 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 Neuro- psiquiatría*, (47), 34- 42. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid
- Santos, B. (2010) *Descolonizar el poder, reinventar el poder*. Montevideo, Uruguay: Trilce
- Sautu, Ruth (Comp.) (2004). *El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores*. Buenos Aires: Lumiere.
- Scheffler, R. M., Hinshaw, S. P., Modrek, S., & Levine, P. (2007). The Global Market For ADHD Medications. *Health Affairs*, 26(2), 450–457. doi:10.1377/hlthaff.26.2.450
- Segal M. (2014) We cannot say whether Attention Deficit Hyperactivity Disorder exists, but we can find its molecular mechanisms. *Pediatric Neurology* 2014;54: 15-16
- Singh, I. (2012). Not robots: children’s perspectives on authenticity, moral agency and stimulant drug treatments. *Journal of Medical Ethics*, (39), 359-366. doi:10.1136/medethics-2011-100224
- Sir, Hugo. (2022). *ERRAR Y DEMORAR Una investigación desde Chile sobre el TDAH y los problemas atencionales contemporáneos*. (Tesis para optar grado de Doctor en Ciencias Sociales). Universidad de Chile, Santiago.
- Soutullo, C., Díez, A. (2007) *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Médica Panamericana: Buenos Aires
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T. y Faraone, S. (2002). Overview and Neurobiology of Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (12), 97- 109. doi: 10.3810/pgm.2010.09.2206

- Still, G. F. (2006). Some abnormal psychical conditions in children: excerpts from three lectures. *Journal of attention disorders*, 10(2), 126–136.
<https://doi.org/10.1177/1087054706288114>
- Toner, M., O'Donoghue, T. y Houghton, S. (2006). Living in Chaos and Striving for Control: How adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder deal with their disorder. *International Journal of Disability, Development and Education*, (53), 247-261.
doi.org/10.1080/10349120600716190
- Truffino, J. C., & Villamizar, D. G. (2006). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el adulto: perspectivas actuales. Psiquiatría Biológica*, 13(3), 86–94. doi:10.1016/s1134-5934(06)75345-3
- Ubieto, J.R. (2014). *TDHA: Hablar con el cuerpo*. Cataluña, España: Editorial UOC.
- Ugarte, R. (2016) Medicamentación en la infancia. *Acta pediátrica atención primaria* 9(4):147-8 .
p 147-148
- Vale, O. (2013). El DSM como mecanismo de psicopatologización y regulación social: el caso de los niños/as en Puerto Rico. *Quaderns de Psicologia*, 15(1), 21-32.
doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1164
- Vasilachis de Gialdino, Irene (Coord.) (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa.
- Vicente, B. Kohn, R. Saldavia, S. y Rioseco, P. (2007). Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Revista Médica de Chile*, (135), 1591-1599. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-8872007001200014&script=sci_arttext
- Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., Valdivia, M., Rioseco, P. y Melipillán, R. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53(10), 1026–1035.
[doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x)
- Weiner, C. y Dood, M. (1993). Coping Amid Uncertainty: An Illness Trajectory Perspective. En J.

Corbin y R. Bernstein. (Ed.), *Chronic illness: research and theory for nursing practice* (pp.180-198). New York, United States of America: Springer Publishing Company.

Wenger, R. (2015) La escritura, la memoria y la diferencia: La lectura derridariana de la escritura en Platón como phármakon. *Revista Amauta* No. 28 (9-24) DOI: <http://dx.doi.org/10.15648/am.28.2016.2>

Whender, P. H & Tomb, D. A. (2017) *ADHD A guide to understanding symptoms, causes, diagnosis, treatment and changes over time in children, adolescents and adults* (5th edition). Oxford University press: New York

Williams, S, Gabe, J. y Davis, P. (2008). The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects. *Sociology of Health & Illness*, 30(6), (pp. 813-824). doi: 10.1111/j.1467-9566.2008.01123.x.

8. ANEXO 1

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Destinos de la farmacologización del Trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH) durante la infancia y/o adolescencia, en la adultez”

Usted ha sido contactado/a dado que, a través de informantes clave, usted ha manifestado haber sido diagnosticado con un Trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH) y haber recibido tratamiento farmacológico durante su infancia y/o adolescencia, y su experiencia resulta útil para los fines de este estudio.

El estudio tiene por investigadora responsable a **Ps. Valentina Romero Lazo**, quien está realizando una tesis de magíster para postular al título de “Magíster en Psicología clínica adultos” del **Departamento de Psicología** de la **Facultad de Ciencias Sociales** de la **Universidad de Chile**. Su objetivo es aproximarse, desde las experiencias de los/as participantes, a una mayor comprensión de los efectos que tuvo –o tiene aún– el uso de psicofármacos en el tratamiento de este trastorno.

Si usted decide participar en este estudio, resulta importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar en todo momento, respecto de cualquier asunto que pudiese no quedar claro para usted.

