



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

DISCURSOS DE LA HIPERACTIVIDAD: BIOPODER Y VIDA COTIDIANA DE NIÑAS Y NIÑOS COLOMBIANOS CON DIAGNÓSTICO DE TDAH (2018-2019)

Ángela María Vargas Rodríguez

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humana, Departamento de Psicología

Bogotá, Colombia

2021

DISCURSOS DE LA HIPERACTIVIDAD: BIOPODER Y VIDA COTIDIANA DE NIÑAS Y NIÑOS COLOMBIANOS CON DIAGNÓSTICO DE TDAH (2018-2019)

Ángela María Vargas Rodríguez

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título
de:

Doctora en Psicología

Director:

Ph.D., Carlos José Parales Quenza

Línea de Investigación:

Procesos socio-afectivos y salud mental pública

Grupo de Investigación:

Desarrollo social, comunidad y salud

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología

Bogotá, Colombia

2021

Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.

Ángela María Vargas Rodríguez

Fecha 27/09/2021

Agradecimientos

Como es sabido por muchos, el emprender este camino hacia un doctorado implica grandes retos tanto intelectuales como sociales y emocionales. Por eso, mi profundo agradecimiento...

a mi familia que me dio soporte, especialmente a mis hijas, Aleja y Anahí, por comprender los periodos de ausencia y, más que de vez en cuando, devolverme al mundo real. A Javier, mi esposo, que me consoló y me apoyó todo el tiempo.

A mis amigas y amigos que aún continúan siéndolo a pesar del abandono y en especial a Sofi que me apoyó durante las entrevistas y revisó este documento proponiendo mejoras. También a mis compañeros de trabajo que me cubrieron unas cuantas veces.

A todos los que participaron en la investigación, me abrieron las puertas de sus casas y de sus vidas y a aquellas instituciones que me dejaron entrar a pesar de las dudas y los miedos.

A todos los profesores, teóricos y académicos que enriquecieron este trabajo y me obligaron a dar mil vueltas sobre él, a quienes aceptaron evaluarlo para que le diera un par de vueltas más y especialmente a mi director, Carlos Parales, por orientarme y mostrarme la luz al final del túnel.

Por último, al profesor y psiquiatra Rafael Vásquez, quien me animó a seguir por este camino y a quien le rindo un humilde homenaje en este espacio. Sin duda su legado está presente en este trabajo y en la vida de muchos niños y niñas a quienes les hizo la vida más llevadera.

Resumen

DISCURSOS DE LA HIPERACTIVIDAD: BIOPODER Y VIDA COTIDIANA DE NIÑAS Y NIÑOS COLOMBIANOS CON DIAGNÓSTICO DE TDAH

El TDAH se configura como una entidad patológica problemática con un estatus de verdad sostenido por un poder que circula en discursos sobre los trastornos mentales. Es el diagnóstico más frecuente en la infancia, por lo que ha adquirido gran importancia en el ámbito de la salud y en el educativo. El propósito de este trabajo es hacer una deconstrucción de dichos discursos para comprender cómo el TDAH se reifica en nuestro contexto, definiendo las posibilidades de subjetivación de niños y niñas y delimitando la actuación de sus cuidadores. El problema de investigación se aborda desde la perspectiva teórica del socioconstruccionismo y del biopoder, desde donde los trastornos mentales, el género y la edad, son entendidos como construcciones socio-culturales que se mantienen gracias a un poder que circula en discursos dominantes y se ejerce sobre los cuerpos definiendo las posibilidades de expresión del self. La metodología de investigación se basa en el análisis crítico del discurso. Para la recolección de la información se aplicaron entrevistas narrativas auto-biográficas y episódicas a grupos de niños y niñas con diagnóstico de TDAH y a sus padres, madres o cuidadores. Se hicieron además grupos de discusión con profesores y se aplicaron entrevistas en profundidad a orientadores escolares; por último, se analizaron textos de orden prescriptivo en relación con el TDAH como normas y manuales, así como las historias clínicas de niños y niñas con el diagnóstico. El análisis de la información recolectada se hizo a partir de 5 categorías analíticas denominadas: "Problematización del Comportamiento Infantil"; "Institucionalidad y Control"; "Riesgo e Incertidumbre"; "Apropiación del TDAH como Forma de Ser" y "Género, Cuidado y Circulación del Poder en los Cuerpos de Niños y Niñas". Los resultados muestran que en Colombia el TDAH se mantiene como entidad clínica vigente gracias a elementos discursivos sobre el éxito, la discapacidad y el riesgo, que hacen parte

de discursos sobre los derechos humanos y la inclusión social. Además, se encontró que la construcción del TDAH sigue patrones de género que dan lugar a una paradoja que sujeta el cuerpo de la niña a la vez que la invisibiliza.

Palabras clave: TDAH, biopoder, inclusión social, género, estigma, riesgo.

Abstract

DISCOURSES ON HYPERACTIVITY: BIOPOWER AND EVERYDAY LIFE OF COLOMBIAN GIRLS AND BOYS DIAGNOSED WITH ADHD

ADHD has been configured as a problematic pathological entity with a status of “truth” maintained by a power that circulates in discourses on mental health disorders. ADHD has been the most frequent diagnosis in childhood, and due to this, it has gained importance in the health and education scopes. This work aims to deconstruct these discourses in order to understand how ADHD has been reified in our context. It has been defining the possibilities of boys’ and girls’ subjectivation and delimiting the actions of their caregivers. The research problem has been tackled from the socio-constructionism theoretical perspective and the concept of biopower. Thus, mental health disorders, gender, and age have been understood as socio-cultural constructions that have been built due to the power that circulates in dominant discourses and, how it has been exercised on the bodies defining the possibilities of expression of the self. The research methodology has been based on critical discourse analysis. To collect the information, autobiographical and episodic narrative interviews have been applied to groups of boys and girls with a diagnosis of ADHD, as well as their fathers, mothers, or caregivers. In addition, discussion groups have been conducted with teachers together with in-depth interviews with school counselors; Finally, prescriptive texts have been analyzed in relation to ADHD, such as domestic legislation, handbooks, and the medical records of boys and girls with the diagnosis. The data analysis has made from 5 analytical categories so-called “Problematization of Child Behavior”; “Institutionality and Control”; “Risk and Uncertainty”; “Appropriation of ADHD as a Way of Being” and “Gender, Care and Power Circulation on the Boys’ and Girls’ bodies”. The results have shown that ADHD still a valid clinical entity in Colombia, due to discursive elements about success, disability, and risk, which are part of human rights and social inclusion speech. Furthermore, it has found that the construction of ADHD follows gender patterns that give rise to a paradox that holds the girl’s body while making her invisible.

Keywords: ADHD, biopower, social inclusion, gender, stigma, risk.

Contenido

	Pág.
1. Capítulo 1. Presentación del Problema de Investigación, Justificación y Pertinencia.....	5
1.1 Panorama General del TDAH: Aspectos Epidemiológicos	6
1.1.1 Etiología del TDAH.....	9
1.1.2 Comorbilidad y Riesgos Asociados al TDAH.....	11
1.1.3 Tendencias en el Tratamiento del TDAH.....	13
1.2 TDAH y Género. Una Perspectiva Socio-Cultural.....	15
1.2.1 Planteamiento del problema.....	17
1.2.2 Pregunta de investigación y objetivos.....	20
2. Capítulo 2. Fundamentación Teórica y Epistemológica. Construcción Social del Sujeto, Biopoder y Género	23
2.1 Construcción Social y Salud Mental	24
2.2 Biopoder y Biopolítica. La Medicalización de la Vida Cotidiana	27
2.2.1 El Poder Disciplinario	28
2.2.2 La Biopolítica	29
2.2.3 La Medicalización de la Vida Cotidiana	30
2.2.4 La Problematización de la Locura y el Internamiento como Medio de Control.....	33
2.2.5 El Carácter Moral del Concepto de Locura.....	35
2.3 La Edad y el Género como Ideología	37
2.3.1 La Infancia como Blanco de Poder	38
2.3.2 Género, Cuidado y Desviación	40
3. Capítulo 3. Construcción Social del TDAH, Enfermedad Mental y Género.....	45
3.1 El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.....	45
3.2 El Género y los Trastornos Mentales	53
3.3 Hiperactividad y Género.....	55
4. Capítulo 4. Estrategia Metodológica. Análisis de Discurso, Poder, Verdad y Subjetividad	63
4.1 Análisis Crítico del Discurso (ACD)	66
4.1.1 ACD y el Dispositivo en la Propuesta Teórica de Siegfried Jäger	69
4.2 Participantes.....	71
4.3 Instrumento.....	75
4.4 Procedimiento	76
4.4.1 Recolección de la Información	77
4.4.2 Transcripción y Organización de la Información.....	79
4.4.3 Análisis de la Información	80
4.5 Consideraciones Éticas.....	90
5. Capítulo 5. Resultados de la Investigación. Cristalización del conocimiento, pasado, presente y futuro de las personas con diagnóstico de TDAH.	97
5.1 Problematización del Comportamiento Infantil: Consolidación del TDAH como Entidad Patológica	100
5.1.1 Discursos formales sobre el TDAH como patología.....	101

5.1.2	Construcción del conocimiento sobre el TDAH en cuidadores y niños con diagnóstico de TDAH	112
5.2	Institucionalidad y Control: Técnicas y Estrategias de Poder sobre el Cuerpo de Niños y Niñas con Diagnóstico de TDAH	117
5.2.1	Integración e inclusión social en los discursos normativos	118
5.2.2	Técnicas de control y disciplinamiento del cuerpo en la vida cotidiana	137
5.3	Riesgo e Incertidumbre: Columna Vertebral del TDAH como Trastorno Real y Peligroso.....	141
5.4	Apropiación del TDAH como Forma de Ser: Del Estigma a la internalización del trastorno	153
5.4.1	Procesos formales de estigmatización	154
5.4.2	Relatos sobre el niño hiperactivo, estigma y autoestigma	160
5.5	Género, Cuidado y Circulación del Poder en los Cuerpos de Niños y Niñas con Diagnóstico de TDAH.....	177
5.5.1	El cuidado como un deber y un derecho protegido constitucionalmente.....	179
5.5.2	TDAH y cuidado como una actividad principalmente femenina	182
6.	Capítulo 6. Discusión y Conclusiones. Reflexiones acerca del poder sobre el objeto y el proceso de investigación	193
6.1	El Curso del TDAH en el Contexto Colombiano.....	206
6.2	Conclusiones.....	214

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Dispositivo en la propuesta metodológica de Siegfried Jäger	70
Figura 2. Categorías teóricas y subcategorías emergentes de las fuentes documentales	81
Figura 3. Categorías y subcategorías emergentes a partir de las entrevistas a los participantes	82
Figura 4. Peso (%) de cada categoría analítica dentro de las fuentes documentales	99
Figura 5. Peso (%) de cada categoría analítica dentro de las entrevistas	100
Figura 6. Representación gráfica de las ideas acerca del origen del TDAH	114
Figura 7. Nube de palabras de las expresiones sobre los niños con diagnóstico de TDAH	115
Figura 8. Estrategias de control institucional a partir de discursos sobre integración/inclusión	118
Figura 9. Imagen de un médico con un niño diagnosticado con TDAH	129
Figura 10. Nube de palabras sobre los conceptos asociados al riesgo del TDAH	142
Figura 11. Referencias para las categorías “cualidades positivas” y “conductas problemáticas”	161
Figura 12. Dinámicas de exclusión en relación con los procesos de estigmatización	177
Figura 13. Modelo explicativo del curso del TDAH en Colombia	206

Lista de tablas

	Pág.
<u>Tabla 1. Datos sobre prevalencia del TDAH en diferentes zonas geográficas entre 2008 y 2018</u>	6
<u>Tabla 2. Comorbilidades del TDAH más frecuentes según subtipo predominante</u>	12
<u>Tabla 3. Participantes de la investigación</u>	72
<u>Tabla 4. Relación de los documentos normativos y prescriptivos incluidos como fuente documental para el ACD</u>	74
<u>Tabla 5. Métodos de recolección de la información según grupos/fuentes de información</u>	75
<u>Tabla 6. Categorías y subcategorías con sus definiciones</u>	83
<u>Tabla 7. Reorganización de la información a partir de las categorías analíticas</u>	88
<u>Tabla 8. Dificultades esperadas en los niños con TDAH según dimensión</u>	160
<u>Tabla 9. Fragmentos representativos de la forma que toman las relaciones con otros</u> .	175

Introducción

En Colombia el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el trastorno de inicio en la infancia más frecuente en niños ((Ministerio de la Salud y Protección Social [MinSalud] & Colciencias, 2015). Debido a su prevalencia, ha cobrado importancia en el ámbito de la salud y el educativo. De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2014), la prevalencia global es mayor al 5 %, aunque esta cifra difiere de forma importante en diferentes zonas geográficas como se describirá más adelante. En la última versión del DSM también aparecen los criterios para el diagnóstico del trastorno en adultos, tema del que se han ocupado gran parte de las investigaciones sobre TDAH en los últimos años. Aunque diferentes estudios muestran que los síntomas solo permanecen hasta la edad adulta en un 30 a 60 % de los casos (González Collantes et al., 2015; Williamson & Johnston, 2015), es importante tener en cuenta que tal formalización podría implicar la consolidación de la noción de cronicidad del TDAH.

Aun así, el trastorno sigue siendo principalmente un problema de niños y adolescentes. Este hecho, junto con la importancia del género en el desarrollo de la identidad y la determinación del ser social, obliga a prestar atención a la manera como niños y niñas experimentan el diagnóstico y se construyen a sí mismos como niño o niña con TDAH.

Respecto a las diferencias por sexo, se ha determinado que hay una mayor prevalencia del trastorno en varones (González Collantes et al., 2015) y mayor presencia del tipo hiperactivo-impulsivo en niños y del tipo inatento en niñas, aunque investigaciones sugieren que la diferencia ha venido disminuyendo (Pascual-Castroviejo, 2008). En el caso colombiano, la Encuesta Nacional de Salud Mental (MinSalud & Colciencias, 2015) muestra que no existen diferencias significativas en la prevalencia de ninguno de los subtipos de TDAH entre niños y niñas.

El género es una construcción cultural que, en tanto ideología, sustenta un determinado orden social a partir de la clasificación de un orden material (características anatómicas).

En este sentido, toda experiencia humana se organiza a través del género en relación con otras categorías como la raza, la edad, etc., lo que determina la forma de sentir, pensar y actuar (Hernández, 2006).

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) reconoce el género como un aspecto importante dentro de la conceptualización de salud en general y, específicamente de la salud mental, ya que el mismo interactúa con las características biológicas de los individuos para dar lugar a mayor o menor vulnerabilidad frente a determinados desórdenes mentales, en este sentido, podría existir mayor probabilidad de diagnosticar ciertos trastornos según el sexo.

Otros estudios que serán referenciados a lo largo de este trabajo presentan diferencias en las consecuencias sociales relacionadas con el sexo, pero hace falta más investigación que tome como categoría de análisis el género más allá de su expresión biológica. En un estudio previo de la autora, se encontraron diferencias en la experiencia subjetiva de niños y niñas diagnosticados con TDAH, lo cual incluía una relación diferente con el tratamiento farmacológico (Vargas, 2015). Es necesario analizar si estas diferencias están relacionadas con expectativas sociales respecto al comportamiento según el género y con estrategias de poder ejercidas sobre niños y niñas.

Construcción Social de la Enfermedad y Medicalización de la Vida Cotidiana

La enfermedad en general debe ser entendida como una condición que trasciende el plano individual ya que tiene una estrecha relación con las estructuras sociales bajo las cuales se desenvuelven las personas. La construcción social de la enfermedad se da en dos vías; por una parte, la organización física y social de la vida determina qué características individuales son entendidas como incapacitantes, y por otra, algunas condiciones propias del sistema social pueden generar enfermedad (Wendell, 1996). Por tanto, guardando las diferencias entre los conceptos de enfermedad física y trastornos mentales, en ambos casos es necesario tener en cuenta el contexto social en el que surgen, ya que en relación con este las personas construyen representaciones acerca de lo que significa estar enfermo (o tener un diagnóstico psiquiátrico).

La importancia de una construcción social no solamente se da en virtud del interés por comprender una problemática desde la perspectiva de sus protagonistas, sino porque de aquella se desprenden y mantienen prácticas sociales. En el caso de diagnósticos

psiquiátricos como el de TDAH, las construcciones sobre el mismo dan lugar a prácticas educativas y de crianza además del tratamiento médico.

Por otra parte, diagnósticos como el del TDAH son bastante problemáticos por varias razones que se presentarán a lo largo de este trabajo, constituyéndose como una entidad clínica muy problemática susceptible de ser cuestionada, y que a pesar de esto se ha mantenido vigente por varias décadas con altas prevalencias de diagnóstico alrededor del mundo.

Uno de estos problemas, el más estudiado quizás, tiene que ver con que sus síntomas pueden ser identificados en la mayoría de la población infantil y por lo tanto el diagnóstico solo se da en función del grado y duración de los mismos, a partir de apreciaciones subjetivas de los cuidadores.

El hecho de incluir comportamientos cotidianos como parte de un trastorno obedece a un proceso de medicalización, tal como fue descrito por Foucault en varias de sus obras, el cual también se relaciona con la necesidad de ejercer un poder especial sobre el cuerpo de los individuos con miras a moldearlos según las necesidades de un sistema productivo dominante.

Para lograr esto, el TDAH se reifica gracias a discursos, principalmente médicos, sobre la enfermedad mental, sus consecuencias y las diferentes posibilidades de conceptualizarla y tratarla. Estos discursos son adoptados por las personas del común de formas diversas que no siempre coinciden o mantienen intactos todos los elementos del mismo, pero que en todo caso parten de este para sustentar sus propias prácticas.

De acuerdo con esto, mediante este trabajo se busca una mayor comprensión de la forma como los discursos sobre el TDAH se personifican en los cuerpos de niños y niñas con este diagnóstico o, incluso con sospecha del mismo, en nuestro contexto. Asimismo, cómo estos definen las posibilidades de actuación de quienes están a cargo de su cuidado. Lo anterior mediante una deconstrucción de los discursos dominantes alrededor de este y la configuración de prácticas cotidianas de ejercicio del poder.

1. Capítulo 1. Presentación del Problema de Investigación, Justificación y Pertinencia

El propósito general de este trabajo consiste en hacer una deconstrucción de los discursos dominantes sobre el TDAH en nuestro contexto para comprender cómo este se reifica o, en otras palabras, es entendido como una entidad patológica real con consecuencias a corto, mediano y largo plazo en la vida de quienes lo padecen y de quienes lo rodean.

El TDAH es uno de los trastornos de inicio en la infancia más diagnosticados en niños y adolescentes en el mundo. Además de presentar altas tasas de prevalencia, también presenta cifras importantes de incidencia y comorbilidad con otros trastornos tanto médicos como psiquiátricos, y está asociado a riesgos y baja calidad de vida tanto en la infancia como en la adultez.

La variación en la prevalencia de este trastorno según la zona geográfica y el aumento significativo de la misma a través del tiempo, así como las diferencias en su expresión según el sexo, la edad y otras características demográficas, hacen necesario reflexionar sobre las bases sociales y culturales que permiten la delimitación y definición del trastorno de acuerdo con normas y expectativas de comportamiento.

Es un hecho conocido dentro de la literatura que la enfermedad mental se expresa con mayor frecuencia en forma de trastornos externalizantes en niños e internalizantes en niñas (Navarro-Pardo et al., 2012; Park et al., 2014), hecho cuya explicación no se agota en los hallazgos proporcionados por la investigación neurobiológica de los trastornos mentales, pero que puede tener consecuencias en la forma como las instituciones involucradas abordan el problema. Por esta razón es necesario profundizar en la comprensión de los procesos socioculturales que sustentan tanto la forma como se expresan los trastornos de acuerdo al género, como las consecuencias de dichas formas de expresión. Este fenómeno también concierne a la investigación social sobre el TDAH,

que ha sido entendido y conceptualizado como un trastorno principalmente masculino, pero con consecuencias sociales tanto para niños como para niñas.

1.1 Panorama General del TDAH: Aspectos Epidemiológicos

Si bien el DSM-5 reporta una prevalencia global del 5.29 % para el TDAH, existen grandes diferencias por zona geográfica, mostrando variaciones importantes que van, por ejemplo, desde el 4,3 % en regiones españolas (Lora et al., 2009) al 20,4 % en regiones colombianas (J. Cornejo et al., 2005), pasando por una gran gama de resultados en diversos países del mundo así como al interior de los mismos (Alizadeh et al., 2015; E. Cornejo et al., 2015; El-Nemr et al., 2015; J. Jiménez et al., 2012; Pineda et al., 2001; L. Rodríguez et al., 2009; Vélez et al., 2008). En la Tabla 1 se muestran resultados de algunas investigaciones sobre prevalencia en diversas regiones en los últimos 10 años.

Tabla 1

Datos sobre prevalencia del TDAH en diferentes zonas geográficas entre 2008 y 2018

Lugar	Prevalencia
Fayoum (Egipto)	20,5 % (Aboul-ata & Amin, 2018)
Minufya (Egipto)	19,7 % (El-Nemr et al., 2015)
Lima (Perú)	16,5 % (Livia et al., 2012)
Izmir (Turquía)	12,91 % ¹ (Ercan et al., 2013)
Nicosia (Chipre)	12,8 % (Hekim et al., 2017)
Francisco Morazán (México)	11,3 % (Duarte et al., 2010)
Oklahoma (EEUU)	10,6 % (Wolraich et al., 2014)
Santiago-Concepción-Iquique-Cautín (Chile)	10 % (De la Barra et al., 2013)
Hunan (China)	9,74 % (Shen et al., 2018)
Jalisco (México)	9,11 % (Cornejo et al., 2015)
Muscat (Oman)	8,8 % (Al-Ghannami et al., 2018)
Carolina del Sur - (EEUU)	8,7 % (Wolraich et al., 2014)
Greater Doha (Qatar)	8,3 % (Bradshaw & Kamal, 2017)
Vinh Long (Vietnam)	7,7 % (Pham et al., 2015)
Benin (Nigeria)	7,6 % (Ambuabunos et al., 2011)
Ciudad de Panamá (Panamá)	7,4 % (Sánchez et al., 2011)
Birjand (Irán)	7,2 % (Alizadeh et al., 2015)
Castilla y León (España)	6,7 % (L. Rodríguez et al., 2009)
Ogberuru (Nigeria)	6,6 % (Ndukuba et al., 2017)
China	6,26 % (T. Wang et al., 2017)

¹ Resultado para el año 2011 de un estudio con 4 cortes anuales desde el año 2008

Lugar	Prevalencia
Atenas (Grecia)	6 % (Skounti et al., 2010)
Shantou (China)	5,91 % (Y. Huang et al., 2017)
Italia	5,9 % (Reale & Bonati, 2018)
Cataluña (España)	5,4 % (J. Canals et al., 2018)
Castilla-La Mancha (España)	5,4% (Cerillo-Urbina et al., 2018)
Santa Cruz das Palmeiras (Brazil)	5,1 % (Arruda et al., 2015)
Valle Central (Costa Rica)	5 % (Weiss et al., 2011)
Canarias (España)	4,9 % (J. Jiménez et al., 2012)
Shangai (China)	4,6 % (Jin et al., 2013)
Francia	3,5 % (Lecendreux et al., 2011)
Reino Unido	1,4 % (G. Russell et al., 2014)
Taiwán	1,24 % (L. Wang et al., 2017)

Nota: Datos recopilados por la autora a partir de diferentes fuentes bibliográficas

Estas diferencias pueden ser explicadas por diferentes razones; estudios al respecto atribuyen la diversidad a variables de tipo metodológico como la delimitación o definición del trastorno, los criterios diagnósticos y las fuentes de información utilizadas, mostrando por ejemplo que estudios basados en el CIE-10 o el DSM-III arrojan prevalencias menores que aquellos basados en el DSM-IV (Polanczyk et al., 2007; Polanczyk et al., 2014; Thomas et al., 2015). Mediante un meta-análisis, Thomas et al. (2015) mostraron que investigaciones basadas en el DSM-III daban como resultado una prevalencia agrupada del 5,6 %, mientras que aquellas basadas en el DSM-III-R una prevalencia agrupada del 4,7 % y las basadas en el DSM-IV resultaban en una prevalencia agrupada del 7,7 %.

Si bien es cierto que la variación en los datos de prevalencia disminuye al hacer análisis sistemáticos de los estudios al respecto, algunos meta-análisis muestran prevalencias globales incluso mayores que los estudios individuales presentados en la Tabla 1, por ejemplo en países como España se encontró una prevalencia agrupada de 6,8 % (Catalá-López et al., 2012) y de 6,26 % en China (T. Wang et al., 2017). Aún con tales variaciones, el TDAH es, en la mayoría de las regiones, uno de los problemas de salud mental más diagnosticados en la infancia y adolescencia, después de trastornos de ansiedad y depresión (Polanczyk et al., 2015).

En Europa, por ejemplo, se estima una prevalencia del TDAH del 5 % frente a un 0,6 % en cuanto al autismo y un 3 % en el caso de desórdenes de la conducta (Wittchen et al., 2011). En el caso colombiano, la Encuesta Nacional de Salud Mental llevada a cabo en el año 2015 muestra una prevalencia del 3 % para el TDAH en la población infantil, mientras que

aquella para el trastorno de oposición desafiante es del 0,4 % y del 0,3 % para otros trastornos de la conducta (MinSalud & Colciencias, 2015).

Respecto a la distribución por subtipos, sexo y edad, un metaanálisis llevado a cabo por Willcutt (2012), muestra que, con una prevalencia global del TDAH del 5,9 % basada en el uso de todos los criterios del DSM-IV-TR, el ratio masculino-femenino es de 3,2:1; Por subtipos se daría de la siguiente manera: combinado 3,4 % con un ratio de 2,7:1, inatento 1,8 % con un ratio de 1,8:1 e hiperactivo 0,8 % con un ratio de 3,5:1. En cuanto a la edad, los análisis hechos por el autor sugieren que la prevalencia del diagnóstico de TDAH es más alta para el grupo de edad de los 6 a los 12 años, seguido por el grupo de los 3 a los 5 años.

Estos datos muestran que independientemente del subtipo, la prevalencia es mayor para los niños que para las niñas, aunque la proporción se disminuye en el subtipo inatento, lo cual es congruente con otros estudios que sugieren que las niñas no solo son diagnosticadas con menor frecuencia, sino que cuando lo son, presentan más problemas de inatención, mientras que en los niños predomina la hiperactividad (Rucklidge, 2008; Singh et al., 2016). Estos datos deben ser tomados con precaución ya que hay evidencias de que no sucede lo mismo con la impulsividad que acompaña al subtipo hiperactivo, la cual tendría mayor presencia en las niñas (Gökçe et al., 2017).

A pesar de los hallazgos anteriores, estudios muestran que la diferencia en la prevalencia según el sexo, se disminuye considerablemente cuando se hacen los análisis sobre muestras poblacionales que incluyen participantes fuera del ámbito clínico (C. Huang et al., 2016; Mowlem et al., 2019); Por esta razón algunos autores sugieren que las niñas están siendo subdiagnosticadas debido a que, o bien expresan de una forma distinta los síntomas, o bien no cumplen necesariamente con el cuadro completo de criterios diagnósticos propuesto en los manuales (Ramtekkar et al., 2010; Skogli et al., 2013).

En cuanto a la incidencia del TDAH los datos son bastante escasos. Algunos estudios europeos sugieren fluctuaciones en la misma en las últimas décadas mostrando un aumento inicial seguido de disminuciones significativas. Este es el caso del Reino Unido donde se registra una incidencia de 6,9 por cada 100.000 habitantes en 1998, un 12,2 en el año 2007 y 9,9 en el año 2009 (Holden et al., 2013). Una revisión de la literatura al respecto en Alemania muestra la misma tendencia a una disminución de la incidencia del

diagnóstico de TDAH (Steinhausen et al., 2016). Los autores argumentan que las razones que sustentan el descenso en las tasas de incidencia pueden estar relacionados con diversas variables, entre ellas la conciencia de algunos autores involucrados en el diagnóstico de la necesidad de fortalecer los criterios para determinar la presencia de un trastorno.

Contrario a estos hallazgos, en muchos otros países parece haber una tendencia al aumento sostenido de nuevos diagnósticos. Es el caso de Canadá con incidencias que aumentaron hasta el doble en algunas de sus provincias entre 1999 y 2012 (Vasiliadis et al., 2017); Taiwán donde se registra un aumento que va del 0,02 % al 0,34 % entre 1997 y 2005 (Chien et al., 2012); Por último, Eslovenia que muestra un aumento que va desde 31,7 por cada 100.000 niños y adolescentes en 1997, hasta 95,8 en 2012 (Štuhec et al., 2015).

Los datos sugieren que la presencia de TDAH en el mundo es bastante relevante y así mismo lo es la discusión de su tratamiento, teniendo en cuenta que este se basa predominantemente en la administración de fármacos psicoestimulantes como el metilfenidato o las anfetaminas cuyos efectos secundarios han sido bastante discutidos, pero poco investigados y pueden incluir desde malestares generales como náuseas y dolores de cabeza, hasta desórdenes del sueño y la alimentación, tema que se tratará más adelante.

1.1.1 Etiología del TDAH

No existe un consenso acerca de la etiología del TDAH. Sin embargo, dentro de la literatura científica al respecto, predomina la idea de un origen neurológico y genético sobre el cual se sustenta el tratamiento predominante. En este sentido, se han identificado diferencias anatómicas entre niños con y sin diagnóstico que sugieren una alteración del desarrollo cerebral en los primeros, principalmente representada por un menor tamaño del lóbulo prefrontal y el cerebelo, y menor cantidad de sustancia gris y blanca; así mismo la actividad fisiológica cerebral de estos niños podría presentar diferencias como mayor actividad theta y actividad continua durante el sueño en niños diagnosticados; por último, se han identificado patrones genéticos relacionados con la actividad dopaminérgica que aumentan

el riesgo de presentar síntomas de inatención e hiperactividad aproximadamente en un 50 % (J. Muñoz et al., 2006).

Por otra parte, existen numerosos estudios que ponen de manifiesto la importancia de factores ambientales en el desarrollo de esta sintomatología, los cuales van desde el cuidado prenatal hasta factores psicosociales. En cuanto a los primeros, se ha encontrado que la deficiencia de yodo en la madre gestante está relacionada con un incremento en la probabilidad de presentar síntomas de TDAH (Hope-Abel et al., 2017) al igual que el consumo de cigarrillo (Koshy et al., 2011; Kovess et al., 2015), alcohol (Smidts & Oosterlaan, 2007) y medicamentos antidepresivos (Morales et al., 2018) durante el embarazo.

En cuanto a los factores ambientales involucrados en el desarrollo de sintomatología del TDAH después del nacimiento, hay evidencia de una relación entre estos y el nacimiento pre-término, especialmente asociado con la inatención, debido a la resultante inmadurez de algunas estructuras cerebrales encargadas de la memoria de trabajo (Brogan et al., 2014; Bröring et al., 2018). De igual manera, algunos estudios han encontrado una relación positiva entre el diagnóstico de TDAH y la exposición a sustancias neurotóxicas a edades tempranas como plomo (Nicolescu et al., 2010), agua fluorada (Malin & Till, 2015), partículas contaminantes (Myhre et al., 2018) y bisfenol A (Tewar et al., 2016). Otros hallazgos bastante novedosos sugieren que la prevalencia de TDAH es significativamente superior en zonas geográficas con menor intensidad solar, debido posiblemente al efecto negativo que esto tiene sobre el ciclo circadiano (Arns et al., 2013).

La relación entre el consumo de algunos alimentos y el TDAH también ha sido motivo de investigación, aunque con resultados no concluyentes. A pesar de ello, algunos estudios sobre la efectividad de tratamientos basados en la modificación de la dieta de niños con este diagnóstico muestran que se obtiene una mejoría entre baja y moderada al eliminar el consumo de azúcares y aditivos y añadir suplementos de ácidos grasos como el omega-3 y 6; así mismo se obtiene una disminución significativa de la sintomatología al aplicar una dieta de eliminación restringida o FFD (Few-foods diet), la cual consiste principalmente en la eliminación de alimentos comúnmente alergénicos, seguida de la inclusión de los mismos uno a uno hasta identificar cuáles de ellos afectan la conducta del niño diagnosticado (A. Canals et al., 2015; Pelsser et al., 2017).

Dentro de la literatura científica también se encuentran algunos estudios acerca del papel que juegan variables sociales en el desarrollo del TDAH. En este sentido, un estudio encontró que la mayoría de niños diagnosticados con este trastorno pertenecían a áreas urbanas y que el ingreso familiar era ligeramente más alto en las familias de estos niños (Cho et al., 2018); sin embargo, otra investigación encontró que una puntuación alta en privación social global, medida en variables como ingreso promedio familiar, situación laboral, salud, nivel educativo, barreras para el acceso a vivienda y servicios, crimen y ambiente del lugar de vivienda, estaba fuertemente vinculada a mayores índices en la prevalencia del TDAH (Hire et al., 2018). Así mismo se han encontrado relaciones positivas entre la aparición de síntomas de TDAH y el uso patológico de video-juegos e internet (González-Bueso et al., 2018) y mayor probabilidad de desarrollar el trastorno en relación con el mes de nacimiento, teniendo en cuenta que debido a esto los niños se escolarizan más temprano presentando mayores signos de inmadurez que sus compañeros y aumentando así el riesgo de ser diagnosticados (Karlstad et al., 2017).

1.1.2 Comorbilidad y Riesgos Asociados al TDAH.

Diversos estudios han encontrado que existe un mayor riesgo de padecer otros desórdenes psiquiátricos para quienes ya padecen este trastorno, con tasas de comorbilidad aproximadas del 76,7 % (Joelsson et al., 2016). Algunos de los más comunes son el trastorno por oposición desafiante, desórdenes de la conducta, trastornos del estado del ánimo y depresión, tics, desórdenes alimenticios, ansiedad y problemas de sueño, abuso de sustancias psicoactivas y dependencia a la nicotina (Souza et al., 2004; Bauermeister et al., 2007; Bakare, 2012; Yoshimasu et al., 2012; Groenman et al., 2013; Mulraney et al., 2016; Romvig-Overgaard et al., 2016; Cao et al., 2018). Adicionalmente se ha encontrado comorbilidad con desórdenes médicos como migraña (Kutuk et al., 2018), sobrepeso y obesidad (Yang et al., 2013), desórdenes a nivel inmunológico, tartamudeo y epilepsia (Muskens et al., 2017).

Al igual que la prevalencia del trastorno, la comorbilidad está relacionada con el sexo y el subtipo. Investigaciones sugieren que el riesgo de presentar estos trastornos depende del subtipo predominante como lo muestran algunos datos presentados en la Tabla 2, en la cual se muestran los padecimientos que acompañan al TDAH con mayor frecuencia. De acuerdo con Sesar et al., (2014), los niños con el subtipo combinado son quienes mayor

cantidad de problemas psicológicos y sociales presentan, siendo en el caso de las niñas más frecuente la comorbilidad con trastornos internalizantes como problemas de ansiedad y depresión independientemente del subtipo. Además, de acuerdo con algunos autores, el riesgo de obesidad por ejemplo, es mayor en niñas y mujeres diagnosticadas con TDAH que no están bajo tratamiento farmacológico (Davis, 2010; Kim et al., 2011).

Tabla 2

Comorbilidades del TDAH más frecuentes según subtipo predominante

Subtipo	Trastornos asociados
Combinado	Trastorno generalizado de la ansiedad (Melegari et al., 2018) Oposición desafiante (Ghanizadeh, 2009; Amiri et al., 2013)
Inatento	Conductas de acumulación (Fulana et al., 2013) Enuresis (Ghanizadeh, 2009)
Hiperactivo-Impulsivo	Oposición desafiante (Ghanizadeh, 2009; Amiri et al., 2013) Tics (Amiri et al., 2013) Insomnio y pesadillas (Grünwald & Schlarb, 2017)

Nota: Datos recopilados por la autora a partir de diferentes fuentes bibliográficas

Aparte de los trabajos sobre comorbilidad, existen en la literatura varios trabajos que resaltan los posibles riesgos a los que se enfrentan las personas que padecen de TDAH, especialmente en caso de no recibir tratamiento oportuno. En este sentido, el diagnóstico de TDAH se relaciona significativamente con experiencias adversas como problemas familiares (incluido el divorcio de los padres), violencia por parte de vecinos, reclusión en centros correccionales, enfermedad mental en la familia (Brown et al., 2017), ideación suicida (Kovess-Masfety et al., 2015) y mayor riesgo de accidentalidad o de sufrir heridas graves (Lee et al., 2008; Shilon et al., 2012).

Otras investigaciones hacen referencia a problemas que se pueden presentar después de la adolescencia, justo después de que se espera que los síntomas comiencen a remitir. Estos riesgos se refieren principalmente a fracasos o deterioro en la vida académica, laboral y social. De acuerdo con Franke et al. (2018), de acuerdo con el momento de la vida, estos riesgos se resumen en: bajo rendimiento académico y baja probabilidad de

graduarse y hacer estudios después de la secundaria; desempleo, inestabilidad laboral, altas tasas de ausentismo y problemas financieros; y altas tasas de divorcio, mudanzas frecuentes y paternidad/maternidad temprana. Por otra parte, los autores muestran que el sufrir de TDAH puede estar relacionado en la adultez con altas tasas de mortalidad por causas no naturales, incluyendo accidentes y suicidio.

En las últimas décadas ha surgido también una creciente preocupación por aquellos niños que, si bien no cumplen con los criterios completos para hacer un diagnóstico de TDAH, sí presentan algunos de los síntomas, lo que conlleva consecuencias similares a padecer el “cuadro completo” de TDAH. De acuerdo con algunos autores, la prevalencia de este TDAH “subclínico” podría incluso superar el 20 % y estaría acompañado de altas tasas de comorbilidad (Balázs & Keresztény, 2014) y un deterioro funcional importante (Hong et al., 2014), acompañado de consecuencias psicosociales similares a las que presentan los niños con el diagnóstico (Kirova et al., 2019).

1.1.3 Tendencias en el Tratamiento del TDAH.

Las líneas de tratamiento actuales para el control de los síntomas del TDAH se dividen principalmente en dos: las intervenciones psicológicas y la prescripción farmacológica. Dentro del primer grupo predominan las terapias cognitivo-conductuales, el entrenamiento de padres y las intervenciones psicosociales (Serrano-Troncoso et al., 2013). En el segundo grupo los fármacos más utilizados son los psicoestimulantes dentro de los cuales se encuentran el metilfenidato, las d-anfetaminas y la remolina; seguidos de los no estimulantes compuestos por antidepresivos, antihipertensivos y atomoxetina (Díaz-Atienza, 2006). Otros estimulantes que comienzan a considerarse más recientemente son la lisdexanfetamina y la guanfacina (Fernández et al., 2017).

A pesar de la amplia gama de propuestas psicoterapéuticas para el tratamiento del TDAH, y de que estas últimas parecen tener mayor efectividad a largo plazo (Rajeh et al., 2017), parece innegable la preferencia a nivel mundial por los tratamientos farmacológicos como primera línea de abordaje de los síntomas del trastorno. Este panorama es liderado por países occidentales como Estados Unidos, que de acuerdo con reportes de los CDC (Centers for Disease Control and Prevention, 2005), ya para el año 2003 el 56 % de los

niños y adolescentes diagnosticados con TDAH tomaban medicamentos prescritos para este trastorno.

En el caso europeo, para el año 2004, el estudio ADORE (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Observational Research in Europe) mostró que aproximadamente el 53 % de los individuos diagnosticados con TDAH recibía tratamiento farmacológico, casi exclusivamente con metilfenidato, y principalmente en el grupo de edad de los 13 a 18 años (Ralston et al., 2004).

Estudios muestran que la prevalencia en la administración de fármacos para el TDAH se mantuvo estable en Estados Unidos entre 2006 y 2012, con un aumento aproximado del 10,2 %, mientras que en Países Bajos, para el mismo período de tiempo, se registra un incremento hasta de 302,7 %, superando la prevalencia global registrada en Estados Unidos, contrario al caso de Reino Unido que, a pesar de mostrar mayor tasa de incremento, mantiene mucho más baja la prevalencia global (Bachmann et al., 2017), aunque el tiempo de duración del tratamiento parece ser mayor allí con respecto a otros países (Beau-Lejdstrom et al., 2016). Así mismo, Australia presenta un incremento relativo en la incidencia y prevalencia del uso de fármacos psicoestimulantes entre niños y adolescentes de aproximadamente 114 % entre 2007 y 2015 (Brett et al., 2017).

A diferencia de las altas tasas en la prevalencia del uso de fármacos para el TDAH en occidente, regiones orientales muestran datos mucho más bajos al respecto, pero con tendencias de incremento en las mismas similares, un ejemplo de ello lo proporciona un estudio en Hong Kong, donde se pasó de una prevalencia del 0,072 % en el año 2001 a un 1,027 % en 2013 (Man et al., 2017).

Nuevamente en este tema se presentan diferencias relacionadas con el género, siendo más probable su administración a niños varones que a niñas (Dalsgaard et al., 2014), y de acuerdo con algunos autores, encontrando mayor efectividad en la reducción de la sintomatología en los primeros (L. Wang et al., 2015).

Por su parte, los datos para Latinoamérica son aún más escasos. Se estima que, para el año 2010, el tratamiento farmacológico no se aplicaba a más del 7 % de los niños diagnosticados con TDAH y menos del 23 % recibían tratamiento de otro tipo (Palacio et al., 2010).

Estos datos, junto con las estimaciones sobre la prevalencia del trastorno, han preocupado a comunidades médicas latinoamericanas en la última década. Como resultado de dicha preocupación han surgido algunas propuestas sobre lineamientos a seguir en el tratamiento del TDAH, dentro de los cuales se ratifica el origen biológico del trastorno y la influencia secundaria de factores psicosociales en la manifestación y desarrollo del mismo, lo que da como resultado la recomendación de tratamientos multimodales que incluyen como línea principal la administración de fármacos psicoestimulantes junto con acompañamiento psicosocial (Barragán et al., 2007; Palacio et al., 2010).

La tendencia al aumento en la administración de estos fármacos se mantiene a pesar de sus efectos secundarios. En el caso del metilfenidato, que es a grandes rasgos el fármaco más prescrito en la mayoría de países, se han reportado en la literatura científica efectos adversos como: insomnio (Becker et al., 2016; Storebø et al., 2018), disminución del apetito (Gurbuz et al., 2016; Storebø et al., 2018) retardo en el crecimiento (Gurbuz et al., 2016), pérdida de cabello (Gnanavel & Hussain, 2018), aumento en la frecuencia cardiaca (Hennissen et al., 2017), dolores abdominales (Holmskov et al., 2017), jaquecas (Pastura & Mattos, 2004; Storebø et al., 2018), tics, náuseas, irritabilidad (Pastura & Mattos, 2004) y otros efectos menos comunes como aumento anormal de la activación sexual (Coskun & Zoroglu, 2009), deterioro del estado del ánimo o depresión (Lakić, 2012) y aparición de conductas obsesivo-compulsivas (Jhanda et al., 2016), agitación, agresión y ansiedad (Konrad-Bindl et al., 2016).

Las investigaciones sobre los efectos a largo plazo del metilfenidato y otros medicamentos para el tratamiento del TDAH son todavía bastante escasas, algunos estudios relacionan el uso prolongado de psicoestimulantes con riesgos cardiovasculares y mayor sensibilidad a la aparición de tartamudeos y tics, así como frente al síndrome de Tourette (Poulton, 2006). Otros estudios llevados a cabo con animales sugieren que la administración prolongada de metilfenidato podría alterar enzimas cerebrales relacionadas con el metabolismo y la homeóstasis celular (Scaini et al., 2008).

1.2 TDAH y Género. Una Perspectiva Socio-Cultural

El panorama epidemiológico del TDAH presentado en los párrafos precedentes permite evidenciar que el discurso biomédico domina los campos de comprensión de este

fenómeno en lo referente a su origen, curso y tratamiento. Sin embargo, existen varias dudas alrededor de este paradigma.

En primer lugar, a pesar de la gran cantidad de investigaciones orientadas a determinar las causas neurobiológicas del trastorno, aún no es posible hacer un diagnóstico basándose en estos hallazgos, por lo que la principal fuente de información de que se valen los profesionales de la salud para delimitar los síntomas son los manuales diagnósticos como el DSM o el CIE. Dichos criterios son confirmados por personas cercanas al niño o niña, principalmente sus cuidadores y profesores, quienes según su criterio (subjetivo) determinan tanto la presencia de los síntomas como su gravedad.

En este sentido, la determinación de si existe o no un problema de comportamiento en el niño podría variar en función de aspectos demográficos y sociales, tales como las características personales del profesor, su nivel de formación, el género del infante y el nivel de externalización de los síntomas que presenta (Coles et al., 2012).

Por otra parte, las variaciones en los datos sobre prevalencia según el manual diagnóstico utilizado y su versión invitan a pensar en los trastornos mentales como construcciones sociales, en la medida en que tanto su descripción como su delimitación, son producto de acuerdos dentro de una comunidad científica que comparte las mismas convenciones, las cuales van cambiando a través del tiempo y son interpretadas por la comunidad general de maneras diversas. Esto estaría relacionado también con hechos como las variaciones en la prevalencia según zona geográfica, edad y género y los incrementos sostenidos a través del tiempo en la incidencia del trastorno y en el consumo de psicoestimulantes para su tratamiento, especialmente en países occidentales.

Temas como la creciente preocupación por los cuadros subclínicos de TDAH, las nuevas investigaciones sobre el subdiagnóstico en niñas y las modificaciones presentadas en el DSM-5 que incluyen por ejemplo el cambio de la edad límite antes de la cual se debían presentar los síntomas y su definición como un trastorno del desarrollo, nos enfrentan a la posibilidad de un aumento drástico en las tasas de prevalencia del trastorno y esto, junto con la ratificación del carácter neurobiológico del trastorno, a un aumento del consumo de psicoestimulantes en niños, cuestión que preocupa a varios expertos en el tema debido a la falta de investigación sobre sus efectos a largo plazo.

Múltiples investigaciones han mostrado las consecuencias psicosociales de tener un diagnóstico de TDAH, como por ejemplo, la posibilidad de auto-estigmatización y la relación de esto con un pobre funcionamiento social y problemas de autoestima y autoeficacia (Eisenberg & Schneider, 2007). Así mismo, algunos estudios muestran que independientemente de los comportamientos, el hecho de tener un diagnóstico puede provocar emociones negativas y baja confianza frente a los niños diagnosticados (Ohan et al., 2011). También se han encontrado relaciones positivas entre el tener un hijo con síntomas del trastorno y el estrés parental, que afecta especialmente a las madres (Insa et al., 2018) y que es moderado por el género del niño, encontrando menor grado de estrés en padres de niñas (Theule et al., 2012).

Este panorama nos confirma la relevancia del TDAH y su impacto social, así como la importancia del género en la construcción social del trastorno. Los análisis de la “sexualización” del TDAH evidencian que este ha sido masculinizado desde el comienzo de su historia (Bailey, 2008), y la visibilización de esto ha conducido a diferentes posturas. Por un lado, están aquellas que buscan impulsar “mejores” métodos de evaluación y clasificación de los síntomas femeninos, aludiendo a las consecuencias negativas que podría tener en la vida adulta del hecho de no acceder a tiempo a un tratamiento adecuado. Por otra parte, están aquellos trabajos que argumentan que el TDAH y su expresión predominantemente masculina responde al orden social.

1.2.1 Planteamiento del problema

De acuerdo con lo anterior, el propósito de este trabajo es investigar los procesos discursivos mediante los cuales se le da el estatus de entidad patológica real al TDAH, así como las consecuencias que esto tiene sobre las posibilidades de subjetivación de los niños y niñas con este diagnóstico y de los demás actores que participan en la construcción del mismo. Como se sugirió en el apartado anterior, la conceptualización del TDAH se ha hecho principalmente con base en la problematización de ciertos comportamientos en entornos institucionalizados, los cuales son entendidos principalmente como masculinos, razón por la cual se busca que el análisis se haga también en relación con el género.

Según Hawthorne (2010) el estudio del TDAH ha estado fuertemente inclinado hacia los casos de niños, lo que da como resultado un sesgo de género tanto en el conocimiento

como en la práctica, promoviendo además la naturalización de la dicotomía biologicista niño con TDAH/niño sin TDAH, ignorando las cuestiones de género y sometiendo a las niñas a un riesgo particular de sufrir consecuencias en su vida actual y futura relacionadas con la falta de reconocimiento de su sintomatología.

Estas afirmaciones conducen a una contradicción, la cual es reconocida por la misma autora, entre el cuestionamiento de la dicotomía normal-anormal y la preocupación por el subdiagnóstico femenino, ya que esta supondría entender el TDAH como una entidad claramente delimitable y ubicaría el problema más en los protocolos diagnósticos que en las condiciones sociales y culturales que, por un lado, permiten la producción del diagnóstico, y por otro sostienen la caracterización masculina del TDAH.

De acuerdo con esto, la producción social del diagnóstico de TDAH sigue patrones de género que en general se adhieren a una concepción masculina del trastorno en el sentido de que los comportamientos problemáticos que lo definen, y que son más salientes, se expresan con mayor frecuencia en los niños que en las niñas. Sin embargo, sostener afirmaciones como que la sintomatología de las niñas es esencialmente diferente a la de los niños y que el trastorno se expresa de una forma diferente en ellas sin dejar de ser el mismo, no solo ratificaría la dicotomía de género dentro del discurso sobre el TDAH, sino que también reafirmaría la dicotomía biológica de los sexos a partir de la patología.

Otras conceptualizaciones, que también parten de la evidencia en la dominancia de los casos masculinos en la construcción del TDAH, han resaltado cómo este surge en una escuela primaria aparentemente feminizada pero que sustenta y ratifica valores patriarcales y que, en la búsqueda de “normalización”, fija su atención e intenta reprimir aquellos comportamientos masculinos que amenazan dichos valores (Bailey, 2008), lo que podría explicar además los hallazgos acerca de una particular sensibilidad de parte de profesores para detectar síntomas de este trastorno con mayor frecuencia en niños que en niñas (Isaksson et al., 2016).

Esta última postura se ubica dentro de aquellas que cuestionan el carácter ontológico del TDAH como una entidad patológica delimitable, resaltando las estructuras ideológicas que sustentan el trastorno y la importancia del diagnóstico y el tratamiento.

En este contexto, los niños “problemáticos” que cuentan con un diagnóstico pueden, a la vez que obtienen ventajas en términos de recursos y atención, pagar costos importantes en tanto dicha atención se dirige más al restablecimiento del orden en el aula que al apoyo para promover logros académicos, al darles la posibilidad de manejarse libremente en el espacio académico o evadir tareas y, como la severidad de los síntomas está relacionada con qué tan disruptivos son los comportamientos del niño, se presta más atención a aquellos cuyas conductas representan mayor peligro de perder el control de las dinámicas del aula y menos a aquellos que tienen dificultades de atención, volviéndolos casi invisibles (Bailey, 2008). Este sería el caso de la mayoría de niñas, lo que se puede interpretar como su invisibilización en el aula.

Esto implica entender categorías como género en términos de ideología, mientras que diagnóstico y tratamiento aluden a estrategias de poder aplicadas sobre el cuerpo. Respecto al primero, el sistema sexo/género se refiere a un conjunto de disposiciones a través de las cuales un grupo social transforma las diferencias sexuales biológicas en un producto de la actividad humana, es decir le confiere unas connotaciones que van más allá de lo meramente biológico-anatómico y que se valen de aspectos sociales y culturales para definir las relaciones entre los sexos (Rubin, 1986). Desde los trabajos de Margaret Mead y Simone de Beauvoir se pone de manifiesto que el género es independiente del carácter biológico del sexo y varía de acuerdo con la cultura y la sociedad (Viveros, 2015).

En términos generales, el problema de las desviaciones mentales y su relación con el género se abordará desde el socioconstruccionismo y la teoría del poder de Michael Foucault. A partir de allí se entiende que el TDAH es un constructo socio-cultural que ha sido construido a partir de discursos biomédicos que naturalizan la dicotomía normal/anormal, que se basan principalmente en la presunción de una etiología biológica del trastorno, aun cuando esta no ha sido confirmada, y que a la vez sustentan y se sustentan en la efectividad a corto plazo del tratamiento farmacológico.

Dichos discursos se consolidan en el contexto histórico-social de la modernidad, donde las estrategias de biopoder, que inicialmente se aplican a los cuerpos individualizados para garantizar los procesos de productividad, se transforman y generalizan a la población, y a través de procesos de medicalización de la vida ejercen control sobre el riesgo y las desviaciones.

Si bien es cierto que el TDAH es un trastorno predominantemente masculino, tal como se ha mostrado suficientemente, es necesario reconocer que también hay niñas con este diagnóstico y que por tal razón es importante reflexionar sobre su lugar y su experiencia en un contexto masculinizado, sin caer en la reducción del problema a un asunto de debilidades en los sistemas de diagnóstico. Más bien, en este trabajo se propone un esfuerzo por comprender cómo operan las estrategias de poder sobre unos cuerpos que han sido sexualizados y a la vez clasificados a partir de un discurso sobre la desviación, discurso que no abarca de la misma manera a niños y niñas.

En otras palabras, cualquier experiencia vital del ser humano se verá necesariamente atravesada por el género ya que a partir de este el individuo es construido y clasificado, dando lugar a formas particulares de relacionarse con el mundo. Debido a que las características más notorias del TDAH son comportamentales, se hace necesario hacer un análisis acerca de cómo el hecho de entenderse como un ser sexuado determina un lugar particular en la sociedad y por lo tanto una forma particular de vivir este acontecimiento.

Por otra parte, las estrategias de poder que se aplican sobre estos cuerpos a partir de un discurso sobre lo normal/anormal también tienen consecuencias sobre las personas que se relacionan con estos niños y niñas, por lo que los roles que juegan se verán determinados por estos y deberán ser igualmente analizados.

1.2.2 Pregunta de investigación y objetivos.

De acuerdo con los planteamientos anteriores, la pregunta que orienta esta investigación es la siguiente:

Cómo se ha problematizado el TDAH en nuestro contexto y sobre qué elementos discursivos mantiene su estatus como entidad clínica real que desencadena prácticas cotidianas y estrategias de poder para disciplinar el cuerpo de niñas y niños, delimitando sus posibilidades de ser.

Así, el objetivo general de esta propuesta es: deconstruir los discursos sobre los cuales se mantiene la idea del TDAH como entidad clínica real en nuestro contexto para comprender las prácticas y estrategias de poder que se despliegan sobre los cuerpos de niños y niñas definiendo los términos en los que es posible la expresión del self.

Los objetivos específicos son:

- Identificar elementos discursivos que reifican el TDAH y permiten su problematización en nuestro contexto
- Analizar diferencias en las experiencias subjetivas de niños, niñas y cuidadores acerca del diagnóstico de TDAH y su relación con discursos sobre el trastorno
- Comprender relaciones entre procesos de medicalización y expectativas sociales de comportamiento según el género
- Indagar estrategias y mecanismos de poder que se aplican a los cuerpos de los niños y niñas con diagnóstico de TDAH y el papel que juega el riesgo en las políticas educativas y de la salud en la aplicación de dichas estrategias.

2. Capítulo 2. Fundamentación Teórica y Epistemológica. Construcción Social del Sujeto, Biopoder y Género

El socioconstruccionismo, como propuesta epistemológica, ontológica y metodológica, nace de la crítica a una forma tradicional de construir conocimiento científico basada principalmente en el positivismo. Si bien es cierto que existen diversas maneras de clasificar los paradigmas científicos (e incluso este concepto resulta problemático), es posible diferenciar al menos dos grupos: aquellos basados en una tradición positivista, que identifican un objeto de estudio independiente del observador y por lo tanto sujeto a conocimiento mediante métodos objetivos y determinado por leyes universales; y por el otro lado estarían los paradigmas “alternativos” dentro de los cuales se encuentran las perspectivas críticas, constructivistas y construccionista (Valles, 1999).

Dentro de este último paradigma, cuyas perspectivas pueden variar de forma importante, se asume en general la existencia de realidades múltiples no aprehensibles mediante los métodos objetivos tradicionales (Valles, 1999). En este sentido, el socioconstruccionismo sugiere que la realidad es construida a partir de las prácticas lingüísticas de una comunidad particular, donde la objetividad no responde a la existencia de un objeto independientemente de su observador, sino que aquella es relacional, proponiendo un estatus de verdad dado por consenso y convencionalidad (Gergen, 2007).

Reconocidos psicólogos sociales, inscritos dentro de la llamada psicología social de corte sociológico, ponen de manifiesto el papel del contexto social en la configuración del ser psicológico, superando el individualismo característico de la psicología social propuesta por Allport (Garrido & Alvarado, 2007). Por ejemplo, Michael Billig (1996) describe el pensamiento como un acto retórico mediante el cual un sujeto debate consigo mismo partiendo de debates más amplios que se dan en el contexto social. Así mismo, desde el análisis conversacional se propone que los hablantes van construyendo conocimiento y

dando sentido a lo que dicen durante el curso de las conversaciones, permitiendo la interacción (Garrido & Alvarado, 2007).

Desde la sociología del conocimiento propuesta por Berger & Luckmann (1968/1984), se demostraba la importancia del contexto social en la consolidación del conocimiento tanto común como teórico. De acuerdo con los autores, aquello que es considerado como verdadero posee una relatividad tanto social como histórica y moral, afirmación que, según ellos, podría sustentarse mediante un estudio sistemático de las formas de cristalización de la verdad en diferentes sociedades.

Dentro de estas propuestas el lenguaje es fundamental ya que es el medio a través del cual se constituyen las verdades, más que el medio para divulgar el conocimiento científico. De esta manera “ser objetivo” no significa transmitir la realidad tal cual es, sino que implica participar en un juego comunicativo en el que se comparten las mismas reglas y convenciones (Gergen, 2007). Aquí, el sujeto se constituye como un texto, en el sentido en el que distintas disciplinas, entre ellas la psicológica, han desplegado a lo largo de la historia múltiples estrategias retóricas que dotan de significado al “ser humano” (Gergen, 1994).

2.1 Construcción Social y Salud Mental

Dichos significados acerca del ser humano se concretan principalmente en discursos acerca del cuerpo que no solo lo describen, sino que delimitan y aseguran su deber ser en función de exigencias sociales y a través de variadas y sutiles estrategias de poder que buscan controlar todos sus movimientos para asegurar su utilidad (Foucault, 1975/1976). Las ciencias sociales comienzan a dirigir su atención al cuerpo y a su carácter construido al evidenciar la especificidad histórica de sus expresiones y su disposición para conducirse de acuerdo a aspectos como la clase social, la edad y el género, donde se destaca la diferencia en las formas diferenciales de la producción del cuerpo femenino y masculino, siendo el primero objeto por excelencia de las industrias de la estética (A. Martínez, 2004).

De esta manera, los aspectos sociales de la enfermedad trascienden el plano biológico al constituirse como desviaciones que afectan el estatus del individuo que las padece. Toda desviación tiene un plano moral debido a que determina si el individuo es o no funcional a la sociedad en la que vive, y de acuerdo con esto los demás adoptan determinados

comportamientos alrededor del enfermo de acuerdo con las atribuciones acerca de sus características (Lejarraga, 2004). Si bien la enfermedad mental puede entenderse de esta misma manera, merece un análisis especial ya que los signos o síntomas que llevan a la conclusión de su existencia no son tan claros, lo que dificulta desde el diagnóstico hasta el tratamiento y a la vez puede generar un mayor grado de incertidumbre frente a qué esperar de un enfermo mental.

En este trabajo, el trastorno mental es entendido como una construcción social más que como un hecho objetivo, principio que se aplica a la comprensión del TDAH. Esta afirmación señala el carácter ontológico y epistemológico que se le dará al objeto en cuestión por lo que es importante hacer varias aclaraciones al respecto.

Cuando se afirma que el TDAH, o cualquier otro trastorno mental, no es un hecho objetivo en sí mismo no se están cuestionando sus manifestaciones físicas, las cuales pueden ser constatadas por la mayoría de las personas que se relacionan con la persona diagnosticada y por sí misma. Lo que se cuestiona en realidad es la etiqueta que implica anormalidad; en este sentido autores proponen un cuestionamiento de las estructuras socio-culturales bajo las cuales se configura la naturaleza del trastorno (Bailey, 2013). La razón de la duda frente al carácter real de dicha etiqueta radica en el papel del contexto social en el que se desenvuelve el individuo diagnosticado en cuanto a la definición de los límites de normalidad. En otras palabras, una enfermedad o un trastorno mental es construido socialmente en la medida en que las características particulares del mismo, entendidas como síntomas, son asumidas como anormales dentro de una comunidad particular.

Como se señala en el apartado anterior, la crítica fundamental del socio-construccionismo frente a otras formas tradicionales de la ciencia parte de la concepción de lo “real”. En este sentido, el lenguaje ya no es entendido como “portador de la verdad” en términos de su capacidad de representación, sino que es a través de él que la realidad es construida en la medida en que constituye el tipo de relaciones entre los objetos y sujetos sociales (Gergen, 1994).

A pesar de la materialidad de los objetos de estudio, no es posible el conocimiento objetivo de los mismos dado el carácter significador que el lenguaje ejerce sobre estos en forma

de discursos (Gergen, 2007), por lo que conocer un objeto implica darle un significado, el cual está determinado por las prácticas lingüísticas propias de una comunidad particular.

De la misma manera, cuando se aplica esta concepción del lenguaje a la psicología y a los discursos acerca del déficit, aquel deja de ser referencial para adquirir una función pragmática. Aquellos términos inicialmente entendidos como mentales, no se refieren exactamente a un estado mental particular, el cual podría eventualmente ser aprehendido en su objetividad, sino que constituyen en un sentido práctico la relación entre las personas, razón por la cual la psicología debería interesarse en investigar las pautas sociales que promueven o evitan el vocabulario existente acerca de los déficits psicológicos (Gergen, 1994).

Desde este punto de vista, los trastornos mentales son construcciones sociales en la medida en que la sintomatología que se les atribuye es interpretada como tal de acuerdo a unos valores sociales y culturales determinados históricamente. Esto quiere decir que un grupo limitado de comportamientos solo puede clasificarse dentro de la categoría de trastorno o enfermedad mental en relación con los discursos sobre salud/enfermedad propios de un contexto social, cultural e histórico.

Propuestas teóricas destacan el carácter construido de las desviaciones mentales, y se interesan tanto por las condiciones históricas en las que se problematiza la conducta como por el curso que siguen los individuos y sus interacciones. En tales casos la locura es producida discursivamente de forma diferencial según el contexto socio-histórico y así mismo se plantea su tratamiento.

A pesar de la fuerte tendencia que inició a finales del siglo XX de ubicar el origen de la enfermedad mental en aspectos de orden biológico-individual, autores reconocen la importancia del papel que juegan diferentes factores sociales en la comprensión de la misma. De acuerdo con Busfield (2000) hay tres aspectos a tener en cuenta en este sentido. En primer lugar, es el contexto social el que produce los conceptos mismos de salud y enfermedad mental; segundo, los procesos sociales influyen en la etiología de los trastornos mentales y tercero, los procesos sociales influyen y determinan las prácticas e intervenciones en salud mental.

La autora analiza las condiciones de producción social de la enfermedad mental a partir de las propuestas de Emile Durkheim, afirmando que lo normal y lo patológico son mutuamente constitutivos en el sentido de que las reglas que definen qué es lo patológico refuerzan los valores de la sociedad, lo que sugiere que los desórdenes mentales son relativos a la sociedad y a la cultura. Por otra parte, afirma que tales reglas surgen a partir de un elemento de control social y que son necesarias para la cohesión de una sociedad.

Es importante resaltar que tales normas no solo actúan sobre la definición y delimitación de aquello que es o no desviado. También lo hacen en la determinación de las consecuencias sociales producto de la etiqueta de “enfermo mental”, que por lo general desencadena actitudes discriminatorias dentro de las comunidades (Lewis et al., 2015). La comunidad construye diferentes ideas acerca de lo que significa ser enfermo mental, así como las características de aquellos que tienen un diagnóstico psiquiátrico, las cuales pueden incluir ideas de peligrosidad, incurabilidad, irresponsabilidad, etc. (e.g. Roelandt et al., 2010), lo que da cuenta del carácter moral que tiene la enfermedad mental en las sociedades occidentales.

Actualmente la salud mental es entendida como un estado de bienestar que, entre otras cosas, permite que el individuo se pueda desenvolver de manera adecuada en la sociedad y pueda hacer contribuciones a la misma (OMS, 2019). Tal definición se ve claramente enmarcada dentro de una idea general de productividad que permite ver cómo el concepto está estrechamente ligado al contexto y a los roles sociales. Desde este punto de vista, las instituciones educativas especializadas que reciben niños con diagnósticos relacionados con conductas problemáticas como el TDAH cumplirían la función normalizadora a la que se refiere Foucault, aunque posiblemente la misma se extendería a otras instituciones tales como la familia.

2.2 Biopoder y Biopolítica. La Medicalización de la Vida Cotidiana

La historia de la modernidad es la historia de la problematización del cuerpo, lo que lleva a que este se convierta en blanco de poder y lugar sobre el cual se despliegan múltiples estrategias normalizadoras (Foucault, 1996). Con el comienzo de la modernidad no solo cambian los sistemas socio-económicos, sino que en función de estos también cambian

las formas de producción social de los sujetos. Dos son los principales dispositivos de poder a los que Foucault se va a referir en relación con la modernidad: la disciplina y el biopoder o biopolítica.

2.2.1 El Poder Disciplinario

Desde finales del S.XVII la disciplina se convierte en la estrategia de poder más utilizada dentro de diversas instituciones, incluidos el hospital y la escuela. Su utilidad radica en que es lo suficientemente sutil como para pasar desapercibida, pero al mismo tiempo efectiva a la hora de controlar hasta los más mínimos movimientos del cuerpo (Foucault, 1975/1976). De acuerdo con Foucault gracias a la aplicación del poder disciplinario es posible la producción del individuo en términos de un cuerpo dócil que responde a las necesidades de producción de la época. Un concepto clave en la teorización de este autor es la microfísica del poder, la cual da cuenta de cómo las técnicas de control se ejercen sobre todos los movimientos del cuerpo, incluso los más mínimos, a través de ejercicios de disciplinamiento.

El poder disciplinario, cuyo propósito es enderezar la conducta, no excluye o reduce a los individuos, sino que los identifica y los hace visibles dentro de una gran masa para multiplicar sus fuerzas. De acuerdo con el autor, esto es posible a través de la economía del tiempo y el espacio, los cuales se organizan y distribuyen en función de garantizar mayor productividad. Así, por ejemplo, en la fábrica cada actividad específica se desarrolla en un espacio destinado para ello y los individuos se presentan como piezas móviles que ocupan cada emplazamiento de acuerdo con su rango; en cuanto al tiempo, dice el autor, se establece un esquema anatómico-cronológico según el cual cada gesto y cada movimiento corporal solo es permitido en fragmentos temporales determinados. Por supuesto que estas distribuciones no son ajenas ni a la escuela ni al hospital.

Adicionalmente, Foucault (1975/1976) describe los “medios del buen encauzamiento” como instrumentos permanentes mediante los que la disciplina “fabrica” individuos. El primero de ellos es la vigilancia jerárquica, mediante la cual la disposición de los espacios permite que los individuos se sepan observados constantemente y mediante la cual se logra además de la observación, el registro y el “enderazamiento” de las conductas.

El siguiente instrumento se trata de la sanción normalizadora que funciona como un pequeño mecanismo penal, pero cuyo fin no es el castigo en sí mismo sino la corrección de las desviaciones y al mismo tiempo la “premiación” de los logros. Finalmente, el autor se refiere al examen como el último de los instrumentos que garantizan el poder disciplinario, el cual combina las técnicas de los dos anteriores ya que se constituye como un tipo particular de vigilancia ritualizada que permite calificar, p.e. el nivel de competencia de un individuo, y a partir de allí clasificarlo y/o castigarlo o corregirlo.

2.2.2 La Biopolítica

Nuevos cambios sociopolíticos que se consolidan hacia finales del S.XVIII y principios del XIX en Europa, principalmente relacionados con el liberalismo y el neoliberalismo, dan lugar a un nuevo dispositivo de poder al que Foucault en varias de sus obras denominará biopolítica. Esta se diferencia del poder disciplinario en tanto este se ejerce directamente sobre el cuerpo, individualizando a quienes son sujetos del mismo, es decir que es un poder individualizador y normalizador. Por su parte, la biopolítica es más bien un poder masificador en la medida en que se dirige ya no al hombre-cuerpo sino al hombre-especie y se basa en un interés por regular las principales funciones vitales del ser humano tales como la natalidad, la mortalidad y la longevidad.

De acuerdo con Foucault (2004/2007), la biopolítica, como conjunto de estrategias de poder dirigidas a regular los “desequilibrios” de la vida, solo es posible en un momento sociopolítico en el que el arte de gobernar se basa en una nueva racionalidad coherente con la economía de libre mercado y el concepto de competencia. Es un poder dirigido a las poblaciones y, al igual que la disciplina pretende con los cuerpos, busca maximizar y multiplicar sus fuerzas, principalmente bajo la premisa de “hacer vivir y dejar morir”.

En este sentido, uno de los objetivos principales de los estados modernos es controlar la “aleatoriedad” de los procesos vitales de las poblaciones y los riesgos que aquella implica, por lo que los dispositivos de seguridad adquieren un papel central dentro de las nuevas formas de gobernabilidad. De esta forma, la regulación de las desviaciones se convierte en uno de los objetivos principales de dichos dispositivos y para ello es necesaria la vigilancia constante de todos los procesos vitales de la especie humana, lo cual se logra en principio a través de la estadística (Foucault, 2004/2006).

Mediante esta disciplina es posible para el Estado tener conocimiento pleno de las regularidades de la población, establecer “patrones” de normalidad-anormalidad, así como intervenir en las condiciones de vida que tienen efectos sobre la salud pública (Foucault, 2004/2006). Este es un bio-poder que se interesa en la regulación de las “endemias” o aquellas enfermedades que a diferencia de las epidemias no son causantes de gran cantidad de muertes, sino que permanecen en las comunidades por largo tiempo reduciendo sus fuerzas y por ende afectando indicadores económicos (Foucault, 1997/2000).

Es importante aclarar que los mecanismos de poder disciplinario no desaparecen, sino que complementan al biopoder. Esto se debe a que, a pesar de que este último se dirige a las poblaciones, aún se vale de procesos individualizantes para funcionar. Desde el inicio de la modernidad la autonomía adquiere gran valor, exaltando el self de diversas maneras y en diferentes espacios como el trabajo y la escuela, los cuales, impregnados por la ética protestante, exigen a los sujetos una mayor conciencia y control de sí mismos. De esta manera, la aparente masificación de los datos estadísticos, que en síntesis se refiere a un proceso de normalización, contribuye a que la diferencia se identifique y corrija con mayor facilidad (Rose, 1999).

En este contexto, la medicina adquiere la función de garantizar la higiene pública, para lo cual se apoyará en la norma, ya que esta puede ser aplicada tanto a los individuos para disciplinarlos como a las poblaciones para regularizarlas; así, la medicina, a diferencia de otras disciplinas, adquirirá efectos de poder propios principalmente gracias a su connotación de saber/poder/verdad (Foucault, 1997/2000).

2.2.3 La Medicalización de la Vida Cotidiana

A los procesos mediante los cuales la medicina produce formas determinadas de subjetividad mediante la normalización, Foucault los denomina medicalización. En la actualidad este concepto hace referencia a una tendencia a definir y tratar problemas, que en su inicio no eran entendidos como médicos, en términos de enfermedades o desórdenes (Conrad & Leiter, 2004).

Estas tendencias, sin embargo, tienen un contexto histórico de surgimiento y hallan su razón de ser en la necesidad del capitalismo naciente por socializar el cuerpo en función

de la fuerza productiva y laboral, así como en el imperativo del Estado moderno de ejercer una biopolítica para ello. De acuerdo con Foucault (1996), los cambios en la práctica médica obedecen más a tales condiciones socio-históricas que al progreso científico, ya que son estas las que permiten la consolidación de nociones dicotómicas de lo normal y lo patológico y de esta manera permiten también la superación del individualismo de la medicina para dar paso a su función social.

Es común escuchar que la medicina moderna es individualista, sin embargo, para el autor esta solo lo fue hasta la Edad Media, en la que la práctica común era que el galeno visitara al enfermo en su hogar. En la modernidad esta se convierte en una medicina social en la medida en que responde a las demandas capitalistas de control sobre el cuerpo para convertirlo en fuerza productiva.

En este contexto, la figura del hospital sufre cambios bastante importantes. Antes del S.XVIII el hospital era un lugar al que se iba a morir y a recibir asistencia espiritual para ello, por lo que era administrado principalmente por curas. Con los controles introducidos en los hospitales militares y de la marina, la institución se medicaliza y se convierte en un recinto terapéutico, ahora su función es curar y comienza a ser administrado por médicos. Los cambios incluyen individualización de los espacios y de los pacientes, registro minucioso de datos, organización del tiempo, control de la circulación (del aire, del agua y de los alimentos). Ese registro de datos permitió que el hospital se convirtiera también en un centro de generación de conocimiento y dejara de ser un foco de contagio (Foucault, 1996).

Según el autor, otros cambios en las sociedades europeas permiten la medicalización. Estos cambios están relacionados principalmente con los dispositivos de seguridad mencionados anteriormente, los cuales descansan sobre la figura de la policía o fuerza de Estado (Foucault, 2004/2007). Foucault (1996) proporciona tres ejemplos de esta figura en la historia europea.

El primero de ellos hace referencia a la instauración de la figura de policía política en Alemania cuyo interés principal es el de mejorar la salud de la población. Algunas funciones de esta policía eran un mayor control de la morbilidad a través de la recolección y centralización de información proveniente de varias fuentes, normalización de la formación

y práctica médica, organización administrativa para regular la actividad de los médicos y nombramiento de funcionarios médicos con responsabilidades regionales.

El segundo ejemplo se da en Francia, donde surge más bien una necesidad de unificar o centralizar el poder ya que el mismo se ejercía de forma dispersa a través de distintas jurisdicciones, lo cual no era conveniente para la naciente industria, era necesaria una línea de mando coherente y unificada. Además de esto surge un temor particular hacia la ciudad puesto que era foco de enfermedades, lo cual obliga a organizar la ciudad para garantizar la higiene, en lo referente a infraestructura, por ejemplo, en la ubicación de los cementerios (se individualiza el entierro), la ubicación de los hospitales, los acueductos, etc. Se implementa la cuarentena como estrategia médico-política. La medicina urbana resulta importante para el posterior desarrollo de esa profesión ya que la pone en contacto con otras ciencias como la química, lo que promueve el desbloqueo epistemológico de la medicina y la impulsa hacia una visión positivista de la misma.

Por último, hace referencia a la medicina de la fuerza laboral que se desarrolla inicialmente en Inglaterra. Allí los principales objetos de medicalización son los obreros y los pobres, quienes comienzan a ser problematizados debido a cambios económico-políticos que los llevaban ser parte de potenciales revueltas. Adicionalmente la epidemia de cólera de 1832 desata muchos temores frente al proletariado, lo que hace que el país se divida en sectores ricos y pobres, se establece una medicina autoritaria para estos últimos quienes pueden recibir tratamiento médico gratuito protegiendo de posibles contagios a los ricos.

Se hace evidente a partir de estas referencias históricas el papel que la medicina adquiere más allá del ámbito de la enfermedad, adquiriendo un poder particular sobre la vida colectiva de las personas debido al conocimiento que tiene tanto del cuerpo como de aquellos procesos externos a él que pueden incidir en la salud y bienestar del mismo.

A partir de la segunda mitad del S.XX los procesos de medicalización se agudizan debido principalmente a un acelerado desarrollo de tecnologías biomédicas a la par de las tecnologías de la información y la comunicación. Esto permite por un lado un mayor conocimiento del cuerpo y capacidad de intervención médica sobre este; y por el otro, mayor alcance para recolectar, registrar y administrar la información sobre cada uno de los individuos que hacen parte de una comunidad, lo que a su vez permite mayor control de riesgos (Clarke et al., 2003).

Algunos autores han asociado estos cambios tecnológicos a un mayor poder de la medicina para producir identidades mediante la delimitación de nuevas enfermedades, cuyo estatus de verdad se consolida al agrupar y nombrar un conjunto de características que previamente no eran consideradas como patológicas (Conrad & Leiter, 2004). Este proceso se ve ampliado también por el acceso cada vez mayor del público general a información médica a través de los medios de comunicación y al poder de las empresas farmacéuticas para acceder a los mismos y así publicitar fármacos, bien para solucionar problemas médicos, o bien para minimizar el riesgo de padecerlos (Moynihan et al., 2002; Conrad & Leiter, 2004; Williams et al., 2011).

La medicalización, sin embargo, no solo se vale de controles externos, sino que por el contrario, se apoya fuertemente en la noción moderna de autonomía para insertarse en la vida cotidiana de las personas. Este proceso se desarrolla inicialmente a partir de cambios socio-políticos que hacen una división entre lo público y lo privado, este último representado principalmente en la figura de la familia. Pero, por otro lado, se ve fortalecido por el papel que históricamente ha tenido la psicología en la delimitación del self y sus formas “correctas” de expresión, las cuales naturalizan la idea de que el éxito está relacionado con la determinación y autorregulación personal, trasladando así al mismo sujeto la responsabilidad de su cuidado y prevención (Rose, 1999).

2.2.4 La Problematización de la Locura y el Internamiento como Medio de Control

En su obra, Michel Foucault reconoce el papel del discurso en el origen y el mantenimiento de las prácticas sociales, destacando al cuerpo como eje articulador entre los discursos y las estrategias de poder que garantizan el cumplimiento de las normas sociales. Su trabajo está marcado por un carácter histórico particular guiado por la pregunta acerca del momento en el que se comienza a hablar (en el sentido de problematizar) sobre algo en particular. Tal es el caso de la locura. En su libro “Historia de la locura en la época clásica” Foucault (1964/1990), analiza los cambios históricos que sufre la concepción de la locura desde la Edad Media al clasicismo, época en la cual se concibe la estructura básica del pensamiento moderno, y en la cual surgen los internados, llamados hospitales, pero cuya función era más jurídico-policial que médica.

En dichos hospitales, en su mayoría sitios que antes habían funcionado como leprosarios, eran recluidas personas con diferentes condiciones, bien podrían sufrir alguna enfermedad orgánica, o bien podrían ser pobres sin trabajo que requerían de la caridad. Allí mismo se internaba al loco. Todos ellos tenían una característica en común que era la “ociosidad”, razón por la cual en el internado les eran asignadas diferentes labores productivas. Con este recuento histórico, Foucault (1964/1990) muestra cómo la locura ha sido objeto de problematización a lo largo de la historia, pero no siempre como un objeto de interés médico. Como una de las conclusiones principales de su trabajo, el autor afirma que el loco no lo es por una enfermedad, sino porque la cultura lo ha ubicado en la intersección de dos maneras de abordar la locura: la social y la jurídica.

Erving Goffman (1961/2001) también se interesa por el confinamiento del enfermo mental en el hospital psiquiátrico, ubicando a este último en la categoría de instituciones totales dado su carácter de internado. En su obra “Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales” el autor muestra cómo el yo es sometido a las normas sociales propias de la institución psiquiátrica, obligándolo a dismantelar la construcción previa que tenía sobre sí mismo y exponiendo al escrutinio público hasta las esferas más íntimas de su ser.

Después de hacer una descripción general de las instituciones totales, cuya característica principal es que operan durante todo el día ejerciendo control sobre el individuo, y de exponer la forma como las normas del hospital se aplican a los internos y las consecuencias sociales sobre los mismos, Goffman (1961/2001) muestra cómo esa forma exhaustiva de moldeamiento del yo del interno puede ser el sustento de la enfermedad en la medida en que cualquier intento por rechazar las condiciones del hospital por parte del interno es interpretado bien como signo de la enfermedad o bien como recaída, justificando así su estancia allí. En este mismo sentido, el autor afirma que no todas las conductas del interno son consideradas de la misma forma en el interior y en el exterior de la institución, así un comportamiento puede entenderse como normal afuera y como patológico dentro del hospital.

De manera similar David Cooper (1967/1976), representante del movimiento antipsiquiátrico de la década de los 60, muestra en su investigación sobre “el pabellón 21” cómo la enfermedad mental, específicamente la esquizofrenia, es producto del poder que

ejercen los “normales” quienes en un inicio invalidan las conductas de quienes consideran enfermos. Dicho proceso es posteriormente validado por el personal médico y mantenido durante la institucionalización.

En este contexto, el saber médico y psicológico toma gran importancia ya que convierte al cuerpo humano en un objeto susceptible de ser conocido y analizado y, gracias a esto, también susceptible de ser corregido o moldeado. Toda desviación debería ser corregible. Así, la disciplina permite el control minucioso de las operaciones del cuerpo dentro de una relación docilidad/utilidad. Aquí las instituciones educativas adquieren gran importancia en la medida en que buscan estandarizar y enderezar la conducta (Foucault, 1975/1976).

Después del diagnóstico, a pesar de no ser internados, la vida de los niños con TDAH comienza un curso médico que trasciende la institución de salud y se inserta incluso en la vida escolar y familiar, obligándolos a asumirse como “diferentes” y en este sentido a la mayoría de ellos se les aconseja ingresar a un colegio especializado (Vargas, 2015). Así, se hace evidente que el niño hiperactivo no está loco, pero exhibe comportamientos transgresores que son merecedores de control, el cual es ejercido por diferentes instituciones como la familia y el colegio.

Actualmente el internado es menos frecuente y los tratamientos psiquiátricos se hacen de forma ambulatoria con el apoyo de familiares y otros cuidadores, dando lugar a nuevas formas de control institucional que en gran medida reemplazan al hospital psiquiátrico (C. Uribe & Vásquez, 2008). Dentro de este marco se deben entender las instituciones educativas especiales para niños con problemas de conducta, dentro de las cuales se imponen diferentes ejercicios de disciplinamiento y control, por lo que análisis desde el punto de vista de Goffman y Foucault siguen siendo de gran utilidad.

2.2.5 El Carácter Moral del Concepto de Locura

Los trabajos presentados hasta el momento coinciden en el hecho de que la enfermedad mental no es una entidad delimitable a aspectos puramente orgánicos o mentales, sino que es necesario entenderla como una construcción dentro de la dinámica propia del contexto social e histórico en que surge.

Foucault (1964/1990) muestra que, en la Edad Media, la locura era entendida como defecto y no como mal último, en el Renacimiento como aquello que enfrentaba al individuo a lo verdadero de su naturaleza y en el Clasicismo como la ociosidad inmoral que había que corregir en el ejercicio ético del internamiento.

Por su parte Goffman, (1959/1989) muestra que cuando una persona se presenta en el escenario social define una situación en la que obliga a los demás a valorarlo de acuerdo con el tipo de persona que está proyectando ser, lo cual se constituye en un acto moral. Contrario a la persona “normal” que se encuentra libre, la persona que está internada no puede presentarse a sí misma como desea, sino que la presentación de su yo queda en manos del personal de la institución, iniciando, al igual que el estigmatizado, una carrera moral particular (Goffman, 1961/2001; Goffman, 1963/1986).

La carrera moral, según el autor, hace referencia a la forma como aquellas personas que poseen un estigma pasan por una serie de ajustes sociales para adaptarse a una sociedad de “normales”. En este contexto, un estigma hace referencia a la posesión de una característica o signo capaz de desacreditar al individuo que lo posee y ubicarlo en una escala baja de identidad social, esto puede ser un defecto físico o moral, antecedentes indeseables en la familia, faltas de comportamiento, etc. (Goffman, 1963/1986).

Dicho ajuste se da, de acuerdo con Goffman (1963/1986) en fases. Las primeras dos fases serían: el momento en el que el individuo que posee un estigma incorpora la visión de aquellos considerados normales y asume las creencias básicas sobre el desarrollo de la identidad de los mismos, incluyendo lo que significa poseer un estigma; y la fase en la cual aprende detalladamente cuáles son las consecuencias de poseer ese estigma particular. Las siguientes fases de ajuste o socialización estarán determinadas por la participación del individuo en grupos de iguales y el grado de identificación con estos o con los normales.

Los conceptos de estigma y de carrera moral son particularmente útiles para este trabajo, que si bien no es de tipo etnográfico ni toma como referencia instituciones totales, retoma las consecuencias sociales que se dan sobre aquellos individuos que han sido diagnosticados con un trastorno y la trayectoria que deben emprender para ajustarse al contexto. Es posible afirmar que todo aquel con un diagnóstico de orden psiquiátrico es poseedor de un estigma, ya que de alguna manera ha trasgredido el orden social al cual pertenece.

El estigma se construye en las interacciones sociales, las cuales a su vez se dan en contextos específicos en los que las normas provenientes de estructuras institucionales dan lugar a nociones de la “diferencia” (Pescosolido et al., 2008). Cuando una persona es estigmatizada, el prejuicio y la discriminación puede extenderse a su familia vía el tipo de relación que se tiene con quien posee el estigma, lo que quiere decir que las consecuencias sociales de este pueden depender del rol (Goffman, 1963/1986; Corrigan & Miller, 2004; Pescosolido et al., 2008).

De acuerdo con Corrigan & Miller (2004), el estigma familiar podría estar presente cuando se dan enfermedades de cualquier tipo en el grupo, sin embargo, la vergüenza es una consecuencia específica de la enfermedad mental. Además de esta, otros sentimientos podrían estar presentes dependiendo del tipo de relación que se tenga con el estigmatizado, como en el caso de los padres a quienes constantemente se les atribuyen sentimientos de culpa. Por estas razones los estudios sobre las consecuencias sociales de un diagnóstico psiquiátrico deben extenderse a la familia, especialmente a la más cercana.

2.3 La Edad y el Género como Ideología

Hasta ahora se ha resaltado que la modernidad ha traído consigo múltiples mecanismos de sujeción mediante los cuales ha logrado multiplicar las fuerzas de los individuos y así mismo regular las desviaciones mediante el conocimiento y control de las poblaciones, con el objetivo principal de cumplir las demandas de la sociedad capitalista. Sin embargo, estos procesos no se han dado de la misma manera en todos los contextos ni han afectado por igual a todos los sujetos.

Múltiples identidades surgen en el contexto de la modernidad e igualmente múltiples pueden ser las normas y las estrategias de sujeción que recaen sobre ellas, en función por ejemplo de la raza, la clase social, la etnia, la edad o el género. En el siguiente apartado se tratarán los temas del género y la edad por ser de particular interés para los propósitos de este trabajo.

En el caso del género, la división entre la esfera pública y la privada ha promovido una distribución desigual de los roles femeninos y masculinos; varias investigadoras feministas

han resaltado el hecho de que la modernidad confinó a las mujeres al ámbito privado y al cuidado de los hijos, haciéndolas en parte responsables del comportamiento de los mismos (Scott, 1993; Rose, 1999).

Por otra parte, de acuerdo con Rose (1999), no existe un grupo más regulado en la modernidad que el de la infancia. El autor argumenta que en nombre del bienestar de los niños se han alzado grandes empresas educativas, filantrópicas, terapéuticas, etc., las cuales han contribuido a la normalización de aquellos seres vistos como el futuro de la humanidad o como la futura fuerza productiva.

2.3.1 La Infancia como Blanco de Poder

La edad da lugar a diferentes formas de organizar la sociedad. Las atribuciones que se hacen frente a rangos etarios pueden variar considerablemente en contextos socio-históricos. En cuanto a la infancia, es posible encontrar análisis históricos que dan cuenta de las diferentes representaciones asociadas a la misma.

Tal es el caso del trabajo de Phillipe Ariès (1960/1987) quien estudia la infancia con miras a determinar en qué momento esta es “descubierta” del modo como la conocemos hoy. En su análisis encuentra que niños y niñas han sido objeto de diversas representaciones relativas a su posición en la sociedad, desde adultos pequeños hasta seres dependientes necesitados de afecto y cuidado especial, dejando el concepto desprovisto de todo carácter natural. Así, por ejemplo, el autor propone el XIX como el siglo que con mayor vehemencia exalta, protege y educa al niño, idolatría que permanece por lo menos hasta mitad de siglo XX dando lugar a los primeros niños “malcriados” de la modernidad que, según el autor, no existían dos siglos atrás.

En relación con este hecho, se estima que las variaciones históricas en el concepto de infancia están estrechamente relacionadas con las concepciones sobre la crianza y la evolución de la familia, relación enmarcada en condiciones sociales, políticas, económicas y culturales, siendo por ejemplo símbolo de estatus y poder el tener familias numerosas en el siglo VI (Ariès, 1960/1987; A. Jiménez, 2008; Bezerra et al., 2014).

Actualmente diversos estudios han resaltado la diversidad de concepciones sobre la infancia que conviven mutuamente, mostrando además de su carácter histórico su relación

con el contexto social. En el plano político, por ejemplo, una piedra angular de las discusiones contemporáneas es el paso del niño como “sujeto de cuidado” al niño como “sujeto de derecho”, poniendo de relieve la autonomía y la participación en temas que lo afectan directamente e intentando sobrepasar las miradas “adultocéntricas” de la niñez (e.g., Krauskopf, 2005; A. Jiménez, 2008; Lay & Montañés, 2013; I. Rodríguez & Morales, 2013). A pesar de este énfasis en la autonomía, autores resaltan la cada vez más fuerte sujeción que se ejerce sobre el comportamiento infantil, a partir de procesos de socialización que supuestamente les proporcionan las herramientas para decidir su futuro libremente, pero que imponen códigos morales que restringen sus posibilidades de subjetivación a determinados ideales de éxito y castigan aquellos comportamientos relacionados con el fracaso (Rose, 1999).

El proceso de construcción de la infancia, como un momento de la vida diferenciado del resto, o por lo menos bien diferenciado de la adultez, también se ha visto impulsado por los saberes expertos, especialmente por los discursos médicos y psicológicos. En este sentido el psicoanálisis jugó un papel importante a principios del siglo XX, ya que impuso una preocupación particular por la sexualidad y subjetividad infantil (Ariès, 1960/1987); la psicología de la inteligencia también jugó un papel importante en la segunda mitad del S.XX al diferenciar a los niños normales de los “idiotas” (Rose, 1999); así mismo la psicología del desarrollo tiene un papel preponderante ya que mediante esta se instaura la idea de infancia como periodo de inmadurez, lo que da lugar a la concepción de niño como sujeto en formación o en “edad escolar” (Neves & Conte, 2004). La psicología del desarrollo además contribuye a la consolidación de pautas de normalidad/anormalidad respecto del comportamiento en cada etapa de la vida y proporciona las bases para la observación, evaluación, clasificación y tratamiento de los comportamientos tanto normales como desviados (Bailey, 2013; Burman, 2017).

Los procesos de socialización de la escuela son concebidos por algunos autores como “domesticación” en el sentido en que, a través de ellos, la cultura ejerce poder sobre los seres humanos para definir relaciones sociales (Lagunas, 2015), mientras que la medicina y otros saberes se insertan en la vida de los niños mediante la proliferación inicial de artículos y publicidad sobre cómo mejorar la crianza (Hamelin, 2006). Bajo estas condiciones, que se dan principalmente en sociedades occidentales, comienzan a formarse representaciones sobre la forma correcta en que un niño debe comportarse,

siendo la infancia un blanco preferencial de normalización en tanto comienza a relacionarse con la idea de futuro (Bianchi, 2016).

Sin embargo, dichos procesos no se dan por separado; las relaciones de poder que atraviesan la edad se dan a partir de la confluencia de la medicina, la escuela y la familia (Neves & Conte, 2004; Hamelin, 2006). Ejemplo de ello es la actividad de sanidad escolar ejercida por los médicos en la República Argentina del siglo XIX (Rovere, 2013) o los hospitales europeos de carácter socio-jurídico de finales del siglo XVIII descritos por Foucault (1964/1990).

La infancia se configura entonces como un eje fundamental en los procesos normalizadores a través de la historia occidental, anudando diferentes acontecimientos como la diferenciación de la niñez de otras etapas de la vida, la noción de progreso y futuro que le atañe a estos nuevos sujetos, los procesos disciplinarios que recaen sobre los mismos a través de instituciones como la escuela y la familia, el interés médico en esta etapa, entre otros. Es dentro de este contexto debe analizarse la desviación atribuida a la infancia.

2.3.2 Género, Cuidado y Desviación

Diversas conceptualizaciones sobre el género lo han catalogado en oposición al sexo en tanto el primero sería de carácter social y el segundo de carácter biológico (e.g., (Marcuello & Elósegui, 1999; Lamas, 2000). Sin embargo, si bien es cierto que el sexo en principio denota diferencias anatómicas, también lo es el hecho de que dichas diferencias pueden ser sujetas a múltiples interpretaciones. En general los estudios epidemiológicos sobre padecimientos mentales se basan en una interpretación del sexo desde las diferencias biológicas, pasando por alto el papel que tienen estructuras sociales tanto en la aparición de un trastorno como en su distribución según el género.

Según Butler (1993/2002), la diferenciación material de los cuerpos, traducida en el concepto de “sexo”, tiene carácter normativo con poder regulatorio, lo que significa que la misma categoría que produce los cuerpos, los controla. Para la autora el sexo no solamente es objeto de discursos, sino que es el discurso el que produce la diferencia sexual. Así, tanto sexo como género se constituyen como construcciones sociales. Desde esta perspectiva, los discursos acerca del sexo y el género dan lugar tanto a la identidad

de género como a las expectativas que se tienen frente a una persona según sea clasificada en una u otra categoría, masculino/femenino en el caso de las sociedades occidentales (Xue, 2008), lo que estaría asociado a los roles según el género (Nagoshi et al., 2014). Algunos autores han señalado que sobre el género son construidas expectativas que producen hombres o mujeres “ideales”, lo que se traduce en roles sociales. En el caso norteamericano de la posguerra, por ejemplo, el estereotipo corresponde a la mujer de clase media que se dedica al hogar y al cuidado de los hijos (Holt, 2006).

Análisis históricos muestran la manera como el sexo se inserta en la vida social de acuerdo con las condiciones socio-económicas de cada época, constituyéndose así las diferencias anatómicas como construcciones socio-culturales de orden binario que ubican a hombres y mujeres en diferentes posiciones dentro del orden social. A partir por ejemplo de la división sexual del trabajo, comienza desde antes del siglo XIX un proceso mediante el cual tanto actividades como remuneración se reparten en virtud del sexo, relegando a la mujer al ámbito doméstico y contribuyendo así a la naturalización de la idea de que el cuidado y la crianza son funciones femeninas (Scott, 1993; Hill, 2000).

En un contexto de posguerra, en el que muchos menores habían sido separados de sus padres naturales, y por lo tanto sometidos a cuidados institucionales, se instaura la idea de que la calidad del cuidado y la crianza determina la posibilidad de que los niños en el futuro sean buenos ciudadanos, en lugar de delincuentes o desadaptados; esto permite que la psicología se adentre en el espacio doméstico, ejecutando allí un poder normalizador permeado por los valores del liberalismo, sin amenazar la idea del ámbito privado ya que no lo hace de forma coercitiva, pero naturalizando la idea de que la maternidad “bien ejercida” puede prevenir las desviaciones y los problemas de salud mental en los niños (Rose, 1999).

En general, la relación entre el género y la enfermedad mental es bastante compleja y no se agota en la distribución de los trastornos mentales entre hombres y mujeres. Varias investigadoras feministas han intentado esclarecer el papel que juega el género en aspectos como la delimitación y definición de los trastornos mentales, así como las condiciones bajo las cuales estos afectan más a unos u otros. Joan Busfield (1996) hace un recuento de los principales aportes desde el feminismo y la sociología a este tema, desde propuestas marxistas donde se resaltan las condiciones capitalistas de desigualdad

y opresión como las causantes de una mayor prevalencia de enfermedad mental en las mujeres; pasando por propuestas funcionalistas que proponen las desviaciones del rol social como el punto de partida de la delimitación de las enfermedades mentales, hasta posturas postmodernistas en las que se define el trastorno mental como una construcción lingüística y cultural que se asocia mayoritariamente a lo femenino.

De acuerdo con la autora, si bien todas estas propuestas hacen un gran aporte a la comprensión del fenómeno en cuestión, ninguna de ellas cumple a cabalidad la tarea de explicar los mecanismos mediante los cuales los trastornos mentales se distribuyen de forma desigual, por lo que propone que un análisis del lugar de la mujer en este campo debe incluir una mirada relacional desde el género así como el análisis de los conceptos con los que la psiquiatría y las instituciones de salud mental operan.

Como primera medida resalta la importancia que ha tenido el vínculo de la medicina con la biología, no solo en la conceptualización del origen de los trastornos mentales, sino también en la “sexualización” de los mismos, especialmente desde el S.XIX cuando vincula los procesos reproductivos de las mujeres con problemas específicos de salud mental, lo que perdura hasta el S.XX mediante la idea de la influencia de la actividad hormonal femenina sobre sus emociones. Por otra parte, también incluye en su análisis el papel del rol social de los géneros, especialmente en las sociedades occidentales capitalistas, donde una desviación del mismo o la incapacidad para cumplir con las actividades propias de este, podría ser tomada como indicativo de un problema mental, pero más allá del carácter funcionalista de esta idea, resalta el carácter estructural (histórico, social, económico y cultural) de la división social/sexual del trabajo.

Busfield (1996) resalta que tales diferenciaciones, desde lo biológico y desde lo social, tienen en común un elemento señalado previamente por Foucault. Se trata de la noción de sinrazón mediante la cual en la modernidad se le adjudica a la enfermedad mental la falta de capacidad para regularse a sí mismo, la cual está dada por el ejercicio del raciocinio. En este sentido, la identificación de lo masculino con la razón y de lo femenino con las emociones tendría varias consecuencias sobre la distribución de los trastornos mentales entre hombres y mujeres. Primero, pondría a las mujeres en una supuesta situación de mayor vulnerabilidad o sensibilidad para sufrir problemas mentales, permeando el juicio de los profesionales en la identificación de los casos. Por otra parte, sostendría la asimetría

en el ejercicio del poder, siendo las mujeres las que con mayor frecuencia se encuentran en situaciones de opresión y por tanto de menor control sobre aquello que afecta su salud mental.

Al poner de manifiesto el papel de la sinrazón, la autora muestra que hombres y mujeres se ven sujetos de forma diferencial por los discursos sobre la enfermedad mental y así mismo ambos sexos se presentan como más o menos vulnerables a sufrir de cierto tipo de problemas mentales. En el caso de las mujeres, la supuesta predominancia de las emociones, asociada a la falta de control que tienen sobre su cuerpo (especialmente a aquello que se refiere a su ciclo reproductivo), las presenta como más aptas para las labores de cuidado, haciendo que las condiciones materiales asociadas a este trabajo faciliten un mayor impacto de las pérdidas (p.e. duelos) incrementando así la posibilidad de sufrir trastornos del estado del ánimo. En el caso de los hombres, a quienes se les asocia con mayor capacidad de control sobre sí mismos, se les juzgaría más por sus comportamientos desviados en relación con la falta de auto-control.

Para el caso de las mujeres, por otra parte, la división sexual del trabajo adquiere importancia en otros dos sentidos. Primero porque los roles de cuidado se han vinculado con un “producto” que sería un niño bien encauzado o no, por lo que, en el caso de niños con algún tipo de desviación, el estigma extendido a la familia recae más en la figura de la madre.

Segundo, de acuerdo con la propuesta foucaultiana acerca de la aplicación del poder, las desviaciones, sean físicas o mentales, deben ser controladas ya que estas amenazan la estabilidad del capitalismo al disminuir las fuerzas de los individuos. Para Bailey (2008), en el contexto escolar, las desviaciones comportamentales, especialmente cuando se presentan en niños varones, amenazan también el sistema patriarcal en tanto ubican al niño en el lugar del “malo, triste, estúpido y loco”, valores completamente contrarios a los atribuidos a lo masculino en la modernidad. Bajo esta lógica, cualquier desviación del mismo tipo en las niñas sería pasado por alto con mayor facilidad ya que no sería una amenaza para el sistema patriarcal, y tampoco para el orden del aula, debido a que es más común encontrar en ellas desórdenes “internalizantes” como los de atención o del estado del ánimo.

Como lo muestra Bailey (2008), el diagnóstico trae consigo la disponibilidad de una serie de recursos que son mayores cuanto más grave parezca el problema y, entre mayores sean los recursos mayores serán también las posibilidades de que estos sirvan para nivelar al niño con los demás en cuanto a su desempeño académico. Según esto, las niñas recibirían menos recursos y por lo tanto la probabilidad de que reciban ayuda para alcanzar un desempeño académico óptimo o al menos aceptable sería considerablemente menor.

Pareciera haber aquí una paradoja frente a la concepción tanto del género como de los trastornos mentales como construcciones sociales en el sentido de que no debería ser un problema que las niñas no quedaran “sujetas” al poder normalizador dentro de la escuela. Sin embargo, esto no es así por dos razones. La primera de ellas es que las niñas siguen estando sujetas a otras estrategias normalizadoras dentro de la misma escuela independientemente de si son o no remitidas a un servicio de salud, y la segunda es que, tanto desde el socioconstruccionismo como en la propuesta foucaultina, se entiende que los discursos naturalizados tienen consecuencias sobre las prácticas sociales, por lo que el poseer un estigma de trastorno mental o comportamental es un obstáculo que se suma al hecho de tener menos posibilidades de ser exitosas por fuera de la vida doméstica solo por el hecho de ser mujeres.

En cualquier caso, no es posible despojar la categoría de género de su carácter relacional, lo que obliga a que cualquier análisis sobre el mismo incluya las experiencias tanto de hombres como de mujeres. En el caso del TDAH es importante preguntarse las razones por las cuales su perfil epidemiológico presenta una distribución entre niños y niñas contraria a la tendencia general, y por qué esto se invierte en la adultez.

Siguiendo la línea de las propuestas foucaultianas para la comprensión de estas construcciones diferenciales, y a pesar de las fuertes críticas recibidas por parte de varias corrientes feministas en el sentido de que sus estudios sobre el poder no dan cuenta de la asimetría del mismo, su propuesta permite hacer un análisis de cómo las normas (sostenidas por diferentes instituciones), incluyendo las normas de género, son incorporadas y encarnadas (embodied) de tal manera que a través de ella son posibles ciertas formas de subjetividad y así mismo ciertas formas de resistencia (McLaren, 2002).

3. Capítulo 3. Construcción Social del TDAH, Enfermedad Mental y Género

3.1 El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

El TDAH puede entenderse como una construcción social en la medida en que es la comunidad médica en general, y la psiquiátrica en particular, la que ha compilado a lo largo del tiempo los criterios bajo los cuales determinadas características de unos individuos entran dentro de dicha categoría, mientras que el resto de la comunidad se apropia de este discurso legitimándolo y reproduciéndolo a través del lenguaje y prácticas sociales como la educación y la crianza. De acuerdo con Tizón (2007), las agrupaciones de los criterios diagnósticos que aparecen en las clasificaciones psiquiátricas, como el DSM y el CIE, se hacen por consenso con una base descriptiva más que etiopatogénica.

No hay un solo discurso acerca del TDAH, por el contrario, las perspectivas acerca de este trastorno son variadas. Esto se debe a distintas razones entre las cuales está el hecho de que la prevalencia difiere considerablemente en diferentes contextos y que los criterios para el diagnóstico son diferentes según el manual que se use (CIE o DSM). Uno de estos discursos es el médico, que hace énfasis en diferencias anatómicas y funcionales de los cerebros de niños diagnosticados con el trastorno promoviendo el uso de fármacos psicoestimulantes para su tratamiento (Mather, 2012). A pesar de que este podría ser el más dominante, es posible encontrar otras narrativas que cuestionan el tratamiento farmacológico a partir de la falta de evidencia concluyente sobre su utilidad (Mather, 2012), o bien poniendo de manifiesto el papel de las empresas farmacéuticas en la promoción del metilfenidato (e.g. Bianchi et al., 2016).

El hecho de que el TDAH sea un trastorno tan común entre la comunidad infantil, unido al reciente reconocimiento de sus efectos en la edad adulta, hace que el mismo sea un tema

de interés general. Esto implica que gran parte de la comunidad participa en la construcción del mismo a través de sus discursos.

Dichos discursos pueden provenir de distintas fuentes. Las más evidentes son aquellas directamente relacionadas con el trastorno como la comunidad médica, las escuelas y las familias afectadas. Sin embargo, otras instancias de la sociedad también participan en la construcción, como los medios de comunicación y la comunidad general.

En un estudio sobre la construcción social del TDAH, Danforth & Navarro (2001) llevaron a cabo un análisis del lenguaje de la vida diaria para conocer los discursos predominantes en el tema. Los autores señalan la importancia de los discursos cotidianos, es decir aquellos que se dan entre los miembros de una familia, los amigos, los vecinos etc., en la medida en que producen y reproducen las identidades sociales. En este sentido reconocen que los mismos se constituyen a partir de mezclas provenientes de una gran variedad de discursos culturales. En el caso particular de la hiperactividad las fuentes culturales dominantes encontradas a través de más de 254 discursos fueron los medios de comunicación, la medicina y las escuelas. El papel que juegan estas fuentes es muy importante puesto que las personas del común, especialmente aquellas que deben lidiar con el problema, toman de allí lo necesario para comprender y dar sentido al trastorno en sus vidas.

De acuerdo con los autores, el más poderoso de ellos es el discurso producido por la institución médica, a través del cual las personas obtienen el marco conceptual primario del trastorno, aunque esto no significa que las personas que lo usan lo dejen intacto, por el contrario, este sufre adaptaciones importantes. En el caso de la escuela, los autores encontraron que esta se constituye como un amplio marco social que provee la ideología moral dentro de la cual se enmarca el comportamiento de los niños en un continuum de éxito-fracaso, siendo el lugar principal en el que se desarrolla la identidad (Danforth & Navarro, 2001).

Otros análisis indican que, a pesar de que el trastorno es entendido desde una perspectiva biogenética, los criterios para diagnosticarlo son siempre subjetivos ya que las conductas que se evalúan no difieren de las normales sino en grado, por lo que la severidad y la frecuencia son las que determinan la diferencia entre normalidad-patología, haciendo al TDAH un trastorno sin límites evidentes, los cuales se determinan a través de los reportes

de terceros, generalmente padres y profesores, y no surgen de la evaluación directa de los niños (Erlandsson et al., 2016).

Varios autores han resaltado la dificultad de definir el TDAH como un trastorno claramente neurobiológico debido a la gran variación en los perfiles de los niños diagnosticados con este trastorno. En la sección In Debate del *British Journal of Psychiatry*, se publicó en el año 2004 una discusión entre Timimi y Taylor con miras a entender si el TDAH se puede entender como un constructo cultural. De acuerdo con Timimi, en general la comunidad médica y científica no logra llegar a un acuerdo acerca de lo que es realmente este trastorno, que a diferencia de otros no tiene indicadores biológicos claros, lo cual podría ser una de las razones por las cuales se presenta una amplia variabilidad en la prevalencia según la zona geográfica. Según el autor, el diagnóstico de la enfermedad está relacionado más con la tolerancia que se tiene en una determinada cultura frente a los comportamientos de los niños que con la existencia objetiva de un trastorno, por lo que el TDAH debería entenderse como un constructo cultural. Su contraparte, Taylor, coincide en el hecho de que el grado de flexibilidad de una sociedad frente a la aceptación o no de determinados comportamientos es un factor de importancia clínica especialmente en el momento del diagnóstico. Para el autor, es necesario tener en cuenta la interacción que se da entre los factores neurológicos y genéticos propios del TDAH con aspectos sociales como por ejemplo el aumento de la inactividad en nuestras sociedades (Timimi & Taylor, 2004).

Otro factor social considerado por los investigadores que asumen el TDAH como una construcción está relacionado con la participación de la industria farmacéutica en la consolidación del trastorno. De acuerdo con Graham (2006) el TDAH es producto del poder normalizador ejercido sobre los niños conjuntamente entre la medicina, la psicología y los procesos escolarizadores que buscan ejercer un control completo sobre la conducta de los niños. Dentro de su análisis, concluye que estas relaciones de poder deben serle útiles a alguien, y las mismas benefician claramente la venta de metilfenidato y dexanfetaminas para el control de los principales síntomas del TDAH.

Según la autora, a pesar de que ni las estructuras neurológicas involucradas en el trastorno, ni la acción de los medicamentos sobre las mismas es del todo clara, la prescripción de dichos fármacos aumentó en más de un 200% durante la última década

del siglo XX y la primera del siglo XXI, en parte consecuencia de la aceptación y subsidio de algunos gobiernos quienes ven en el tratamiento farmacológico resultados más inmediatos a costos menores que una psicoterapia, sin importar la falta de investigación acerca de las consecuencias que estas drogas psicoestimulantes pueden tener sobre la actividad neurológica a largo plazo (L. Graham, 2006; Tizón, 2007). En las comunidades en las que predominan los repertorios biológicos, en contraposición a los repertorios de orden psicosocial, es más probable que se promueva el uso de tratamientos farmacológicos (Horton- Salway, 2011).

Estos repertorios de orden biologicista, que se traducen en la comprensión del trastorno como una anomalía de orden neurológico, no solo promueven el uso de fármacos, sino anterior a esto, favorecen la “medicalización” del contexto educativo. Por esta razón es frecuente encontrar que la primera acción que llevan a cabo los cuidadores de niños que presentan problemas en la escuela sea llevarlos a un servicio de salud, donde se diagnostican y posiblemente se les prescriba bien tratamiento farmacológico, o bien otro tipo de terapias por parte de diferentes profesionales de la salud como psicólogos o terapeutas ocupacionales (M. Cruz et al., 2016; Vargas & Parales, 2017).

La conceptualización del TDAH y el aumento en las prevalencias del mismo en lo que va del siglo XXI obedecen a cambios en condiciones sociales, políticas y económicas, y muchas veces a la respuesta de las empresas farmacéuticas frente a tales cambios. Padres y maestros requieren de tratamientos efectivos en el control de la sintomatología del TDAH lo que pueden encontrar en el uso del metilfenidato, siendo la administración de este parte de los protocolos clínicos que se aplican a los niños diagnosticados en muchos países industrializados, donde a su vez se presenta un dramático incremento tanto en el diagnóstico como en la venta del fármaco, situaciones acompañadas de pobre investigación respecto a los efectos secundarios a largo plazo en los cerebros de niños en desarrollo (Tizón, 2007).

Estos procesos de medicalización y farmacologización de los comportamientos infantiles son posibilitados por diferentes dinámicas al interior de las instituciones que acogen a los menores, tales como la escuela, la familia y los centros de atención en salud mental. Todos ellos tienen un papel en la normalización del comportamiento de los niños, del cual se destaca el papel de la escuela en la detección de un conjunto de síntomas o indicios del

diagnóstico, haciendo que esta sea indispensable para la existencia del trastorno (Martinhago, 2017).

Un trabajo llevado a cabo en un escuela pública en Brasil, que además de entrevistas a diferentes actores relacionados con el TDAH, incluyó una “etnografía virtual” mediante la cual se analizaron los comentarios de varios padres en un grupo de Facebook, muestra cómo mediante la puesta en uso de la noción de riesgo se legitiman las desviaciones comportamentales como una categoría diagnóstica y se valida como necesario el tratamiento principalmente farmacológico, a pesar de los efectos secundarios del mismo, los cuales son considerados como un mal necesario y menor respecto a las posibles consecuencias de no ser tratado. De esta manera la administración del riesgo se constituye como una técnica muy poderosa de regular a las poblaciones a través del miedo (Martinhago, 2017). Adicionalmente la autora muestra como el “fracaso escolar” se administra ubicando la responsabilidad en el individuo sin cuestionar nunca las debilidades del modelo educativo, ya que este actúa en armonía con las necesidades del sistema socio-económico, lo que se ve reforzado por la posibilidad legal que tienen los profesores para dar un diagnóstico de TDAH en este país.

Este hecho muestra que, si bien el TDAH es un fenómeno presente a nivel mundial, el mismo se desarrolla de formas particulares en cada región. La posibilidad de entender este trastorno como un producto de la cultura ha sido fuertemente cuestionado bajo este argumento de universalidad en la prevalencia del mismo, sin embargo, algunos autores han destacado que esto se debe a un proceso de globalización de este como una categoría médica, la cual inicia en Estados Unidos (Bergey & Filipe, 2018).

En una compilación acerca del panorama general del TDAH en el mundo, (Bergey et al., 2018) dan a conocer aspectos como los inicios, la conceptualización y el tratamiento del TDAH en 16 países, trabajo del cual vale la pena resaltar algunas de sus premisas y conclusiones.

Así, se reconoce el TDAH como un objeto de interés sociológico en la medida en que la forma como se integra a una sociedad depende de sus condiciones sociales, históricas y políticas. A partir de esto, Conrad & Singh (2018) proponen las siguientes conclusiones. Primero, el TDAH parece ser el ejemplo por excelencia de los procesos de medicalización

de los problemas de comportamiento, aprendizaje y atención, los cuales inician en Estados Unidos, desde donde el trastorno comienza a migrar a otros países a partir de la década de los 90 mediante la globalización del diagnóstico como una categoría médica.

Segundo, existen diferencias entre los países en el tratamiento predominante que se da después del diagnóstico; de esta manera, en algunos sitios se opta por recetar tratamiento farmacológico como primera medida mientras que en otros la primera línea de tratamiento es de carácter psicosocial o psicopedagógico. Esto está relacionado con la manera como se concibe el trastorno y sus causas. En el primer caso se considera que las raíces del TDAH son de tipo neurológico mientras que en el segundo se considera que sus causas son psicológicas y sociales. El uso de fármacos estimulantes también varía entre los diferentes países de acuerdo con las regulaciones propias de sus sistemas de salud, la participación y libertad de las empresas farmacéuticas para influir sobre diferentes grupos y la forma de participación y capacidad de presión de grupos de apoyo como asociaciones de padres de niños con TDAH.

Tercero, herramientas como internet se han convertido en una fuente importante de divulgación de información sobre el TDAH, algunas de las cuales incluyen listas de chequeo que favorecen el autodiagnóstico. Para los autores, el hecho de que no haya restricciones a nivel mundial sobre este tipo de información favorece la construcción global de conocimiento acerca del TDAH y posiblemente también facilita la migración del diagnóstico.

Cuarto, el interés de empresas farmacéuticas en ampliar sus mercados puede también favorecer la migración del diagnóstico, especialmente en países cuyas políticas permiten que estas implementen programas de educación médica, así como en aquellos en los que encuentran pares institucionales. Por último, las políticas de cada país también pueden afectar las tasas de prevalencia y de uso de fármacos al interior de los mismos, dependiendo del acceso que sus integrantes tengan a servicios de salud. En este sentido los autores resaltan el papel de la clase social en el diagnóstico y tratamiento del TDAH.

Otro trabajo de compilación similar al anterior, el cual reúne análisis sobre los procesos de medicalización en cinco países de América Latina (Argentina, Brasil, Uruguay, Paraguay y Chile) muestra cómo especificidades propias de estos territorios modulan la forma como el TDAH es adoptado y tratado (Faraone & Bianchi, 2018). Una característica común en todos

ellos es la presencia de una tensión tanto a nivel académico como en la práctica entre dos miradas polarizantes acerca de cómo se entiende y por ende cómo se debe tratar el TDAH. Por un lado, están aquellas conceptualizaciones basadas en un modelo biomédico que promueven el uso de fármacos psicoestimulantes como línea de tratamiento preferencial y, por el otro, miradas consideradas alternativas que critican la patologización de las conductas infantiles y el uso de fármacos como estrategia de control social.

Esta polarización toma un matiz particular en cada territorio dependiendo de factores culturales, sociales políticos y económicos. En el caso de Argentina, por ejemplo, dicha tensión se ve representada en la oposición de grupos de profesionales de la salud que ven el TDAH como un trastorno orgánico y la Ley nacional de salud mental que a través de su enfoque permite conceptualizar el padecimiento mental como una categoría cultural (Faraone, 2018). Dicha pugna parece estar mediada por la intervención de la industria farmacéutica y el resultado ha sido un aumento de la prevalencia del trastorno en las últimas décadas junto con una tasa creciente de uso de metilfenidato y otros fármacos para el tratamiento del TDAH (Barcala, 2018; Bianchi & Faraone, 2018).

Un panorama diferente se da en el caso de Chile, donde los grupos de soporte conformados por padres de niños con TDAH aparecen como un actor importante en la mediación de estos dos polos (Rojas et al., 2018). De acuerdo con los autores, no necesariamente los procesos de medicalización tienen consecuencias negativas, por el contrario, dichos grupos, si bien promueven la identificación del TDAH como un trastorno, pueden también ayudar a mitigar las consecuencias del estigma asociado al TDAH, a la vez que abren nuevas posibilidades de subjetivación para los niños con el diagnóstico.

En el caso de Paraguay, las autoras resaltan la precariedad en materia de políticas tanto de salud mental como educativa, lo cual ha tenido como una de sus consecuencias fuertes procesos de medicalización y patologización dentro de las instituciones educativas, junto con pobres procesos de inclusión y aumento considerable del uso de fármacos para el control de conductas problemáticas (Scaglia et al., 2018).

Por su parte en Uruguay, las autoras hacen énfasis en un dato interesante en cuanto a un aumento abrupto de las importaciones de metilfenidato de un año a otro, vinculado al hecho de que precisamente ese año se consolida en el país una asociación entre los

psicofármacos y la solución de problemas de aprendizaje. Adicionalmente resaltan una tendencia diferencial de género en cuanto al tipo de fármaco utilizado, mostrando que es más común la formulación de psicoestimulantes a varones, mientras que se formulan más tranquilizantes a las niñas (Angulo et al., 2018).

Ambas compilaciones proporcionan fuertes evidencias de cómo el TDAH ha sido objeto de procesos medicalizadores que se dan de diversas maneras de acuerdo con factores idiosincráticos de cada región. Así mismo han mostrado que uno de los aspectos que ayuda a mantener las tensiones entre las diversas posiciones respecto a qué es y cómo se debe tratar este trastorno es el uso creciente de psicoestimulantes para su tratamiento, tema que se relaciona con transformaciones en la manera como son vistos los pacientes. Así, la transformación del usuario médico en cliente (o del paciente en consumidor), y el aumento de la conciencia moral del autocuidado dan lugar a la biomedicalización de los trastornos (Iriart & Iglesias, 2012). Este término, basado en el concepto foucaultiano de biopoder, se refiere al traslado del control al yo que se traduce en el cuidado de sí mismo. Este proceso se ve favorecido por el surgimiento de múltiples fuentes de información acerca del TDAH, tanto formales como informales, a las cuales tienen acceso las personas del común, trasladando la responsabilidad del cuidado al mismo “paciente” y a sus familias, y permitiendo el auto-diagnóstico y la auto-medicación (Iriart & Iglesias, 2012). El poder normalizador se ejerce así de forma difusa, operando no solo sobre la certeza de la enfermedad sino sobre la posibilidad o el riesgo de que esta aparezca (Bianchi, 2016).

Se concluye a partir de estos estudios que el TDAH, así como otros trastornos, se relaciona con las condiciones socio-culturales dentro de las cuales se produce el diagnóstico. Así mismo para que este se dé, se requiere de la participación conjunta de diferentes actores e instituciones que definen las expectativas frente a la normalidad/anormalidad (Bailey, 2013).

Cuando un niño es diagnosticado con TDAH se inicia un curso particular debido a la etiqueta que se le asigna. Este curso es de orden moral en la medida en que se ponen en juego expectativas sobre cómo debería comportarse un niño o una niña en diferentes ámbitos de la vida, presuponiendo que las desviaciones del deber ser afectarán su adaptación a la sociedad. Esto, junto con la conceptualización que se le ha dado a la infancia en la modernidad como “moratoria social” o época en la que el sujeto se forma

para ser un adulto productivo, pone en marcha una serie de estrategias de disciplinamiento, incluido el auto-control, en el que posiblemente se basan proyectos educativos, manuales de convivencia, estrategias pedagógicas, etc., en los colegios especializados.

Tales expectativas pueden variar según el género, por lo que es importante estudiar la forma en que diagnóstico, edad y género interactúan para dar lugar a construcciones diferenciales del trastorno con sus consecuentes estrategias educativas y de crianza.

3.2 El Género y los Trastornos Mentales

Los trastornos mentales, entendidos como desviaciones de unos criterios de normalidad, se relacionan con el incumplimiento de las expectativas que una determinada sociedad tiene respecto de cualquier persona, sin embargo, tales expectativas pueden variar de acuerdo con características propias del individuo como su edad y su sexo, ambos aspectos sujetos a construcciones sociales dentro de contextos socio-históricos específicos.

El género y la edad son categorías importantes porque a partir de estas se establece un orden social que determinará tanto las posibilidades de ser diagnosticado con diferentes trastornos, como la vivencia que se tiene de los mismos, lo que podría sustentar resultados de investigaciones que muestran prevalencias diferenciales por sexo y edad. Por ejemplo, según la OMS (2019), se ha encontrado que son más prevalentes los trastornos de la alimentación y la depresión en adolescentes mujeres, mientras que los adolescentes hombres inciden con mayor frecuencia en conductas riesgosas y cometen más suicidio. En la adultez las mujeres sufren más de ansiedad y depresión y los hombres de consumo de sustancias psicoactivas.

Estos datos sugieren que es necesario pensar la salud mental dentro de un plano social amplio, tomando en cuenta las condiciones de desigualdad entre géneros y la influencia que esto tiene en la expresión de los trastornos mentales.

Históricamente, el conocimiento sobre la salud mental de la mujer estuvo centrado principalmente en relación con su sistema reproductivo hasta la década de los 70, momento en el cual se da un auge en los estudios sobre mujer ampliando la perspectiva

de lo femenino y poniendo en evidencia el papel de la desigualdad histórica de las mujeres en el deterioro de la salud mental (Grela & López, 2000).

En una revisión tipo metaanálisis, Afifi (2007) encontró que la violencia doméstica, que afecta a más del 20% de las mujeres en el mundo, es un factor social importante que está relacionado con el diagnóstico de diferentes trastornos mentales, tales como depresión, ansiedad, estrés postraumático, desórdenes alimenticios, disfunción sexual y suicidio entre otros. El estudio concluye que los riesgos para la salud mental están estrechamente relacionados con el género y en el caso de las mujeres este se da en virtud del bajo estatus social que las mismas padecen, lo que se traduce en baja competencia, ingresos inadecuados y un bajo sentido de seguridad física, sexual y psicológica.

Otros estudios han concluido que el género interactúa con variables socio-demográficas para influir en la prevalencia de algunos trastornos mentales como la depresión (Klose & Jacobi, 2004). De la misma manera, estereotipos asociados a la enfermedad mental como violencia, peligrosidad, dependencia e incompetencia se asignan según el género (Wirth & Bodenhausen, 2009) mostrando que existe una relación entre el género y las expectativas frente a los síntomas de un determinado trastorno.

Las personas construyen ideas sobre el propio cuerpo a lo largo de la vida, construcción ligada a la identidad de género, lo que da lugar no solo a vulnerabilidad ligada al sexo, sino también a experiencias subjetivas particulares sobre la salud mental, lo que incluye tanto la expresión de sintomatologías como las ideas acerca de las causas de enfermedad mental (Andermann, 2010).

Tomando como punto de partida las diferencias en las prevalencias de distintos trastornos asociadas al sexo, estudios dan cuenta de la relación de diversos trastornos mentales con el género en varios sentidos: primero, la presencia o no del trastorno en hombres o mujeres estaría dada por la permisividad de la cultura en cuanto a la expresión de determinados síntomas; segundo, el trastorno, a través de su sintomatología, podría actuar como vía de liberación de la tensión propia de las condiciones de vida de cada género; tercero, la probabilidad de dar un diagnóstico estaría modulada por estereotipos de género (Vijande, 2004).

A partir de lo expuesto hasta el momento, es posible afirmar que existe una estrecha relación entre enfermedad mental y género, en la medida en que este último no es solamente una característica del individuo, sino que a partir del mismo las personas se ubican en un orden social, regidas bajo las reglas de un contexto social particular que impone pautas de comportamiento a partir de las cuales se establecerán los límites de normalidad-anormalidad.

3.3 Hiperactividad y Género

Sobre el papel del género en la experiencia subjetiva del TDAH hace falta bastante investigación. Por el contrario, tal como se presentará a continuación, los estudios sobre la relación entre género y TDAH se dividen principalmente en cuatro grupos, en su mayoría integrados por investigaciones que dan por hecho una base biológica del trastorno: aquellos que hacen referencia a las diferencias en la prevalencia y otros datos epidemiológicos, tanto del trastorno como de sus subtipos, según el sexo; un segundo grupo incluye investigaciones acerca de las diferencias en la expresión del trastorno entre hombres y mujeres; otros se basan en el cuestionamiento de los criterios sobre los que se hace el diagnóstico, afirmando que existe un importante sub-diagnóstico en las niñas; y por último, aquellos que indagan acerca de los riesgos y consecuencias psicosociales de padecer el trastorno, tanto en hombres como en mujeres.

Respecto al primer grupo, varias de las investigaciones y resultados se presentan en el primer capítulo de este documento. Como se mencionó allí, varios investigadores se han preocupado por las razones por las que los datos sobre prevalencia varían tanto en diferentes regiones, concluyendo en la mayoría de los casos que la causa se encuentra en la variedad metodológica. Sin embargo, estas variaciones no son las únicas, existen diferencias en varios aspectos epidemiológicos del trastorno según el género, y en algunos casos estas diferencias se dan de forma diferente según la zona geográfica.

En general, estudios sobre prevalencia del trastorno muestran que los niños lo padecen más que las niñas (Biederman et al., 2002; Rucklidge, 2008; Sushevskaya et al., 2014). Otros trabajos se refieren a la prevalencia de los subtipos, afirmando que hay mayor presencia de hiperactividad-impulsividad en los niños y de déficit de atención en las niñas (Biederman et al., 2002; Bauermeister et al., 2007; Williamson & Johnston, 2015). En las últimas

décadas la diferencia en la prevalencia entre niños y niñas ha disminuido considerablemente, pasando de una proporción aproximada de 10:1 en las últimas décadas del siglo XX a un ratio de 4:1 en lo que va del siglo XXI, lo que algunos investigadores atribuyen al hecho de que el eje central del trastorno se trasladó de la hiperactividad al déficit de atención a partir del DSM-III (Bergey & Conrad, 2018).

El hecho de que los niños sean más diagnosticados que las niñas con TDAH es válido para la mayoría de los países del mundo, así mismo, independientemente de los síntomas, entre aquellos que son diagnosticados con TDAH los niños suelen ser tratados con fármacos estimulantes con mayor frecuencia independientemente de la edad (Dalsgaard et al., 2014; Boland et al., 2015; Piovani et al., 2016; Safer, 2016; Morkem et al., 2017; Jaber et al., 2017; A. Russell et al., 2019). La mayoría de estas investigaciones han sido realizadas en países occidentales y, además de las diferencias en la probabilidad de ser medicado, muestran una tendencia al aumento de la formulación de psicoestimulantes a través del tiempo, manteniendo proporciones similares entre los sexos. Sin embargo, un par de estudios presentan una tendencia diferente en regiones orientales en los que se da una importante tendencia al aumento de la formulación tratamiento farmacológico en las niñas (Man et al., 2017; Song et al., 2017).

Por otra parte, es importante resaltar que el TDAH presenta altas tasas de comorbilidad, con datos que muestran que aproximadamente un 70 % de personas diagnosticadas con este trastorno presentan otro tipo de sintomatología (Martinago, 2017). Los estudios al respecto tienen en cuenta principalmente aspectos como la edad, el género y el subtipo diagnosticado para determinar las comorbilidades más comúnmente asociadas al TDAH.

La mayoría de las investigaciones al respecto concluyen que los hombres presentan junto con el TDAH trastornos de tipo “externalizante” mientras que las mujeres presentan en la mayoría de los casos trastornos “internalizantes”. El primer grupo abarca trastornos como desorden de la personalidad antisocial, dependencia y abuso de alcohol u otras sustancias y conductas delictivas; el segundo grupo estaría compuesto por fobia social, ansiedad generalizada, depresión, trastornos de la alimentación, desórdenes somatizantes y desórdenes de la personalidad (Rasmussen & Levander, 2009; Soendergaard et al., 2016; Yoshimasu, et al., 2018).

Las diferencias de género respecto a la comorbilidad son menores en la niñez y están más relacionadas con el subtipo. El trastorno que más se asocia con el TDAH en la infancia es el de oposición desafiante, que podría definirse como externalizante, el cual se diagnostica con mayor frecuencia junto con el subtipo combinado tanto en niños como en niñas (Levy et al., 2005; Bendiksen et al., 2017). En el caso de la depresión, esta se presenta con mayor frecuencia en las niñas, mientras que los trastornos de la conducta en los niños (Levy et al., 2005; Ghanizadeh et al., 2008; Mitchison & Njardvik, 2019). Otra investigación llevada a cabo en Puerto Rico encontró que los niños que sufren del subtipo hiperactivo-impulsivo presentarán con mayor frecuencia trastornos del estado del ánimo mientras que las niñas sufrirían más de trastornos de ansiedad al presentar el subtipo de déficit atencional (Bauermeister et al., 2007).

Respecto a trastornos de ansiedad los hallazgos son contradictorios; algunos investigadores han encontrado que estos se presentan significativamente con mayor frecuencia en las niñas (Ghanizadeh et al., 2008; Skogli et al., 2013) mientras que para otros la diferencia no es significativa (Levy et al., 2005). Por su parte, Mitchison & Njardvik (2019) encontraron que la comorbilidad con trastornos de ansiedad se distribuía de manera uniforme entre niños y niñas, pero que los síntomas eran más severos en los niños.

Veadrigo et al. (2015), encontraron en un metaanálisis que las niñas presentan cuadros más complejos del trastorno y una mayor probabilidad de comorbilidad con depresión y trastornos de ansiedad. Por su parte Rucklidge (2008) en sus revisiones también ha encontrado mayor probabilidad de presentar trastorno de oposición-desafiante en hombres y mayor probabilidad de presentar trastornos depresivos, de ansiedad y abuso de sustancias en mujeres.

El segundo grupo de investigaciones se compone de estudios acerca de las diferencias en la expresión del trastorno entre niños y niñas, y en la mayoría de los casos se basan en la severidad del deterioro de funciones cognitivas. Al igual que la comorbilidad, se destaca un patrón en el que los síntomas se expresan con una proyección diferente en ambos géneros, externos en niños e internos en niñas. En uno de los primeros metaanálisis realizados al respecto, Gershon (2002) encontró que los niños tienen una mayor puntuación (por parte de padres y profesores) en escalas de hiperactividad, impulsividad e inatención, mientras que las niñas presentan mayor deterioro intelectual.

Otros estudios del mismo tipo muestran que, si bien los niños presentan mayores niveles de hiperactividad, la diferencia entre niños y niñas en cuanto al nivel de inatención no es significativa. A pesar de ello, los autores evidencian que las diferencias en las medidas de todos los síntomas del trastorno son mayores entre los niños con y sin diagnóstico de TDAH que entre las niñas en las mismas condiciones Hasson & Goldenring (2012). Un resultado similar fue hallado por Bálint et al., (2009); en este caso los autores concluyen que los hallazgos sugieren un desempeño más pobre en las tareas de atención, principalmente la de tipo sostenido, en los niños que en las niñas.

En el tercer grupo encontramos trabajos cuya principal preocupación es la idea de un subdiagnóstico en las niñas, que tendría como consecuencia graves obstáculos para el desarrollo psicosocial de las mismas y problemas de adaptación en la vida adulta. El argumento principal que sustenta dicha preocupación se basa en las diferencias en la expresión de los síntomas citadas anteriormente y en la distribución de las comorbilidades entre los dos sexos. Investigaciones al respecto sugieren que las causas de estas diferencias podrían deberse tanto a factores biológicos, como las fluctuaciones hormonales en las mujeres, como sociales debido a procesos diversos de socialización y crianza (Crawford, 2003; Quinn, 2005).

El supuesto subdiagnóstico en niñas llama también la atención de investigadoras feministas para quienes los criterios diagnósticos están centrados en comportamientos masculinos, por lo que muchas mujeres no son diagnosticadas, provocando otros problemas en la vida adulta relacionados con la falta de tratamiento (Crawford, 2003). Bajo el mismo supuesto, algunos análisis sugieren que la prevalencia del trastorno varía significativamente dependiendo de si la muestra proviene del ámbito clínico o de la comunidad. En este sentido, Rucklidge (2008) atribuye la subestimación del trastorno en las niñas al proceso de remisión diferencial al ámbito clínico, llegando con mayor frecuencia niños que niñas. Adicionalmente, según la autora, pocos estudios toman en cuenta el género como un posible moderador de las consecuencias psicosociales del trastorno, dando lugar a poca información al respecto.

Con un enfoque diferente, Bailey (2013) encontró que la prevalencia más alta en niños varones podría deberse al mayor control ejercido sobre el comportamiento de los niños, cuya desviación amenazaría un orden social basado en valores patriarcales y capitalistas.

Este hallazgo supone un giro en las conclusiones presentadas en los párrafos anteriores ya que supondría, no un sub-diagnóstico en niñas, sino un supra-diagnóstico en varones.

Finalmente, investigaciones sobre las consecuencias psicosociales del TDAH muestran que las mismas están fuertemente asociadas al sexo. Selinus et al. (2016) encontraron que los perfiles de riesgo psicosocial derivado del trastorno varían según el sexo. En este sentido sus hallazgos muestran que las niñas son más propensas a sufrir de problemas emocionales como depresión, ansiedad y enfermedades psicosomáticas que los niños, así como consumo abusivo de drogas; mientras que los varones presentan mayor probabilidad de cometer conductas antisociales cuando el trastorno es moderado. En el caso de trastorno severo la probabilidad de que se presenten conductas antisociales es la misma para niños y niñas según los autores.

Por su parte Vingilis et al. (2015) encontraron que adultos canadienses que habían sido diagnosticados con TDAH presentaban comportamientos sociales específicos de cada género. En cuanto a los hombres, hallaron que tenían mayor riesgo de ser arrestados, mientras que las mujeres habían sufrido accidentes vehiculares con mayor frecuencia en el último año evaluado. En el caso de otros síntomas clínicos como consumo de cocaína y medicamentos antidepresivos y para la ansiedad, no hubo diferencias entre hombres y mujeres.

En general los estudios sobre prevalencia del trastorno y sus subtipos, y consecuencias psicosociales según el sexo, no son concluyentes, lo cual puede sugerir que aspectos sociales intervienen en los factores a tener en cuenta durante el diagnóstico. Como se mencionó al inicio, son pocos los trabajos que tienen en cuenta esta posibilidad y mucho menos la diferencia en la experiencia subjetiva que tienen niños y niñas frente al diagnóstico de TDAH.

Williamson & Johnston (2015) encontraron en un análisis narrativo de la literatura al respecto, que las medidas sobre el deterioro en distintos ámbitos de la vida diferían entre hombres y mujeres cuando la medida era objetiva o subjetiva. Así, se encontró que, a pesar de no existir diferencias objetivas en el desajuste entre hombres y mujeres en diferentes ámbitos sociales, las mujeres valoraban mayor deterioro en los mismos que los

hombres. De la misma manera las mujeres manifestaban mayor recurrencia de eventos negativos en sus vidas.

En otra investigación acerca de la recurrencia de emociones negativas en personas diagnosticadas con TDAH, los autores encontraron que las mujeres presentaban mayor presencia de emociones negativas que los hombres cuando el subtipo era combinado, es decir cuando había presencia de síntomas de hiperactividad/impulsividad; mientras que en el subtipo inatento no había diferencias según el sexo (Kearns & Ruebel, 2011). Debido a que las mujeres puntúan más alto en las escalas de emocionalidad y ansiedad que los hombres tanto en el grupo de control (no diagnosticados) como en el grupo con diagnóstico de TDAH, los autores concluyen que los síntomas emocionales relacionados con el trastorno se incrementan debido a factores tanto fisiológicos como sociales.

Por su parte Ek et al. (2008) encontraron que los niños con diagnóstico de TDAH obtienen puntajes más altos en las subescalas de bienestar mental, relación con los padres y relación con pares que las niñas. De acuerdo con los autores, las niñas podrían ser más sensibles al deterioro de la relación con sus pares debido a su comportamiento, lo que llevaría a la baja autoestima. Adicionalmente se hace referencia a una menor tolerancia de los profesores frente a tales comportamientos en las niñas.

Estos trabajos sugieren que el género es una categoría de análisis importante en el estudio de la experiencia subjetiva del trastorno. Se evidencia que la mayoría de los trabajos que hacen referencia al género se limitan a la determinación de la prevalencia del trastorno y sus subtipos según el sexo. Algunos de los trabajos que buscan evaluar las consecuencias del trastorno a nivel psicosocial manifiestan una preocupación por el sub-diagnóstico en niñas.

Otras pocas investigaciones analizan la experiencia subjetiva de mujeres adultas diagnosticadas con TDAH y casi ninguno lo hace con niñas. Dos investigaciones de tipo cualitativo en el que se realizaron entrevistas a mujeres adultas con diagnóstico de TDAH muestran que hay algunas dificultades relacionadas con el género, específicamente con roles específicos asignados al mismo. En este sentido, los hallazgos muestran que las mujeres consideran que son juzgadas con mayor severidad que los hombres por su dificultad para organizar su tiempo y su espacio a partir de rutinas diarias; por el mismo motivo perciben que la maternidad agudiza las dificultades y a la vez se constituye como

un reto importante para ellas (Holthe, 2014; Holthe & Langvik, 2017). Debido a que ambos trabajos incluyen solo mujeres, no es posible saber en qué medida los hombres podrían verse afectados en las mismas áreas, por ejemplo, en cuanto a la paternidad.

Es importante tener en cuenta la categoría de género y su carácter relacional para comprender la experiencia del trastorno y su diagnóstico, por lo que también es importante llevar a cabo trabajos comparativos, ya que las experiencias asociadas al diagnóstico y el tratamiento del TDAH puede ser diferente para niños y niñas. Buscando dar luces sobre este tema, P. Uribe et al. (2019) exploraron mediante entrevistas a profundidad la experiencia de niñas y niños en Chile sobre su diagnóstico de TDAH. Una conclusión importante es que dichas experiencias no son ni mucho menos uniformes y tampoco se pueden encasillar en un análisis binario a partir del género.

A pesar de ello, el análisis llevado a cabo en este estudio reveló algunas tendencias diferenciales entre niños y niñas. La primera de ellas tiene que ver con la localización de la problematización de los comportamientos, a partir de lo cual los autores identificaron que la mayoría de las veces los niños entienden que el trastorno es un problema para otros mientras que las niñas lo viven como un problema para ellas mismas. Por otra parte, niños y niñas se diferencian en las estrategias que privilegian para manejar el problema; mientras que los niños se concentran en sus habilidades y se empeñan en actividades para desarrollarlas, las niñas prestan mayor atención a sus debilidades y buscan un ajuste que satisfaga las demandas de los adultos. Por último, se encontró que los niños tienden más a establecer relaciones conflictivas con sus pares mientras que las niñas intentan establecer relaciones de tipo colaborativo.

Algunos de estos hallazgos son congruentes con los encontrados por Vargas (2015), mediante los cuales se muestra que las niñas entrevistadas son más sensibles al posible rechazo social por cuenta de su mal comportamiento, mientras que los niños tienden a negar el trastorno aludiendo al mal comportamiento que también presentan sus compañeros no diagnosticados; esto parece estar relacionado con el hecho de que las niñas se muestren más abiertas a recibir tratamiento farmacológico.

Los trabajos presentados en este capítulo dan cuenta de las diferencias en la forma como se desarrolla y se experimenta el diagnóstico de TDAH según el género. Hasta ahora no

hay investigaciones concluyentes acerca del papel de aspectos biológicos que expliquen estas diferencias, por lo que es necesario tener en cuenta la importancia de factores socio-estructurales en la construcción del trastorno como en la expresión e interpretación de la sintomatología, lo cual se relaciona no solo con el género sino también con otros aspectos como la edad, la etnia, las condiciones socioeconómicas, etc.

4. Capítulo 4. Estrategia Metodológica. Análisis de Discurso, Poder, Verdad y Subjetividad

El discurso es una práctica social mediante la cual se construye la realidad y se da sentido al contexto social (Gill, 2000). Como seres humanos nos adaptamos al contexto a través del lenguaje; de acuerdo con Pardo (2007) el lenguaje moviliza el pensamiento y determina las percepciones acerca de lo real, así como las diferentes perspectivas sobre el mundo. Para la autora, el hacer-decir social adquiere múltiples significados que no son siempre evidentes y que emergen de múltiples maneras durante su interpretación. Desde esta perspectiva, la lengua se aborda desde una visión de relatividad, desde la cual el lenguaje es práctica social, con un carácter interactivo y convencional, por lo que el discurso solo adquiere sentido en el contexto social dentro del cual se produce (Pardo, 2007).

En cuanto al alcance del análisis del discurso dentro de la investigación cualitativa, una de las principales críticas que este método ha recibido se debe a su carácter enteramente interpretativo; este hecho se debe al papel que adquiere el lenguaje en este ámbito, entendiéndolo como un eje central de la vida social, capaz no solo de comunicar, sino de crear la realidad. Debido a esto el análisis del discurso requiere un alto grado de comprensión y verificación de las interpretaciones, constituyéndose como un proceso de negociación con los participantes (Íñiguez, 2003).

Discurso, saber y poder son categorías inseparables. Todo discurso es una práctica social que no solo describe, sino que forma el objeto del que habla. Los saberes posibilitan formas de hablar y contenidos, en otras palabras, un saber es situado históricamente, permite o no decir algo y determina las posibilidades de existencia de un objeto y así mismo las posibilidades de ser en relación con dicho objeto (Foucault, 1971/2002).

La producción de discursos está regulada por una serie de procedimientos que Foucault (1971/2005) describirá en “El orden del discurso”, y a los cuales les atribuirá la función de “conjurar sus poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad” (p. 14). De dichos procedimientos, el autor señala la importancia de aquellos relacionados con la exclusión, bajo la cual el discurso es controlado mediante una serie de sistemas como la prohibición, la separación y la voluntad de verdad/saber. El primero de ellos, hace referencia a aquello que podemos o no decir, revelando que no cualquiera puede decir cualquier cosa y a la vez mostrando la relación del discurso con el poder; el segundo se refiere a la separación entre razón y locura mediante una línea que históricamente se traza de diversas maneras, pero que produce el rechazo y eliminación de la palabra del loco.

El último sistema hace referencia a la oposición históricamente constituida entre lo verdadero y lo falso, en el sentido del desplazamiento de lo verdadero desde lo que era el discurso en la época clásica hacia aquello que enuncia en la época moderna. Este desplazamiento atañe a una voluntad de saber que se diferencia en cuanto a las formas, los objetos y las técnicas. Según el autor entre los siglos XVI y XVII:

“(…) apareció una voluntad de saber que, anticipándose a sus contenidos actuales, dibujaba planes de objetos posibles, observables, medibles, clasificables; una voluntad de saber que imponía al sujeto concedor (...) una cierta posición, una cierta forma de mirar y una cierta función (...); una voluntad de saber que prescribía (...) el nivel técnico del que los conocimientos deberían investirse para ser verificables y útiles” (p. 17).

Desde el punto de vista metodológico, el concepto de dispositivo toma un lugar central para este tipo de análisis. Este se refiere a una red de poder/saber que sustenta las relaciones entre diferentes elementos institucionales tales como discursos, normas, disposiciones espaciales o arquitectónicas, enunciados de diferente tipo, etc.; dicha red está situada temporo-espacialmente y puede aparecer o ser modificada a partir de un acontecimiento o según unas condiciones históricas que permiten comenzar a hablar de algo o problematizarlo (García, 2011).

De esta manera se entiende que un dispositivo solo es tal bajo unas condiciones particulares, mediante las cuales se establecen relaciones dirigidas por un poder que requiere para su funcionamiento la disposición de un orden social determinado, así como de unos saberes que aseguren su autoridad y lo garanticen, “se trata, entonces, de una red de relaciones en las que está implicada una forma determinada de ejercicio del poder y de configuración del poder que hacen posibles determinados efectos de verdad y realidad” (García, 2011, p.3).

Tales efectos de verdad tienen implicaciones sobre la subjetividad en la medida en que el dispositivo permite o no la emergencia de ciertas formas de ser. Estos procesos de subjetivación están determinados por el entramado de fuerzas al interior del dispositivo que se presentan como saberes constituidos, pero que no por esto son estables o inmutables, por el contrario, el sujeto puede transformarse a su paso por diferentes dispositivos, lo que da cuenta de la inestabilidad de los mismos (Deleuze, 1990).

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, el TDAH puede ser estudiado desde múltiples ángulos: a partir de las condiciones socio-históricas que han posibilitado su comprensión como un problema de salud mental de la infancia (por lo menos de inicio en esta); de los conocimientos y enunciaciones de verdad que se han erigido sobre el mismo, los cuales dan fundamento a su diagnóstico y tratamiento por un lado, y a su regulación por otro; de las estrategias de poder y técnicas de control que se aplican a los cuerpos de niños y niñas y cómo este poder circula en las diferentes instituciones de las cuales ellos hacen parte; y por último desde las posibilidades de subjetivación o formas de ser niño o niña con TDAH.

Ninguno de estos elementos está completamente separado del otro, pero para su comprensión es necesaria la utilización de diversas fuentes de información para su análisis. Teniendo en cuenta que el presente trabajo tiene como objetivo principal comprender las formas de objetivación del TDAH en nuestro contexto, las estrategias de poder mediante las cuales se intenta normalizar el comportamiento infantil y las posibilidades de subjetivación a partir de los discursos sobre el TDAH de niños y niñas con este diagnóstico, el estudio de los aspectos mencionados se hará en función de ello; para esto se hacen análisis textuales que incluyen documentos principalmente prescriptivos, es decir, que tienen un carácter normativo o buscan dirigir la conducta de las personas

mediante mandatos de diferente orden, los cuales permiten comprender el proceso mediante el cual el TDAH es problematizado en nuestro contexto y cómo se administra el poder con miras a garantizar el control de las conductas en la infancia. Por otra parte, se hace uso del análisis de los discursos de diferentes actores involucrados con el diagnóstico de TDAH para comprender cómo, dentro de estas redes de saber/poder propias del contexto en el que se desarrollan algunos niños y niñas, se generan posibilidades de subjetivación que pueden estar atravesadas por el género.

4.1 Análisis Crítico del Discurso (ACD)

Como propuesta teórica y metodológica, el análisis del discurso cuestiona los principios de factualidad atribuidos a las descripciones del mundo. Así, lo que se busca no es desmentir el estatus de existencia de un hecho u objeto social, sino comprender los mecanismos retóricos a partir de los cuales una descripción se entiende como verdadera. Las descripciones, independientemente de si se dan a manera de afirmación o de narración, forman parte de una interacción provocada por un contexto particular, adquiriendo un sentido pragmático, ya que una persona solo expresa algo en virtud de lo que puede hacer con ello en dicho contexto (Potter, 1996/1998).

Desde esta perspectiva, las “verdades” no se dan por sentadas, sino que se entienden como afirmaciones que pueden ser modificadas ya que no están determinadas por sucesos, sino que son elaboraciones dependientes del contexto discursivo y del momento en el que surgen. En el caso de las elaboraciones científicas y académicas, ha de reconocerse que las mismas son producidas por autores histórica y socialmente situados y limitados en la comprensión de ciertas ideas (Potter, 1996/1998).

Ejemplo de ello es la psicología tradicional, cuya actividad se centra en dar una explicación técnica de entidades psicológicas “reales” que subyacen a la acción. Por el contrario, la psicología discursiva se concibe desde la posición de los participantes, desde sus construcciones prácticas y situadas (Potter, 2005).

De acuerdo con Jorgensen & Phillips (2002), el análisis del discurso puede entenderse desde múltiples perspectivas, la mayoría de las cuales comparten algunas premisas ontológicas y epistemológicas. La primera de ellas hace referencia a la postura crítica sobre el conocimiento; en este sentido, el mismo no se considera objetivo por lo que la

realidad solo es accesible mediante categorías lingüísticas. En segundo lugar, se considera al ser humano como esencialmente histórico y cultural, por lo que la forma en que entendemos el mundo es histórica y culturalmente contingente. Tercero, el conocimiento, como forma de entender el mundo, es creado y mantenido por procesos sociales, es decir, es mediante la interacción social que creamos y compartimos las nociones de lo que es verdadero o falso. Por último, hay un vínculo entre el conocimiento y la acción social, de tal manera que el conocimiento y las verdades construidas tienen consecuencias sociales.

Dichas consecuencias están relacionadas con la función del discurso, así que, mediante el análisis de este, se responde a la pregunta “¿para qué sirve?” con miras a comprender cómo este sostiene ciertas prácticas sociales (Gill, 2000). Si bien la función del discurso puede ser variable e inestable, el análisis del discurso se vale de repertorios interpretativos con cierta estabilidad, los cuales están constituidos por los elementos esenciales con los que las personas construyen las versiones de diferentes fenómenos. Según Potter & Wetherell (1996) “*Se trata de un conjunto de términos que se usan en explicaciones que dependen básicamente de ciertas metáforas y tropos*” (p. 65). Estos se fundamentan sobre la base de la regularidad, no a nivel individual, sino en el nivel del vínculo y consistencia interna entre las unidades lingüísticas usadas en los discursos, lo cual da lugar a un grupo delimitado de términos que se usan de forma particular.

Desde la óptica del Análisis Crítico del Discurso (ACD) se entiende el lenguaje como una práctica social en sí misma, desde donde es posible identificar la relación entre este y el poder, que como se mencionó en párrafos anteriores, de acuerdo con Foucault (2005) se ve representado en tres grandes sistemas de exclusión propios del discurso, de los cuáles el último (la voluntad de saber) termina por absorber a los otros dos (prohibición y separación de la locura) ya que cualquier acto social se verá fundamentado y justificado por los discursos sobre la verdad del momento histórico en el que se produce. De esta manera desde el ACD se puede abordar el tema de las posibilidades de subjetivación que abren las diferentes expresiones discursivas en la sociedad.

Desde esta perspectiva, el análisis vuelve a la función del discurso, pero en términos del poder que lo produce y que a la vez sostiene. Así, el analista puede buscar tanto las reglas de formación del discurso como a quién o a qué propósito sirve. La información puede ser

hallada en diversas fuentes y, para dar cuenta de las posibilidades de subjetivación, uno de los propósitos sería atender tanto a aquello que posibilita o enmarca el discurso, como al lugar desde el cual habla el sujeto que lo (re)produce y el rol que adopta (Pardo, 2007).

El contexto socio-histórico entra a jugar un papel principal dentro del proceso de producción discursiva y en la consolidación de aquello que se considera “verdadero”. Dentro de este campo es posible encontrar diferentes posturas teóricas. Una de las más reconocidas es la teoría del contexto propuesta por Van Dijk (2008), cuyo propósito es similar al de la Teoría de las Representaciones Sociales en el sentido de tender un puente entre aquello que se considera como lo social (externo) y lo individual (interno), mediante el planteamiento de un modelo mental del contexto.

Mediante este modelo mental, el autor desplaza la influencia de las estructuras sociales en la comprensión del mundo, hacia las representaciones mentales que de ellas hacen tanto los individuos como los colectivos. En este sentido, el contexto social se vuelve “subjetivo” en la medida en que se requieren acciones cognitivas individuales para que el mismo pueda tener un efecto en la producción discursiva.

Otra corriente del ACD, de corte más sociológico, se propone como una continuación metodológica de la propuesta foucaultiana, la cual puede ser entendida como materialista, ya que rechaza cualquier tipo de esencialismo o internalismo. En este enfoque, en lugar de la dimensión cognitiva del contexto o del discurso, predomina la dimensión relacional propia de los acontecimientos discursivos. Aquí la estructura social y la historia determinan los discursos y, así mismo, ponen límite a las posibilidades de subjetivación mediante la aplicación de diversas estrategias de poder. En otras palabras, las dimensiones sociales estructurales se superponen a los aspectos individuales al partir de la premisa de que aquellas pueden limitar las posibles expresiones de estos últimos y, así mismo, determinan el conocimiento válido para un momento y lugar determinados.

Esta postura resalta la relación dialéctica entre el poder y el discurso, lo que resulta en una concepción inevitablemente política de este último, lo que explica que su circulación se dé de manera institucionalizada (Fairclough, 2013). Así, los conocimientos, y las formas válidas de producirlos, serán difundidas a partir de los discursos institucionalizados.

Como se mencionó al inicio de este apartado, el análisis discursivo desde la concepción foucaultiana del discurso tendrá como objeto principal el dispositivo, concepto que no fue claramente delimitado en la obra de Foucault, pero que fue desarrollado por autores posteriores como Siegfried Jäger (2001), para quien los discursos corresponden a la circulación o fluir del(los) conocimiento(s), no solo el actual, sino también aquel que ha sido construido a lo largo de la historia, mismos que determinan los hechos individuales y colectivos, así como las formas en que se moldea la sociedad. De esta manera las prácticas discursivas ejercen el poder, no solo a partir de la acumulación de afirmaciones positivas, sino también de la exclusión de afirmaciones posibles, las cuales también se consolidan a través de las instituciones.

Esta investigación se basa principalmente en la propuesta metodológica de Jäger por lo que se describe con más detalle a continuación.

4.1.1 ACD y el Dispositivo en la Propuesta Teórica de Siegfried Jäger

Jäger (2001) destaca el carácter histórico de los discursos, al entenderlos como la circulación del conocimiento acumulado durante la historia de las sociedades, cuya función es la de contribuir al logro de fines particulares de dicha sociedad, más que la de expresar sus prácticas, a través del ejercicio del poder.

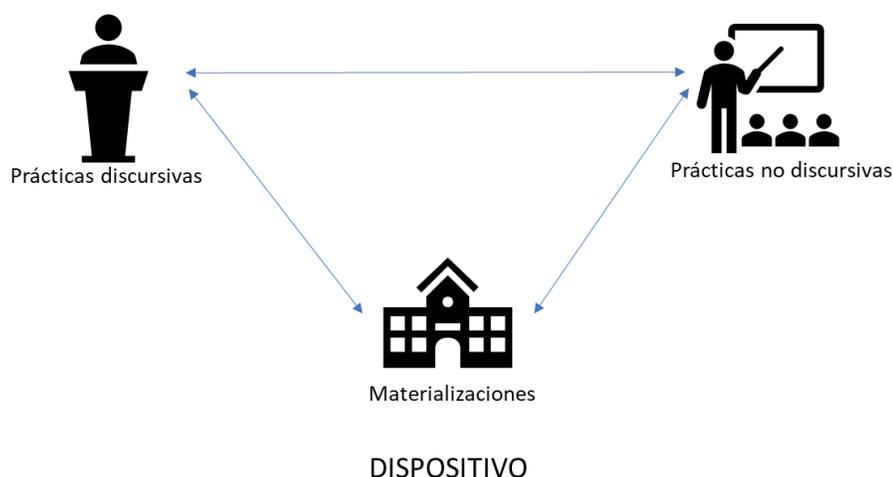
Dentro de la propuesta del autor, el ACD incluye la gama de todas las afirmaciones que pueden ser declaradas en un lugar y momento determinados, así como las estrategias (de poder) mediante las cuales este espectro se amplía o se restringe, configurándose un poder institucionalizado que, mediante los discursos, crea las condiciones para la formación de las subjetividades, siendo así creador de conciencia.

En este sentido, los discursos son entendidos como una realidad material supraindividual que se configura como medio de producción de la sociedad. En otras palabras, el discurso no es creado por los individuos, sino que adquiere “vida propia” gracias a múltiples procesos históricos, sin embargo, no se desconoce el papel de los sujetos como coproductores de los discursos y, así mismo, de los cambios sociales.

Ahora bien, el ACD desde la perspectiva foucaultiana se centra en el estudio del dispositivo, el cual es entendido como una red de relaciones entre múltiples elementos de una sociedad. Para Jäger estos elementos se pueden reunir en tres categorías principales: las prácticas discursivas, las prácticas no discursivas y las materializaciones. Las redes que se forman a partir de la interrelación entre estos tres elementos conformarían el dispositivo como lo muestra la Figura 1.

Figura 1

Dispositivo en la propuesta metodológica de Siegfried Jäger



Nota: Adaptado de: Jäger, S. (2001). Discurso y conocimiento: aspectos teóricos y metodológicos de la crítica del discurso y análisis de dispositivos. En: Wodak, R. y Meyer, M. (Comps). Métodos de Análisis Crítico del Discurso. Gedisa

En este esquema, las prácticas discursivas se refieren a todo aquello que es posible decir, actividad de tipo lingüístico producto de la interacción de los sujetos con un componente histórico. Las prácticas no discursivas hacen referencia a todo tipo de actuación o acción que las personas llevan a cabo, el trabajo u oficio haría parte de estas prácticas.

Si bien estas últimas se conceptualizan como no-discursivas, esto no quiere decir que están en oposición al discurso, por el contrario, adquieren significado a través de él. Por último, estas actuaciones dan lugar a materializaciones, objetos materiales que van desde herramientas hasta edificaciones, cuya función es mantenida por los mismos discursos en los que hallan su origen o razón de ser.

La importancia del dispositivo radica en que da cuenta de las relaciones que se tejen entre estos elementos, conectando la estructura social con la actividad del sujeto a partir de su actividad sensorial y poniendo de relieve el carácter histórico de la asignación de significado.

Los textos incluidos en esta investigación se toman como parte importante del conjunto de las materializaciones producto de los discursos que sostienen la realidad del TDAH. A partir de su contenido se busca comprender cuál ha sido el proceso de objetivación del trastorno en nuestro contexto para comprender cómo los discursos se producen y mantienen gracias al poder del que son investidos, en el caso del TDAH por la medicina y sus regímenes de falso-verdadero.

Por otra parte, es posible estudiar también las posibilidades de existencia o de subjetivación que se derivan de estas redes de poder y, mediante el análisis discursivo derivado de las entrevistas, hacer un contraste con la experiencia del TDAH desde la perspectiva de sus protagonistas.

4.2 Participantes

Los participantes de este estudio fueron seleccionados a partir de un muestreo propositivo intencionado, el cual se usa frecuentemente en investigaciones de carácter cualitativo con el objetivo de incluir personas con una o varias características específicas (C. Martínez, 2012). De acuerdo con Patton (2002), la selección de la muestra en la investigación cualitativa no solo se diferencia del muestreo probabilístico en su técnica sino principalmente en la lógica que la sustenta y los objetivos de cada tipo de investigación. Según esto, los muestreos propositivos no permiten ni buscan la generalización a toda la población, pero en cambio conducen a la selección de casos ricos en información útil para un análisis en profundidad.

Para la conformación de la muestra se seleccionaron personas con algún tipo de relación con el diagnóstico de TDAH, por lo que se incluyeron participantes de tres grupos: el primero de ellos conformado por 8 niños y 5 niñas entre los 5 y 12 años con diagnóstico de TDAH. El segundo grupo (en el que se hicieron 12 entrevistas) incluyó a 12 madres, 4

padres y dos familiares de niños y niñas con este mismo diagnóstico (la mayoría de ellos fueron los padres de los menores que participaron en la investigación).

En el tercer grupo, conformado por educadores, participaron dos orientadores escolares y 5 grupos de docentes pertenecientes a tres tipos de institución educativa: Una Institución Educativa Distrital (IED); dos colegios privados personalizados y especializados en educación para niños con diferentes tipos de discapacidad cognitiva, dificultades de aprendizaje o trastornos comportamentales y, por último, un colegio privado regular con énfasis en la inclusión educativa y metodología de aprendizaje por grupos. La Tabla 3 muestra una relación de todos los participantes, en la que se reemplaza los nombres para garantizar su anonimato.

Tabla 3

Participantes de la investigación

Grupo	Nombre participante/institución
Niños	Carlos (6 años)
	Enrique (7 años)
	Camilo (8 años)
	José Enrique (5 años)
	Simón (7 años)
	Fabián (9 años)
	Yeison (10 años)
	Julián (11 años)
Niñas	Melisa (10 años)
	Eliana (12 años)
	Sonia (7 años)
	Juanita (10 años)
	Sandra (10 años)
Cuidadores	Lucía y Ernesto (papás de Enrique)
	Fabiola y José (papás de Simón)
	Bibiana (mamá de Carlos)
	Lina María (niño sin entrevista)
	Diana y Jorge (papás de J. Enrique)
	Laura (mamá de Sonia)
	Jimena (mamá Fabián)
	Daniela y Jaime (papás de Camilo)
	Valeria (niña sin entrevista)
	Cristina (mamá de Melisa)
	Adriana (mamá de Yeison y Julián)

Grupo	Nombre participante/institución
Orientadores	Sara (mamá de Juanita)
	Diego (orientador IED Kannedy)
	Adela (orientadora IED Suba)
Docentes (Grupos de discusión)	IED (Barrio San Cristobal- Jornada mañana)
	IED (Barrio San Cristobal – Jornada tarde)
	Especializado 1 (Barrio Quinta Camacho)
	Especializado 2 (Barrio San Luis)
	Privado (Barrio Lijacá)

Nota: Elaboración propia. El nombre de niños/niñas, cuidadores y educadores es ficticio. En el caso de los grupos de discusión con los docentes solo se incluye el barrio en el que se encuentra ubicado el plantel.

El criterio de inclusión en el caso del grupo de niños y niñas y el de los padres, fue la existencia de un diagnóstico médico de TDAH en cualquiera de sus subtipos, o la manifestación expresa por parte de la institución educativa del mismo. En el caso de los profesores y orientadores, se seleccionaron aquellos que habían tenido a su cargo al menos un niño o niña diagnosticada con TDAH.

El límite para la recolección de información en el estudio se dio teniendo en cuenta el punto de saturación, el cual se da en el momento en el que la información recabada comienza a ser repetitiva o cuando se ha recolectado la información suficiente para presentar aportes teóricos integrales y coherentes sobre el tema de estudio (C. Martínez, 2012). Tradicionalmente el punto de saturación ha sido determinado a partir de la frecuencia de aparición de nuevas temáticas en las narrativas de los participantes, lo que en ocasiones da como resultado muestras relativamente grandes; sin embargo, estudios al respecto sugieren que un número pequeño de participantes podrían aportar gran cantidad de información acerca de los ítems más relevantes o salientes de las temáticas principales (Weller et al., 2018).

Adicionalmente se incluyeron documentos de orden clínico y prescriptivo escritos en español, entre los cuales se encuentran: seis guías para el manejo de niños con TDAH en la casa y en el aula de clase, cinco de ellas de libre circulación a través de internet y otra impresa por el Magisterio para ser distribuida en colegios oficiales; nueve documentos de

tipo legal o normativo que incluyen dos leyes, un proyecto de ley y seis sentencias de la Corte Constitucional de Colombia en relación con los derechos de los niños y niñas con diagnóstico de TDAH (la Tabla 4 muestra la relación de estos dos primeros grupos de documentos); y por último 18 reportes o historias clínicas de niños y niñas con diagnóstico de TDAH, algunas de ellas proporcionadas por los mismos participantes y otras por profesionales en psicología y neuropsicología con reserva de la identidad de los pacientes.

Tabla 4

Relación de los documentos normativos y prescriptivos incluidos como fuente documental para el ACD

Tipo documento	Título	Rótulo
Normativos	Ley 361 de 7 de febrero de 1997	Ley 01
	Ley 1616 21 enero 2013	Ley 02
	Proyecto de Ley N° 138 de 2017	Ley 03
	Sentencia T-120/19	Sentencia 01
	Sentencia T-255/01	Sentencia 02
	Sentencia T-318/14	Sentencia 03
	Sentencia T-390/11	Sentencia 04
	Sentencia T-523/16	Sentencia 05
	Sentencia T-1099/03	Sentencia 06
	Prescriptivos	Guía práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH
El niño con Trastorno Por Déficit de Atención y/o Hiperactividad, TDHA. Guía práctica para padres.		Guía 02
Guía para docentes. TDAH en el aula. "Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad", Trastornos invisibles		Guía 03
Manual del maestro del niño con TDAH		Manual 01
Déficit de Atención con Hiperactividad. "Manual para padres y educadores"		Manual 02
¿Podemos hablar acerca del TDAH? Una guía para los amigos, la familia y los profesionales.		Manual 03

Nota: Elaboración propia. El rótulo se refiere a la forma como será citado durante la presentación de los resultados

4.3 Instrumento

Teniendo en cuenta que la metodología está basada en el análisis cualitativo de información de tipo discursivo, los datos para esta investigación fueron recolectados a través de entrevistas tanto individuales como grupales y lectura crítica de textos sobre TDAH tal como se muestra en la Tabla 5.

De acuerdo con Flick (2004) las entrevistas de tipo narrativo permiten el acceso a información subjetiva relacionada con las experiencias o actividades de los participantes con la mínima intervención del entrevistador. Según el autor, la información que una persona tiene acerca de un evento se puede almacenar en forma de conocimiento narrativo-episódico y semántico, correspondientes al conocimiento asociado a situaciones concretas y a las abstracciones y generalizaciones que se hacen a partir de ellas respectivamente. De acuerdo con esto, una entrevista narrativa de tipo episódico permite recolectar información acerca de la situación de interés y de su contexto generativo, razón por la cual se utilizó este método con el grupo de madres y padres tomando como evento desencadenante el momento en el que su hijo o hija obtuvo el diagnóstico de TDAH.

Tabla 5.

Métodos de recolección de la información según grupos/fuentes de información

Grupo/Fuente	Método recolección
Niños y niñas con diagnóstico de TDAH	Entrevista lúdica semiestructurada
Padres y madres	Entrevista episódica
Profesores	Grupos de discusión
Orientadores	Entrevista abierta en profundidad
Textos escritos	Guías para padres y profesores Historias clínicas Documentos normativos-legales

Nota: Elaboración propia

Teniendo en cuenta que uno de los propósitos de este trabajo era hacer un aporte en cuanto a la comprensión de la experiencia subjetiva de niños y niñas con diagnóstico de TDAH, para este grupo se planteó el uso de entrevista narrativa de corte autobiográfico,

mediante la cual es posible recolectar información acerca de la historia de vida de los entrevistados y de los sucesos vitales desde su punto de vista (Bolívar, 2012).

Sin embargo, durante el desarrollo de las mismas, se presentaron varias dificultades para obtener dicha información, por lo que se optó por hacer entrevistas semiestructuradas, en las que la participación de la entrevistadora fue más activa. Para lograr estimular la participación de niños y niñas, se usaron diferentes herramientas lúdicas como: bloques de construcción, plastilina, hojas y colores y actividades como juegos de rol. Mediante este método se buscó conocer el lugar que tiene el diagnóstico en la vida de niños y niñas y las posibles formas de construcción de subjetividad en torno a este.

Por otra parte, dado que en la práctica docente es común discutir la situación de los estudiantes dentro de reuniones tanto formales como informales, el grupo de discusión resultó ser un método bastante útil para la recolección de información de estos participantes. Este método permite estudiar construcciones acerca de temas relevantes en la cotidianidad de los participantes de una forma más naturalista que la entrevista individual (Flick, 2004).

Este método no equivale a una entrevista grupal, sino que corresponde a la producción de una situación de interacción en la que más allá de buscar identificar los significados en relación con el tema de interés, se recrea una práctica social mediante la cual se construye sentido frente a dicha temática de forma colectiva, siguiendo las reglas socialmente establecidas para ello (Cervantes, 2002).

Finalmente, aunque no se tenía previsto en el diseño de la investigación, se incluyeron entrevistas en profundidad para comprender el papel de orientadores escolares en la construcción y consolidación del TDAH. Esta decisión se tomó ya que se observó, durante la interacción con las instituciones educativas, que los orientadores juegan un papel central en la definición y prácticas alrededor del TDAH en los colegios.

4.4 Procedimiento

Para el desarrollo de esta investigación se buscó inicialmente el contacto con cuidadores de niños y niñas con diagnóstico de TDAH a través del Servicio de Atención Psicológica (SAP) de la Universidad Nacional de Colombia y de diferentes instituciones educativas distritales (IED) y colegios especializados de la ciudad de Bogotá. A las instituciones

educativas se les solicitó además del contacto con cuidadores, la participación de los docentes en el grupo de discusión.

Se hizo la invitación a 16 colegios privados especializados, de los cuales solo dos aceptaron participar con los grupos de discusión, pero rechazaron hacer contacto con los padres. Por su parte, de 5 colegios privados regulares contactados, uno aceptó participar en el grupo de discusión. Por último, se invitó a participar a 5 colegios públicos del Distrito Capital, de los cuales cuatro aceptaron proporcionar el contacto con los padres y uno de ellos permitió también la realización de dos grupos de discusión con los docentes de ambas jornadas (mañana y tarde). En total se contó con la participación de siete colegios.

4.4.1 Recolección de la Información

Se contactó a las madres y padres de los niños que cumplieran con los criterios de inclusión; se les contó personalmente en qué consistía el estudio y se programó una cita en su lugar de residencia para llevar a cabo la entrevista. Estas se realizaron principalmente con las madres que aceptaron participar en el estudio y en algunos casos participaron también los padres y otros familiares encargados del cuidado de los niños y niñas. Cada encuentro incluyó dos partes: en la primera se hizo lectura y firma del consentimiento informado (Anexo 01) y, en el caso de quienes aceptaron incluir a sus hijos en la investigación, firma de autorización para la realización de la entrevista con los menores (Anexo 02); en la segunda parte se llevó a cabo la entrevista episódica que tuvo como punto de referencia el momento del diagnóstico del hijo o hija. En algunos casos, para cada familia, solo se realizó la entrevista a los padres o la entrevista de los niños o niñas.

Después de obtener el permiso de los padres, se llevaron a cabo las entrevistas con los menores, las cuales tuvieron lugar en las instituciones educativas. Estas se hicieron en privado, pero en un lugar abierto y a la vista, proporcionado por la misma institución. Al igual que con los encuentros anteriores, las entrevistas con los niños se realizaron en dos partes. En la primera se les contó el objetivo general de la investigación y se les solicitó la aprobación y firma de asentimiento informado (Anexo 03), y en la segunda se desarrolló una entrevista semiestructurada centrada en la experiencia del TDAH. Todos los niños y niñas aceptaron participar en la investigación.

Desde el punto de vista de esta investigación se entiende al niño como un agente activo que participa en la construcción del conocimiento sobre el diagnóstico de TDAH mediante discursos acerca de sí mismo. Sin embargo, un aspecto importante que se tuvo en cuenta durante la aplicación de la metodología propuesta en niños fue la dificultad para entablar una conversación fluida y centrada sobre la temática del estudio, debido tanto a su edad como a sus dificultades de concentración. Por esta razón fue necesario el uso de herramientas adicionales a la guía de entrevista, así que se usaron diversas estrategias tales como la construcción de historias basadas en dibujos, juego de roles, y se les dio la posibilidad de jugar con diversos elementos proporcionados por la investigadora como bloques para armar y plastilina, siempre con el objetivo de estimular la conversación.

En el caso de los educadores, se llevaron a cabo 5 grupos de discusión, de los cuales dos se realizaron en una I.E.D., uno en un colegio privado y dos en dos colegios especializados. En todos los casos las instituciones asignaron a los docentes que participaron en las entrevistas grupales y las mismas se desarrollaron en las instalaciones de los colegios. También aquí en un primer momento se abordaron los objetivos de la investigación y se firmaron los consentimientos informados (Anexo 04) y, posteriormente, se hizo la discusión sobre el TDAH y las estrategias educativas y disciplinarias en el aula.

Por último, se invitó a participar en la investigación a dos psicólogos que se desempeñaban como orientadores escolares, a quienes se les aplicó una entrevista abierta acerca de su experiencia en el manejo de casos de TDAH. Al igual que los demás participantes, aceptaron y firmaron el consentimiento informado (Anexo 05) previamente al desarrollo de la entrevista.

Las entrevistas fueron realizadas por dos psicólogas con experiencia en investigación cualitativa, quienes utilizaron los mismos protocolos y guías temáticas (Anexo 06). Dichas guías estuvieron compuestas por una serie de temas que se pretendían explorar, pero que no constituyeron un límite para el discurso de los participantes ya que todas las entrevistas fueron abiertas. Adicionalmente todas fueron grabadas para su posterior transcripción y análisis, previo consentimiento de los participantes.

En el caso de las fuentes documentales, a partir de la referencia de las madres y de una orientadora escolar, se recolectaron seis guías y manuales para el manejo del TDAH escritas en español. También se incluyeron documentos de tipo normativo-legal

relacionados con el tema de la investigación, dentro de los cuales se encuentra la Ley de salud mental de 2016, la Ley 1616 de 2013 y el proyecto de ley 138 de 2017 para el reconocimiento del TDAH como condición de discapacidad y seis sentencias de la Corte Constitucional, dadas entre el año 2001 y el 2019, acerca de las acciones sobre niños con diagnóstico de TDAH. Adicionalmente se obtuvieron 18 reportes o historias clínicas, unas entregadas por los mismos participantes y otras obtenidas a través de otros profesionales de la salud manteniendo la reserva de identidad de los pacientes.

4.4.2 Transcripción y Organización de la Información

La transcripción de las entrevistas realizadas dentro de una investigación de orden cualitativo es una parte importante del proceso debido a que esta recoge el material con el que finalmente se hará el análisis. Este proceso, hecho generalmente por asistentes de investigación, implica un intento por reflejar un discurso oral en un texto escrito, lo cual no es posible hacer de manera exacta. De acuerdo con Farías & Montero (2005) la transcripción no es una actividad objetiva, sino que por el contrario implica la interpretación de quien la realiza y la toma de decisiones acerca de cómo se escribirán aquellos aspectos no verbales del discurso.

Por esta razón para este trabajo se consideró importante que los asistentes encargados de transcribir las entrevistas estuvieran involucrados con la temática del estudio y tuvieran afinidad con el enfoque cualitativo de esta investigación.

Así, después de recolectada la información, se procedió a su transcripción en tres fases. Durante la primera de ellas se realizó la transcripción natural de 16 entrevistas iniciales distribuidas en: 7 realizadas a madres y padres, 7 a niños y niñas y 2 entrevistas grupales hechas a profesores. Este proceso se llevó a cabo con el fin de realizar un análisis preliminar de la información tal como se presentará en el siguiente apartado.

En la segunda fase se transcribieron nuevamente las mismas entrevistas, así como las que se realizaron posteriormente, correspondientes a: 5 hechas a padres y madres, 7 hechas a niños y niñas, tres entrevistas grupales hechas a profesores y dos hechas a orientadores escolares. Esta tarea fue hecha por dos estudiantes de últimos semestres de las carreras de psicología y antropología, quienes pasaron por un proceso de selección en

el que se tuvo en cuenta el conocimiento en investigación cualitativa y la experiencia en actividades de transcripción. En esta ocasión se eligió el tipo de transcripción literal.

4.4.3 Análisis de la Información

El análisis de la información recogida y transcrita se hizo en cuatro fases, tomando como punto de referencia la propuesta metodológica de Siegfried Jäger descrita en párrafos anteriores.

En la primera fase se hizo la lectura de las transcripciones iniciales y un análisis preliminar a partir de los principales aspectos teóricos que sustentaban el proyecto de investigación: construcción social, biopoder y género. Posteriormente se planteó una primera propuesta de categorización para la organización de la información proveniente de las entrevistas.

Las fases dos y tres consistieron en la organización de la información completa con la ayuda del software NVivo, cuya licencia fue proporcionada por la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia.

En la segunda fase, la información contenida en las fuentes documentales se organizó a partir de las categorías teóricas que se muestran en la Figura 2, las cuales fueron adaptadas de dicha metodología según las características de los propios textos. A partir de la categoría de afirmaciones ideológicas, surgieron dieciséis nuevas subcategorías, mediante las cuales se hizo una nueva organización de la información.

En la tercera fase se terminó la organización y clasificación de la información proveniente de todas las entrevistas, a partir de la cual surgieron las categorías y subcategorías que se muestran en la

Figura 3.

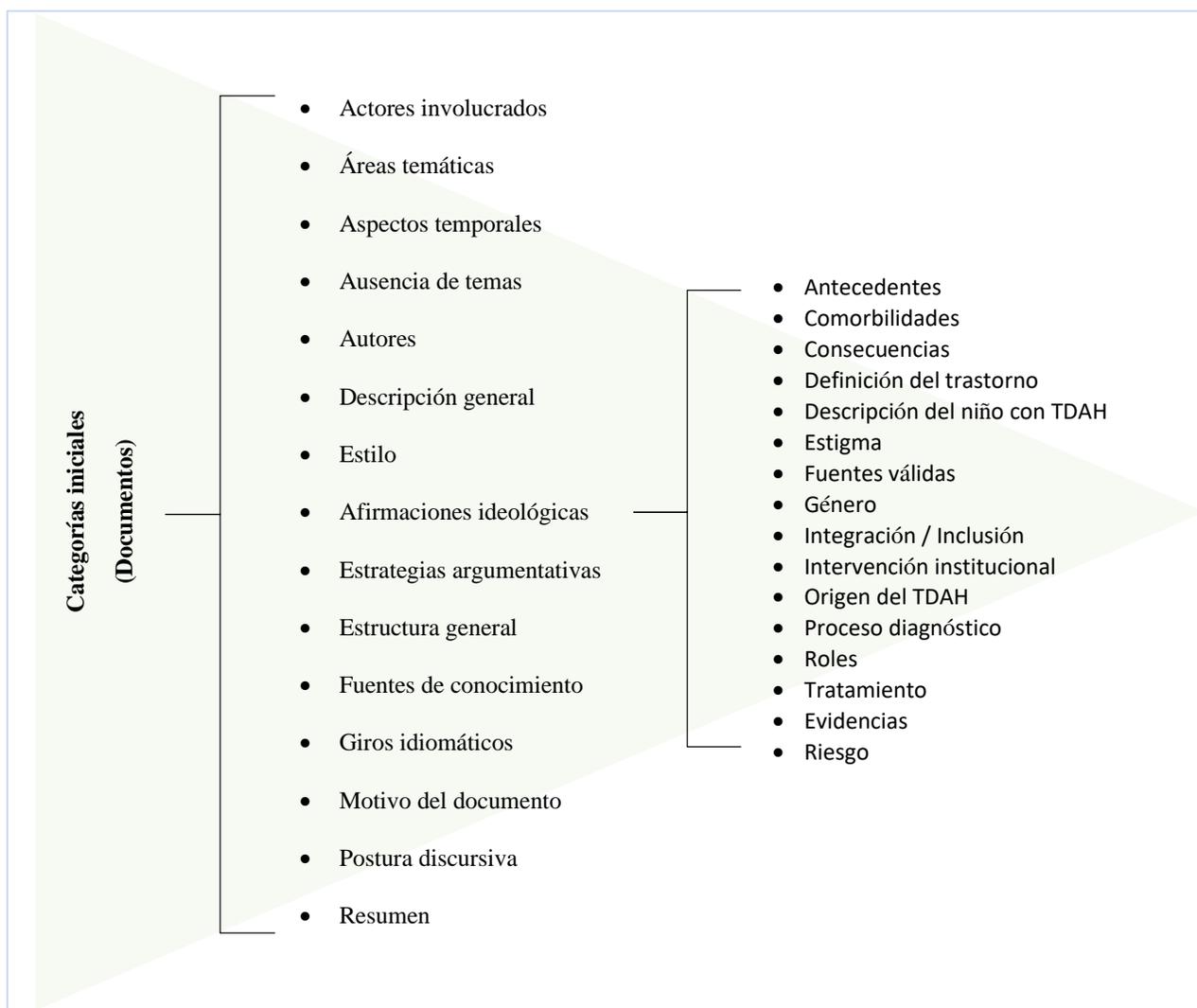
La

Tabla 6 muestra la descripción general de cada categoría y subcategoría. Por último, la cuarta y última fase consistió en hacer un ACD para lo cual fue necesaria la lectura crítica del contenido de todas las categorías, tanto las que surgieron de los textos como las que surgieron de las entrevistas, con el fin de reorganizarlas en otras categorías analíticas más amplias que respondieran a los objetivos de la investigación, tal como se muestra en la

Tabla 7. Así, de este proceso de reorganización y análisis surgieron los temas que se presentan en el apartado de resultados de la investigación.

Figura 2

Categorías teóricas y subcategorías emergentes de las fuentes documentales



Nota: Elaboración propia

Figura 3

Categorías y subcategorías emergentes a partir de las entrevistas a los participantes

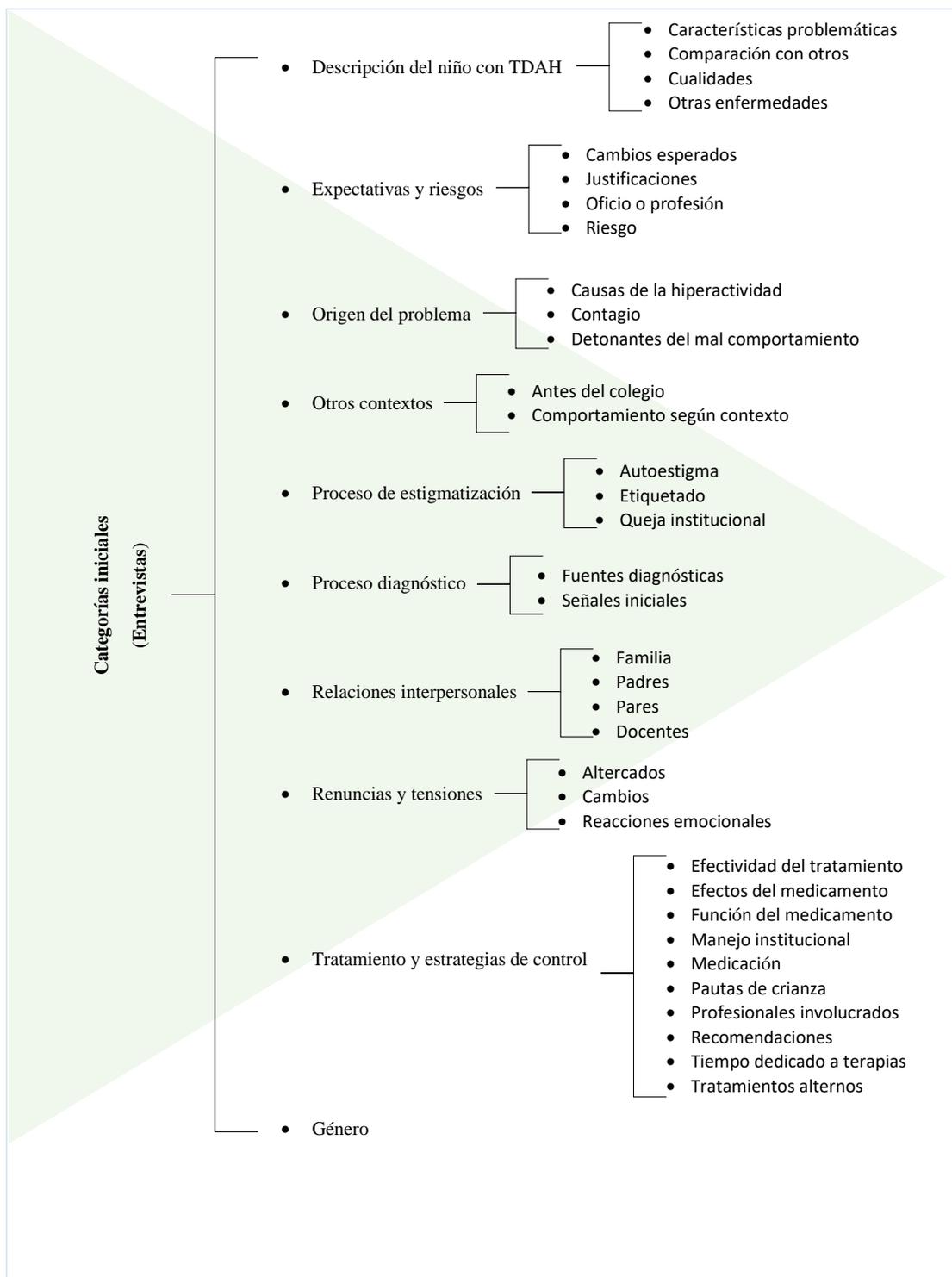


Tabla 6

Categorías y subcategorías con sus definiciones

Fuente	Categorías iniciales / Subcategorías (Descripción)
	Actores involucrados (Sujetos sobre los cuales recaen los discursos sobre el TDAH)
	Afirmaciones ideológicas (Afirmaciones que dan cuenta de ideas o conocimientos dados por verdaderos)
DOCUMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes (Resumen de la historia familiar sobre aspectos de interés clínico) • Comorbilidades (Implicaciones relacionadas con la comorbilidad) • Consecuencias (Consecuencias derivadas de padecer TDAH) • Definición del trastorno (Forma como es definido el trastorno) • Descripción del niño con TDAH (Características del niño con diagnóstico de TDAH) • Estigma (Elementos que pueden dar lugar a la discriminación) • Evidencias (Indicios de la presencia de un problema que puede ser entendido como trastorno) • Fuentes válidas (Ideas sobre las fuentes válidas de información) • Género (Diferencias en la expresión, causas o efectos entre niños y niñas) • Integración/inclusión (Procesos dentro de los cuales se incluye al niño en la dinámica social) • Intervención institucional (Aquello que se la ha encargado a una institución particular) • Origen del TDAH (Se refiere a las ideas sobre las posibles causas del trastorno)

Fuente	Categorías iniciales / Subcategorías (Descripción)
	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso diagnóstico (Proceso mediante el cual se determina que el niño padece un trastorno) • Riesgo (Peligros para la vida del niño afectado en caso de no iniciar tratamiento a tiempo) • Roles (Papel de los diferentes actores en el diagnóstico y tratamiento del TDAH) • Tratamiento (Intervención para generar cambios de comportamientos problemáticos de niño)
	Áreas temáticas (Listado de subtemas de los que trata el documento)
	Aspectos temporales (Momento en el que se produce el documento)
	Ausencia de temas (Temáticas relacionadas con el tema de la investigación o del documento pero que no son tratadas en el mismo)
	Autores (Personas o instituciones que dieron lugar al documento)
	Descripción general (Descripción general del documento, por lo general se incluye el título)
	Estilo (Estilo general del documento, principalmente el lenguaje utilizado y la forma de escritura)
	Estrategias argumentativas (Estrategias mediante las cuales se argumentan las temáticas y las afirmaciones dentro del documento)
	Estructura general (Organización de las temáticas tratadas en el documento)
	Fuentes de conocimiento (Soporte teórico, empírico, o bien basado en una voz válida de conocimiento)
	Giros idiomáticos (Frasas o expresiones culturales, como refranes, que buscan representar al niño con diagnóstico de TDAH)
	Motivo del documento (Objetivo o fin para el cual fue creado el documento)
	Postura discursiva (Postura general que se asume dentro del documento y de la cual se derivan las afirmaciones ideológicas)
	Resumen (Aspectos generales del documento)
ENTR EVIST AS	Descripción (Características negativas o positivas de los niños o niñas con diagnóstico de TDAH. Se incluyen otras dolencias físicas o trastornos diagnosticados que pueden tener repercusión en el comportamiento)

Fuente	Categorías iniciales / Subcategorías (Descripción)
	<ul style="list-style-type: none"> • Características problemáticas (Características atribuidas al niño por cuenta de su diagnóstico) • Comparación con otros (Comparación con otros niños) • Cualidades (Aspectos o características positivas del niño) • Otros trastornos o enfermedades (Otros trastornos, enfermedades o problemas del niño)
	<p style="text-align: center;">Expectativas y riesgos (Ideas acerca de lo que se espera de los niños, principalmente en relación con su comportamiento, tanto a corto como a largo plazo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios esperados (Cambios que se esperan del tratamiento sobre el niño) • Oficio o profesión (Expectativas a futuro) • Riesgo (Problemas, a corto o largo plazo, asociados a no tratar el problema)
	<p style="text-align: center;">Justificaciones (Afirmaciones que tienen como función justificar el comportamiento de los niños en relación con el rol de cuidador)</p>
	<p style="text-align: center;">Género (Aspectos del discurso que pueden estar relacionados con expectativas de género)</p>
	<p style="text-align: center;">Origen del problema (Factores relacionados con el surgimiento del comportamiento problemático o del trastorno)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Causas de la hiperactividad (Ideas sobre el origen del trastorno) • Contagio (Ideas sobre cómo la hiperactividad se puede aprender de otros) • Detonantes del mal comportamiento (Posibles causas que justifican un mal comportamiento)
	<p style="text-align: center;">Otros contextos (Comportamiento en otros contextos diferentes al colegio)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Antes del colegio (Cómo era el niño antes del colegio)

Fuente	Categorías iniciales / Subcategorías (Descripción)
	<ul style="list-style-type: none"> Comportamiento según contexto (Comportamiento y desempeño diferencial según el contexto)
	<p style="text-align: center;">Proceso de estigmatización (Sucesos o eventos en la vida social que contribuyen a materializar el estigma a partir del comportamiento o el diagnóstico)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Autoestigma (Ideas sobre sí mismo moldeadas por el estigma social que se le ha impuesto) Etiquetado (Rechazo en el entorno social debido al comportamiento o su diagnóstico) Queja institucional (Anotaciones de la institución educativa sobre el comportamiento del niño)
	<p style="text-align: center;">Proceso diagnóstico (Se refiere a todos los sucesos que suponen una necesidad de iniciar un proceso de evaluación y diagnóstico y la forma como este se lleva a cabo)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Fuentes diagnósticas (Qué profesional u otro hizo el diagnóstico) Señales iniciales (En qué momento y dónde se comienza a problematizar el comportamiento)
	<p style="text-align: center;">Relaciones interpersonales (Cómo se relaciona el niño con otros)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Familia (Relaciones con y de otros miembros de la familia) Padres (Relaciones con y entre sus padres) Pares (Relación del niño/a con otros de su mismo grupo de edad) Docente (Generalidades de cómo se relaciona el niño con sus docentes)
	<p style="text-align: center;">Renuncias y tensiones (Se refiere a aspectos emocionales asociados al diagnóstico, así como cambios que se han dado en las dinámicas familiares en función de este y a problemas generados por el comportamiento del niño o niña)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Altercados (Eventos problemáticos con otras personas)

Fuente	Categorías iniciales / Subcategorías (Descripción)
	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios (Cambios de colegio, de casa, de trabajo, separaciones, etc) • Reacciones emocionales (Emociones relacionadas con el trastorno, el comportamiento o las consecuencias)
	<p style="text-align: center;">Tratamiento y estrategias de control</p> <p>(Diferentes tipos de tratamientos dirigidos a controlar el comportamiento de los niños. Todo aquello asociado a los mismos, como su efectividad y efectos secundarios)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efectividad del tratamiento (Efectos sobre el comportamiento del niño en diferentes ámbitos) • Manejo institucional (Cómo maneja el asunto el colegio) • Medicación (Si se da medicamento para el manejo de la hiperactividad) • Efectos del medicamento (Efectos secundarios o no deseados del medicamento) • Función del medicamento (Qué efectos tiene o se esperan del medicamento) • Pautas crianza (Métodos de crianza aplicados por los padres) • Profesionales involucrados (Qué tipo de profesionales tratan al niño) • Recomendaciones (Recomendaciones o pautas dadas a padres y docentes para el control del niño) • Tiempo dedicado a terapias (Tiempo semanal dedicado al tratamiento) • Tratamientos alternos (Otras posibilidades de manejo de la hiperactividad)

Nota: Elaboración propia

Tabla 7.

Reorganización de la información a partir de las categorías analíticas

Categoría	Subcategoría	Categoría analítica	Fuente
Actores involucrados		Institucionalidad y control	
Afirmaciones ideológicas	Antecedentes	Institucionalidad y control	Documentos
	Comorbilidades	Embodiment	
	Consecuencias	Riesgo e incertidumbre	
	Definición del trastorno	Problematización del comportamiento	
	Descripción del niño con TDAH	Embodiment	
	Estigma	Embodiment	
	Fuentes válidas	Problematización del comportamiento	
	Género	Género y cuidado	
	Integración inclusión	Institucionalidad y control	
	Intervención institucional	Institucionalidad y control	
	Origen del TDAH	Problematización del comportamiento	
	Proceso diagnóstico	Institucionalidad y control	
	Roles	Institucionalidad y control	
	Tratamiento	Institucionalidad y control	
	Evidencias	Problematización del comportamiento	
	Riesgo	Riesgo e incertidumbre	
Áreas temáticas		Problematización del comportamiento	
Aspectos temporales		Problematización del comportamiento	
Ausencia de temas		Problematización del comportamiento	
Autores		Problematización del comportamiento	
Descripción general		Problematización del comportamiento	
Estilo		Problematización del comportamiento	
Estrategias argumentativas		Problematización del comportamiento	
Estructura general		Problematización del comportamiento	
Fuentes de conocimiento		Problematización del comportamiento	
Giros idiomáticos		Problematización del comportamiento	
Motivo del documento		Institucionalidad y control	
Descripción	Características problemáticas	Embodiment	Entrevistas
	Comparación	Embodiment	
	Cualidades	Embodiment	
	Otros trastornos o enfermedades	Embodiment	
Expectativas y riesgos	Cambios esperados	Embodiment	
	Oficio o profesión	Riesgo e incertidumbre	
	Riesgo	Riesgo e incertidumbre	
	Justificaciones	Embodiment	
Género		Género y cuidado	
Origen del problema	Causas de la hiperactividad	Problematización del comportamiento	
	Contagio	Embodiment	
	Detonantes del mal comportamiento	Embodiment	
Otros contextos	Antes del colegio	Problematización del comportamiento	
	Comportamiento según contexto	Problematización del comportamiento	

Proceso de estigmatización	Autoestigma	Embodiment
	Etiquetado	Embodiment
	Queja institucional	Embodiment
Proceso diagnóstico	Fuentes diagnósticas	Institucionalidad y control
	Señales iniciales	Embodiment
Relaciones interpersonales	Familia	Embodiment
	Padres	Embodiment
	Pares	Embodiment
	Docente	Embodiment
Renuncias y tensiones	Altercados	Embodiment
	Cambios	Embodiment
	Reacciones emocionales	Embodiment
Tratamiento y estrategias de control	Efectividad del tratamiento	Institucionalidad y control
	Manejo institucional	Embodiment
	Medicación	Institucionalidad y control
	Efectos del medicamento	Institucionalidad y control
	Función del medicamento	Institucionalidad y control
	Pautas crianza	Institucionalidad y control
	Profesionales involucrados	Institucionalidad y control
	Recomendaciones	Institucionalidad y control
	Tiempo dedicado a terapias	Institucionalidad y control
	Tratamientos alternos	Institucionalidad y control

4.5 Consideraciones Éticas

La presente investigación fue guiada principalmente por la séptima versión del Manual Deontológico y Bioético del Psicólogo (Colegio Colombiano de Psicólogos [Colpsic], 2019) y por las normas establecidas en el Código Deontológico y Bioético para el ejercicio de la profesión de Psicología (Ley 1090 de 2006).

Adicionalmente, al tener como participantes a niños y niñas, se tuvieron en cuenta las disposiciones contenidas en el Compendio ERIC “Ethical Research Involving Children” (A. Graham et al., 2013), el cual busca que dentro de las investigaciones se respete la dignidad humana, los derechos y el bienestar de los menores, sus familias y su comunidad.

En general los dos primeros documentos contienen los fundamentos o principios éticos que deben guiar el actuar del psicólogo en cualquiera de sus campos de acción, así como

reglamentaciones específicas que buscan garantizar la aplicación de dichos principios en la práctica. Esto aplica principalmente en el caso de intervenciones hechas por el profesional de la psicología, pero se puede hacer una extensión de su pertinencia al campo de la investigación, que es lo que se hace en este apartado. Los principios rectores contenidos en dichos documentos y que se tuvieron en cuenta para esta investigación son: la no maleficencia, lealtad y fidelidad, justicia, solidaridad, autonomía y beneficencia.

No-maleficencia. Según este principio, el psicólogo tiene la obligación moral de no causar daño a sus pacientes o participantes, aun cuando las acciones ejercidas tampoco causen un bien. En este sentido, se identificó como el mayor daño posible de esta investigación la sensibilización emocional de los participantes durante el desarrollo de las entrevistas. Dado que el propósito de este estudio no fue la intervención, existe un riesgo improbable de causar daño psicológico a mediano o largo plazo.

Lealtad y fidelidad. Estos principios se aplican especialmente cuando el psicólogo está vinculado con una institución y en la relación con otros profesionales sean o no colegas. Respecto al presente trabajo, el único vínculo formal institucional de la investigadora, así como de las demás personas que colaboraron en el desarrollo del trabajo, fue con la Universidad Nacional de Colombia en calidad de estudiantes y contratistas.

Sin embargo, también se entablaron relaciones con las instituciones educativas que proporcionaron datos de contacto de algunos participantes y facilitaron las reuniones con los grupos de docentes. Al respecto, siempre se aclaró a los participantes que no existía vínculo formal entre la investigadora y las instituciones educativas y se garantizó la confidencialidad de la información en todos los casos. Adicionalmente, las entrevistadoras se abstuvieron de participar en conversaciones relativas al desempeño o actuación tanto de las instituciones en mención como de hacer comentarios u opiniones sobre las técnicas de intervención realizadas por otros profesionales de la salud en los casos de los niños con diagnóstico de TDAH.

Justicia. Aunque este principio tiene una aplicación más clara en la relación psicólogo-cliente (o paciente), en esta investigación se garantizó que ninguna de las personas que aceptaron participar en el estudio fuera excluida por razones diferentes al no cumplimiento de los criterios de selección definidos en el diseño metodológico. En todos los casos las

entrevistas fueron realizadas en las casas y/o instituciones educativas según el caso, independientemente de su ubicación o dificultades de acceso.

Solidaridad. Este principio implica la capacidad por parte del psicólogo de comprender y reconocer el dolor o sufrimiento en el otro y actuar en virtud de esto desde el compromiso con la beneficencia. Teniendo en cuenta que el trabajo toca un tema particularmente sensible en el sentido de que trata del diagnóstico de un trastorno psiquiátrico, lo cual puede desatar diferentes emociones durante las entrevistas, se hizo contención emocional en caso de haber sido necesario. En algunos casos se hizo remisión a psicología clínica por considerar que la integridad de los niños entrevistados podría estar en riesgo; también se recomendaron sitios de atención en psicología si los participantes lo solicitaban de forma explícita.

Autonomía. Mediante este principio se busca respetar la dignidad de las personas y reconocer su capacidad para tomar decisiones informadas sobre lo que las afecta a sí mismas. En esta investigación todos los participantes contaron con la información completa acerca de los objetivos del estudio y los procedimientos que requerían de su participación. Así mismo manifestaron por escrito estar de acuerdo con todo ello. Adicionalmente se aclaró a los participantes que podían retirarse en cualquier momento de la investigación, incluso durante el desarrollo de las entrevistas y pedir información adicional en cualquier momento.

Beneficencia. Este principio incluye los dos anteriores en la medida en que busca que el psicólogo con su actuación genere un bien para las personas o comunidades sin caer en el paternalismo. Si bien es cierto que el alcance de esta investigación no incluye la intervención, así como tampoco la evaluación o confirmación de los diagnósticos, se busca una mejor comprensión de aspectos sociales relacionados con el TDAH lo cual puede contribuir a una mejor comprensión de este fenómeno y a largo plazo al mejoramiento de procesos de inclusión, prácticas educativas y de crianza.

Por su parte, de la Ley 1090 de 2006 se destacan los siguientes artículos:

Artículo 15: Durante el desarrollo de las entrevistas no hubo cuestionamientos acerca de las creencias religiosas o criterios morales de los participantes, incluyendo aquellos que guían la crianza de los hijos

Artículo 20: La investigadora en ningún momento actuó en nombre de las instituciones educativas o prestadoras de servicios psicológicos que proporcionaron información de contacto de los participantes. A todos los entrevistados, incluyendo los docentes, se les aclaró que la institución no tendría acceso a la información suministrada por ellos.

Artículo 23, Artículo 27 y Artículo 29: Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de los entrevistados, reemplazando con las iniciales sus nombres así como el de las instituciones, barrios o direcciones mencionadas en todos los procesos de recolección de información.

Artículo 30: Todo el material auditivo producto de las entrevistas fue destruido después de la finalización de los análisis, tal como se acordó con ellos. Al mismo solo tuvieron acceso las entrevistadoras y las asistentes encargadas de la transcripción de las entrevistas, quienes previamente firmaron compromiso de confidencialidad. Se preservaron como material de investigación todas las transcripciones del material auditivo y escrito.

Artículo 51 y Artículo 52: Previo al desarrollo de las entrevistas todos los participantes fueron informados acerca de los objetivos de esta investigación y se les aclaró el alcance de la misma, haciendo énfasis en el carácter investigativo y de no intervención del procedimiento. A los participantes mayores de edad se les solicitó la firma de un consentimiento informado y para el caso de los menores de edad se solicitó tanto autorización de sus tutores legales como asentimiento informado.

Por último, el Compendio ERIC pretende visibilizar los principales dilemas éticos que se pueden presentar durante las investigaciones que incluyen niños o cuyos objetivos recaen sobre los mismos, lo cual se hace mediante la presentación y análisis de casos que representan diferentes situaciones de investigación. Para tal efecto se define que todas aquellas personas menores de 18 años son susceptibles de ser incluidos dentro de la categoría de niñez, salvo que las normas de un país específico determinen la mayoría de edad antes.

Las disposiciones contenidas en dicho documento hallan su fundamentación en los mismos principios mencionados al inicio de este apartado, haciendo especificaciones concernientes a su aplicación durante las investigaciones con niños. Una primera reflexión fundamentada en los principios de justicia, beneficencia y no-maleficencia se refiere a la

justificación de incluir niños (si es necesaria o se puede evitar) y cuestiones sobre beneficios y daños (sobre ellos mismos, su familia o comunidad) consecuencia del proceso investigativo.

Siguiendo las pautas claves que se proponen, respecto a este estudio se asume que:

- El objetivo principal es conocer la experiencia subjetiva de todos los participantes respecto al diagnóstico de TDAH y las prácticas asociadas al mismo, por lo que es imprescindible la inclusión de niños y niñas ya que es en ellos sobre quien recae este diagnóstico. El presente estudio busca darle voz a aquellos que tradicionalmente han sido silenciados en tanto han predominado sobre ellos los discursos médico-psiquiátricos.
- Los resultados de este trabajo pueden contribuir al desarrollo de políticas públicas de inclusión, así como para reflexionar sobre las prácticas educativas y de crianza con niños con diagnóstico de TDAH.
- Las entrevistadoras que tuvieron contacto con los niños participantes en este estudio tienen la formación y experiencia pertinentes para desarrollar este tipo de actividades. Adicionalmente se tenía para ambas un mismo protocolo y guía temática, según los cuales no estaba permitido referirse directamente al niño o niña como “hiperactivo” o enfermo. Adicionalmente se tomaron medidas de seguridad según las cuales, si bien el niño estaría a solas con la entrevistadora para salvaguardar la confidencialidad de la información, las entrevistas se llevarían a cabo en un lugar abierto y a la vista de la comunidad estudiantil en la misma institución educativa.
- Previamente se evaluó como un posible riesgo para los niños el hecho de que los padres o tutores ejercieran algún tipo de presión para conocer la información proporcionada por los niños, razón por la cual antes de iniciar con este procedimiento, los padres fueron informados sobre la confidencialidad de la misma, y se les aclaró que solo se revelaría esta información en caso de que se detectara un posible riesgo para la integridad física o emocional del menor, a lo cual los padres accedieron mediante permiso firmado.

- Dentro del protocolo se tenía previsto hacer remisión a servicios de atención psicológica en caso de detectar posibles riesgos para la integridad física o psicológica del menor.
- Con el fin de evitar daños posteriores a la finalización de la investigación, se pretende mantener el anonimato de todos los participantes durante la divulgación de los resultados de este trabajo.

La segunda reflexión importante se hace sobre la naturaleza y función del consentimiento informado que se fundamenta en el principio de autonomía, el cual es aplicable también a los niños independientemente del deseo de sus padres o tutores. Como este tema ya se aclaró en párrafos anteriores, solo me referiré a aspectos específicos de esta investigación para la obtención del asentimiento informado.

Un imperativo del consentimiento expresado por los niños en cuanto a su disposición a participar en una investigación es que este debe ser informado, lo que implica que el investigador debe asegurarse de que los niños comprenden los objetivos del estudio y qué se requiere de ellos como participantes. Quizá la mayor dificultad en este proceso se debió a que, para evitar la estigmatización del niño por cuenta de su diagnóstico, no era posible hacer alusión a ellos como niños hiperactivos o con déficit de atención, sin renunciar a hacer explícito que el estudio buscaba conocer su experiencia en tanto niño o niña con este diagnóstico.

En ese sentido se optó por hacer explícito que la intención del investigador era saber si alguna vez habían escuchado hablar de esta condición o si alguien, médico, familiar o docente les había hablado de esto. El objetivo de tratar así el tema fue centrarse en el TDAH como un diagnóstico y no en el niño como esencialmente hiperactivo. Una de las razones por las que primero se hacían las entrevistas de los cuidadores era saber de antemano si el niño tenía conocimiento sobre el diagnóstico, en caso contrario no se llevaría a cabo la entrevista con el menor.

La tercera reflexión contenida en el documento hace referencia a la confidencialidad y privacidad de lo cual ya se habló anteriormente, haciendo alusión a que las entrevistas fueron realizadas en un lugar visible pero privado y siempre se garantizó la confidencialidad y anonimato de los niños entrevistados. Adicionalmente las entrevistadoras se aseguraron

de que los niños supieran que en caso de sospechar que su integridad física o psicológica estaba en peligro la información sería suministrada a un tercero según el caso.

Por último, se trata el tema de la retribución y compensación por la participación, entendidas como el reembolso de los gastos a los que el participante haya incurrido por cuenta de esta, o el pago hecho como reconocimiento a su contribución. Respecto al primer punto, durante el desarrollo de las entrevistas se garantizó que los participantes no incurrieran en ningún gasto ya que las entrevistas se realizaron en la casa de los cuidadores y en las instituciones educativas en horarios según su disponibilidad.

En cuanto a la compensación, esta investigación no contó con recursos económicos para hacer pago a participantes, lo que en todo caso habría sido contraproducente ya que, de acuerdo con la postura metodológica se buscaba una relación horizontal entre entrevistadoras y participantes y la libertad total de los mismos para abandonar el estudio en cualquier momento sin sentir presión por pagos recibidos.

A pesar de no contar con retribuciones económicas, se hizo un compromiso con las instituciones educativas de desarrollar una compilación de experiencias exitosas recolectadas durante las discusiones grupales con docentes y a partir de allí, junto con los resultados generales de la investigación, hacer una contribución para el mejoramiento de las prácticas pedagógicas en el aula.

Se considera esto último como un paso importante del proceso investigativo, teniendo en cuenta que una queja constante de las instituciones educativas consiste en que los investigadores ocupan su tiempo, espacios y en ocasiones recursos sin dejar ninguna contribución que ayude a mitigar las dificultades cotidianas que se experimentan con los niños que tienen alguna dificultad.

5. Capítulo 5. Resultados de la Investigación. Cristalización del conocimiento, pasado, presente y futuro de las personas con diagnóstico de TDAH.

Como se mencionó en el apartado de propuesta metodológica, la información recolectada a partir de la revisión documental y las entrevistas fue analizada a partir de cinco grandes categorías analíticas: Problematización del comportamiento infantil; institucionalidad y control; riesgo e incertidumbre; apropiación del TDAH como forma de ser (embodiment) y rol del cuidado y la circulación del poder en los cuerpos de niños y niñas.

Estas categorías surgieron a partir de la agrupación de otras más descriptivas, mediante las cuales se hizo la clasificación inicial de la información tanto documental como proveniente de las entrevistas según como se presenta en la Tabla 7. Dicha agrupación se hizo teniendo en cuenta la propuesta metodológica de análisis discursivo de Jäger (2001) según la cual la formación de subjetividades se restringe o posibilita de acuerdo con un poder institucionalizado sostenido discursivamente.

Dichos discursos no son creados por los individuos, aun cuando ellos son entendidos como coproductores en la medida en que participan en su reproducción social. Los discursos, por el contrario, se forman y transforman a partir de procesos históricos supraindividuales configurándose como una realidad a través de materializaciones como las mismas instituciones, sus productos (normas, leyes, políticas, etc.) y sus prácticas tanto discursivas como no discursivas. Para el autor, las relaciones entre estos elementos conforman un dispositivo, el cual se configura como una unidad de análisis completa que permite una mayor comprensión de las formas en las que circula el poder desde la conformación de un discurso hasta su paso por las instituciones y la definición de las posibilidades de expresión del self.

Los resultados de esta investigación muestran cómo en nuestro contexto, a partir de discursos sobre los trastornos mentales, específicamente del TDAH, surgidos en Estados Unidos e importados al resto del mundo a partir de procesos globalizadores, se da una forma particular de problematización del comportamiento infantil, la cual tendrá como consecuencia la adopción de unas prácticas institucionales mediante las cuales el poder se ejerce sobre los cuerpos de niños y niñas y se limitan las posibilidades de actuación de sus cuidadores. Para ilustrar este proceso, la información obtenida se analizó mediante las 5 categorías mencionadas anteriormente, las cuales se describen a continuación.

La primera categoría (problematización del comportamiento infantil) agrupa aquellas temáticas que dan cuenta del proceso de formación discursiva alrededor del TDAH, la cual contribuye a la comprensión de un conjunto de características y comportamientos como indicadores objetivos de un trastorno que se entiende como verdadero en nuestro contexto.

La segunda categoría (institucionalidad y control) muestra la forma como las instituciones, principalmente la escuela, participan en el control y disciplinamiento de los cuerpos de niños y niñas afirmando la división entre normalidad/anormalidad, e interviniendo mediante estrategias regulatorias en la vida de los niños que se consideran fuera de la normalidad. Se incluye aquí el papel de la familia en la extensión de las técnicas de control al ámbito privado.

La tercera categoría (riesgo e incertidumbre) aborda el papel del concepto de riesgo en el sostenimiento y aceptación de las técnicas de control que se ejercen sobre el cuerpo, modulando las posibles resistencias y perpetuando el poder institucional, a partir de la incertidumbre de los padres frente a las posibilidades de éxito futuro de sus hijos e hijas.

La cuarta categoría (embodiment) aborda el tema de las posibilidades del self en relación con la ubicación del niño y la niña con diagnóstico de TDAH en su espacio social y el efecto de este proceso en el desarrollo de su identidad. Incluye el análisis de los procesos de estigmatización.

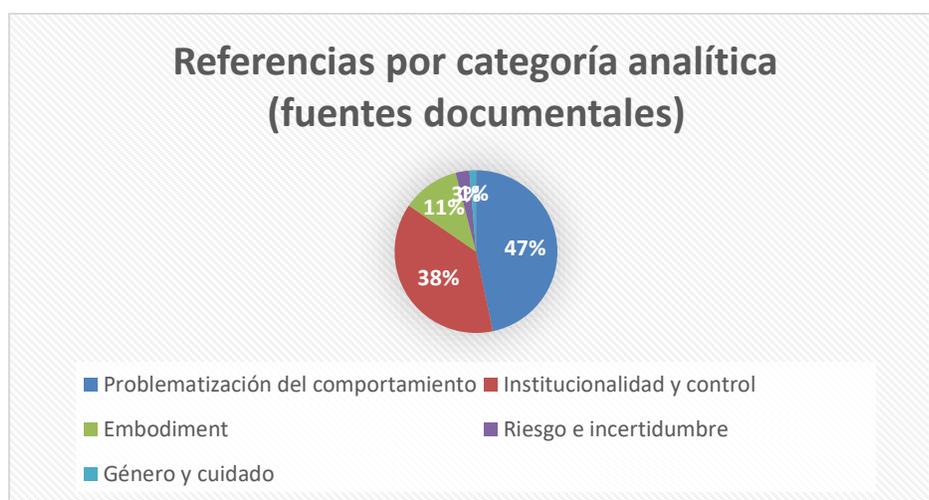
La quinta y última categoría (género y cuidado) se refiere a la circulación del poder en relación con el género y los roles, tanto en términos de expectativas sociales frente al comportamiento de niños y niñas, como en relación con el cuidado y la responsabilidad de la crianza.

Durante la reorganización de las primeras categorías en estas temáticas más amplias, fue posible evidenciar que las fuentes (documentales/entrevistas) tuvieron un peso diferencial para cada una de ellas. Así, la información contenida en los documentos contribuyó en mayor medida a la conformación de las temáticas de problematización del comportamiento infantil e institucionalidad y control, mientras que la información proveniente de las entrevistas tuvo un mayor peso en la temática de embodiment y género y cuidado (

Figura 4 y

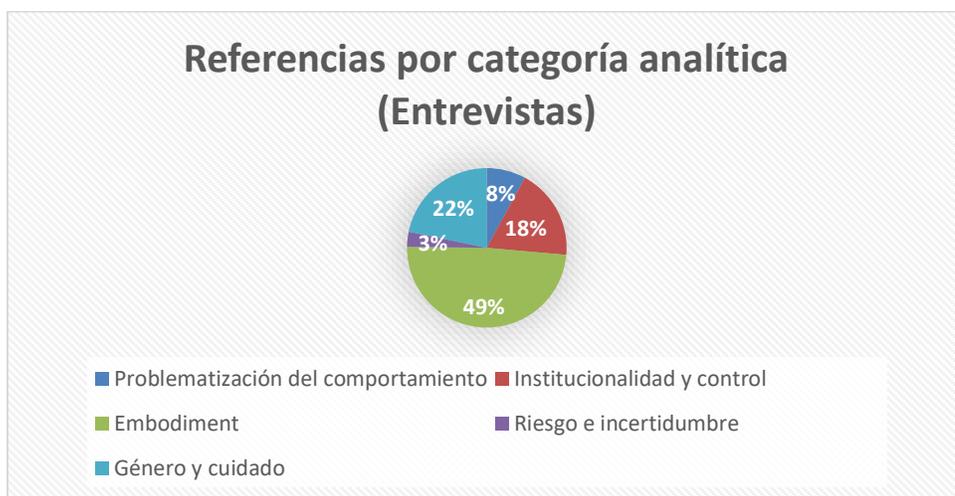
Figura 5).

Figura 4
Peso (%) de cada categoría analítica dentro de las fuentes documentales



Nota: Elaboración propia

Figura 5
Peso (%) de cada categoría analítica dentro de las entrevistas



Nota: Elaboración propia

A continuación, se presenta el desarrollo de cada una de las categorías en relación con la información recolectada. Para cada una de ellas se presentarán dos subcategorías: la primera contiene el análisis de la información documental y la segunda el de los relatos de los participantes. De esta manera es posible observar la forma como el discurso legitimado institucionalmente se va transformando a medida que circula por diferentes ámbitos y llega a los cuerpos a los que hace referencia.

5.1 Problematicación del Comportamiento Infantil: Consolidación del TDAH como Entidad Patológica

Esta categoría presenta los procesos y los hitos que facilitaron la consolidación del TDAH como una entidad patológica entendida como real en nuestro contexto, a partir de su introducción en el ámbito jurídico (legislativo), además del clínico y el educativo. Se ha resaltado anteriormente la universalidad de este trastorno, en la medida en que está reconocido en la mayoría de los países del mundo. Sin embargo, de acuerdo con las investigaciones de Bergey & Filipe (2018) y Faraone & Bianchi (2018) sabemos que no todas las comunidades se apropian de esta categoría diagnóstica de la misma manera.

En general, el TDAH ha sido conceptualizado como un trastorno psiquiátrico, cuya existencia como entidad patológica se sustenta en la agrupación de una serie de comportamientos entendidos como problemáticos en la medida en que se alejan de las expectativas institucionales de las conductas estándar, las cuales se materializan (sin agotarse allí) en los manuales de convivencia de las instituciones educativas.

En Colombia, este trastorno ha sufrido algunas transformaciones hasta ser abordado en la práctica como una forma de discapacidad o limitación psíquica, lo cual tiene implicaciones en diferentes ámbitos, pasando por el legal y el educativo. El concepto de integración social que se introduce en nuestro país durante la década de los noventa, de acuerdo con lo que puede leerse en la Ley 361 de 1997 (mediante la cual se adopta y regula la integración social de personas con limitaciones físicas y psíquicas), supone la obligación de ubicar a los individuos con alguna limitación, física o mental, en el mismo espacio que aquellos que no tienen ninguna, proporcionando las ayudas externas que sean requeridas para que dichas personas puedan tener un disfrute pleno de las actividades que allí se desarrollen. Se asume que las personas con limitación están fuera de la normalidad, y por tanto hacen parte de la periferia social, por lo que es necesario tomar acciones desde el Estado y obligar a las instituciones a cumplir con las mismas.

En otras palabras, la integración se entiende como la ubicación de la persona con limitación en un contexto "regular", por lo que este enfoque, si bien pareciera propender por la garantía del derecho de estas personas a participar plenamente de la vida civil, consolida implícitamente la línea divisoria entre normalidad/anormalidad o regularidad/no

regularidad, y responsabiliza al individuo de su adaptación a contextos diseñados para sujetos “normales”, ocultando el papel de las estructuras sociales en la afirmación de los obstáculos a los que se ven enfrentadas estas personas.

5.1.1 Discursos formales sobre el TDAH como patología

En el caso del TDAH, si bien no se hace completamente explícita la noción de enfermedad mental o de anormalidad, sí se consolida una diferenciación entre los niños con este diagnóstico y los demás en términos de la “insuficiencia” o incapacidad para alcanzar por sí mismos los logros propios de su edad, que en términos generales serían los escolares:

Flexibilizar las metodologías de evaluación de cada institución, colegio y universidad del orden público y privado para personas con Dislexia, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad –TDAH- y de otras dificultades de aprendizaje - DA, con el fin de que existan diferentes mecanismos que puedan evidenciar los avances y logros en las metas de aprendizaje (Ley 03)

Es importante resaltar que, a pesar de los cuestionamientos sobre esta, no solo permanece casi intacta la noción de una diferencia fundamental entre los niños con y sin una discapacidad o trastorno mental, sino que los ideales modernos de éxito permanecen igualmente sin modificaciones importantes y de hecho nunca se cuestionan. Lo importante aquí es lograr que estas personas “desfavorecidas” cuenten con los medios para alcanzar dichos ideales. Esto se ve reflejado en un apartado en el que la Corte Constitucional afirma que no se pretende con las políticas inclusivas modificar las características esenciales de las pruebas de estado, sino brindar las ayudas para que los niños con alguna discapacidad puedan mostrar sus logros a través de ellas:

(...) lo que se pretende no es que se varíen las condiciones técnicas estandarizadas de evaluación en los exámenes, sino que se tengan en cuenta las excepcionalidades de las personas a examinar, con el fin de que se les brinden ayudas adecuadas, de acuerdo con los parámetros generales fijados por el ME Nacional. Por lo tanto, solicitó al M que desarrolle políticas que tengan en

cuenta todas las necesidades de las poblaciones al momento de aplicar las pruebas de Estado, de forma que los apoyos se brinden según el tipo de discapacidad (Sentencia 05)

Esa persona, que ahora es esencialmente diferente de las demás, tendrá la posibilidad de alcanzar los objetivos propios de su edad solo a través de ayudas externas que las instituciones le brinden para su desempeño exitoso en diferentes ámbitos de la vida. Por ejemplo, aquella es considerada como un sujeto pasivo incapaz de responder a las exigencias del mercado laboral, por lo que se le deben prestar ayudas especiales para su integración. A diferencia del caso del sector educativo, no solo se busca la creación de espacios especiales, sino que se incentiva la integración mediante beneficios económicos (p.e. tributarios) a las empresas.

Lo que da lugar a la introducción del concepto de integración social como ayuda estatal para las personas con limitaciones físicas o mentales, es la puesta en duda de la autonomía del sujeto, lo cual está estrechamente relacionado con la concepción moderna de enfermedad mental. La pérdida o falta de autonomía derivada del TDAH, es entendida como la imposibilidad del niño para regular sus comportamientos y cumplir con sus deberes, principalmente escolares, ante lo cual la vigilancia y el control directo se convierten en los principales mecanismos para ayudar al niño a que logre los objetivos propios de su edad:

Es importante supervisar que los alumnos con TDAH lleven el material escolar necesario para hacer las tareas, así como asegurarse que lleven anotado en la agenda la información para poder llevar a cabo esas tareas. La supervisión es recomendable adecuarla en función de la edad y curso del alumno, teniendo en cuenta que este proceso se automatizará más tarde de lo esperado (hasta un promedio de tres años más tarde que los niños de su misma edad). Es esencial que se implemente un sistema de acceso a la información más relevante de la agenda, que sea eficaz (Guía 01)

De esta manera, se materializa en el ámbito jurídico la diferenciación de dos categorías de personas, unas de las cuales no podrán ejercer su ciudadanía plenamente a menos que sean acogidas por el Estado para su cuidado y rehabilitación. Así, se pone en juego el lugar del niño en el discurso sobre los derechos individuales, generando diferentes tensiones entre el ámbito formal de la norma y el de las prácticas cotidianas.

Es posible encontrar rastros de esta tensión en la esfera jurisprudencial. Ejemplo de ello es el caso de un niño cuya madre presenta una tutela para garantizar el derecho a la educación de su hijo, ya que la institución educativa decide expulsarlo alegando falta de preparación y recursos para atender las necesidades especiales del niño con TDAH. Ante esta situación, que a primera vista refleja malos comportamientos por parte del menor, un juez en primera instancia atribuye la responsabilidad del control a los padres:

Resaltó que la familia era la primera obligada de formar al niño, y que el derecho a la educación implicaba una carga para su titular, consistente en acatar las condiciones fijadas para su ejercicio... Por último, anotó que el debate se había concentrado en la hiperactividad del niño, aspecto que, a su juicio, no era el relevante, pues lo realmente importante eran los hechos concretos de grosería, indisciplina y violencia, aunados al bajo rendimiento académico apreciado por el Comité de Evaluación al finalizar el año lectivo (Sentencia 02)

Ante la decisión de los padres de cambiar de colegio al niño, la Corte Constitucional decide que no hay objeto de amparo, sin embargo, reitera la misión de las instituciones educativas de garantizar el acceso a la educación, independientemente de que los niños tengan una discapacidad.

Se trazan aquí dos líneas divisorias que contribuyen a la definición del trastorno y lo circunscriben definitivamente al ámbito clínico, y por lo tanto individual: la primera es una diferenciación esencialista, de orden biológico-neurológico-genético, entre los niños con TDAH y los que no lo tienen, tal como se ve reflejado en este título de un apartado que busca orientar a los padres en el manejo de los hermanos de niños con el diagnóstico: “Los hermanos no TDAH” (Guía 02). Así, como resultado de esto, el TDAH comienza a

conceptualizarse como un trastorno neurológico que afecta unas funciones cognitivas específicas y que tiene repercusiones en la conducta, las cuales deben ser tratadas:

*El TDAH es un trastorno de origen neurobiológico, cuyos síntomas provocan en el niño las siguientes conductas: **Hiperactividad**. Presenta un nivel superior e inapropiado de actividad dada su edad. **Impulsividad**. Le cuesta controlar sus conductas, emociones y pensamientos. **Inatención**. Tiene una gran dificultad para prestar atención y concentrarse. (Guía 02)*

A partir de la Ley 361 del 97, se abona el terreno para la identificación del TDAH como una limitación o discapacidad mental, lo que se ve reflejado en un par de sentencias de la Corte Constitucional y un proyecto de ley de 2018, con los que se busca garantizar el derecho a la inclusión de niños y niñas con este diagnóstico en el ámbito educativo.

El propósito tanto de la integración como de la rehabilitación será impulsar el desarrollo de la autonomía que se ha visto comprometida con la discapacidad. La importancia de esta característica del ser humano se reafirma posteriormente cuando comienza a regularse el tratamiento de la enfermedad mental mediante la Ley 1616 de 2013, en la cual se adopta la definición de salud mental de la OMS, asociando el concepto a la capacidad productiva en términos de “aportes a la comunidad”:

La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Ley 02)

Un hito importante que se refleja en esta Ley es la adopción de los conceptos de trastorno mental y discapacidad. El primero de ellos implica que varias "desviaciones" de la

normalidad pueden ser conceptualizadas como patologías ya que no se requiere certeza sobre las causas. Adicionalmente se reitera la división entre normalidad/anormalidad:

Para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida (Ley 02)

Por su parte, el concepto de discapacidad mental se adopta como sustituto del de limitación. Este le resta responsabilidad al individuo en la medida en que se entiende que sus posibilidades de adaptación al ambiente son limitadas:

Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante (Ley 02)

En adelante, la definición del TDAH se moverá entre estos dos conceptos. Por un lado, el trastorno supone que los problemas se mantendrán durante toda la vida, mientras que en el caso de la discapacidad, se tiene la idea de una posible recuperación (rehabilitación) y mayores posibilidades de adaptación a las exigencias del contexto mediante cambios en el ambiente. Si bien el diagnóstico para el TDAH se hace teniendo en cuenta los manuales más comunes para ello (DSM y CIE), de acuerdo con los cuales este es entendido como un trastorno y por tanto se avala la posibilidad de un tratamiento farmacológico de acción química-cerebral (el cual, como se verá más adelante, se constituye como una técnica mediante la cual opera el biopoder), en la práctica será tratado más como una discapacidad, sin que ello esté libre de tensiones.

Si bien nunca se cuestionará directamente el carácter biológico del trastorno, estas tensiones se darán sobre el grado de responsabilidad de los diferentes actores en el manejo de los comportamientos asociados al TDAH, por ejemplo, en relación con la crianza, aspecto que es especialmente resaltado por los docentes y al cual se le atribuye un papel decisivo en el curso y pronóstico del trastorno. Esta sobreestimación del papel de la crianza en la expresión de comportamientos problemáticos en el colegio se relaciona a su vez con que las instituciones educativas aún no vinculan, de la misma manera que la jurisprudencia, el TDAH con el concepto de discapacidad.

A pesar de ello, es a partir de este concepto que el Estado comienza a regular las prácticas institucionales en relación con la integración y la inclusión social (tema que retomaré se trabajará en el siguiente apartado), dando lugar a decisiones en relación con situaciones de exclusión educativa a las que se verán sometidos niños y niñas con diagnóstico de TDAH, por lo que la consolidación del vínculo TDAH-discapacidad será necesaria para que las estrategias de inclusión social para este grupo queden plenamente instaladas. En el momento esta transición aún se encuentra en proceso y busca materializarse a través de un proyecto de ley que todavía está en debate (Ley 03).

En resumen, para que las estrategias de inclusión se hagan plenamente efectivas, es necesario que el TDAH se entienda como una discapacidad, lo que no es sencillo en la medida en que este no supone una limitación física visible, y tampoco una falta de capacidad para obtener logros académicos ya que el trastorno no supone ningún tipo de deficiencia intelectual. Las limitaciones dadas por el TDAH se ubican en un plano menos aprehensible que es el de las relaciones con el entorno:

Necesitan ser tratados como menores con discapacidad, no intelectual sino de los sistemas de interrelación con el medio ambiente. Esto quiere decir que deben estar en tratamiento médico, bajo responsabilidad de los padres y que en el aula se deben tomar una serie de medidas (Sentencia 02)

Contrario a esto, en algunas de las guías o manuales dirigidos a padres y profesores podemos ver que el TDAH es entendido principalmente como una enfermedad, equiparándolo incluso a afectaciones físicas que limitan el desempeño del niño en el

ámbito escolar: “se trata de una condición que afecta en mayor o menor grado al desarrollo del alumno, como cualquier otra (diabetes, miopía, asma, problemas de audición, de coordinación, etc.)” (Guía 01).

Mientras que, al mismo tiempo y representando una contradicción en el discurso, se destaca su carácter funcional, lo que lo alejaría del concepto de enfermedad, pero mantendría vigentes las causas orgánicas del mismo, convirtiéndolo en un desorden, síndrome o trastorno:

El TDA-H es causado por una deficiencia neurológica en el área del cerebro que controla impulsos, ayuda a monitorear los estímulos sensoriales y enfocar la atención... Esto quiere decir que el TDA-H: Tiene una causa biológica... No es una excusa... Puede ser hereditario... No es culpa de nadie... Es un desorden y no una enfermedad ya que una enfermedad se refiere a un proceso mórbido que tiene un conjunto de síntomas característicos, mientras que un desorden es un decremento o anormalidad de una función (Manual 01)

Al adoptarse esta postura, ya no es necesaria la comprobación empírica de las causas específicas del problema, trasladando el interés por la etiología del trastorno hacia las posibles formas de tratamiento, dentro de las cuales el tratamiento farmacológico, si bien se sustenta en la afirmación de causas orgánicas, solo es paliativo: al no haber una causa definida, tampoco hay una cura definitiva: “Ahora se sabe que el TDAH puede deberse a un desequilibrio químico en el cerebro. La medicación puede ayudar a corregir algo de este desequilibrio químico” (Manual 03)

El discurso médico se consolida como verdadero, a pesar de la falta de argumentos y evidencias concluyentes sobre las causas orgánicas y genéticas del TDAH, y es asumido así tanto en el ámbito jurídico como en la comunidad en general, entendiendo a la medicina y a la psicología como las únicas fuentes válidas de conocimiento sobre el trastorno y, de facto, las que mayor cantidad de publicaciones producen sobre el tema. El siguiente apartado es una muestra de la dificultad con la que se explica el carácter genético del TDAH:

Difícilmente el Trastorno sea el resultado de algo simple y, probablemente, varias causas confluyan en conseguir que una muy pequeña parte del cerebro de estos niños sea diferente. La causa más común para la existencia de estas diferencias es genética, aunque la transmisión no es del tipo mendeliano clásico y no está ligada de manera específica al sexo. Si uno o ambos padres tienen TDAH no es obligatorio que el hijo lo padezca pero sí existe una mayor probabilidad. Siguiendo una línea de género: por ejemplo, si la madre tiene TDAH no es condición obligatoria que la transmisión sea a su hija. La cuestión es que tiene probabilidad de transmitírselo a sus hijos independientemente del sexo de ellos. Inversamente si el niño tiene TDAH no es obligatorio que los padres lo tengan, aunque las probabilidades son altas, y mucho más altas si indagamos entre tíos y abuelos (Guía 03)

A partir de esto, las guías y manuales, contruidos sobre la base de este discurso médico, recomiendan a padres y profesores mantenerse informados a partir de estas mismas fuentes:

Sugerir a los padres la conveniencia de acceder a información actualizada y basada en evidencia científica sobre TDAH. La información veraz reduce la incertidumbre, el miedo y ayuda a tomar decisiones acertadas. Los orientadores pueden sugerir a los padres títulos de libros y direcciones de páginas web cuya información y contenido sean seguros (Guía 01)

Con esta misma estrategia se desestiman otras posibles fuentes de conocimiento, incluidas aquellas que cuestionan la existencia del trastorno o le atribuyen causas de orden psicosocial:

Por ello se puede afirmar taxativamente que: No se origina el TDAH en conflictos neuróticos. No se origina el TDAH en los problemas familiares o conyugales. No se origina el TDAH en los

problemas emocionales o psiquiátricos que otros familiares pudieran tener, a excepción de que tengan el mismo trastorno. No se origina en una crianza parental inadecuada. No se origina en la participación inapropiada del medio social y/o educacional. No se debe al consumo excesivo de azúcares, aditivos o colorantes artificiales. No se debe a procesos alérgicos (Guía 03)

La desestimación de los factores psicosociales asociados al TDAH se evidencia también en las historias clínicas estudiadas. A pesar de que en la mayoría de ellas se consignan datos relacionados con la historia familiar del niño o la niña, estos datos parecen tomarse más por rutina o protocolo que por un interés genuino en hallar su relación con el comportamiento problemático. Es posible encontrar allí registros sobre separaciones, fracaso escolar, dificultades económicas, violencia intrafamiliar, etc, sin que se profundice en dichas situaciones, mientras el protagonismo recae sobre la dimensión atencional de la “Escala Wechsler de inteligencia para niños IV (WISC-IV)” mediante la cual el problema se sitúa incuestionablemente en el individuo.

En relación con la disciplina y práctica psicológica, la estructuración de dichas historias clínicas refleja la concepción que se tiene de los trastornos mentales como fenómenos independientes de la vida social, mostrando una integración meramente formal de la noción de salud como fenómeno biopsicosocial (dominante como conceptualización de la salud/enfermedad en la actualidad) y, por supuesto, el desconocimiento de las tensiones sociales como posibles productoras de malestar psicológico y emocional.

De esta manera, los aspectos psicosociales relacionados con el TDAH van quedando en segundo plano. Aunque en la Ley 02 se reconocen las posibles causas sociales en el desarrollo de problemas de salud mental, el contexto en el que se desenvuelven aquellas personas con este diagnóstico tendrá un papel más importante en su curso que en su origen:

Los factores que contribuyen a la mejora del TDAH son: un diagnóstico precoz, una educación coherente por parte de los padres, la transmisión de valores positivos y estabilidad familiar, el conocimiento por parte de los profesores y adaptación de las

actividades educativas y la colaboración entre los padres y la escuela (...) Los factores que contribuyen al empeoramiento del TDAH son: un diagnóstico retardado, fracaso escolar, una educación demasiado permisiva o severa, desavenencias y hostilidad entre los padres, problemas de salud en el niño y precedentes familiares de alcoholismo, conductas antisociales u otros trastornos sociales (Guía 03)

A la par del discurso médico, también se va gestando la idea del TDAH como un trastorno del desarrollo, que no es exclusivo de niños y niñas, sino que puede permanecer hasta la adultez:

Todos los niños evolucionan desde una impulsividad cognitiva propia de la inmadurez a la flexibilidad cognitiva de la edad adulta. En el caso del niño hiperactivo, la evolución es más lenta, es decir, muestra durante mucho más tiempo un modo de pensar, de procesar la información impulsivo (Manual 02)

Hasta el momento se ha mostrado cómo el TDAH ha sido acogido en nuestro contexto como una patología de origen orgánico, presentándose una tensión en cuanto a su definición como discapacidad o trastorno mental, la cual se ve reflejada tanto en documentos oficiales como en los discursos de los actores involucrados. Esta pugna parece definirse de diferentes formas según el contexto. Así, en el ámbito jurídico hay una tendencia a verlo más como una discapacidad, lo que permite hacer un ajuste a partir de los modelos de inclusión social cuyo principal objetivo es promover la autonomía y la productividad. Por su parte, los procesos diagnósticos en el campo médico y el abordaje en el campo educativo, se adhieren más a la definición del TDAH como trastorno mental, lo que posibilita de alguna manera evadir los cuestionamientos frente a las causas puntuales y la efectividad del tratamiento.

En este proceso de consolidación del discurso médico, queda oculto el papel de las estructuras sociales en el origen del TDAH, el cual, bajo una mirada diferente, puede ser entendido como producto de dinámicas institucionales fuera de las cuales no hallaría

sentido: “*El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico que afecta aproximadamente al 5% de la población en edad escolar*” (Guía 01).

Nótese en el apartado anterior cómo se aclara que la población central para la cual se establece la prevalencia del trastorno es la “escolar”. El hecho de que el proceso de diagnóstico inicie cuando el niño ingresa a una institución educativa pasa desapercibido la mayoría de las veces, puesto que se asume que los síntomas se expresan a esta edad. En otras palabras, se establece una relación entre *edad - primera sintomatología* y *NO ingreso a la IE - manifestación de la sintomatología*.

Se mantendrá a lo largo de los relatos el hecho de que el comportamiento de niños y niñas fue problematizado a partir de la dinámica escolar, siendo este el hecho más estable entre los participantes y la documentación revisada. La idea generalizada de los padres de que el comportamiento del niño era entendido como normal antes del ingreso al colegio será explicada por profesionales de la salud en términos tanto de la edad promedio de expresión de la sintomatología como de las exigencias cognitivas y conductuales del contexto escolar, lo que implica además la naturalización de la “edad escolar”. A pesar de esto, es posible encontrar casos en los que el diagnóstico se da de forma muy temprana, incluso a los dos años (HC 04, Niña), y en la literatura se ha señalado que la edad mínima de diagnóstico se estaría adelantando a medida que se adelanta la edad de institucionalización (Schwandt & Wuppermann, 2016).

5.1.2 Construcción del conocimiento sobre el TDAH en cuidadores y niños con diagnóstico de TDAH

Durante la década de los 90, misma en la que en la Constitución Política Colombiana se inserta plenamente la noción de derechos humanos, se consolida en la literatura científica la idea del TDAH como una entidad patológica de origen orgánico-neurológico, lo que se evidencia en el aumento de las investigaciones publicadas desde las neurociencias. Paralelamente aumentan los estudios en relación con la efectividad de los tratamientos farmacológicos y se desarrollan aquellos relacionados con las terapias conductuales, que tampoco niegan dichas causas orgánicas.

Aunque en los documentos presentados anteriormente se da una aceptación plena del TDAH como un trastorno orgánico, los relatos de los participantes entrevistados todavía reflejan una de las discusiones científicas más representativas sobre el origen de la enfermedad y los trastornos mentales: ambiente vs genética. Si bien es cierto que a ambos elementos se les atribuye participación en el origen del trastorno, no hay unanimidad en cuanto a cuál de ellos es más importante. Contrario a lo que sucede con las fuentes documentales, parece haber una mayor inclinación a referirse a factores psicosociales, como la crianza, en relación con el desarrollo del trastorno, a la par que se da por hecho sin mayor explicación o cuestionamiento su componente orgánico.

Vale la pena resaltar que la ponderación de estos componentes varía entre los grupos. Así, madres y padres tienden a dar mayor peso a aspectos genéticos, los cuales explican mediante la identificación de síntomas en familiares, así como a eventos familiares traumáticos. Por su parte, los docentes dan por hecho el componente neurológico del trastorno sin mayor profundización, mientras resaltan el papel de la crianza bien sea en el origen o en el desarrollo de la sintomatología. Esta dinámica se puede ver representada en la Figura 6.

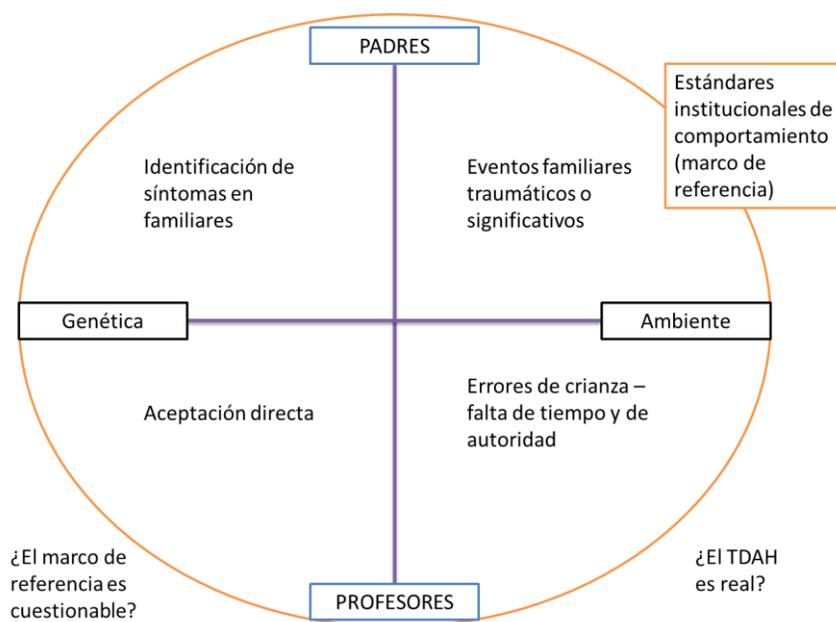
Es posible ver aquí cómo el interés se aleja un poco de las causas con miras a adjudicar responsabilidad por el mal comportamiento, lo que facilitará la instauración de ciertas técnicas de control, tema que se abordará en el siguiente apartado. En este caso, el reconocimiento de causas genéticas y orgánicas permite a los padres manejar el sentimiento de culpa, mientras que la referencia a errores de crianza les devuelve la responsabilidad del manejo de la sintomatología de sus hijos, mediante la apología a la autoridad parental como columna vertebral de esta actividad que les es propia. De esta manera, el papel de la estructura institucional en la configuración de ciertos comportamientos como problemáticos queda nuevamente oculto:

acá estamos en una conversación con ella y el niño se para en la cabeza y se supone que en ese momento la autoridad es la mamá pero no existe (Profesora, Especializado 1)

el papá viene y no profe es que la mamá lo consiente mucho y la deja hacer todo pero yo (x) yo lo corrijo pero viene la mamá y lo

consciente entonces ahí en la casa [no hay autoridad] (Profesora, IED jornada mañana)

Figura 6
Representación gráfica de las ideas acerca del origen del TDAH por parte de los participantes de la investigación y la forma como lo explican



Nota: Elaboración propia

Aunque es posible hacer estas diferenciaciones entre padres y profesores en relación con el origen del trastorno, hay un elemento que permanece implícito sin ser cuestionado: la diferenciación naturalizada entre aquellos con un diagnóstico de TDAH y aquellos que son considerados niños “normales”. Esto se refleja en las palabras que se usan para describir al niño con TDAH en el lenguaje común, tal como se muestra en la Figura 7 (nube de palabras obtenida a través de Nvivo).

Figura 7

Nube de palabras de las expresiones sobre los niños con diagnóstico de TDAH



Nota: Dentro del programa *Nvivo*, en una nube de palabras muestra la frecuencia de presentación de cada palabra representándola mediante el tamaño (entre más frecuente sea una palabra, se muestra con un tamaño mayor en relación con las demás).

Las palabras que se usan para representar a un “tipo” de niño particular se relacionan con eventos que irrumpen en el curso natural de la vida cotidiana, como es el caso de “terremoto”; una particularidad de esto, es que la conceptualización del niño como “disruptor” de un orden natural encaja casi exclusivamente en entornos institucionalizados, mismos donde hallan su origen.

Los siguientes apartados muestran cómo padres y niños afirman que su comportamiento es diferente fuera del colegio:

(...) a veces la abuelita le manda hacer y él le hace caso la abuelita le dice “venga D vamos hagamos un (no comprensible) él le hace

caso [ujum] y él está juiciosa ahí [si] pero yo no entiendo en el colegio no (...) (Jaime, papá de Camilo)

(...) por en tekondo (.) yo me convierto en (.) otra persona (...) en mi casa (.) soy algo:: (.) como digamos (.) <neutro (.) que no< (.) que es (.) la persona más dispersa (.) que::: las demás (Julián, 11 años)

En concordancia con esto, los comportamientos que en el contexto escolar son interpretados como problemáticos, mientras que antes del ingreso al colegio eran entendidos por los padres como normales y característicos de la niñez:

(...) si es muy o sea tiene que ser algo(x) alguien muy experto que te diga [uhm:]: a esa china le pasa pero yo como mamá [ujum] nunca lo sentí nunca la verdad ¿por que? porque nunca ocasionó problemas [ujum] ella (x) nos poníamos a hacer tareas y pues lo normal no entendí [ujum] pues uno entiende a veces uno de grande no entiende pues una niña a veces no entiende (Valeria, mamá niña)

(...) en la juega con él porque [ujum] sinceramente un segundo que usted se descuidaba y él estaba haciendo no males, sino sus travesuras de niño [si] porque uno no va a decir que estaba haciendo males (...) ¿sí? sino sus travesuras de niño [ujum] ¿sí? pero toca estar pendiente de la cama, que nunca usara esto que de pronto no dejar un vaina que de pronto estuviera pesada para que se (...) (Jaime, papá de Camilo)

En conclusión, los hallazgos de esta categoría muestran en el nivel formal-institucional una tensión en la definición del TDAH como trastorno o como discapacidad, que en las prácticas cotidianas se traduce en un vacío para niños y niñas con diagnóstico de TDAH ya que no existen programas especiales de adaptación curricular o metodológica mediante los cuales la institución educativa pueda hacer adaptaciones según sus necesidades.

En cuanto a la concepción del trastorno, este se acepta como orgánico a nivel formal y normativo, mientras que, si bien esto no se niega en los relatos de los participantes, en la cotidianidad se le da mayor importancia a las prácticas educativas y de crianza que pueden afectar el curso del trastorno. Se concluye que el TDAH tiene un carácter principalmente institucional en la medida en que solo bajo la concepción normalizadora del colegio ciertos comportamientos son patologizados.

5.2 Institucionalidad y Control: Técnicas y Estrategias de Poder sobre el Cuerpo de Niños y Niñas con Diagnóstico de TDAH

En el apartado anterior fue posible ver cómo se adoptaba el TDAH como una condición limitante, principalmente de la autonomía del niño y su capacidad para controlar su propio comportamiento, la cual podrá ser entendida como trastorno mental o como discapacidad de acuerdo con el contexto y el propósito. Este concepto ha ganado un espacio en la agenda pública y por lo tanto ha sido consolidado como una condición real que debe ser regulada.

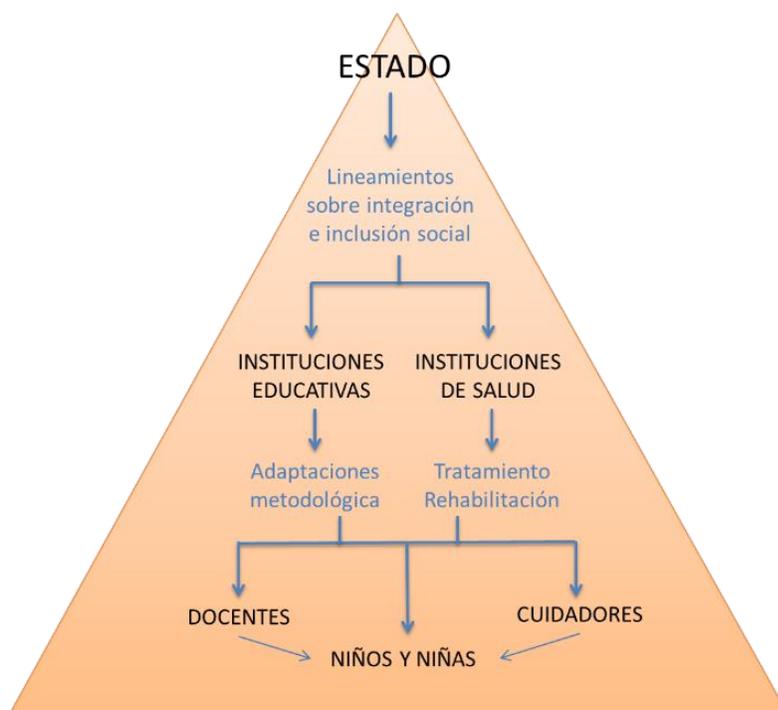
Es posible identificar unas estrategias de regulación que adquieren una forma piramidal desde el Estado, pasando por las instituciones y terminando en los sujetos que serán el blanco final de control. La Figura 8 representa los discursos y estrategias más frecuentes mediante las cuales se ejercen técnicas de control y disciplinamiento dirigidas principalmente a niños y niñas con diagnóstico de TDAH, pero que incluyen también como sujetos de control a quienes están a cargo de ellos. Los grandes discursos sobre el trastorno y la discapacidad, junto con la forma de abordarlos, se ven recogidos y validados en los conceptos de integración e inclusión social, de los cuales se derivan los lineamientos generales para la intervención con miras a la rehabilitación de los niños y las niñas.

En este apartado se mostrará cómo la integración y la inclusión social, específicamente la educativa, se configuran como grandes estrategias de control que a su vez se sustentan en los conceptos modernos de derechos humanos y de autonomía. Así mismo, dichas estrategias van evolucionando para adaptarse a los cambios discursivos en relación con la comprensión de la discapacidad y los trastornos mentales, integrando algunas de las principales críticas en relación con estos, lo que, de acuerdo con Foucault (1982), se da

puesto que las estrategias de poder se van adaptando a los cambios dados por las resistencias.

Figura 8

Estrategias de control institucional a partir de discursos sobre integración/inclusión



Nota: Esta figura corresponde a una representación de cómo los discursos legitimados por el Estado ejercen un poder que circula a través de las instituciones, las cuales utilizan técnicas de poder sobre niños, niñas y sus cuidadores.

5.2.1 Integración e inclusión social en los discursos normativos

A partir de la información documental obtenida, se mostrará de qué manera se fue instalando en el ámbito jurídico colombiano el interés por la integración social, concepto

que ha ido evolucionando hacia el de inclusión social, aunque no se evidencie su plena adopción en la práctica educativa actual.

Si bien no hay una definición explícita de lo que significa el concepto de integración social, queda claro mediante la Ley 361 de 1997 que este se aplica de manera exclusiva a aquellas personas que tienen una limitación física o mental, entendida posteriormente como discapacidad. En este contexto, la integración tendría un papel “normalizador” en la medida en que mediante ella se busca procurar, a través de las diferentes instituciones que componen la sociedad, que el individuo alcance su pleno desarrollo:

ARTÍCULO 1. Los principios que inspiran la presente Ley, se fundamentan en los artículos 13, 47, 54 y 68 que la Constitución Nacional reconocen en consideración a la dignidad que le es propia a las personas con limitación en sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales para su completa realización personal y su total integración social y a las personas con limitaciones severas y profundas, la asistencia y protección necesarias (Ley 01)

La idea de la obligatoriedad del Estado de brindar asistencia y protección a las personas con discapacidad se fundamenta principalmente en la noción de derechos humanos, cuya materialización comienza a darse desde la primera mitad del siglo XX bajo la consigna de que cualquier persona, por el solo hecho de su condición humana, debe poder acceder a las condiciones necesarias para su desarrollo integral o plena realización personal.

Así, a partir de esta Ley, los principales mecanismos para la atención a esta población, serán la prevención, la educación y la rehabilitación. También se contemplan el cuidado y la protección para aquellos con limitaciones graves. De esta manera la categoría de persona fuera de la normalidad se divide en dos: aquella que es “rehabilitable” y aquella que no lo es. Si bien ambas representan una carga económica y social, ya que demandarán más recursos por parte del Estado, la primera (sub)categoría será sobre la cual se desplegarán más claramente las estrategias de normalización, identificando allí el potencial necesario para lograr la adaptación del individuo (en términos de su utilidad):

la dignidad que le es propia a las personas con limitación en sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales para su completa realización personal y su total integración social y a las personas con limitaciones severas y profundas, la asistencia y protección necesarias (Ley 01)

La integración en el aula supone la ubicación de niños y niñas con cualquier tipo de discapacidad, leve o moderada, en el mismo espacio en el que se encuentran los demás niños sin ninguna discapacidad. Para estos casos, la institución educativa estaría obligada a utilizar instrumentos o herramientas para abordar de manera específica cada caso particular, lo que hace de este un modelo especialmente individualista en cuanto a su concepción de discapacidad:

Para efectos de lo previsto en este capítulo, el Gobierno Nacional deberá establecer la metodología para el diseño y ejecución de programas educativos especiales de carácter individual según el tipo de limitación, que garanticen el ambiente menos restrictivo para la formación integral de las personas en situación de discapacidad (Ley 01)

En el caso de los niños con TDAH, los procesos de integración son vistos como una oportunidad para desarrollarse dentro de un ambiente regular, el cual es entendido como el único en el que se podrán adquirir las habilidades necesarias para la adaptación al mundo y a la sociedad:

(...) favorecer la integración de nuestros alumnos con Déficit de Atención e Hiperactividad y ayudarles a desarrollar destrezas sociales y de lenguaje, con el objetivo de formar ciudadanos dignos, capaces de desenvolverse en la sociedad (...) El mayor beneficio que conlleva la integración es que le permite al alumno formar parte de un mundo “típico”, mientras que presenta al público en general la imagen de un estudiante ESPECIAL (Guía 03)

Ya desde la década de los años 60, posturas críticas de la psiquiatría habían cuestionado el concepto de normalidad en relación con la salud mental, lo cual implicó reconocer el papel de la sociedad en la producción de las etiquetas de enfermedad mental. Así mismo, hacia finales del siglo XX, junto con las discusiones sobre los derechos humanos, y en particular de las personas que por cualquier motivo hubiesen sufrido diferentes formas de exclusión, hubo una transición desde el concepto de integración hacia el de inclusión.

De acuerdo con la literatura al respecto, la diferencia principal radica en que la inclusión tendrá en cuenta no solo la ubicación de una persona con discapacidad en los espacios regulares, generando segregaciones al interior del aula, sino que buscará generar estrategias mediante las cuales todos los alumnos, independientemente de su condición, puedan acceder a un mismo currículo educativo y bajo los mismos estándares de calidad, lo que implica el establecimiento de formas de comunicación que permitan la interacción y la mutua colaboración entre quienes participan de las actividades propias de ese entorno particular (Domínguez, et al., 2015).

En Colombia, se adopta esta noción para el trabajo en el aula con niños que presenten alguna discapacidad, incluyendo niños con diagnóstico de TDAH aun cuando este no está todavía reconocido formalmente dentro de dicha categoría. Durante este proceso, se resaltarán el papel de la diversidad y la importancia de la diferencia, lo que incluye un intento por reconocer un valor especial en los niños con TDAH:

(...) estigmatizar y aislar a estos niños genera consecuencias desastrosas no solamente para el pequeño entorno familiar, sino que de esta forma la sociedad se ve privada de seres muy valiosos que pueden aportar con su inteligencia y habilidades al desarrollo y al progreso (Sentencia 02)

(...) los ajustes razonables además de permitir que el estudiante en situación de discapacidad adquiera los conocimientos académicos que corresponda, debe permitirle a este y a sus compañeros compartir escenarios que faciliten su proceso de aprendizaje, su integración social y el disfrute de todas sus garantías fundamentales (Ley 02)

Si bien este paradigma acepta el cuestionamiento de los límites entre normalidad y anormalidad, en su aplicación esta diferenciación se sigue manteniendo. El discurso de la inclusión como forma de garantizar los derechos de niños hace mucho más difícil cuestionar las formas y manejos institucionales de educación, ya que los reafirma como las maneras idóneas para lograr el pleno desarrollo y disfrute de la vida social y los convierte en algo deseable para todos. En otras palabras, se hace un cuestionamiento de las relaciones que se forman dentro del aula, las cuales pueden ser excluyentes, pero no sobre cómo se estructura este espacio, y tampoco se pone en duda el fin último de la educación como proceso socializador de un tipo de ciudadano particular.

Es así como se privilegia el método inclusivo, pues tal y como lo ha sostenido esta Corporación, entre otras, en la Sentencia T-329 de 1997, dicho enfoque reporta grandes beneficios para los niños ya que, de un lado, desde la perspectiva de quienes padecen alguna discapacidad o trastorno psiquiátrico, supone la posibilidad de interactuar y establecer vínculos con personas diferentes a las que lo acompañan en el hogar, lo que permite que vivan situaciones de “normalidad”. Y del otro, supone una utilidad para quienes aparentemente carecen de algún padecimiento en tanto que, desde temprana edad, se les brinda la oportunidad de entender, aprender, aceptar y respetar la diferencia, además de desarrollar conductas ligadas al deber de solidaridad (Sentencia 01)

Al normalizar la diferencia: “normalidad no existe, sino que es una construcción impuesta sobre una realidad donde solo existe la diferencia” (Sentencia 01), se logra hacer una sujeción de la misma para controlarla, sin eliminar completamente aquello que le es esencial, es decir, aquello que la sostiene vigente dentro de la dinámica social. Esto quiere decir que, si bien desde la normatividad se busca desdibujar un poco la línea divisoria entre lo normal y lo anormal, se reitera implícitamente la necesidad de acoger de manera especial a las personas que presentan una diferencia que de una u otra manera dificulta su adaptación y desarrollo.

De esta manera, se les otorga una responsabilidad especial a las instituciones encargadas de la salud y la educación en los procesos de cuidado y rehabilitación de las personas con estas características, mediante la definición y aplicación de estrategias cuyo propósito será promover el desarrollo de la autonomía, que en este contexto será entendida como el dominio de sí mismo que permite adaptarse a la sociedad y serle útil:

Ajustes razonables: son las acciones, adaptaciones, estrategias, apoyos, recursos o modificaciones necesarias y adecuadas del sistema educativo y la gestión escolar, basadas en necesidades específicas de cada estudiante, que persisten a pesar de que se incorpore el Diseño Universal de los Aprendizajes, y que se ponen en marcha tras una rigurosa evaluación de las características del estudiante con discapacidad. A través de estas se garantiza que estos estudiantes puedan desenvolverse con la máxima autonomía en los entornos en los que se encuentran, y así poder garantizar su desarrollo, aprendizaje y participación, para la equiparación de oportunidades y la garantía efectiva de los derechos. Los ajustes razonables pueden ser materiales e inmateriales y su realización no depende de un diagnóstico médico de deficiencia, sino de las barreras visibles e invisibles que se puedan presentar e impedir un pleno goce del derecho a la educación. Son razonables cuando resultan pertinentes, eficaces, facilitan la participación, generan satisfacción y eliminan la exclusión (Sentencia 01)

Si bien en el apartado anterior se expresa que no es necesario un diagnóstico médico para el acceso a los apoyos, no se revoca la regla establecida desde la Ley 01 en la que se especifica la necesidad de reportar la discapacidad y la expedición de un carné que especifique la misma para efectos de acceder a tales ayudas. Así mismo, se reitera la importancia de saber con la máxima exactitud posible las características especiales de la

persona con discapacidad con miras a proporcionarle herramientas adecuadas para su adaptación según su condición:

(...) la atención especializada que requieran, lo cual obliga a hacer una valoración de carácter particular y concreto sobre los requerimientos que la persona tiene para que el proceso de vinculación y realización personal en los distintos espacios de la sociedad se adelante de forma eficaz y no resulte agresivo, pero tampoco inocuo (Sentencia 03)

Como consecuencia, para garantizar la libertad y autonomía se requiere entrar en un proceso de diagnóstico/tratamiento médico:

Establecer medidas efectivas y pertinentes para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida, para la cual les corresponde organizar y ampliar servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación en salud y educación, entre otros ámbitos, de tal forma que comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona (Sentencia 03)

La necesidad de hacer una identificación especial de la persona con discapacidad, bajo el argumento de prestarle los apoyos necesarios para una adaptación exitosa a la sociedad, juega un papel importante en la afirmación de la diferencia y su carácter individual. En otras palabras, bajo el argumento de la garantía del derecho al disfrute pleno de la vida, la persona con discapacidad se convierte en un blanco claro de vigilancia y control especial.

Ahora bien, las discusiones que se presentan en el ámbito jurídico colombiano frente a las diferencias entre los procesos de integración y de inclusión presentan una clara tendencia a favorecer los segundos, aun cuando en ambos casos el objetivo es que la persona con

discapacidad se integre en contextos “normales”. Se resaltan las diferencias señalando que la primera promueve la segregación y se limita a permitir que los niños con discapacidad ingresen a una escuela regular, adicionalmente, en los procesos de inclusión es el ambiente el que debe transformarse para adaptarse a las necesidades del niño y no al revés. También se conceptualiza la educación especializada como segregada:

La denominada educación inclusiva, que es la apuesta de diferentes instrumentos internacionales -y que además ha sido acogida por el MEN-, busca ampliar el espectro de inclusión de personas con necesidades educativas especiales, más allá del acceso a la escuela regular. La educación inclusiva persigue que no existan ambientes segregados, sino que todos los niños y niñas, independientemente de sus necesidades educativas, puedan estudiar y aprender juntos (...) se explora porque la enseñanza se adapte a los alumnos y no éstos a la enseñanza (Sentencia 04)

En este contexto, el “aprender juntos” implica la creación de canales de comunicación entre todos aquellos que interactúan dentro del aula, de tal manera que la regulación se da no solo desde afuera (normas institucionales) sino que también se da desde adentro.

De esta manera, el concepto de inclusión adquiere un sentido importante en términos del biopoder, ya que hay una transformación del concepto de “loco” en la que aquel que era excluido por el hecho de ser un sujeto “no moldeable” queda “incluido” dentro del sistema y se vuelve educable. En este sentido, se considera al niño con discapacidad un ser que puede ser formado para serle útil a la sociedad.: “(...) *no hay personas no educables, todas deben poder participar de ambientes flexibles, diversos e incluyentes*” (Sentencia 05).

En las transformaciones derivadas de estos dos conceptos es posible ver aquello que le es central a la propuesta foucaultiana acerca del poder, no como algo que se posee sino como algo que se ejerce. Desde esta mirada, el poder siempre está presente circulando a través de diversas formas y estrategias, las cuales se transforman a partir de las resistencias, para adaptarse a ellas o para sujetarlas. En este caso, la noción de inclusión educativa recoge las “revoluciones” en el saber sobre la concepción de la diferencia y la normalidad, dándole un nuevo estatus a la discapacidad y a la enfermedad mental,

sujetándola aún más fuerte y sometiendo a los sujetos que la padecen a hacerse acreedores a uno de los grandes valores de la sociedad moderna: la autonomía. El no ser excluido significa adquirir los mismos deberes y expectativas de éxito social, lo que, como se abordará más adelante, dará una visibilidad especial al TDAH.

La importancia que comienza a otorgársele a la salud mental sustenta también la necesidad de ejercer control a nivel de la población, a lo que Foucault denominó biopolítica. En el ordenamiento jurídico colombiano, este se verá representado en el Observatorio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, el cual, a partir del año 2013 pasará a hacer parte del Observatorio Nacional de Salud, y tendrá como uno de sus objetivos “*Permitir el diagnóstico de la situación de salud mental de la población colombiana a través del examen y evaluación de las tendencias y distribución de los indicadores de Salud Mental y de sus efectos sobre la salud y el desarrollo general del país*” (Ley 02).

Entre otros aspectos, este control permitirá rastrear el impacto y la cobertura de las políticas públicas en materia de inclusión, dejando ver que en nuestro país no hay todavía una adopción plena de estas, pero sí un interés por que se consoliden:

(...) al Comité le preocupaba la baja participación de personas con discapacidad en las instituciones educativas y la existencia de aulas especializadas financiadas con recursos públicos (...) sugirió al Estado colombiano adoptar un plan de transformación para alcanzar una educación inclusiva de calidad y adoptar los ajustes razonables, garantizar la accesibilidad de los entornos y la formación de los docentes sobre los derechos de las personas en situación de discapacidad (Sentencia 05)

Adicionalmente, el control poblacional abre la posibilidad de control de los factores de riesgo y, en el caso del TDAH, esto implicará la identificación temprana de la sintomatología ampliando el alcance del saber médico al docente:

Generar instrumentos y orientaciones para promover la detección temprana de personas con Dislexia, Trastorno por Déficit de

Atención con Hiperactividad –TDAH- y otras dificultades de aprendizaje –DA, tanto en las modalidades de educación inicial y atención a la primera infancia como en las instituciones educativas de preescolar y básica primaria (Ley 03)

Pasemos ahora a mirar cómo se recogen estos lineamientos tanto en la práctica médica, como en la educativa. Primero que todo, cabe resaltar que la aplicación de políticas de inclusión educativa no se presenta libre de conflictos, principalmente porque en la práctica no se cuenta con los recursos necesarios y la capacitación para hacerlo dentro de las instituciones educativas.

En relación con el TDAH, dichos conflictos se verán reflejados tanto en los motivos que dan lugar a las sentencias de la Corte Constitucional como en los relatos de los actores involucrados, principalmente padres y profesores. En cuanto al primer grupo, es posible identificar que las razones principales por las cuales se acude a una tutela, en relación con el TDAH, es la protección del derecho fundamental a la educación, el cual, de acuerdo con los tutelantes, ha sido vulnerado por las instituciones educativas al intentar excluir al niño en razón de su diagnóstico. Se evidencia una tendencia de la Corte a resaltar el papel de las instituciones educativas en el cuidado de los niños y niñas a su cargo, afirmando el carácter especial de los comportamientos disruptivos frente a los comportamientos esperados, los cuales estarían plasmados en los manuales de convivencia:

(...) debe concluirse igualmente que la valoración del reconocimiento de las reglas de comportamiento en los planteles educativos, por parte de un menor con TDAH, no puede ser igual a la aplicada al simple transgresor de las reglas (...) La omisión en el cumplimiento del deber de trato especial a los estudiantes con TDAH, implica un acto discriminatorio cuyo efecto directo será la exclusión de un beneficio, ventaja u oportunidad y en consecuencia una violación del derecho a la igualdad (...) En suma, las personas con cualquier tipo de diferencia psicológica tienen derecho a que las instituciones educativas les procuren un trato acorde a sus especiales características, siempre que ello resulte necesario para

*el ejercicio pleno de sus derechos en condiciones de igualdad
(Sentencia 06)*

Bajo estas condiciones, las instituciones educativas quedan ligadas a las instituciones de salud en la medida en que la discapacidad se entiende como un problema fundamentalmente médico que, sea por su misma materialidad o por procesos sociales de exclusión, puede ser la causa de la vulneración del derecho fundamental a la educación.

En la legislación colombiana, igual que en la mayoría del mundo occidental, la educación es considerada un derecho fundamental ya que a través de esta se accede a otros derechos mayores como la autonomía, la igualdad y, en general, se supone que es la que brinda la posibilidad de alcanzar el éxito como objetivo vital. Así, el niño es entendido como sujeto especial de derechos desde los principios de la Constitución. El niño y el adolescente tienen derecho al acceso a la educación que se considera una función social mediante la cual se tiene acceso “*al conocimiento, la técnica, y demás bienes y valores de la cultura*” (Ley 03)

Dentro de estas dinámicas queda expuesta una concepción particular del infante como sujeto pasivo en la medida en que está en desarrollo por lo que la responsabilidad de su socialización recae principalmente en padres, médicos y profesores. La imagen que se muestra en la

Figura 9 refleja claramente el tipo de relación vertical que se establece entre el niño con TDAH y un médico (Manual 03).

Adicionalmente, a este sujeto pasivo por su condición de no-adulto se le atribuye una vulnerabilidad inherente a esta, y en el caso de niños con discapacidad una doble vulnerabilidad que obliga a todas las instituciones sociales, principalmente la educativa, a acogerlo de manera especial:

El artículo 67 de la Constitución establece la obligación del Estado de asegurar a los niños las condiciones necesarias para su acceso y permanencia en el sistema educativo, deber que adquiere especial relevancia cuando se trata de personas con limitaciones físicas o mentales, conforme a los artículos 47 y 68 ídem, pues en

tales eventos concurren en ellas dos circunstancias de vulnerabilidad que requieren de acciones de especial protección en materia educativa: i) son menores de edad, es decir, personas en proceso de formación y desarrollo; y ii) la condición de limitación o discapacidad (Sentencia 03)

Al quedar ligados los ámbitos de la salud y de la educación, especialmente en el caso de niños con alguna discapacidad, la sociedad en su conjunto se vuelve garante del cuidado de aquellos, principalmente a través de la institución educativa cuando los infantes no se encuentran en su casa. La educación adquiere así una función social, responsabilidad que trasciende el ámbito privado. Es un instrumento de formación del ciudadano: “*El artículo 67 de la Constitución establece que la educación es un derecho y un servicio público con función social, cuyo desarrollo debe orientarse a formar en el respeto a los derechos humanos, la paz y la democracia a los colombianos*” (Sentencia 03)

Figura 9

Imagen de un médico con un niño diagnosticado con TDAH



Nota: Tomada de Yarney, S (2017). *¿Podemos hablar acerca del TDAH? Una guía para los amigos, la familia y los profesionales*. Magisterio Editorial.

Es de esta manera como el niño adquiere un interés dentro del ámbito público y, en lo que respecta a su socialización, nada se reserva exclusivamente al ámbito privado. En relación con esto, las medidas de control (cuidado) que se impartirán sobre el niño requieren de un

conocimiento pleno sobre este, su historia clínica debe ser conocida a profundidad por quienes estarán a cargo de su cuidado:

Se recomienda solicitar a los padres autorización para trasladar la información recogida a todos los profesores y personal que los responsables del centro educativo consideren oportuno, entendiendo que es condición esencial que los profesores dispongan de la información específica sobre las dificultades del alumno para que puedan cumplir con su función educativa (Guía 01)

En la mayoría de los casos, este requerimiento se traduce en la solicitud explícita de la historia clínica para efectos de encontrar una explicación por el comportamiento del menor e iniciar con las acciones necesarias para corregirlo, lo que incluye hacer seguimiento al cumplimiento de los padres en lo que respecta al tratamiento médico de sus hijos. Esto es un aspecto importante para resaltar de las prácticas institucionales alrededor del TDAH, ya que, al no haber una ley o norma general que lo incluya formalmente en la categoría de discapacidad, la responsabilidad de alcanzar las metas educativas pareciera recaer más en los mismos niños, en los padres y en los médicos, que en los docentes.

Este hecho explica en parte las tensiones entre las instituciones educativas y la Corte Constitucional, basada en una constante puja entre la exclusión y la inclusión. Como se mencionó anteriormente, las sentencias que se incluyeron en esta investigación se dan en relación con el derecho a la educación y corresponden a decisiones sobre tutelas interpuestas por madres que pedían que sus hijos no fueran expulsados de los colegios, teniendo en cuenta que las conductas problemáticas que daban lugar a esto se relacionaban con el TDAH de sus hijos.

Estas decisiones muestran que la Corte tiene una visión amplia del TDAH como una discapacidad mental, por lo que los niños deberían ser tratados como discapacitados. Por su parte, el Ministerio de Educación Nacional asume que el TDAH no supone las mismas dificultades para su adaptación que una discapacidad, por lo que no lo incluye dentro de sus estrategias de inclusión. Queda así esta responsabilidad en manos de las instituciones educativas solo cuando se ratifica por orden de la Corte, ante lo cual estas alegarán que

no cuentan con las herramientas necesarias para implementar los principios de la inclusión con niños con diagnóstico de TDAH.

En resumen, quienes capitalizan esta tensión serán principalmente padres y profesores. Para ellos, el reto será intentar aplicar las técnicas de control recomendadas mediante manuales (fundamentados en conceptos médicos) y consultas médicas y psicológicas, lo que convierte el abordaje del TDAH en médico más que pedagógico.

Estas recomendaciones de manejo del niño con TDAH en el aula representan estrategias de control sobre el cuerpo de niños y niñas con TDAH. En varias de sus obras, Foucault se refirió a la sutileza de las técnicas de disciplinamiento del cuerpo, sin embargo, en este contexto, en el cual la diferencia ha sido incluida dentro parámetros de normalidad más flexibles, estas técnicas se hacen directas y explícitas para estas personas, sin que se descarte su utilidad para los demás: *“incluso, pueden ser útiles para mejorar el rendimiento del resto de alumnos”* (Guía 01)

En los párrafos siguientes presentaré una síntesis de los aspectos centrales de dichas técnicas a partir de lo encontrado en las guías, las historias clínicas y los relatos tanto de cuidadores como de profesores de niños con diagnóstico de TDAH. En relación con las guías y manuales, es importante resaltar aquí que hay una tendencia generalizada a presentar la información en un orden particular, con algunas pocas variaciones: en primer lugar, una descripción general del trastorno, sus síntomas y causas, el proceso e importancia del diagnóstico, sus posibles consecuencias y las formas de tratamiento.

Esta estructura brinda soporte a las técnicas de control ya que las justifica, al mismo tiempo que da soporte a la utilidad del tratamiento farmacológico en virtud del origen orgánico que se le atribuye al trastorno dentro de su descripción. Así mismo, a pesar de hacer alusión a la diferencia como nuevo criterio de normalidad dentro del discurso de la inclusión, y de resaltarla a partir de las posibilidades múltiples de expresión de la sintomatología del TDAH, hay una estandarización de este y de la imagen del niño con el diagnóstico, que no solo se ve reflejada en las guías y manuales, sino también en las historias clínicas particulares, donde se hacen las mismas recomendaciones independientemente de las especificidades de cada caso.

Por otra parte, los tratamientos propuestos se extienden desde el ámbito médico hasta todos los espacios sociales en los que el niño interactúa con otros, instaurándose la necesidad de estar constantemente alerta frente a los comportamientos, tanto buenos como malos de este. Con la idea constante de que el niño con TDAH no es capaz de autocontrolarse, todo aquel que esté a cargo de su cuidado debe “entrenarse” en diferentes técnicas de control y contención de los comportamientos inadecuados. Así, este niño la mayoría de las veces es tratado como “enfermo crónico” y, en virtud de esto, la institución médica adquiere un carácter “total” como el descrito por (Goffman, 1961/2001) al referirse al hospital psiquiátrico, solo que esta vez lo hace al permear o colonizar tanto la escuela como el hogar, siempre en función del logro de las metas educativas:

El tratamiento debe ser enfocado desde un punto de vista personal (dirigido al niño y a cargo de especialistas en la materia), escolar (con técnicas diseñadas para el aula) y familiar (con asesoramiento educativo y programas específicos para los padres) (Manual 02)

Gracias a la estandarización de los tratamientos propuestos, es posible extraer unas características comunes a todas las estrategias propuestas para el manejo y control de los comportamientos considerados como problemáticos, mismas que se presentarán a continuación. En primer lugar, estas se presentan en forma de recomendaciones y no de obligaciones, lo que da la sensación de tener libertad para elegir si adherirse o no a ellas, o de tomar solo las que se ajusten a cada caso, manteniendo siempre vigente la noción de riesgo asociada a la falta de tratamiento del trastorno (tema que se abordará en el siguiente apartado).

Segundo, la información médica (aquella contenida en la historia clínica), que tradicionalmente es considerada como reservada o privada, también es socializada, resaltando la necesidad de que esta sea conocida con el fin de poder prestar al niño las ayudas necesarias para que alcance los logros escolares. En este sentido, el "conocimiento es poder", ya que tener un amplio conocimiento de todo lo relacionado con el niño, incluso en cuanto a sus aspectos más íntimos y personales, es lo que permitirá ejercer sobre él un mayor poder normalizador:

Se recomienda solicitar a los padres autorización para trasladar la información recogida a todos los profesores y personal que los responsables del centro educativo consideren oportuno, entendiendo que es condición esencial que los profesores dispongan de la información específica sobre las dificultades del alumno para que puedan cumplir con su función educativa (Guía 01)

Tercero, se le otorga un lugar central al tratamiento farmacológico debido a la afirmación del origen orgánico del trastorno, principalmente representado en alteraciones neurológicas y transmisión genética de las mismas:

En el TDAH, hay un problema con la transferencia de estos mensajes químicos a las partes del cerebro que son importantes para la atención y el control de los impulsos (Manual 03)

Diffícilmente el Trastorno sea el resultado de algo simple y, probablemente, varias causas confluyan en conseguir que una muy pequeña parte del cerebro de estos niños sea diferente. La causa más común para la existencia de estas diferencias es genética, aunque la transmisión no es del tipo mendeliano clásico y no está ligada de manera específica al sexo (Guía 01)

El carácter central de estas alteraciones ha posicionado a esta forma de tratamiento en el papel de sostén de las demás. En otras palabras, la utilización de fármacos se convierte casi en una condición para garantizar el éxito de cualquier otra terapia en la medida en que modula los principales síntomas (impulsividad, inatención e hiperactividad) y “prepara” al cerebro para recibir otro tipo de estimulación.

Su objetivo es reducir los síntomas básicos del trastorno (inatención, sobreactividad motora e impulsividad) (...) en la mayoría de los casos, si está bien pautado, facilita el correcto desarrollo intelectual y mejora la interacción social y familiar,

además de facilitar la intervención de las terapias psicológicas y pedagógicas, de manejo de conducta, etc. (Guía 01)

Adicionalmente, estos documentos tienden a presentar el medicamento como altamente efectivo y, así mismo, confiable y seguro, omitiendo información sobre sus efectos secundarios, aun cuando estos han sido ampliamente estudiados. Como se presentará más adelante, mientras que en todos los documentos estudiado el tratamiento farmacológico se da por válido sin mayor cuestionamiento, no es igual en el caso de los participantes, configurándose como un punto importante de controversias.

La información documental muestra que, unido al hecho de que el diagnóstico trae consigo un traslado de la responsabilidad del mal comportamiento hacia factores intrínsecos (enfermedad), el castigo directo aparece como una estrategia de control poco adecuada debido a que, en este contexto, el niño es incapaz de controlarse por sí mismo. Así, en los documentos con sustento médico y pedagógico, se preferirá el refuerzo de la conducta, lo que resulta mucho más coherente con las características del niño con diagnóstico de TDAH:

(...) requieren que los padres presten atención a las conductas adecuadas que normalmente pasan desapercibidas (...) felicite al niño inmediatamente después de que haya hecho algo bueno (...) Hágalo a menudo, no responda solamente ante sus malas conductas. De lo contrario, el niño se seguirá portando mal, ya que percibirá que es la única forma de llamar la atención de sus padres (Guía 02)

En quinto lugar, tal como Foucault (1975/1976) describió las técnicas disciplinarias, hay un manejo del tiempo y el espacio mediante el cual se busca sacar el máximo provecho de los cuerpos para atender a los objetivos propios de la institución educativa. Estas distribuciones exigen una vigilancia constante por parte de las figuras de autoridad del niño ya que los comportamientos inadecuados se pueden presentar en cualquier parte y en cualquier momento y deben ser controlados.

Se entiende que la falta de autonomía del niño con TDAH repercute en su capacidad para organizar las tareas diarias que la vida escolar le exige, por lo que se hace énfasis en el apoyo que padres y profesores deben prestarle para lograr hacer una adecuada planeación. Promover la capacidad de planeación y el respeto a la autoridad se convertirán en los objetivos centrales de las técnicas utilizadas. A continuación, presentaré una síntesis de las estrategias en relación con el tiempo y el espacio que están involucradas en estos objetivos.

Manejo del tiempo:

- Otorgar más tiempo que a los demás alumnos para finalizar las tareas o actividades escolares, lo que implica menor cantidad de deberes y mayor flexibilidad en fechas límite de entrega.
- Mantener una rutina diaria o semanal con pocas variaciones. Informar oportunamente (con anticipación) las variaciones en la misma.
- Dar instrucciones una a la vez y repetirlas las veces que sea necesario, verificando que el niño las comprendió.
- Dar el tiempo necesario para la organización de los implementos y materiales usados en cualquier actividad, siempre bajo supervisión.
- Supervisar constantemente y durante más tiempo que con los demás niños el registro de la información en la agenda escolar.
- Alternar actividades en periodos cortos de tiempo para mantener la atención y así mismo presentar cada tarea por etapas más cortas.
- Mantener al niño ocupado la mayor cantidad de tiempo posible, por ejemplo, inscribiéndolo en actividades extracurriculares (incluye también la asistencia a diferentes tipos de terapias varias veces en la semana).
- Utilizar marcadores de tiempo (como alarmas) para señalar el inicio y fin de cada actividad programada en la rutina.

- Supervisar que el niño vaya al baño en los horarios establecidos para eso con el objetivo de que no se distraiga durante las clases.

Manejo del espacio:

- Destinar un espacio dentro del salón de clases y en la casa para mantener a la vista las reglas que el niño(a) debe seguir.
- Así mismo ubicar planeadores o cronogramas de actividades diarias a la vista del niño(a) tanto en el aula como en la casa.
- Garantizar, mediante supervisión constante, que se mantenga el orden de los cuadernos (que no se dejen hojas en blanco, que no se hagan dibujos u otras cosas que no se han solicitado)
- En el aula de clase, al igual que en el espacio de estudio en la casa, ubicar al niño(a) en un lugar en el que haya la menor cantidad de distracciones posibles, evitando que este queda aislado o que se destaque entre los demás alumnos.
- Ubicar al niño(a) cerca al profesor para que pueda ser supervisado constantemente.
- Evitar ubicaciones que generen agrupamientos y, en su lugar, favorecer las ubicaciones en parejas, procurando que el niño con TDAH se siente al lado de un niño tranquilo.
- Mantener un ambiente de trabajo y de juego organizado, en el que cada cosa permanezca siempre en un mismo lugar.
- En las evaluaciones mantener en la hoja de examen una distribución con bastante espacio entre preguntas.

Adicionalmente, se proponen otras estrategias cuyo propósito es acoger las características propias del niño con TDAH sacándole provecho a las mismas o incorporándolas para facilitar su manejo y control:

- Asignar actividades que impliquen movimiento como repartir materiales o recoger aquellos que se requieran para la clase.
- Incorporar actividades novedosas constantemente para evitar el desinterés y el aburrimiento.
- Mantener actitudes positivas frente al niño, recordando que padece un trastorno y que no es un simple trasgresor de normas, lo que incluye una mayor comprensión frente a los malos comportamientos para evitar castigos que deteriores su autoestima.
- Reforzar el esfuerzo que hace el niño por llevar a cabo las tareas propuestas, más que los resultados de la mismas.
- Identificar las habilidades y trabajar más en el desarrollo de estas que en aquello en lo que el niño presenta dificultades.
- Permitir que el niño establezca relaciones con otros de menor edad.
- Tener el contacto de varios compañeros del colegio para pedir información sobre tareas o deberes en caso de ser necesario.

5.2.2 Técnicas de control y disciplinamiento del cuerpo en la vida cotidiana

A partir del análisis de los relatos de los cuidadores de niños y niñas con diagnóstico de TDAH, es posible evidenciar que, a pesar de la obligación moral trasladada a estos actores, las recomendaciones avaladas por instituciones médicas no se adoptan al pie de la letra. En general, estas se aplican en mayor medida en los colegios especializados, donde hay más posibilidades de vigilancia y control debido al número reducido de alumnos por salón, y donde existe un mayor entrenamiento y seguimiento de cada estudiante por parte de médicos especialistas:

(...) pues al inicio dentro de las inscripciones del liceo se hace pues cuando vienen los padres que dicen... no es que mi hijo es hiperactivo... mi hijo no... su proceso de aprendizaje es muy

lento... nosotros lo remitimos al comité médico que está encabezado por la doctora V, allí pues tienen un.. eh... pues se agenda una cita que es de más o menos de 3 a 4 horas donde todas las terapeutas arrojan un diagnóstico sobre lo que han trabajado con él de ahí para allá pues he envían ese diagnóstico y empezamos primero a ubicar según sus conocimientos, lo ubicamos en un curso y empezamos a trabajar con ellos... si ellos quienes nos dan la pauta (Profesora, Especializado 1)

Por su parte, tanto padres como profesores buscan adoptar estrategias de manejo del comportamiento a partir de la idea generalizada de que la hiperactividad se debe al exceso de energía acumulada en el cuerpo de los niños. Así, el deporte y las actividades que requieren de mucho movimiento serán acogidas como alternativas viables además de los tratamientos médicos. Dichas actividades, también servirán como técnicas de disciplinamiento del cuerpo, en la medida en que reemplazarán los tiempos muertos sobre los que las instituciones educativas o médicas no tienen control:

yo creo que sería incluirlos en otras actividades por lo menos yo tenía una incursión de una persona que sufría de hiperactividad [sí] y él lo empezaron a meter en clases de música y terminó tocando piano excelente [aja] entonces empezarlos a ocupar más algunos pueden tener otro gusto y a medida que se les empieza a ocupar ese tiempo libre que ellos empiezan como a estresar entonces yo creo que la cosa ya empieza a suavizar un poco (Profesor, Especializado 1)

Por otra parte, a pesar de una aceptación tácita del TDAH como un trastorno de origen orgánico-genético, los relatos de los participantes se muestran lejos de un acuerdo unánime frente a la administración de fármacos como forma legítima de tratar los síntomas asociados a este. Por el contrario, en los relatos hay contradicciones bastante marcadas en relación con este tipo de tratamiento. Si bien algunas madres refieren una mejoría en cuanto a la conducta, todos los cuidadores y algunos docentes aseguran que esta no ayuda a mejorar el rendimiento académico:

E: ¿a los niños sí les va mejor (.) en la evaluación cuando toman el medicamento?

Proa5: pues (.) desde mi experiencia (.) no mucho

E: ¿no? (.) es más bien en términos de comportamiento

Proa5: exacto si los dejan tranquilos

(...)

Proa1: porque no están rindiendo académicamente (.) si no es como más::

Proa3: de comportamiento (Profesora, Colegio privado)

Aun así, para estos últimos la administración del tratamiento farmacológico resulta muy favorable para la dinámica escolar por lo que lo avalan en mayor medida que los padres, para quienes los efectos secundarios son muy perturbadores.

Este hecho genera bastantes controversias entre los dos grupos puesto que los docentes, especialmente aquellos que pertenecen a colegios públicos, perciben como negligencia el que los padres no administren el medicamento a los niños. Un análisis detallado de los relatos de los diferentes grupos en relación con el tratamiento farmacológico muestra que el rol y el contexto de los participantes juega un papel importante en la afinidad y aceptación del mismo.

En relación con esto, el grupo de padres fue el que menos afinidad mostró hacia el medicamento y el grupo de docentes de la IED fue el que mostró más acuerdo con su administración. Los docentes de las instituciones especializadas reconocieron la necesidad de administrarlo en los casos más severos del trastorno. Las diferencias pueden deberse a varias razones; la primera de ellas es la cercanía emocional de los padres con

sus hijos, viéndose estos más afectados por los padecimientos producto de los efectos secundarios del medicamento.

En cuanto a las diferencias entre las instituciones educativas, se pueden deber a que las IED tienen mayor cantidad de alumnos por aula, requiriendo por parte de los docentes un mayor control y a que los colegios especializados están más preparados para la atención de niños con dificultades de aprendizaje al tener currículos basados en el concepto de inclusión.

A pesar de la falta de acuerdo en cuanto a la administración del medicamento, el cual es ampliamente formulado pero pocas veces usado con la frecuencia indicada (de acuerdo con los relatos de los participantes), los tratamientos de orden médico siguen siendo predominantes, razón por la cual los niños con este diagnóstico quedan sometidos a este ámbito, lo que se evidencia en la cantidad de citas semanales a las que acuden para recibir diferentes tipos de terapia (ocupacional, fonoaudiología, psicología):

Algunos padres optan por la administración de medicina alternativa, la cual, según ellos ayuda a controlar la hiperactividad y la falta de atención, sin tener efectos secundarios:

me le dieron gotas mmmm (.) gotas gotas gotas (.) como esohomeopáticas ella misma las preparo depe- esas (.) le llamamos aquí en la casa (.) las gotas de la inteligencia (...) porque él se las toma (...) entonces él cree que (.) a se porta juicioso (Lina María, mamá niño)

A pesar de rechazar el fármaco, principalmente porque sus efectos secundarios son considerados nocivos para la salud y el bienestar de los niños, las historias clínicas y los relatos de padres y madres de niños con diagnóstico de TDAH muestran que el método principal de control conductual es el castigo. Esto se da posiblemente porque los padres no cuentan con el tiempo suficiente para ejercer la vigilancia estricta que las estrategias recomendadas por las autoridades médicas requieren, mientras al mismo tiempo se ven sometidos a constantes presiones por parte de las instituciones educativas:

no le voy a decir a usted que yo no le doy su correa [ujum] no le voy a decir que no [ujum] y tampoco le dejamos hacer lo que él quiera [ujum] ¿sí? ahorita estamos optando medidas que nos dijo la otra terapeuta hacer con él pero es que lo que quiere el colegio es que el cambie de una al totazo [si] y todo eso es un proceso yo digo que todo en la vida es un proceso (Jorge, papá de J. Enrique)

Por último, cabe mencionar que, en general, de los relatos de profesores y profesoras que participaron en los grupos de discusión, se puede deducir que las técnicas no farmacológicas más efectivas para el control de los comportamientos asociados al TDAH se dan dentro del colegio privado. Allí, es fundamental la transferencia de poder a los pares del niño mediante una serie de estrategias que ellos denominan “metodología autoactiva de grupos” que incluye la autorregulación grupal. A partir de esto, la distribución de los alumnos en el aula difiere de la tradicional al ubicarlos bajo la forma de mesa redonda. Esta distribución espacial permite que cada niño se convierta en vigilante de los demás y así, cada niño se sabe vigilado por el grupo.

Por otra parte, dentro de dicha metodología los currículos se desarrollan a partir de “guías de autoestudio” que deben ser presentadas de forma individual pero a partir del trabajo conjunto del grupo, por lo que cada estudiante adquiere una responsabilidad con sus pares, facilitando la regulación por parte de todos los participantes. Esta técnica es muy efectiva ya que brinda a los estudiantes una sensación de libertad y autonomía al mismo tiempo que los regula de una forma muy sutil.

En general, las técnicas de control y disciplinamiento del cuerpo del niño hiperactivo buscan colarse en cada uno de sus espacios y sus momentos, incluyendo aquellos que se consideran más privados, el tiempo de ocio debe ser tiempo útil también, debe servir a un propósito rehabilitador. Una de las diferencias respecto a la aplicación de las estrategias de poder en la institución educativa frente a los planteamientos de Foucault, es que en el caso de estos niños estas ya no se soportan en su sutileza, por el contrario, se vuelven explícitas y se materializan en guías y manuales. Estas estrategias quedan soportadas a partir de su bondad y necesidad para lograr el acceso a la ciudadanía y a los derechos que esta otorga.

5.3 Riesgo e Incertidumbre: Columna Vertebral del TDAH como Trastorno Real y Peligroso

La categoría analítica que corresponde al concepto de riesgo, el cual ha sido abordado por diferentes autores en relación con el TDAH y el autismo, es quizá una de las más sólidas en este trabajo. Con “sólida” me refiero al hecho de que es aquella que se aborda y acepta casi de forma unánime tanto en los discursos que se recogen en los documentos como en los relatos de los participantes, permaneciendo casi sin modificaciones entre estos. Hay bastante acuerdo sobre las posibles consecuencias negativas que un TDAH no tratado a tiempo puede tener sobre la vida de las personas que lo padecen. La La sintomatología asociada al TDAH (hiperactividad, impulsividad, inatención), independientemente de su severidad, discursivamente se asocia a la falta de autonomía en todos los ámbitos de la vida. Es esta incapacidad de tomar las riendas de la propia vida la que pondrá en riesgo el futuro del niño, por eso es necesario enseñarle cómo hacerlo. En el caso de las fuentes de información de esta investigación, enseñar cómo hacerlo se traduce en tomar el control de cada movimiento del niño para irlo cediendo poco a poco, se trata de mostrarle cómo debe hacerlo, cómo debe repartir el tiempo y cuándo está bien hacer una u otra cosa.

Figura 10 muestra una nube de palabras en la que se puede ver la relación de los conceptos asociados a esta categoría según la frecuencia con la que aparecen las palabras. Por esta razón, me atrevo a mostrar en un solo apartado los resultados del análisis de la información documental y de los relatos de los participantes en relación con este aspecto.

Este es un trastorno particular ya que se supone que compromete más aquello que está entre el individuo y los otros, la forma de relacionarse con los demás y la capacidad de autocontrol, más que las funciones ejecutivas en sí mismas; de la misma manera, se entiende que el niño con TDAH posee capacidades cognitivas y de aprendizaje dentro de los rangos normales. Por esta razón el manejo del riesgo se vuelve también particular, es global.

Aunque a simple vista pareciera que los tratamientos se dirigen específicamente a aumentar los niveles de atención y concentración o a disminuir la actividad motora, por ejemplo en el caso de la ritalina al inhibir la recaptación de dopamina y noradrenalina aumentando la concentración de la primera sustancia en el espacio sináptico (Papaseit et al., 2013), lo cierto es que hay una insistencia muy particular en cuanto a la necesidad de un tratamiento integral que abarque todos los aspectos de la vida del niño.

La sintomatología asociada al TDAH (hiperactividad, impulsividad, inatención), independientemente de su severidad, discursivamente se asocia a la falta de autonomía en todos los ámbitos de la vida. Es esta incapacidad de tomar las riendas de la propia vida la que pondrá en riesgo el futuro del niño, por eso es necesario enseñarle cómo hacerlo. En el caso de las fuentes de información de esta investigación, enseñar cómo hacerlo se traduce en tomar el control de cada movimiento del niño para irlo cediendo poco a poco, se trata de mostrarle cómo debe hacerlo, cómo debe repartir el tiempo y cuándo está bien hacer una u otra cosa.

Figura 10.

Nube de palabras sobre los conceptos asociados al riesgo del TDAH



Nota: Elaboración propia

La sintomatología asociada al TDAH (hiperactividad, impulsividad, inatención), independientemente de su severidad, discursivamente se asocia a la falta de autonomía en todos los ámbitos de la vida. Es esta incapacidad de tomar las riendas de la propia vida la que pondrá en riesgo el futuro del niño, por eso es necesario enseñarle cómo hacerlo. En el caso de las fuentes de información de esta investigación, enseñar cómo hacerlo se traduce en tomar el control de cada movimiento del niño para irlo cediendo poco a poco, se trata de mostrarle cómo debe hacerlo, cómo debe repartir el tiempo y cuándo está bien hacer una u otra cosa.

Como se hizo evidente en los apartados anteriores, la conceptualización del TDAH se presenta de una manera en que la referencia a una entidad patológica es sutil pero bastante contundente. A partir de ella se puede asumir que el TDAH se caracteriza por la diversidad en sus formas de expresión, cada niño es diferente, adicionalmente en algunos casos el trastorno irá cediendo en la medida en que el niño crece y llega a la adolescencia, cada padre y cada profesor deberá elegir la forma adecuada de tratar al niño con TDAH.

Sin embargo, en este apartado se muestra cómo las posibilidades de elección que en apariencia se derivan de las nuevas formas de conceptualizar el TDAH, y el aparente carácter optativo de las diferentes formas de tratarlo, quedarán limitadas por las ideas de

riesgo que acompañan el discurso sobre el trastorno, mismas que hacen que el control sobre el niño con TDAH se convierta en una obligación moral.

Goffman (1963/1986) señaló claramente el carácter moral en el manejo del estigma en la medida en que estaba implicada una forma de mostrarse al mundo. En este caso, del manejo que se le dé al TDAH dependerá el éxito futuro de quien lo padece y la seguridad de quienes lo rodean; de esta manera el control se convierte en una obligación, principalmente de los cuidadores, para el beneficio del individuo que padece el trastorno, así como para el de la sociedad en su conjunto: *“dada la alta frecuencia con que se presenta este fenómeno, la falta de atención de estos menores trae graves consecuencias para ellos mismos y para la sociedad”* (Sentencia 02).

La idea sobre las inminentes consecuencias negativas del trastorno, tanto en el presente como en el futuro, servirá de sostén a la importancia otorgada a tratamientos clínicos y farmacológicos y a prácticas educativas y de crianza para el mejoramiento de los síntomas del trastorno, que consistirá, como ya se ha mencionado, en el aprendizaje que el niño pueda tener para manejarlos ya que jamás se hablará de una posible cura.

El tema de la autonomía juega un papel crucial en este contexto, ya que se trata de niños, seres para quienes se asume que esta cualidad está en pleno desarrollo, desarrollo que se ha visto truncado en gran medida por un trastorno. En este sentido, la responsabilidad del cuidado de sí debe ser completamente cedida a un adulto, más allá de las expectativas de madurez de cada edad. De esta manera, aun cuando las causas del TDAH son individualizadas, por ejemplo, al asegurar que se trata de un trastorno de origen orgánico, su curso (pronóstico) se socializa, es decir que se establece la necesidad de aumentar el control de los síntomas y del comportamiento en general por parte de figuras de autoridad, para evitar las consecuencias negativas:

El TDAH es uno de los trastornos más sensibles a la acción educativa del entorno, (principalmente familia y escuela). Por ello, una detección temprana (desde la familia o la escuela), un diagnóstico correcto y un buen manejo psicopedagógico, médico y familiar del TDAH favorecerán el buen pronóstico del niño afectado (Guía 01)

Debemos concienciarnos que actualmente este trastorno se puede controlar si se llevan a cabo los tratamientos educativos, psicopedagógicos, psicológicos y farmacológicos pertinentes (Guía 03)

El control debe ser especial, explícito. A pesar de que, como ya hemos visto, los síntomas del TDAH corresponden a comportamientos que pueden también presentarse “ocasionalmente” en otros niños sin el diagnóstico, se espera que, al ser una patología, la forma de tratarlo sea diferente a la habitual y debe ser conocida y compartida por todos. Las técnicas disciplinarias deben tener en cuenta la condición clínica del niño porque los métodos de control normalizados no serán útiles e implicarían un riesgo en el futuro, razón por la cual las prácticas de crianza tradicionales aplicadas a un niño con TDAH son entendidas como negligentes:

(...) aplicación de correctivos que se hacen inocuos e incluso contraproducentes en el manejo de la salud psicológica y afectiva del paciente y de su comportamiento futuro en sociedad (Sentencia 04)

(...) debe ser (.) o sea (.) genera (.) el rechazo al niño porque lo que dice M a veces los mismos papas (.) <no quieren> reconocer o no reconocen la condición de su hijo (...) entonces (.) si no lo reconocen (.) lo van a tratar de una manera (.) incorrecta (...) entonces digamos que a partir de ahí (.) eso (.) pues va a afectar todo (.) todo todo todo su entorno (Profesor, especializado 2)

(...) para mí sería negligencia desde cualquier sistema, educativo, familiar, eh:: médico, eh:: porque:: en ellos se <ve afectado su desempeño> entoes su desempeño (.) su desempeño personal en su autocuidado en su alimentación (.) £en su sueño£, en su desempeño (.) digamos productivo que sería en (.) en su etapa escolar, su desempeño académico sus conocimientos su aprendizaje en sus habilidades sociales (.) ¿sí? y eso pues más

adelante va a repercutir (.) obviamente en la adolescencia por ejemplo en su parte emocional (...) (Profesora, especializado 2)

El ejercicio de un control total y global sobre el niño con TDAH requiere que el poder para ello se extienda más allá de la institución médica; se requiere que el discurso médico sea adoptado por quienes ejercerán una figura de autoridad, por lo que quienes deben llevar a la práctica todo este discurso del control como parte esencial del cuidado del niño con TDAH son los mismos padres y profesores, quienes en virtud de los nuevos mandatos de inclusión deben prepararse para esto:

ante el conocimiento de una situación especial de un menor, como es la de sufrir un Trastorno que puede causar graves consecuencias de no ser tratado y detectado temprana y adecuadamente, es deber de los profesores y de la Institución poner en conocimiento a toda la comunidad docente y en especial al psicólogo del establecimiento, a fin de darle el curso especial a la situación, y lograr crear condiciones materiales de igualdad en el centro educativo evitando todo tipo de marginalización y esquematización. Lo contrario no representaría otra cosa que un acto discriminatorio por no reconocer el problema, que imposibilitaría el pleno y libre desarrollo de la personalidad del menor (Sentencia 06)

En virtud de esto, el discurso del riesgo requiere de una suerte de reclutamiento de los padres, mediante el cual se busca transformar las ideas de normalidad del comportamiento infantil hiperactivo en la seguridad de la patología. En otras palabras, mediante la alusión a consecuencias negativas, por ejemplo, en el desempeño escolar en caso de que el problema no sea tratado, fuerza de alguna manera a los padres para que acepten que el comportamiento de su hijo es problemático o patológico:

Es recomendable que el orientador junto con el profesor informen a los padres de las dificultades detectadas en el aula, así como, de la repercusión en el aprendizaje del alumno (...) Es conveniente,

intentar hacerles ver la importancia de determinar qué problema es el que está interfiriendo en el desarrollo del niño con el objeto de poder apoyarlo (Guía 01)

La referencia a un futuro que se ve amenazado por el trastorno se convierte en la columna que sostiene técnicas y estrategias de poder, y a su vez sirve de justificación para someter al niño con TDAH, así como a sus cuidadores, a dinámicas y rutinas basadas en el control del comportamiento a partir de la organización de los movimientos en el tiempo y el espacio, como se argumentó en el apartado anterior. En primer lugar, la detección oportuna de síntomas asociados al TDAH (y por ende el inicio del proceso diagnóstico) quedará ligada a nociones de éxito y felicidad tal como lo muestra este fragmento:

Desde que recibí mi diagnóstico de TDAH del pediatra me siento más seguro.

Estoy feliz de que mis padres, maestros y amigos me entiendan más.

Soy un mejor miembro del equipo en mi club de fútbol mientras más escucho al entrenador.

Me invitan a más fiestas de cumpleaños y tengo más amigos.

Mamá y papá ya no tienen problemas consiguiendo a alguien que cuide de mí cuando quieren salir.

Me concentro mejor en mis tareas escolares y no me apresuro a terminarlas.

Mi lectura, escritura y trabajo escolar están mejorando y hacer la tarea ya no me cuesta tanto esfuerzo.

¿Adivina qué? Gané el gran premio de oro para el niño de mejor comportamiento de la clase al final del año escolar.

Esto me ha hecho el niño más feliz del mundo. (Manual 03)

Adicionalmente, la responsabilidad se extiende hacia el futuro en la medida en que el trastorno se entiende como crónico, razón por la cual el control deberá ser tomado por padres y profesores para posteriormente entregarlo a los niños en la medida en que vayan ganando autonomía. El TDAH no tiene cura, el niño debe aprender a manejar sus síntomas por sí mismo:

(...) y es que la idea es que se vuelvan funcionales porque es que el hiperactivo es hiperactivo de niño y es hiperactivo de adulto [ujum] ¿sí? o sea el no se le va a quitar la (x) la hiperactividad porque no es una enfermedad es un trastorno [aja] o sea que se pueda volver funcional se puede volver [aja] pero (x) pero si no tiene lo que dice M un apoyo en la casa continuo apoyo especializado el manejo del docente todo eso que el niño sea funcional y que toda esa energía y toda esa como si esa energía que tiene la dirija hacía (x) hacía la parte funcional de su escolaridad (Profesora, IED - jornada tarde)

A partir de allí, el TDAH queda ligado a la noción de peligrosidad, la cual se verá representada de varias formas en la descripción misma del trastorno: peligroso para sí mismo y potencialmente peligroso para los demás. Debido a esto, el riesgo aparece como factor inherente a los comportamientos problemáticos característicos del TDAH dejando como única posibilidad el control de los mismos. Se pondrán en juego, por un lado, la seguridad de las personas que hacen parte del entorno de niños y niñas con TDAH, y por otro, el futuro próximo (éxito escolar) y en el largo plazo (éxito social y personal) de quienes lo padecen:

Al comparar individuos sin TDA-H con individuos con TDA-H, los últimos tienen un mayor riesgo de experimentar pobre rendimiento

académico, arrestos; desarrollar personalidad antisocial, convertirse en adictos al alcohol y/o drogas y tener problemas maritales. El pobre rendimiento académico generalmente lleva a llegar a un nivel socio-económico menor. Por éstas razones, es importante el tratamiento del TDA-H cuando es reconocido de una manera óptima (Manual 01)

En cuanto a lo primero, es posible rastrear tanto en los relatos de los participantes como en la reconstrucción de hechos de algunas de las sentencias estudiadas, referencias a la agresividad como una característica ligada a la impulsividad propia de los niños con TDAH, la cual se ha usado como argumento de exclusión del sistema educativo, tema que se ampliará en el siguiente apartado:

incluso una vez hace rato ya uhm:: estaba jugando con la hermana en el camarote y el la empujo del camarote encima de la cama y la boto al piso [ujum](...) y era toteado de la risa o sea cosa que uno se preocupa porque que tal y el día de mañana haga otra cosa y uno (Daniela, mamá de Camilo)

(...) los niños que tienen ese trastorno por lo general si son agresivos eh definitivamente es que son niños que no se pueden relacionar con el otro de manera pacífica de manera tranquila (Profesora IED, Jornada tarde)

Me centraré entonces en el riesgo o peligro para sí mismo, que se supone es inherente al trastorno si este no es tratado oportuna y adecuadamente, como lo muestra este apartado de una historia clínica, el cual se basa únicamente en la sospecha de TDAH y la referencia a algunos de sus síntomas: “*Existe un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y está justificado en la historia clínica*” (HC 01, Niña); o este otro fragmento en el que se resalta una posibilidad como algo casi imposible de evitar: “*Las personas con un TDAH durante la infancia inician el consumo de sustancias a una edad más temprana y la evolución hacia un abuso o dependencia es más rápida que en las personas que no padecen este trastorno*” (Guía 03).

Las expectativas de éxito escolar y futuro de niños y niñas con TDAH se verán condicionadas a la identificación temprana y a la intervención oportuna de la sintomatología. Las consecuencias negativas derivadas del TDAH no tratado pueden ser inmediatas, de corto o largo plazo.

Los relatos de los participantes, principalmente en el caso de los profesores, toman una forma de advertencia para los padres al hacer alusión a todos los riesgos o consecuencias desastrosas que puede traer el ignorar el trastorno. En este punto la posibilidad que tienen los padres de decidir entre posibles cursos de acción respecto a la crianza comienza a verse limitada por relatos amenazantes que en principio los padres entienden como ajenos a sus hijos, pero que la institución educativa entiende como argumento para etiquetar el comportamiento problemático como patológico. Así lo muestra el siguiente fragmento en el que los padres de un niño al que el colegio ha decidido etiquetar como un caso de TDAH aun cuando el resultado del proceso diagnóstico ha sido contrario:

(...) estuvimos hablamos pues y en un momento a otro resultó hablando cosas pues terribles para mí como papá ¿no? [ujum] me comentaba que había unos niños que (x) que el niño expendía droga de 7 años (.) ¿sí? que el niño de 7 años expendía droga y me decía(x)me hacía la pregunta bueno y a mí que tiene que ver con eso ¿sí? [ujum] como sí(x) si yo fuera malo pues la verdad a mí se me hizo extraño cuando dijo eso ¿sí? [si] que el niño disque que cuando no profe si sabe que a al niño tal y tal lo mataron °por esta expendiendo droga° que por meterse en eso y no sé (.hhh) qué o sea yo me hacía esa pregunta a qué viene con el problema mio [si]" (Jorge, papá de J. Enrique)

(...) y [(no comprensible)] a mí también la orientadora también en algún momento me decía no es que acá se han presentado situaciones donde hay niños pequeñitos que se saltan la reja y yo °Dios mío° o sea como (x) que nos están diciendo bueno sí sí hacia ustedes no se ponen pilas va a llegar a saltarse la reja [ujum] ¿sí?, pero entonces yo digo ahí es donde se van como oiga póngase

cuidado pero es que nosotros le ponemos cuidado [ujum] o si no, va a pasar esto ([no comprensible]) eso que le dijo a él (Diana, mamá de J. Enrique).

Por otra parte, la literatura ha reconocido la alta frecuencia con la que el TDAH se presenta con alguna comorbilidad; en las fuentes analizadas esta se presenta también como una posible consecuencia de la falta de tratamiento del trastorno, constituyéndose como uno de los numerosos riesgos asociados a la negligencia: “*Los síntomas del TDAH suelen provocar en los niños problemas familiares, sociales y académicos. Esto puede dar lugar a una serie de trastornos asociados (trastorno negativista desafiante, trastornos de conducta o síntomas depresivos, entre otros). Estos conflictos pueden aparecer de forma conjunta cuando ha pasado mucho tiempo sin haber tratado el TDAH correctamente (...)*” (Guía 02)

En cuanto al riesgo futuro, el éxito está definido a partir de expectativas sociales naturalizadas como, por ejemplo, el hecho de conseguir tener una pareja estable, lo que se considera un signo de buena adaptación social; lo mismo sucede con la finalización de los cursos escolares o el conseguir un trabajo estable.

Todas estas pautas representan los primeros pasos en la aceptación del trastorno del niño. En la medida en que usted las cumpla, éste se sentirá querido y apoyado, desarrollándose normalmente. De esta forma se convertirá en una persona con éxito escolar y social, con un buen trabajo y una pareja estable; tendrá un razonable número de amigos y se sentirá seguro de sí mismo (Guía 02)

Como es posible evidenciar hasta el momento, las consecuencias negativas de no detectar y tratar a tiempo un caso de TDAH van desde el fracaso escolar hasta las posibilidades de tener una vida poco exitosa socialmente, pasando por una serie de fracasos que incluyen el consumo abusivo de sustancias o la implicación en actos ilícitos de diferente orden. Pero hay otra consecuencia menos explícita; se trata de la estigmatización.

No solamente el hecho de “padecer” de TDAH convierte a una persona en “estigmatizada”, la no adhesión a un tratamiento médico también desencadena procesos de estigmatización que alcanzan a toda la familia. En la literatura al respecto, se ha corroborado que obtener un diagnóstico que explique en cierta medida el mal comportamiento favorece el desplazamiento de la culpa de los individuos hacia la enfermedad (C. Uribe y Vásquez, 2008), sin embargo, también se ha comprobado que surge un nuevo estigma sobre la persona diagnosticada en la medida en que la condición que la diferencia de los demás se ratifica como algo esencial a ella (Corrigan & Watson, 2002).

En otras palabras, aquí se asume que el diagnóstico y el tratamiento juegan a favor de la eliminación del estigma ya que ayudan a entender al niño como enfermo y no como problemático; aquí se juega el papel de la voluntad, el enfermo no tiene voluntad de ser problemático, se le exime de esa responsabilidad:

En el aula estos niños adolescentes tienen distintos tipos de problemas: disciplinarios, de oposición y desafío a la autoridad del docente, de rendimiento escolar en las materias, porque como no atienden no captan ni entregan tareas, de aislamiento social en su grupo de compañeros. En fin acusan una imagen social censurable y de problemáticos. Es esperable que si no se entiende que se trata de una enfermedad las sanciones sean la manera más común de tratarlos, se genera un clima de trabajo que hace que el niño o el adolescente no sea un alumno sino una persona a quien se tiene que soportar. Si la intensidad de la perturbación de la convivencia social es muy intensa los niños y adolescentes terminan fuera del plantel (Sentencia 02)

Sin embargo, si bien la certeza del padecimiento de una patología que afecta la autonomía, y por lo tanto resta responsabilidad frente a sus síntomas, disminuye los sentimientos de culpa y por ende se espera que reduzca el estigma, lo suma nuevamente al atribuir la responsabilidad de su tratamiento, el cual es necesario “*porque las repercusiones ambientales los marginan, evidencian que no logran autocontrolarse, terminan induciendo en el paciente depresión y angustia ante la conciencia de su minusvalidez (sic) para*

compartir la vida y desempeñarse bien en la escuela” (Sentencia 02) y de esta manera esa culpa que inicialmente se cernía sobre los padres a partir de la idea de una mala crianza, se transforma en culpa por negligencia, por no saber manejar los síntomas, por no saber ejercer un control especializado.

5.4 Apropiación del TDAH como Forma de Ser: Del Estigma a la internalización del trastorno

Goffman (1963/1986) describió el estigma como una marca que diferencia a una persona de las demás, situándola en una escala baja de estatus social; en este sentido, una discapacidad da lugar a un proceso de estigmatización. A pesar de que el TDAH no se constituye, ni ha sido reconocido plenamente en nuestro contexto, como discapacidad o marca fácilmente detectable a simple vista, sí es entendido como una condición que afecta el comportamiento y la capacidad para controlarse a sí mismo, de tal forma que puede ser evidenciado en ciertos contextos, especialmente el escolar, y de esta manera configurarse como un estigma.

La posibilidad de que un niño con ciertas características o patrones de comportamiento padezca de TDAH se hará evidente, con gran frecuencia, en el momento de la institucionalización, ámbito en el cual existen reglas y expectativas normalizadas de comportamiento y desempeño. Por lo tanto, el proceso de estigmatización comienza con la adjudicación de una etiqueta de “niño problemático” que puede o no dar lugar a la obtención del diagnóstico formal; posteriormente inicia un proceso en el que los padres toman una posición frente al diagnóstico y frente a las actuaciones de la institución educativa con el niño, mientras simultáneamente el niño asume esta etiqueta cuya consecuencia puede ser la autoestigmatización.

Como se mencionó en un apartado anterior, la noción moderna de derechos humanos da sustento a una serie de políticas relacionadas con la inclusión, por ejemplo, educativa, cuyo propósito es la materialización de tales derechos. La noción de derechos humanos, tanto como la determinación de cuáles serían estos, no ha estado exenta de discusión debido a las pretensiones de universalidad que rodean tales discursos. Estas controversias no son ajenas al tema que nos ocupa ya que la puesta en marcha de las políticas inclusivas requiere necesariamente la diferenciación de cierto tipo de personas, junto con la idea de

que estas deben poder alcanzar cierto estándar generalizado de éxito que es en principio únicamente accesible para aquellos que son “normales”.

5.4.1 Procesos formales de estigmatización

Desde la Ley 361 de 1997, las personas que padecen una limitación deben hacerla pública para efectos de recibir las garantías que esta ofrece, lo que guarda relación con el concepto de estigma como marca que, en caso de no ser visible, debe ser evidenciada por acción de quien la padece y garantizar que así sea por parte de los organismos de atención, lo que contribuye a que sea imposible para la persona sustraerse de la diferenciación social.

ARTÍCULO 5. Las personas con limitación deberán aparecer calificadas como tales en el carné de afiliado al Sistema de Seguridad en Salud, ya sea el régimen contributivo o subsidiado. Para tal efecto las empresas promotoras de salud deberán consignar la existencia de la respectiva limitación en el carné de afiliado (Ley 01)

Una particularidad de los discursos sobre la inclusión y sobre la garantía de los derechos humanos es que retoman de alguna manera todas aquellas resistencias frente a la definición de la discapacidad y de la enfermedad mental. Por ejemplo, la noción de una división tajante de aquello que es normal y anormal es cuestionada a partir de estos discursos y esto se ve reflejado claramente en la jurisprudencia colombiana:

(...) el modelo de inclusión educativa implica un reto por cuanto supone desafiar el concepto de -normalidad- al que constantemente acude la sociedad, por lo que el sistema debe ser en extremo cuidadoso para evitar caer en planteamientos similares, bajo el entendido de que la -normalidad no existe, sino que es una construcción impuesta sobre una realidad donde solo existe la diferencia- (Sentencia 01).

A pesar de ello, a menudo se pasa por alto que el hacer a una persona garante de derechos implica necesariamente su clasificación en una categoría de sujeto especial que carece de algo, en este caso de autonomía. Esta carencia, la cual debe hacerse explícita, es esencial al *self*, ya no puede ser separada de lo que se entiende que la persona es en su esencia.

Esta contradicción en cuanto a la definición de normalidad que acompaña a los procesos de inclusión social sirve de fundamento a la manera como es entendida la discriminación en nuestro contexto:

(...) distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, sus derechos humanos y libertades fundamentales (Sentencia 01)

Dicho de otra manera, la discriminación solo puede darse sobre aquellas personas que socialmente han sido diferenciadas de los que se consideran normales, es decir, sin padecimientos o carencias que les impidan desarrollarse y adaptarse plena y autónomamente a la vida social. En este sentido, el estigma se convierte en la base para la discriminación y este no es eliminado por los discursos ni por las prácticas inclusivas, por el contrario, sigue siendo en cierta medida sostenido por estas.

El reconocimiento del carácter social de la discriminación, que se refleja en el fragmento que le sigue a este párrafo, también muestra una suerte de naturalización de las diferencias en relación con las posibilidades de adaptarse al ambiente (al mundo). Se deja en manos de las personas "normales" el comportarse de forma coherente con los principios de los derechos humanos para así garantizar el acceso a la igualdad de las personas con discapacidad.

(...) muchas de las barreras que deben padecer las personas que tienen alguna discapacidad son impuestas por la falta de amoldamiento de la sociedad a sus características, la falta de convivencia con dichas personas, la falta de conocimiento frente al

manejo y cuidado de su patología, incluso respecto a la forma en que se les debe brindar ayuda en caso de emergencia y por la ausencia de ajustes que propugnen por su integración en lugar del aislamiento justificado en su diagnóstico (Sentencia 01)

Los procesos de inclusión en relación con el TDAH contemplan el reconocimiento por parte de los padres de la presencia de un problema, seguido de la valoración médica y el diagnóstico, el cual debe ser entregado a la institución educativa y de cierta manera divulgado entre quienes estarán a cargo del niño. De esta forma, en el caso de los niños con TDAH, el trato diferencial, sustentado en una diferencia psicológica esencial, es requisito fundamental para garantizar la igualdad material tal como lo muestran los siguientes fragmentos:

(...) la valoración del reconocimiento de las reglas de comportamiento en los planteles educativos, por parte de un menor con TDAH, no puede ser igual a la aplicada al simple trasgresor de las reglas. En este punto la Corte ha precisado cómo la omisión en el cumplimiento del deber de trato especial a los estudiantes con TDAH implica un acto discriminatorio cuyo efecto directo será la exclusión de un beneficio, ventaja u oportunidad y en consecuencia una violación del derecho a la igualdad (Sentencia 04)

En suma, las personas con cualquier tipo de diferencia psicológica tienen derecho a que las instituciones educativas les procuren un trato acorde a sus especiales características, siempre que ello resulte necesario para el ejercicio pleno de sus derechos en condiciones de igualdad. La omisión de este deber de atención, por parte de la institución educativa y de los docentes en particular, es por sí misma contraria a las ideas y valores que inspiran el derecho a la educación y puede convertirse en una lesión de los derechos fundamentales de los sujetos concernidos siendo en consecuencia, inconstitucional (Sentencia 06)

Mediante la socialización del derecho a la igualdad, concepto entendido como la igualdad de oportunidades y de medios para lograr el pleno desarrollo de las capacidades individuales, se entrega a un otro la responsabilidad de generar tales medios, negando implícitamente la autonomía del sujeto para hacerlo por sí mismo y estableciendo una línea divisoria incuestionable entre dos categorías de personas, mientras al mismo tiempo se hace eco de la diversidad como un parámetro nuevo de normalidad.

Ahora bien, a pesar de que se reconoce que las condiciones ambientales y las acciones de otros, incluyendo las institucionales, pueden ser desencadenantes de los procesos de discriminación, los efectos de la misma sobre la persona siguen atribuyéndose a ella misma, es decir, no se reconoce su origen social. Por ejemplo, las causas de la baja autoestima, reconocida ampliamente en la literatura como una consecuencia de la estigmatización y también como un síntoma de problemas afectivos comórbidos al TDAH, son valoradas desde un punto de vista cognitivo-individual sin tener en cuenta factores sociales, por lo que se le atribuyen casi exclusivamente a la condición del niño:

(...) es un niño más difícil de educar por lo que con mayor frecuencia suele recibir una información más negativa de su comportamiento y de su capacidad (...) la realidad es que crece sometido a mayor número de fracasos que los demás niños, se mete con mayor frecuencia en dificultades, comete muchos más errores y con mayor frecuencia que los niños de su edad y cuando se compara con sus hermanos es prácticamente imposible que no sea consciente de sus propias dificultades. Las malas experiencias se acumulan en torno a un sentimiento de indefensión (...) de falta de control de los efectos de su comportamiento sobre la realidad: -yo me esfuerzo, pero no veo que ello me conduzca al éxito, haga lo que haga, fracaso-. Todo ello contribuye a la formación de una baja autoestima (Manual 02)

A partir de dicha diferenciación del niño “disperso” o “hiperactivo” en relación con el niño normal o simplemente desobediente, se forman una serie de ideas predeterminadas que describen a este tipo particular de sujetos, las cuales se refieren a todas las dimensiones del self: intenciones, sentimientos, cognición y comportamiento. A pesar de la referencia a

la diversidad en la expresión del trastorno, en las historias clínicas y los manuales para padres y profesores se impone una descripción generalizada, que en ocasiones no tiene nada que ver con el niño o niña descrita a lo largo de la historia clínica, pero que servirá de justificación y sustento para las recomendaciones en cuanto a pautas de crianza y formas estandarizadas de tratamiento de los niños con diagnóstico de TDAH:

Los niños que presentan estas dificultades tienden a distraerse, por ejemplo, juegan con la ropa, tocan las cosas que están cerca, prestan atención a una parte irrelevante en las tareas visuales o del entorno, o prestan atención a ruidos de fondo. Así mismo, son niños que presentan dificultad para considerar alternativas, dan respuestas rápidas, en muchas ocasiones antes de dar por terminada la instrucción y se caracterizan por tener deficiencias en la inhibición de su comportamiento, en memoria de trabajo, regulación de la motivación, control motor y presentan dificultades para organizar y planear tareas (HC 18, Niña)

Independientemente de la dimensión descrita, siempre se hará énfasis en el deterioro del autocontrol o capacidad regulatoria del niño con TDAH, que es lo que diferenciará a este del niño problemático. El siguiente fragmento condensa de manera clara esta idea, la cual se mantiene de forma muy consistente a través de todas las fuentes de información analizadas: *“Es importante no confundir al niño acosador, que siempre actúa de manera premeditada, con el niño sobreactivo/impulsivo que, en ocasiones, actúa de manera similar, pero que su conducta no es intencionada”* (Guía 01).

Padecer de TDAH significa que el niño no está en la capacidad de regular sus propias acciones, sentimientos, conductas e incluso sus propios pensamientos. Basándose en el diagnóstico del trastorno, en la legislación y jurisprudencia colombianas la forma de proceder del niño será atribuida al trastorno y a la imposibilidad de regular su comportamiento frente a distintas situaciones, a partir de lo cual se entenderá como discriminación toda acción que demuestre una falta de comprensión de tal condición.

A través de los discursos y los relatos, se hace evidente que los límites para definir esta falta de regulación se relacionan con expectativas sociales, las cuales son en mayor

medida determinadas por las estructuras de las instituciones educativas. Un ejemplo de ello se muestra en este fragmento en el que se presentan dos elementos descriptivos del niño con TDAH en relación con la regulación emocional y el control de sus movimientos:

(...) no es que las emociones que experimentan sean inadecuadas, sino que suelen manifestarlas públicamente. No son capaces "de privatizar" sus sentimientos y/o pensamientos, guardarlos y mantenerlos internos. (...). Los niños con TDAH suelen ser en exceso inquietos y muestran un movimiento excesivo que no es necesario para realizar una tarea determinada (Guía 01)

El hecho de que se le exija a un niño el mantener sus sentimientos en privado es un límite normativo que puede no ser valorado de la misma forma en distintos tipos de sociedad. En general parece ser un valor más importante en sociedades occidentales individualistas. Así mismo, a partir de los valores de una sociedad particular se determinarían cuáles son las tareas relevantes y la cantidad de movimientos o energía que se les debería invertir.

De esta manera, es posible afirmar que la falta de control se relaciona con las expectativas en relación con qué y cómo se espera que el niño controle en una edad determinada. Así, la descripción del niño con diagnóstico de TDAH, y por lo tanto la estigmatización que se refleja en qué se puede esperar de su desempeño (expectativa baja de desempeño), se da en función de esta incapacidad. En la Tabla 8 se presentan algunos fragmentos en los que se describen las dificultades que se esperan de un niño con TDAH en cada dimensión.

Tabla 8

Dificultades esperadas en los niños con TDAH según dimensión

Dimensión	Fragmento	Fuente
Cognitiva	“Les cuesta prestar atención a los detalles de las tareas en situaciones cotidianas y escolares, lo que les lleva a no tener en cuenta algunos aspectos de las situaciones, fundamentales para lograr los objetivos pretendidos”	Guía 03
Comportamental	“Tienen dificultad en mantener la atención en las tareas, sobre todo cuando ésta es monótona y aburrida o requiera un esfuerzo mental” “Presenta un nivel superior e inapropiado de actividad dada su edad”	Guía 02
Emocional	“Tienen dificultad para controlar las emociones: Se muestran impacientes, suelen tener mal humor, irritabilidad y aspecto enfadado, no aprenden de sus errores y no saben perder”	Guía 03
Voluntad	“No le gusta el estudio. Mantiene con pereza como desaliento, saca excusas para no ir al colegio”	HC 01 – Niña

Estos fragmentos muestran que las expectativas de desempeño y adaptación en todos los ámbitos de la vida de un niño con TDAH son bastante bajas y, al mismo tiempo, se resalta la imposibilidad del mismo para cambiar este panorama, es decir, se le libera de la responsabilidad de comportarse mejor de forma autónoma: “*Los síntomas de los niños con TDAH hacen que les resulte extremadamente difícil realizar correctamente cualquier tipo de actividad. No suelen poner atención a los detalles, se les pierden las cosas y no saben organizar las tareas por prioridades*” (Guía 02). Como resultado, la responsabilidad de no dejar que el niño se vea afectado emocionalmente se transfiere a los padres: “*Los niños con TDAH suelen meterse en problemas y tienen pocos amigos, por lo que empiezan a creer que son incapaces de mantener amistades. Involúcrele en actividades de grupo; éstas juegan un rol importante, ya que contribuyen a la integración social*” (Guía 02).

5.4.2 Relatos sobre el niño hiperactivo, estigma y autoestigma

Mediante el relato de padres y madres se reconoce el origen social-institucional del TDAH, en la medida en que su supuesta sintomatología solo es problematizada en el momento en el que el niño ingresa a una institución educativa: “*nosotros llegamos a psiquiatría por medio del colegio o sea todo empezó cuando los niños ingresan al colegio el J tenía 5 añitos*” y::: (.) *Y a los 5 añitos cuando entra al colegio*” (Adriana, mamá de Yeison y Julián).

En ese momento comienza un proceso estigmatizador que tiene origen en la problematización de comportamientos que antes eran vistos como “molestos” pero

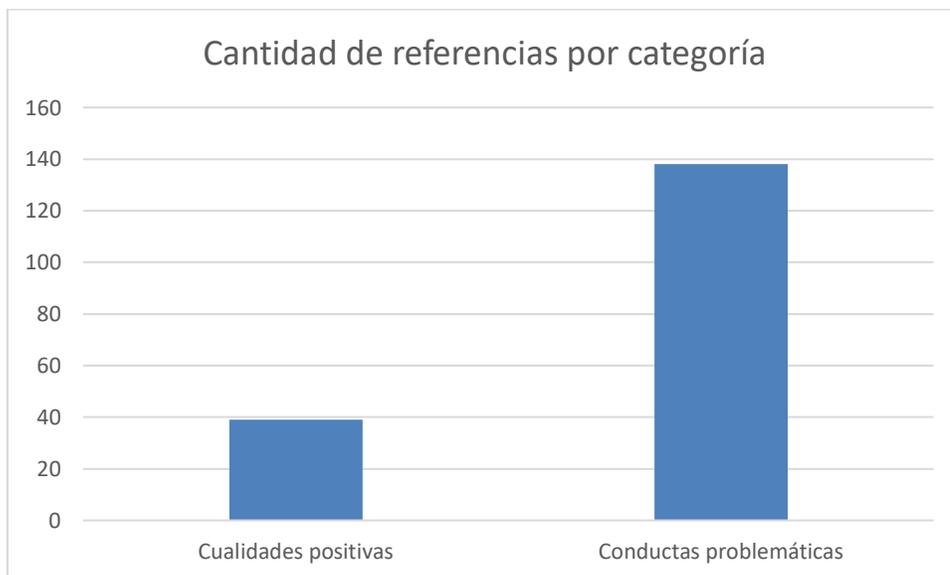
normales o propios de la niñez. Un niño que es diagnosticado con TDAH será en adelante descrito de forma predominantemente negativa. Durante las entrevistas se exploraron dichas descripciones y se preguntó por las cualidades de los niños y las niñas con este diagnóstico. El resultado muestra que la cantidad de referencias es mucho mayor en relación con las conductas problemáticas que frente a las cualidades positivas, tal como lo muestra la

Figura 11.

Si bien es cierto que en Colombia el TDAH no ha sido reconocido formalmente como una discapacidad, aunque se está contemplando esta posibilidad mediante un proyecto de ley, en las instituciones educativas se da un tratamiento del TDAH que está entre la discapacidad y la desobediencia, es decir, entre el “niño hiperactivo” y el “niño problemático”, lo cual se ve reflejado en las prácticas cotidianas alrededor del niño diagnosticado (o no) con TDAH, y en la forma de describirlo, lo que será más evidente en los relatos de los cuidadores, principalmente docentes, que en las fuentes documentales.

Figura 11.

Referencias para las categorías “cualidades positivas” y “conductas problemáticas”



Nota: La cantidad de referencias se puede entender como la frecuencia con la que los participantes hicieron alusión a estas categorías.

Cuando los docentes describen a niños hiperactivos, o aquellas conductas que consideran propias del trastorno, lo hacen sin abandonar la idea de que hay algo de la voluntad del

niño involucrada en estos comportamientos indeseables: “(...) *pero la atención no es por un lapso largo, siempre intentan evadir y pues al momento de dar las reglas en ocasiones las cumplen y en otras no, o sea es lo que ellos desean realmente*” (Profesora, Especializado 1).

Contrario a la conceptualización formal (clínica) del trastorno, la intención sigue siendo para ellos un elemento identificado como causante de un mal comportamiento y constantemente se refieren a la necesidad de llamar la atención de los demás como una de estas causas:

(...) la hiperactividad pues ya es que son cansones realmente trata de llaman la atención de mala manera pegándole molestando haciendo comentarios que no van al caso (...) hay niños que uno dice sí son cansones pero ellos quieren estar trabajar a toda hora y hay otros que sí pues si llevan la mente en otro lado y toca estar encima de ellos entonces es eso (Profesora, Especializado 1)

Uno de los supuestos de los procesos de inclusión educativa es que las instituciones deben disponer de las herramientas necesarias para preparar el ambiente de tal manera que sea este el que se adapte al niño con necesidades especiales y no al contrario. En otras palabras, el interés sí debe centrarse sobre el niño, pero no en el sentido de que sea él quien deba buscar los medios para adaptarse, sino que debe ser la institución quien lo haga con miras a lograr que el niño alcance, en la medida de las posibilidades, los mismos logros educativos que sus demás compañeros. Aun así, en la práctica cotidiana hay una ruptura entre este discurso formal y lo que sucede en las aulas, debido en parte a la falta de capacitación de los docentes y los recursos institucionales, pero también a las ideas que se acaban de mostrar sobre el papel de la voluntad frente a las conductas indeseables propias del TDAH.

A partir de esto, y del proceso formal que suele seguirse en las instituciones educativas para reportar un caso de TDAH, inicia una serie de acontecimientos que conducen al “etiquetado” del niño o la niña que representa un problema para el desarrollo de las clases. Esta etiqueta tiene que ver con una afectación real sentida por los docentes, quienes se ven atrapados entre la obligación de cumplir con la programación curricular y la de

implementar estrategias de inclusión educativa para las cuales no han sido capacitados, especialmente en el caso de las IED. Esta etiqueta que han recibido de niños problemáticos también les vale para ser responsabilizados por diferentes altercados sin que se haga un análisis o verificación de su participación real:

(...) pero (.) pues (.) ha tenido líos porque:: es el chico que ya se quedó tan quieto (.) que se pasa de lo quieto (.) y los otros lo molestan (.) y cuando el reacciona (.) reacciona muy agresivo (.) entonces (.) ahí si los papas de los otros ven ay pero es que me le pego a mi muchacho (...) pero bueno y usted sabe que hizo su muchacho para que este chico reaccionara£ (Orientadora)

Con frecuencia esta afectación tiene como consecuencia la exclusión del niño en varios niveles: de su grupo de pares, del aula y posteriormente de la institución educativa. Medidas como la “desescolarización”, que consiste en que el niño sigue vinculado a la institución pero desarrolla las actividades desde casa, es una de las medidas que representan la segunda. Por su parte, la exclusión de la institución es la que ha dado lugar a la jurisprudencia estudiada en esta investigación y es la que mayor visibilidad tiene, siendo incluso reconocida por los docentes de los colegios especializados como una de las razones por las cuales los niños ingresan allí:

(...) por lo general han llegado acá porque han sido (.) rechazados o estigmatizados en su- en otras instituciones (...): eh::: entonces (.) en esa emocionalidad lábiles (.) frágiles (Profesora, Especializado 2)

(...) se hace el diagnóstico [si] pues porque los niños que vienen de otro colegio, siempre vienen los padres a decir no es que le hacían bullying matoneo o esto no lo comprendía es que era un cero a la izquierda dentro del colegio mi hijo es súper inteligente pero tiene un déficit de atención y por eso no ha podido alcanzar los logros del otro colegio (...) (Profesor, Especializado 1)

A partir de esto, en la cotidianidad, las prácticas docentes responderán más a la necesidad de cumplir con unos objetivos curriculares que a lograr el desarrollo integral de los niños teniendo en cuenta las diferencias individuales. Como consecuencia, el niño con TDAH se verá más como un obstáculo para el cumplimiento de dichas metas, especialmente en los colegios regulares.

Estas dificultades también están relacionadas con el área de predominio del trastorno. Independientemente del tipo de institución a la que pertenecen, habrá un mayor acuerdo en cuanto a que los síntomas asociados a la hiperactividad/impulsividad resultan más problemáticos para el cumplimiento de los propósitos curriculares generales del aula ya que interrumpen la continuidad de las actividades programadas, en este sentido, el niño hiperactivo resulta más problemático que aquel que tiene déficit de atención:

(...) los niños con déficit de atención son aquellos niños que les cuesta trabajo concentrarse eh se distraen ante cualquier estímulo del ambiente pero que uno le digamos le llama la atención o los (x) los motiva y vuelven y se centran aunque sea por poquito tiempo pero lo hacen el niño con hiperactividad todo el tiempo se está moviendo está moviendo las sillas está cambiando de postura está deambulando por el salón está golpeando a alguien está molestando no se puede estar quieto y no logra concentrarse a bueno unido a la falta de concentración ese seguimiento de instrucciones porque no deja de ser funcional en el aula (Profesora IED, Jornada tarde)

(...) considero que (.) de pronto e:: la persona hiperactiva mm (1) de pronto puede frenar un poco más los procesos porque:: eh:: por su condición (.) eh:: empieza a hacer otras cosas (.) y de pronto (.) l::os demás lo quieran (.) eh imitar (.) entonces me parece que (.) eh el hiperactivo puede llegar a frenar (.) un poco más el proceso (.) en el aula (Profesor, Especializado 2)

Solo un docente vinculado a uno de los colegios especializados reconoció como más difíciles de manejar los síntomas asociados al déficit de atención:

(...) el que está hiperactivo el que está inquieto quiere hacer todo quiere terminar todo rápido pregunta ¿sí? entonces con él es más fácil uno puede reconocer más fácil los errores de él porque el otro está en silencio no quiere preguntar entonces toca más como buscarle la lengua entonces eso es un poquito más complicado (Profesor, Especializado 1)

En Colombia, las leyes sobre discapacidad e inclusión social solo contemplan el diagnóstico por parte de un profesional de la salud. Sin embargo, en el caso del TDAH es responsabilidad de los padres y, especialmente de los profesores, el detectar los primeros signos del trastorno y dar una alerta para que se inicie el proceso diagnóstico. En la práctica existe un “debido proceso” mediante el cual el docente remite al niño al orientador u orientadora de la institución, que generalmente es profesional en psicología y es quien determina si es necesario hacer una remisión para valoración por parte de un especialista.

De acuerdo con esto, el orientador escolar es un personaje clave en el proceso de medicalización, ya que la comunicación inicial entre la institución educativa y la médica será a través de él. Los siguientes fragmentos muestran que entre orientadores escolares no existe unanimidad en cuanto a la comprensión del trastorno; uno de ellos muestra una posición más crítica en relación con los trastornos mentales lo que lo lleva a cuestionar más fácilmente las remisiones de los docentes de niños que consideran hiperactivos:

(...) de entrada es un poco complicado porque todavía se duda de si el TDH es un trastorno médico como tal de hecho yo entiendo que por eso se(x) se demoró tanto DSM5 porque todavía no sabemos si dejar el TDA y el TDH eran o no eran trastorno del individuo o pareciera también un problema más del(x)del sistema social y sobre todo del sistema escolar (...) le llamamos hiperactivo a cualquier niño porque obviamente los niños son inquietos tienen más energía que nosotros un metabolismo más (.hhh) (no

comprensible) más ganas de juego más curiosidad tienen ehh obviamente menos picos de atención y esos nos hace pensar a todos los adultos la sociedad en general incluso los gremios como(x)como psicología que casi que todos los chicos son (.hhh) son hiperactivos (Orientador)

A pesar de los cuestionamientos que este participante hace frente a la existencia del trastorno como tal, sitúa su existencia real en la “dificultad” o “limitación” manifiesta para regular las emociones y el comportamiento:

(...) estilo de vida patológicamente desordenado que cueste trabajo mantener el orden el cuarto que cueste mantener el orden en el cuaderno que cuesta trabajo mantener el orden en una conversación que cueste trabajo, sí? que la(x)el(x)la desorganización eh:: tienda a ser patológica y abarque a varios(x) varios aspectos jum (.) y un aspecto del que(x) se(x)se(x)se habla últimamente bueno últimamente no que ronda como la literatura lait^o eh:: (no comprensible) de la baja regulación emocional si(x)si el chico tiene dificultades para controlar sus(x)sus emociones entra en la pataleta y no puede salirse de ahí entra en la tristeza y no logra salirse de(x) ahí (Orientador)

Por su parte, la orientadora se muestra más afín con el discurso médico. Esto tendrá implicaciones en cuanto a la tasa de remisión de los niños al sistema médico, por ejemplo, en el caso de esta profesional es más probable que acepte como cierta la referencia a un diagnóstico de TDAH por parte de los docentes:

(...) es complejo (.) mm el TDH:: es el coco (.) si <tan pronto un docente como que> bueno igual ellos por su experiencia: identifican algunos casos que si son TDH (.) y estigmatizan otros que no son TDH (.) si (.) pero bueno lo cuando dicen que hay un niño que tiene como la mm >algunas características< suelen atinarle (Orientadora)

En general, en las instituciones educativas el interés se centra en los comportamientos que son interpretados por los docentes como problemáticos y que como tal irrumpen en las dinámicas escolares. Debido a esto, independientemente de que el niño tenga o no un diagnóstico formal de TDAH será tratado como tal. El niño hiperactivo es entendido como aquel cuyo problema no le impide alcanzar los logros desde el punto de vista de sus capacidades cognitivas o intelectuales, razón por la cual este trastorno no está aún catalogado formalmente como una discapacidad y no amerita la adaptación del currículo.

Como el problema radica más bien en su incapacidad para sostener la atención y para controlar sus movimientos, casi que cualquier condición que tenga como consecuencia conductas similares va a ser entendida y atendida como un caso de TDAH. Dentro de los niños que participaron en esta investigación, por lo menos 6 presentaban otras condiciones, la mayoría de ellas relacionadas con problemas de asma y alergias respiratorias y uno de ellos tenía una enfermedad llamada mastocitosis cutánea, a la cual se asocian problemas conductuales debido a las molestias físicas que genera. Uno de los niños diagnosticados con asma y rinitis alérgica, adicionalmente, se encontraba recibiendo un medicamento llamado Montelukast el cual puede tener efectos secundarios muy similares a los síntomas de TDAH como patrones deteriorados de sueño, ansiedad, comportamiento agresivo, depresión e hiperactividad psicomotora con irritabilidad, inquietud y temblores (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2019).

Ninguna de estas condiciones fue tomada en cuenta por las orientadoras de los colegios ni por los profesionales que atendieron al niño como posibles elementos para descartar el diagnóstico, con excepción del caso de mastocitosis, frente al cual la institución educativa mantuvo la certeza del diagnóstico de TDAH a pesar de las evidencias presentadas en la historia clínica del niño. Por otra parte, en las historias clínicas revisadas también se encontraron varios niños con un resultado de CI limítrofe, de acuerdo con el cual existen dificultades de orden cognitivo que darán lugar a problemas de aprendizaje. Esto tampoco se tuvo en cuenta para evaluar la posibilidad de descartar el trastorno y continuó siendo manejado como TDAH.

Incluso para estos casos, las contradicciones en los relatos de profesores y orientadores es constante y gira en torno a la forma como comprenden y definen el trastorno. En general, a pesar de aceptar la idea de que este tiene un origen orgánico, hallan las explicaciones

al comportamiento problemático en aspectos como la falta de interés del niño en los contenidos curriculares, en su deseo de llamar la atención, o en carencias de los padres bien sea en cuanto a sus habilidades parentales para la crianza o en la falta de afecto y atención hacia los hijos, lo cual se ve reflejado en relatos como los siguientes:

(...) les cuesta mucho y la mayoría no tienen apoyo en casa que eso también es algo que les afecta entonces ellos no tienen como unos patrones y unos límites definidos en la casa menos acá tampoco porque acá son más niños entonces al estar con más niños pues peor porque se les aumenta el (x) el... la de(x) el problema de atención eso es lo que más (Profesora IED, Jornada tarde)

De esta forma, el proceso de estigmatización que comienza con los comportamientos indeseables del niño o la niña se extiende a los padres al cuestionar desde su disponibilidad e idoneidad para atender las necesidades de los niños hasta sus prácticas parentales o pautas de crianza. Lo que se está cuestionando entonces es su falta de autoridad, figura que no se adquiere simplemente por el hecho de ser padres, sino que abarca una serie de significados en relación con la capacidad de control que tienen sobre el comportamiento de sus hijos y que no es posible delegar completamente en el docente a que se entiende que a partir de ella se forman los hábitos:

(...) no tienen el apoyo el apoyo de padres de familia como tal, el padre de familia [vive con madre soltera la mayoría] por eso o el padrastro y el padrastro no los aguanta y los maltrata, permanecen en la gran mayoría permanece con los hermanos o con los abuelos, la abuela [o solos] [si] (...) pues no tienen una pauta de crianza (...) en el aula de clase hay que estarles forzando para que ellos aprendan a medir tiempos, porque es que muchos de ellos fallan por la medida de tiempo, se toman todo el tiempo por eso juegan, ríen, bailan, van, vienen, empujan al otro [no hay normas] sí no hay unas normas definidas, la figura paterna, la figura de autoridad (...) no la tienen (...) (Profesor, Jornada tarde)

En este caso, se les está atribuyendo responsabilidades a los padres que van más allá de las dinámicas propias del contexto familiar, extendiéndolas incluso hasta los resultados obtenidos en el aula. Si bien es cierto que parte del discurso educativo general incluye esta responsabilidad extendida de los padres, en el caso de los niños con TDAH adquiere un matiz particular debido a una falsa expectativa por parte de los docentes de recibir en el aula a un niño que se comporte lo más parecido a los demás gracias al tratamiento y a la aplicación de las estrategias necesarias por parte de los padres.

Como resultado de esto, la relación entre estos últimos y la institución educativa sufre una ruptura, viéndose afectada negativamente. En general, con muy pocas excepciones, la comunicación entre los familiares del niño con TDAH y los docentes adquiere un carácter hostil como lo muestra el siguiente fragmento:

(...) -mire mamá yo le voy a pedir un favor a mí primero que todo no me vuelva a mandar ese tipo de noticias (.) porque es que yo (.) no llevo aquí ni 1 ni 2 años yo llevo muchos años y he tenido chinos más mamones que el suyo- así literal me lo dijo (...) -y:: usted me disculpa que se lo diga así pero yo a su hijo le he cogido un fastidio- o sea me lo dijo literal así que a mi hijo le había cogido fastidio (Jimena, mamá de Fabián)

Los padres, quienes experimentan sentimientos negativos en relación con el comportamiento de los hijos y con el manejo que le dan los docentes en el aula, se enfrentan a esta situación de varias maneras, desde tomar una posición de defensa de sus hijos, hasta adoptar cambios importantes como renunciar al trabajo dedicarse al cuidado del niño(a) o el traslado del niño(a) a otra institución educativa. También pueden adoptar recursos discursivos como el de la comparación del niño con otros. En la mayoría de los casos esta sirve para comprender, e incluso para asimilar, que el comportamiento de sus hijos sí tiene un componente patológico. Normalmente esta se da entre el niño con el diagnóstico y sus hermanos e involucra expectativas en relación con los resultados del tratamiento:

(...) como el hermano como el hermano si tranquila eh bueno que uno yo por ejemplo con mi hijo yo recocho mucho yo hay veces nos dicen si es que nosotros somos mamá e hijo que nosotros hay veces salimos por la calle corriendo a hacernos cosquillas a despelucarnos yo me la imagino así con ella pero yo voy y hago eso con ella y mejor dicho es para tenerla encima mío todo el resto de la semana (Sara, mamá de Juanita).

(...) a sentirme presionada (.) de que (.) claro esta mamá no se quiere dar cuenta (...) porque es que la misma sociedad lo presiona a uno (...) los familiares que están (.) al lado y (...) como mamá claro mi referente era el hermano mayor yo decía (.) no pero si este chino (.) este chino si porque la otra no (.) pero si este (.) toes (...) entonces yo decía bueno pero con este no me paso esto (.) ¿por qué con A sí? (...) entonces por eso me le- (.) me fui a los exámenes y a decir (.) no yo necesito <que me ayuden> (Cristina, mamá de Melisa)

En otras ocasiones la comparación es usada para resaltar que el niño no se diferencia significativamente de sus pares: “(...) realmente pues yo ya he estado varias veces en el colegio y realmente hay niños más agresivos ¿sí?” (Jorge, papá de J. Enrique), estrategia que sirve para disipar la culpa que acompaña la responsabilidad que se les ha imputado sobre el manejo de los síntomas comportamentales del trastorno desde las instituciones educativas. De la misma manera, en los relatos se encuentran otros elementos que sirven como justificación, principalmente la referencia a la falta de experticia en cuanto a la paternidad/maternidad y la crianza.

Estas justificaciones se dan de forma reactiva ante los juzgamientos que se les hace por el comportamiento problemático de los hijos, aun cuando estos tienen diagnóstico de TDAH, y pueden tomar la forma de explicaciones sobre eventos ajenos a ellos que desencadenan o detonan un comportamiento inadecuado. El siguiente fragmento muestra la explicación de una madre sobre las razones por las cuales los hermanos le han enseñado a su hijo menor (con diagnóstico de TDAH) un comportamiento agresivo:

(...) MC y MA el decir de ellos es que porque para hacerlo fuerte (...) para que no sea nena como ellos (...) que los miraban mal y se ponían a llorar (.) entonces que lo fortalecen en esa forma de que (.) de que ay usted no es una niña (.) ay:: severa galleta wafler (...) entonces (.) para ellos es normal un trato así pero para los demás compañeros (.) es un maltrato verbal físico y psicológico (Fabiola, mamá de Simón)

Contrario a las descripciones presentadas en las fuentes documentales, las cuales son bastante uniformes, los relatos de los padres presentan algunas discrepancias entre los participantes en la medida en que en algunas ocasiones reconocen comportamientos problemáticos entendidos como algo fuera de la normalidad, mientras que, en otras, refieren no estar de acuerdo con el diagnóstico:

(...) es que nosotros no (x) nos empezamos a dar cuenta [si] nosotros fuimos a sacar una cita por qué uno lo tiene en este momento acá y resulta en un momento por allá se para se va no es normal que estés(x) que haga eso o sea y en el colegio también empezaron las notas (...) (Jaime, papá de Camilo).

(...) pues es que yo a ella la veo normal [aja] yo nunca la he tratado diferente ni el antes ni en el después ¿sí? ni antes del diagnóstico yo pensaba que tenía alguna dificultad ni ahora la pienso lo que le digo ella hablar con ella es delicioso porque es una niña muy pila (Valeria, mamá niña).

Por otra parte, la contradicción también se presenta, como en el caso de los docentes, en relación con la descripción del trastorno como una enfermedad que hace a los niños diferentes de los demás al impedirles comportarse de manera “normal”, pero sin que esto desplace completamente la idea de la intencionalidad detrás del mal comportamiento, tal como se muestra en este fragmento:

(...) yo se lo digo a S (.) S mira (.) yo también me siento casa ya de estar yendo (.) uno todo el tiempo en las terapias (...) dime ¿tú no te cansas de estar todo el tiempo metido allá? (no comprensible) yo ya estoy cansada (...) ay yo quiero llegar y (.) y en lugar de estar corriendo (.) y embútale el almuerzo y corra del colegio estresada para llegar puntual (.) y llego una hora (.) una hora y media tarde y ahí me empiezo a pegar del techo (...) eso para mí es estresante (.) S S yo quiero que tú me obedezcas (Fabiola, mamá de Simón)

Las expectativas sobre los resultados del tratamiento muestran que aquello que es entendido como problemático tiene que ver principalmente con el exceso de movimiento debido a las consecuencias que esto tiene, una de las cuales tiene que ver justamente con el proceso de estigmatización que sufren padres y niños, aspecto que además se verá afectado por el género (tema que se abordará en el siguiente apartado). Una de las situaciones que más angustia genera en los padres es el deterioro de la relación con la institución educativa, incluso les puede preocupar más allá del mismo comportamiento problemático:

(...) porque realmente para mí las otras son (x) son pasables que se porta mal sí que dan muchas quejas bueno ojalá quiera que lo cambie porque uno quisiera pues no llegar todos los días al colegio y que le estén dando a uno quejas (Jaime, papá de Camilo)

(...) y la verdad pues eso(x) eso me incomoda mucho porque cada ratito es quejas y quejas nunca dan nada positivo acerca de J solo quejas no más (Diana, mamá de J. Enrique)

El tratamiento también genera expectativas en los mismos niños y esto se debe principalmente a que las descripciones asumidas por quienes representan sus figuras de autoridad son finalmente asumidas por ellos: “(...) que no moleste mucho, que:: (.) me se porte juiciosa, que:: (.) que no le moleste a los compañeros (.) que no le pegue a nadie, que no le conteste a las profesoras” (Sandra, 10 años).

De esta manera, comienzan, no solo a describirse a sí mismos en estos términos, sino a comportarse como tal. En una consulta, la psicóloga describe cómo una niña con diagnóstico de TDAH mostró una baja autoeficacia a pesar de tener un desempeño aceptable: *“Durante las sesiones la consultante participó en todo lo planteado, mostró facilidad para comprender las instrucciones, aunque con frecuencia hacía comentarios negativos acerca de su desempeño en las actividades, por ejemplo, repetía -me quedó feo, soy muy lenta-”* (HC 18, Niña). Una madre también reconoce este efecto, el cual ha sido denominado en la literatura especializada como autoestigma, con un matiz particular ya que en su relato le atribuye intencionalidad al niño:

(...) sí él sabe (.) él sabe pero entonces (.) yo trato de evitarle el tema porque:: cuando:: por ejemplo cuando:: (.) estamos mucho en terapias o en eso entonces el como que:: como que coge eso a su favor para:: portarse mal (Jimena, mamá de Fabián)

En general los niños y niñas que participaron en esta investigación manifestaron conocer muy poco acerca del TDAH, sin embargo, cuando se les invitó a describirse a sí mismos con la perspectiva de alguno de sus compañeros (juegos de rol) lo hicieron a partir de características relacionadas con los síntomas del trastorno. En los fragmentos que se presentan a continuación es posible ver algunas de estas descripciones:

uhm:: él diría más o menos porque él a veces no le hace caso a su mamá (...) soy desordenado [aja] y ya y que no ordena [ah:::] y ya (Enrique, 7 años)

que se para del puesto no hace tareas y siempre quiere que haga tareas (...) pero a veces es inteligente (...) y también (.) y también (.) y también juega en el salón (...) y no trae lápiz (...) a veces es terri(x) terrible (...) a veces se porta muy mal (Camilo, 8 años)

(...) yo no me puedo estar quieta [ujum] ahm:: por un sólo minuto eso es hiperactividad (...) nos distraemos con cualquier cosa (...) pues para mí es más dificultad entender las cosas (Eliana, 12 años)

Estas descripciones parecen estar en función de los llamados de atención que reciben por parte de sus cuidadores, por lo que son estas características que hacen parte de la queja de los adultos las que ellos incorporan en su forma de verse a sí mismos como niños hiperactivos o dispersos, que en general significa ser diferente a los demás de una forma negativa y disruptiva:

(...) un niño diferente a los demás (...) porque (.) no sé (.) pues cada uno tiene su forma de ser (...) entonces pues yo nací así (.) y por eso estoy así (...)o porque soy así (.) yo porque (.) no nací (.) igual a los demás::s (.) yo porque soy así (.) yo porque no (.) porque nadie me quiere (Sandra, 10 años)

Esta forma de ser asumida por los niños tiene consecuencias en la manera como se relacionan con los demás, la cual tendrá impacto no solo en ellos sino también en las personas que están a cargo de su cuidado. Si bien el panorama no es completamente oscuro, ya que dentro de las descripciones es posible encontrar cualidades positivas, con una alta frecuencia los relatos muestran una imagen de sí mismo deteriorada acompañada de afectos negativos, al mismo tiempo que las relaciones con otros: pares, familiares (incluidos los padres) y profesores, muestran rupturas importantes. En la Tabla 9 se muestran algunos fragmentos que muestran cómo se dan las relaciones de los niños con otros y representan dichas rupturas en la cotidianidad.

Tabla 9

Fragmentos representativos de la forma que toman las relaciones con otros

Actor	Fragmento	Fuente
Familiar	<i>"(...) mi hermano (.) mm (.) no a veces es muy bravo conmigo porque (.) yo soy- >por lo mismo< (.) por lo que soy muy intensa"</i>	Juanita, 10 años

Actor	Fragmento	Fuente
Madre	<i>“yo soy como muy dura con él, yo trato de <exigirle mucho>, entonces él a veces le dice a la abuelita que mi mamá no me quiere ¿cierto?”</i>	Jimena, mamá de Fabián
Pares	<i>“(…) al inicio no pero ya cuando empiezan a pegar y como pega de verdad como un poquito fuerte porque su fuerza motora es un poquito incontrolada entonces claro los niños terminan los más pequeños por cogerle miedo (…) algunos le cogen miedo y algunos le cogen los aíslan por precisamente por la brusquedad que manejan”</i>	Profesora, IED Barrio San Cristobal, Jornada tarde
Profesora	<i>“(…) lo que pasa es que la profesora también ha mostrado momentos de agresividad porque el ¿sí? de que la profesora también le jala el pelo y eso no [y:] es como lo conveniente”</i>	Diana, Mamá de J. Enrique

Como se mostró en párrafos anteriores, niños y niñas con diagnóstico de TDAH son excluidos de diferentes espacios en el ámbito educativo, unos más amplios que otros: del grupo pequeño de pares a la misma institución. Lo mismo ocurre en otros contextos en los que el niño no es bienvenido debido a su forma de ser. Puede ocurrir que esta exclusión se presente de forma explícita o, más comúnmente, puede darse un aislamiento “voluntario” por parte de los padres para evitar problemas con amigos, vecinos o familiares:

(…) la vez pasada le dije no es que a J no se le puede tratar como digamos a chiqui que usted lo regañó y ya él fue y le hizo caso y ya, no, le dije ella es distinta -ay pero es que uno no sabe ni qué hacer- (...) mire es que uno no sabe ni qué hacer ehh ya es un insoportable eso uno se la soporta y eso es lo más malo uno se la aguanta y yo no estoy ya en edad para ponerme a cuidar chinos así- y trato de no dejársela aquí seguido no, la trato de estar como mantenga conmigo (Sara, mamá de Juanita)

Por otra parte, sentimientos y emociones negativas juegan un papel central en esta dinámica, ya que por una parte motivan decisiones para resolver las situaciones ante las cuales se ven sometidos todos los actores involucrados y, por otra, están en el centro de encuentros caracterizados por la hostilidad, especialmente entre padres y docentes, que muestran la ruptura en las relaciones, como lo muestra el siguiente fragmento:

(...) un día llegó la profesora y dice -el niño es que no se baña- y yo le dije vea no sean descaradas que mis hijos desde que(x) desde que chiquitos están acostumbrados a que se meten a una ducha con agua fría (...) entonces me dijo (x) entonces me dijo ella ay pero es que no es para tanto y le dije no es que es falta de respeto hacia mis hijos es falta de respeto hacia mis hijos (...) -ay mamá es que usted es una grosera- y le digo no es que ya estoy cansada no ya es que estoy cansada del atropello contra los niños (...) (Adriana, mamá de Yeison y Julián)

Niños y docentes también manifiestan haber experimentado sentimientos negativos. En el caso de los niños principalmente debido al rechazo al que son sometidos permanentemente; de todos los participantes de este grupo, en tres casos se habló de intenciones de suicidio (dos niños y una niña): “(...) eso es lo que piensa un niño en la cabeza (suicidio) (...) era una carga para mis papás y una fastidiosa que es lo que me dice siempre mi mamá, mi papá, mi hermana, fastidiosa, que soy una fastidiosa a morir” (Eliana, 12 años)

En cuanto a los docentes, las emociones experimentadas por ellos están más relacionadas con las tareas propias su rol y lo que demanda para ellos tener que cumplir con ellas teniendo en el aula un niño hiperactivo:

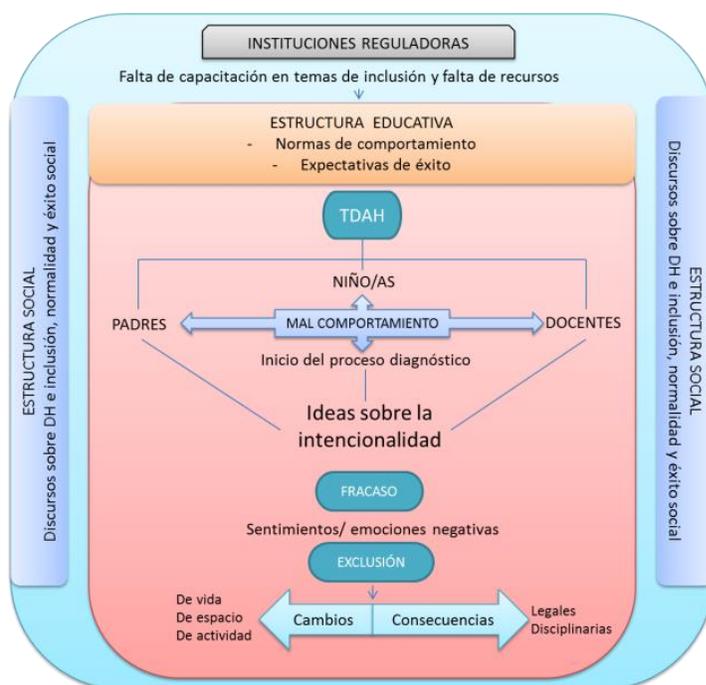
(...) y desde ahí yo estoy así choqueada no creas que sí, no creas que desde ese año yo quedé como con una sensibilidad en serio de (x) de los niños que son así (...) son unos niños muy (x) muy difíciles para mí son muy difíciles (...) yo no quería llegar al salón yo lloraba por venir a trabajar una cosa terrible (...) (Profesora IED, Jornada mañana)

En conclusión, a partir de los relatos de los participantes es posible identificar que la exclusión es consecuencia de una dinámica entre varios elementos que darán lugar a la estigmatización (

Figura 12), no solo del niño o niña con diagnóstico de TDAH, sino también de sus cuidadores. Los niños con el diagnóstico serán reconocidos (y ellos se reconocerán a sí mismos) principalmente como problemáticos y agentes del rompimiento de las dinámicas escolares; mientras que los cuidadores, tanto padres como docentes, serán acusados por su incompetencia, cada uno desde su quehacer en relación con la crianza y la educación inclusiva respectivamente.

Figura 12

Dinámicas de exclusión en relación con los procesos de estigmatización



Nota: Elaboración propia

5.5 Género, Cuidado y Circulación del Poder en los Cuerpos de Niños y Niñas con Diagnóstico de TDAH

En nuestra sociedad, el cuidado ha sido tradicionalmente una tarea entendida como femenina, lo que determina en cierta forma toda la organización social y la asignación de roles. Así mismo define lo que se espera de cada sujeto que cumple esos roles en cuanto a su forma de ser y actuar. La información recogida en esta investigación permite dar cuenta de cómo se organizan los roles alrededor del cuidado del niño con diagnóstico de

TDAH y así mismo, cómo ellos son entendidos por los demás y cómo se entienden a sí mismos a partir del género.

Se ha dado por hecho que el cuidado de los niños es responsabilidad principalmente de la familia, aunque la tarea en sí misma trasciende el ámbito privado al ser parcialmente regulada por el Estado. Adicionalmente, las instituciones educativas adquieren responsabilidades en el proceso de socialización de niños y niñas, ya que el propósito de esta es, en general, que los niños interioricen las normas sociales y los valores culturales propios del contexto en el que se da su desarrollo (Simkin & Becerra, 2013).

Este proceso de socialización guarda relación con una gran cantidad de aspectos sociales estructurales, algunos de ellos sostenidos por discursos acerca de la infancia y la familia. En la jurisprudencia colombiana se reconoce a la familia como una conformación sociológica que trasciende los vínculos de consanguinidad y, así mismo, se reconocen los diferentes tipos de familia, entre ellos la monoparental (Corte Constitucional de Colombia, 2016).

Estadísticas oficiales, resultado de la caracterización de las familias en Colombia, muestran que aquellas de conformación monoparental son cada vez más numerosas y que la mayoría de ellas están a cargo de una mujer que ejerce la jefatura de hogar (DNP, 2015). A pesar del reconocimiento oficial de esta realidad cada vez más común, las prácticas cotidianas reafirman el ideal de una familia biparental conformada por un padre y una madre y, en el caso de los participantes de esta investigación, se reconoce este hecho como una posible causa de los síntomas de TDAH o de su posterior empeoramiento.

Por lo tanto, al igual que en otras categorías analizadas, hay una discrepancia entre lo que es aceptado formal y legalmente, que se refleja en los documentos revisados, y aquello que expresan los participantes en sus relatos, los cuales dan cuenta de la forma como entienden y manejan las situaciones en relación con el TDAH.

5.5.1 El cuidado como un deber y un derecho protegido constitucionalmente

En las fuentes documentales se reconoce el cuidado de niños y niñas como un derecho fundamental de estos y la responsabilidad del mismo recae sobre personas adultas e

instituciones. En el caso de niños con alguna limitación, el cuidado tiene el propósito de garantizar el disfrute material de todos los derechos en igualdad de condiciones en virtud de los principios de la inclusión social.

En la práctica, la responsabilidad del cuidado le será otorgada principalmente a las madres, aunque esto no se haga de forma directa y completamente explícita dentro de los textos normativos. A partir de esto se da una suerte de naturalización de la presencia de la madre, mientras que la del padre es solo una posibilidad, igual que su ausencia, lo que lleva a que sea necesario hacer explícito si aquel hace o no parte de la vida del niño(a), tal como lo muestra este apartado de una historia clínica:

Enfermedad actual: Niña de 9 años de edad, diestra, natural y procedente de Bogotá (C/marca). Es estudiante de cuarto grado. Actualmente vive con su papá, su mamá tiene un hermano que vive fuera del hogar. Su mamá refiere bajo rendimiento escolar desde que fue escolarizada (HC 16, Niña)

Mientras el padre es quien determina los límites y el carácter de la crianza, la madre es vista como la encargada de garantizar que se cumplan las actividades diarias y de proveer a los hijos las herramientas necesarias para su desempeño en la vida cotidiana, es decir, le corresponde la parte más “operativa” del cuidado. Adicionalmente, se convierte en la receptora principal de las quejas provenientes de los profesores a través de la agenda escolar. Como ya se mencionó, es también la madre quien acompaña los procesos terapéuticos y la que instaura demandas de tutela para la protección de los derechos de sus hijos.

En este sentido, según lo que se puede observar en la información estudiada, el ejercicio de la autoridad no le es concedido naturalmente a la madre, y por lo tanto no le es fácil obtenerlo cuando es madre soltera. A pesar de reconocer la diversidad posible en la conformación de las familias, en cuanto al tema que nos ocupa, en las leyes colombianas esta noción se adopta al reconocer una vulnerabilidad particular de las madres cabeza de familia, previendo posibles consecuencias negativas en el proceso educativo de los niños:

(...) ordenar que las personas que desarrollan una relación multimodal con niños que padecen TDHA, diseñen una política de educación inclusiva para evitar que madres de escasos recursos en situaciones similares a la suya opten por la deserción escolar dada la presión que ejercen algunos servidores de colegios públicos (...) (Sentencia 01)

Tal como se propuso en el apartado anterior, el rompimiento de la comunicación entre las instituciones educativas y los padres de niños considerados como problemáticos juega un papel importante en la forma como los padres asumen el diagnóstico y en las emociones que se desencadenan a partir de esto. La aparente falta de capacidad de las instituciones para evitar dicha ruptura puede deberse a las diferencias en la concepción del cuidado de los niños con discapacidad o limitación entre la legislación colombiana y las mismas instituciones educativas.

De acuerdo con la jurisprudencia colombiana, el cuidado es una responsabilidad que se extiende a las instituciones educativas mientras los niños se encuentran en sus instalaciones:

Bajo el entendido de que los menores de edad permanecen una gran parte de su tiempo en las instalaciones del plantel educativo del cual hacen parte, separados de la presencia física de los padres, familiares o acudientes, surge el deber para las instituciones educativas de custodiarlos y cuidarlos durante el tiempo en que allí permanezcan (...) (Sentencia 01)

En otras palabras, hay una transferencia de la responsabilidad del cuidado a la institución educativa que no siempre es asumida o bien recibida por sus representantes, como lo manifiesta una madre, mediante acción de tutela, al referirse a las palabras del coordinador académico de la institución en la que estudiaba su hijo: "(...) además, expuso que el coordinador le manifestó que -yo les

tire (sic) la responsabilidad del niño a ellos, que yo no hago nada, que yo soy la mamá y que el problema es mío” (Sentencia 01)

Por otra parte, es posible concluir que los comportamientos de niñas y niños son interpretados y juzgados de forma diferente ya que tanto las expectativas generales de lo que es normal, como de los signos del trastorno en particular, difieren según el género, lo cual es naturalizado desde el mismo conocimiento experto tal como lo muestran los siguientes fragmentos tomados de dos documentos guía:

Las diferencias sexuales son más consistentes para los movimientos asociados que para la velocidad motora. Los varones son más veloces que las niñas, pero en todas las tareas las niñas tienen menos movimientos asociados que los niños. Esta impresión se basa en que ellas se desempeñan mejor que los niños en tareas motoras complejas y adaptativas y en que muestran menos movimientos asociados durante todas las tareas motoras y eso determina que sus movimientos parezcan más armoniosos (Guía 03)

Estos niños tratan de ocultar el gran miedo que tienen a no ser capaces. Por este motivo, evitan cometer errores demandando de forma excesiva instrucciones y dirección del profesor para tratar por todos los medios de conseguir resultados escolares aceptables. Esta actitud suele ser más propia de las niñas hiperactivas que de los niños hiperactivos (...) (Manual 02)

Como se presenta en capítulos anteriores, una de las preocupaciones manifestadas en los estudios sobre la relación entre el género y el TDAH es que las niñas, al presentar con mayor frecuencia problemas de inatención que de hiperactividad/impulsividad, son invisibilizadas y por lo tanto tienen menores posibilidades de recibir tratamiento. Sin contar con el hecho de que esta postura naturaliza el trastorno y la necesidad del tratamiento, los resultados vistos hasta el momento muestran que las dificultades de atención son incluso más ignoradas en los niños que en las niñas dentro de las mismas instituciones educativas,

mostrando un contexto en el que el interés de control se centra especialmente sobre la hiperactividad.

Sin embargo, sí fue posible observar con la información recolectada que, asociado a esa exaltación de la hiperactividad, y en especial de la hiperactividad masculina, el trastorno es construido desde la perspectiva del niño varón. Un claro ejemplo de ello es uno de los manuales estudiados, el cual es entregado a docentes de diferentes IED en Colombia, que se basa en una narrativa de un niño llamado Benjamín quien cuenta sus vivencias como niño hiperactivo desde su perspectiva, en un intento por estimular la empatía de los que lo rodean (Manual 03).

Allí, Ben hace referencia a las situaciones a las que se ve expuesto, especialmente al rechazo y estigmatización debido a su excesivo movimiento y a su impulsividad, resaltando que le cuesta trabajo controlarse debido al trastorno y no por falta de voluntad. Si bien en algunos apartados se toca el tema del déficit de atención, la mayoría del documento se centra en la hiperactividad, reafirmando la idea de que esta es característica de una manifestación masculina del TDAH, lo cual tendrá consecuencias en la forma de abordar el trastorno en niños y niñas.

5.5.2 TDAH y cuidado como una actividad principalmente femenina

En la práctica, la noción del cuidado es encomendada casi exclusivamente a la familia, y especialmente a la madre, por lo que es ella quien, la mayoría de las veces, asume las consecuencias derivadas del diagnóstico de TDAH de los hijos, lo que se refleja en hechos como que es la mamá quien acude la totalidad de las veces a las sesiones de evaluación y tratamiento evidenciadas en las historias clínicas estudiadas y que es ella quien manifiesta con mayor probabilidad renuncias, especialmente laborales, para dedicarse al cuidado de sus hijos: “(...) yo a veces iba a la hora del descanso (.) eh: (.) porque pues de todas maneras yo estuve muy (.) o sea (.) ya cuando me reti- (.) me retiré de trabajar (.) precisamente para hacer acompañamiento todo eso (...)” (Cristina, mamá de Melisa)

Si bien es cierto que en la literatura los conceptos de autoridad y cuidado aparecen íntimamente ligados, muchas veces a partir de una concepción aristotélica de la autoridad en la que se entiende que esta se ejerce mediante el cuidado de los miembros de la

comunidad en procura del bien común (Cruz, 2010), en los relatos de los participantes es posible identificar una noción diferenciada para cada concepto, identificando más claramente al padre con la autoridad y a la madre con el cuidado y la atención.

De acuerdo con el DNP (2015), es mucho más frecuente que en las familias biparentales el padre sea identificado como jefe del hogar, mientras que este rol solo se le otorga a la madre cuando aquel está ausente, es decir, en las familias monoparentales. A pesar de esta idea, en el grupo de participantes docentes, el padre es identificado como la principal figura de autoridad y en este sentido, teniendo en cuenta la importancia de esta en el manejo del TDAH, la ausencia de la figura paterna se constituye como una posible causa del trastorno o su sintomatología, lo que claramente se constituye como una negación de la autoridad materna aún en ausencia del padre:

(...) en este medio pues la gran mayoría de estos muchachos que tienen estos problemas (.) no tienen el apoyo el apoyo de padres de familia como tal el padre de familia [vive con madre soltera la mayoría] por eso o el padrastro y el padrastro no los aguanta y los maltrata permanecen en la gran mayoría permanece con los hermanos o con los abuelos la abuela [o solos] [si] que pasa con estos muchachos pues no tienen una pauta de crianza que pasa con estos muchachos en el aula de clase hay que estarles forzando (Profesor IED, Barrio San Cristobal – Jornada tarde)

Por otra parte, en los relatos de las madres es posible encontrar referencias a diferentes temáticas en relación con el TDAH, que incluyen su preocupación por el futuro del niño, la descripción del mismo, las posibles causas del problema, etc., mientras que los relatos de los padres se centran mucho más en lo que a ellos les implica y el cuestionamiento de su autoridad, así mismo es más probable que sean ellos quienes recurran a recursos discursivos que justifiquen sus posibles fallas: “(...) *había cometido unos errores, lo mandé a hacer algo, se me devolvió casi mejor dicho, si tiene dos metros de alto me pega (.) y se me devolví con palabras fuertes, o sea me ofendió y me sentí agredido entonces que pena mijo pero aquí el que manda soy yo ¿sí? (...)*” (Jaime, papá de Camilo)

Lo anterior indica que padres y madres asumen la responsabilidad por el diagnóstico de sus hijos de forma diferencial, por lo que las emociones y sentimientos asociados serán diferentes. Los docentes a cargo del aula también asumen un rol de cuidado de los niños que participan en ella y la configuración de este también se relaciona con el género.

Tal como lo afirma (Bailey, 2008) sobre el sistema educativo del Reino Unido, la escuela es un espacio feminizado. En este contexto es posible afirmar algo similar debido al hecho de que la mayoría de docentes son mujeres; pero, por otra parte, es posible decir que la institución educativa está “maternizada” ya que de los relatos se deriva que las profesoras asumen una posición de madres, bien sea explícitamente al hacer alusión a su “sexto sentido” en la identificación de un problema, o implícitamente al comparar el cuidado que dan a sus hijos con el que posiblemente le dan las madres a los niños con diagnóstico de TDAH, como se refleja en los siguientes relatos:

(...) pero eso (.) esa parte de ese instinto maternal que llevamos nosotras si:: (.) eh (.) de pronto nos puede llevar a:: a detectar (.) yo siento ahí (.) que nosotras las mujeres eh:: (.) detectamos más los casos o las situaciones de los chicos por algún tipo de dificultad (.) que los mismo hombres ¿no? (Profesora, Privado)

Por otra parte, se resalta la necesidad de la presencia masculina en el sentido de la autoridad que representa dentro de la institución, tal como la representa el padre en la casa:

(...) la presencia masculina es muy importante° (.) y que nosotros dentro de:: (.) digamos nuestro contexto (.) no tenemos (.) esas familias: eh:: (.) ↑ comunes, o ya todas son (.) eh:: (.) mamá (.) abuela o tía abuela (.) entonces en en (.) esa (.) esa visión masculina dentro de la institución es muy buena (Profesora, Privado)

En el caso del TDAH, como se mencionó antes, la ausencia del padre en la crianza da lugar a una carencia que, según los docentes, busca suplirse en el aula:

(...) la figura paterna, la figura de autoridad, no de castigo y golpe, sino del papá afectivo [si] no la tienen [no existe] muchas veces llegan con los docentes a buscar ese eso que les hace falta ¿sí? y los muchachos cuando se hay esa empatía con el docente rinden, cambian (...) (Profesor, IED jornada tarde)

Ahora bien, a diferencia de los planteamientos de Bailey (2008), en este contexto no se evidenció una tendencia clara a destacar a los niños en relación con la trasgresión de normas relacionadas con enfoques o políticas de género claramente definidas. Sin embargo, sí se resaltan los eventos en los que los niños en particular muestran conductas agresivas en contra de las profesoras y se toma esto como un indicador de TDAH. Solo el orientador con una posición más crítica del TDAH consideró algunos factores estructurales en las interpretaciones que se dan sobre el excesivo movimiento como una condición propia de los niños más no de las niñas.

(...) se supone tiene una (.hhh) prevalencia más (x) más alta en chicos pero pues de entrada suponemos que obviamente está el factor cultural mediando también al chico se le (x)se le propone que tenga que(x)que sea más activo que corra que moleste se premia al chico que es terrible se castiga a la chica que tiende(x)tiende a ser terrible entonces eso hace que la sintomatología tienda a mostrarse un poquito eh:: diferente. (Orientador)

La interpretación generalizada de que los niños varones suelen ser más activos que las niñas, es muy común entre los participantes, pero no funciona como un argumento para cuestionar el trastorno en sí mismo o el diagnóstico en ellos, sino para explicar el por qué presentan predominio de hiperactividad mientras las niñas sufren más de problemas de atención. En ese sentido, hay una naturalización de esta diferencia entre el niño y la niña con TDAH la cual tiene varias consecuencias, entre ellas la probabilidad de que se dé o no un diagnóstico, que ha sido el aspecto más estudiado en este campo, pero también es posible evidenciar efectos en relación con las expectativas y prácticas alrededor de los niños y las niñas.

De esta manera, se crea una expectativa frente a la manifestación de los síntomas del trastorno que varía según el género y que servirá para juzgar el comportamiento desde una óptica particular en cada caso. El TDAH será entendido en el niño como una suerte de “exacerbación” de comportamientos propios y naturales de su sexo, mientras que en las niñas será identificado a partir de conductas que parecen distantes o contrarias a lo que se espera de una mujer.

Esta lógica básica se mantiene entre padres y docentes; sin embargo, en los relatos de los participantes de cada grupo hay algunas diferencias importantes que de alguna manera determinan si los comportamientos se interpretan como normales o como indicios de un problema médico. Así, por ejemplo, la información recolectada señala que las madres de las niñas con diagnóstico de hiperactividad entienden como signo de esta el que ellas muestren actitudes consideradas como “masculinas” al igual que la negativa de hacer tareas del hogar, lo cual se relaciona con diagnósticos de TDAH con predominio hiperactivo: “(...) a veces yo ni me la soporto y no J usted no puede ser así piense las cosas piense lo que usted está haciendo usted no tiene porqué ser así usted tiene que obedecer tiene que ser una niña bien porque ya empieza a tomar actitudes de niño eso (...)” (Sara, mamá de Juanita)

En el caso de las niñas con un diagnóstico de TDAH con predominio inatento, se encontró que las madres aseguran que no esperaban que sus hijas tuvieran algún problema de este tipo hasta que en el colegio presentaron problemas con su rendimiento académico:

(...) es que yo a ella la veo normal yo nunca la he tratado diferente, ni el antes ni en el después ¿si?, ni antes del diagnóstico yo pensaba que tenía alguna dificultad ni ahora la pienso (...) si es muy o sea tiene que ser algo(x) alguien muy experto que te diga a esa china le pasa, pero yo como mamá nunca lo sentí, nunca la verdad ¿por qué? porque nunca ocasionó problemas (...) (Valeria, mamá niña)

Por su parte, los grupos de docentes también hacen diferenciaciones entre la forma de comportarse de niños y niñas con este diagnóstico, naturalizando en primer lugar la idea de que los niños son más hiperactivos y que las niñas son más inatentas. Adicionalmente,

es posible encontrar afirmaciones diferenciales en relación con la idea de que una de las causas de los comportamientos indeseados es la intención de llamar la atención, a partir de lo cual se asegura que la forma de hacerlo no es la misma en los niños que en las niñas:

(...) de pronto al llamar la atención los niños son un poco más groseros (...) porque las niñas se reservan como un poco más pero de igual llaman la atención de un u otra manera (...) los niños van y botan un balón al otro o algo así, mientras que las niñas lo llaman porque no quieren hacer nada que no quiero hacer me canso no sé qué (...) un poquito más tímidas las niñas en ese caso porque les da más como pena o sea que tengan una repercusión social (...) (Profesor, Especializado 1)

La información recolectada permite suponer que, con mayor frecuencia, se hace alusión a la dificultad en el control debida al trastorno para justificar la hiperactividad en los niños, pero la reflexión no se da de la misma manera en el caso de los problemas atencionales en general y en el de la hiperactividad/impulsividad en las niñas. En este sentido, hay una valoración más negativa de la sintomatología en el caso de las niñas diagnosticadas con hiperactividad y de los niños diagnosticados con déficit de atención. Esto se presenta en parte debido a las expectativas de comportamiento en niños y niñas, a partir de las cuales el movimiento y el liderazgo (entendido como “llevar la delantera”) se valoran mejor en los primeros:

Dice la psicóloga que le cuesta decir: 'me equivoqué', como un temor a la frustración...Hace poco me enviaron una nota de que se hacía con las niñas pequeñas y las mandaba, de enero a junio estuvo en refuerzo escolar, la profesora era muy noble, era S quien terminaba mandando a la profesora y llegaba con las tareas incompletas porque no hacía caso. Ocasionalmente manipula, con los otros niños siempre se muestra autoritaria, dice mentiras y culpa a los demás de lo que hace (Relato de una madre en la HC 17)

(...) emmm se (.) se nota es que él si- él va corriendo y todos se van detrás de él porque él tiene que ser el que esté mandando, él manda (...) para mí tiene sus cosas buenas (.) tiene sus cosas malas en el futuro (...) pues me gusta, me gusta que tenga más liderazgo, obvio (.) que sea más despierto eso es bueno para él (...) (Lina María, mamá de niño)

Las manifestaciones de la sintomatología asociada al trastorno, como la supuesta intención de llamar la atención, son interpretadas bajo una óptica moral del deber ser, lo que también guarda relación con el género. En ese sentido, por ejemplo, la falta de movimiento en los niños es sentida como una afrenta a la autoridad paterna, mientras que las formas de relacionarse de las niñas con los demás pueden ser vistas como moralmente inadecuadas:

(...) cuando quiere decir algo lo dice así como está acá, cuando quiere colabora y habla pero cuando no (.) no hay poder humano que le saque una palabra y, al contrario, se le nota el enojo se ahoga mucho y a veces le digo ¿quieres hablar conmigo? háblame pero no entonces yo le digo habla con la mamá si no confías en mí porque yo soy el que castigo, yo soy el que regaño yo soy el del problema (...) (Jaime, papá de Camilo)

(...) pues no es que sea un caso aparte, lo que pasa es que en el salón son solamente dos estudiantes ¿sí? entonces no tiene espacio, no tiene con quien buscar la distracción ¿sí? pero sale y busca eh busca hacer amigos pero con niños de menor edad que ella ¿sí? y busca pues como la aceptación entre todos haciendo cosas que no(x) no es que no sean debidas, pero haciendo cosas que no se deben dar en el momento (...) (Profesora, Especializado 1)

Las interpretaciones del comportamiento de niños y niñas con diagnóstico de TDAH, o con sospecha del mismo, especialmente en los casos de hiperactividad e impulsividad, tiene

consecuencias en la comunicación entre los niños y quienes están a cargo de su cuidado, ya que el control será ejercido a partir tanto de expectativas asociadas al género, como de los riesgos asociados a la falta de tratamiento del trastorno. En el caso de las niñas algunos relatos muestran el carácter general de dichas expectativas:

Yo no era de la calle, yo no tengo amigas acá o sea como o sea con la vecina que me habló así, pero amigas que uno diga ay vamos a bailar, no a mí me gustaba estar en la casa, entonces mi papá dice que nunca ha tenido problemas con nosotros, y con suerte no nos pegó (...) a las nietas sí ah:::: y pues a mi hermana la que vive ahí, a ella sí a ella si le pegó, tremendo ella se la pasaba bailando cada ratico, cada 8 días recibía su mano (Laura, mamá de Sonia)

Estas expectativas del comportamiento femenino: hacer caso, no causar problemas, no salir a la calle, etc., podrían estar relacionadas además con la imagen que tienen las niñas con diagnóstico de hiperactividad de sí mismas y por lo tanto jugarían un papel importante en su posición frente al tratamiento farmacológico. En este sentido, no fue posible explorar el tema en profundidad dentro del grupo de niños y niñas ya que muy pocos estaban sometidos, o lo habían estado previamente, a este tipo de tratamiento.

A pesar de ello, es posible extraer al menos tres referencias sobre el tratamiento farmacológico de dos niños y una niña, las cuales se presentan a continuación:

(...) me ha sugerido ser una niña medicada, entonces se lo han dicho varias veces (...) pues creo que para mi mamá sería más fácil tenerme medicada (...) pues por lo menos no sería una niña tan activa y que me estén regañando cada 5 segundos por hacer cosas diferentes (Eliana, 12 años)

En el caso del primer niño, se tiene una referencia a través del relato de su madre en el que ella manifiesta que su hijo rechaza el medicamento debido a sus efectos secundarios: “ese día me dijo -mamá por favor no me la vuelvas a dar, no me des eso, yo me porto bien

yo (...) - esto y ante lo que uno siente yo me veía impotente, saber que tenía que dárselos por darle gustos a ellas, sabía que estaba afectado era a mis hijos” (Adriana, mamá de Yeison y Julián).

En este fragmento, Adriana se refería a su hijo menor Yeison; sin embargo, Julián, un año mayor, quien también estuvo bajo tratamiento farmacológico durante cuatro años, muestra una posición diferente frente al medicamento:

(...) me empezaron a (.) a dar (.) un medicamento (.) que además de saber feo (.) no sabíamos pa’ qué funcionaba, entonces mi mamá:: (.) bueno siguió las ordenes (.) y empezó a dármelo, entonces (.) como:: era un medicamento (.) ella sabía (.) que los medicamentos (.) siempre son para bien, nunca para mal, entonces (.) por eso fue que em::pezó a dármelo. Y aparte de saber (.) tan feo (.) tan feo, eso sí me dio is- me dio (.) me dio (.) me hacía poner atención, pero no completamente (...) pues (.) los sábados y domingos (.) no me daban la pastilla (...) eh: sin la pans::tilla (.) me sentía (.) un poco nervioso, o sea digamos quien di (.) como quien dice:: (1) como quien dice alguien (.) que esta (.) hiperactivo, pero (.) también nervioso, o sea que no sabe s:: (.) si está nervioso o hiperactivo y eso fue lo que::: a mí me empezó- empezaba a dar cuando no tomaba esa pastilla (...) (Julián, 11 años)

Los fragmentos presentados sugieren algunas diferencias en cuanto a la posición que niños y niñas asumen frente al tratamiento farmacológico, mostrando mayor conformidad con el mismo por parte de la niña al hacer una asociación de sus efectos con la aceptación social. En el caso de los niños, se observa la duda sobre la efectividad del tratamiento, mientras que su aceptación se da en función de un efecto similar al de la abstinencia, o en relación con el efecto sobre sí mismo más que en la repercusión en la forma de relacionarse con los demás.

Finalmente, los relatos de niños y niñas muestran una diferenciación clara en cuanto a las expectativas en relación con el futuro, la cual tiene que ver también con la cultura del cuidado. Así, a pesar de los cuestionamientos sobre la naturalización del cuidado como

actividad femenina, ante la pregunta por el futuro, las niñas hacen referencia a oficios y profesiones cuyo centro es el cuidado del otro (enfermería, medicina, docencia), mientras que los niños muestran mayor diversidad en sus preferencias y hacen alusión a oficios cuyo centro es la fuerza o el control (obrero, policía, espía, etc.). Como se mostró en párrafos anteriores, estas expectativas sobre el futuro tendrán un papel importante en la comprensión de ciertos comportamientos como síntomas, y mantendrán vigente la noción de riesgo al verlas amenazadas.

En resumen, en este apartado se muestra cómo, a partir de discursos sobre el cuidado y la crianza, se responsabiliza principalmente a la madre por el curso del trastorno en los hijos y se entiende como una de sus causas la ausencia del padre, quien representa la autoridad. Por otra parte, se presenta una escuela “maternizada” en tanto la transferencia del cuidado a la institución plantea la adopción de roles similares a los de la madre y el padre. Por último, se muestra que las expectativas sociales en relación con el comportamiento son diferentes para niños y niñas y esto determina en gran medida la forma como se valora la sintomatología, convirtiendo a la misma en un asunto moral.

6. Capítulo 6. Discusión y Conclusiones. Reflexiones acerca del poder sobre el objeto y el proceso de investigación

Este trabajo estudia el TDAH desde un enfoque socioconstruccionista; se apoya principalmente en la perspectiva de análisis propuesta en los trabajos de Michel Foucault sobre los discursos y el poder, a partir de los cuales se generan y sostienen prácticas alrededor de los trastornos mentales y, en particular, de los problemas de comportamiento en niños con este diagnóstico. Desde esta óptica, el discurso es más que la conjugación de palabras o de significantes y significados, es una práctica social en sí misma que construye el objeto del cual habla.

Sin negar la materialidad del grupo de comportamientos o signos que, agrupados, conforman el fenómeno del TDAH, este trastorno se constituye como un objeto construido a partir de un discurso médico que halla su fundamento en la dicotomía entre lo normal y lo anormal. En otras palabras, el TDAH se puede considerar como una entidad patológica