1.- Su participación en este estudio consiste en **una entrevista, de alrededor de una hora de duración**, con la investigadora responsable del mismo. Puede solicitarse una segunda entrevista en caso de que la primera instancia no alcance para recabar la información necesaria o en caso de que se requiera aclarar ciertos puntos abordados en el primer encuentro.

2.- Las entrevistas serán efectuadas por la investigadora responsable del estudio. La entrevistadora se encuentra sujeta a los protocolos institucionales de garantía y normas de protección de los derechos de los/as participantes. Las entrevistas serán realizadas en un lugar privado, escogido por usted y sin que otras personas tengan conocimiento de su realización.

3.- La información registrada en la entrevista **no incorpora declaraciones sensibles**, que pudiesen significar perjuicios o efectos negativos para usted, porque las entrevistas tratan de su experiencia personal en el ámbito señalado. Se garantizarán todas las adaptaciones de la documentación que aseguren la integridad ética del proceso, para que sean comprensibles por todas las personas involucradas.

4.- La investigadora le solicitará registrar electrónicamente el audio de la conversación con usted, asegurando en todo momento la confidencialidad y anonimato de la información. Usted puede rechazar la grabación y aún así participar de la entrevista.

5.- Usted no recibirá ningún pago ni obsequio por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar conocimiento relevante para el abordaje del tratamiento farmacológico del Trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH) y sus efectos en los pacientes.

6.- Durante las entrevistas, se tendrá especial cuidado en caso de **presentarse alguna dificultad o incomodidad emocional para usted. La profesional a cargo se encuentra capacitada para entregar la contención afectiva y ayuda necesarias para garantizar su bienestar.** En dicho caso, la actividad podrá ser interrumpida, postergada, o cancelada.

7.- Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria y puede terminar cuando usted lo **solicite. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.**

8.- Toda su historia será confidencial y mantenida en estricta reserva. En las presentaciones públicas y/o en los materiales de comunicación que resulten de este estudio, su nombre nunca se mencionará ni aparecerá asociado a ninguna declaración particular. La profesional encargada de la entrevista firmará una declaración de confidencialidad. Todo registro asegurará el anonimato, borrando todo indicio que pueda identificarle a usted. Toda la documentación de este estudio se guardará bajo clave en una memoria externa de la investigadora a cargo durante diez años. Durante ese tiempo, si se requiere el uso de datos de este estudio para investigaciones con objetivos distintos a los informados, se volverá a solicitar autorización.

9.- Usted tiene derecho a conocer los resultados de este estudio. Para ello, finalizando el estudio, le será enviado a la dirección postal o correo electrónico indicado los resultados de la investigación. Además, se ofrecerá la posibilidad de conversar sobre los resultados obtenidos con la investigadora a cargo.

Si requiere más información en torno al estudio, puede contactarse con la investigadora encargada de efectuar la entrevista:

Ps. Valentina Romero Lazo
Teléfono: (+569) 77585848
Correo electrónico: vnromero@uc.cl

Si lo prefiere, también puede consultar con el profesor guía de la investigación:

Prof. Esteban Radiszcz S.
Teléfono: (+562) 29772416
Correo electrónico: eradiszcz@uchile.cl
Departamento de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales
Univeridad de Chile
Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045
Ñuñoa, Stgo.

¡Muchas gracias por su tiempo y atención!

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar, según los términos previamente señalados, en la investigación “Destinos de la farmacologización del Trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH) durante la infancia y/o adolescencia, en la adultez”, cuya Investigadora Responsable es Ps. Valentina Romero L.

Declaro que he leído (o me han leído) el precedente documento y que he tenido la oportunidad de hacer las preguntas que he requerido, las cuales me han sido respondidas satisfactoriamente. En consecuencia, entiendo los términos de mi participación en este estudio, cuyo objetivo concierne las experiencias y posibles efectos que tiene el tratamiento farmacológico del Trastorno de déficit atencional con hiperactividad durante la etapa escolar. También comprendo que mi participación no reviste riesgos para mí y que toda la información obtenida será tratada de manera confidencial y anónima. Además, entiendo que mi participación es enteramente voluntaria, que puedo negarme a participar y que, si lo deseo, puedo retirarme de la investigación en cualquier momento con sólo manifestarlo. Igualmente, se me ha asegurado, de acuerdo a mi condición de participante, el derecho a conocer los resultados del estudio, para lo cual me serán enviados los resultados obtenidos y podré solicitar una reunión con la investigadora a cargo para conversar respecto de los resultados.

Autorizo que la entrevista en la cual yo participe sea grabada.

SÍ	NO
----	----

[marque con una X]

En conocimiento de lo antes señalado, acepto libre y voluntariamente participar en el estudio y, de acuerdo con ello, he firmado en dos ejemplares este consentimiento, el cual consta de **4** páginas, quedando una de las copias en mi poder y la otra en posesión de los investigadores.

Firma Participante

Nombre y Firma entrevistadora

Correo de contacto: (para conocer resultados)

Lugar y fecha: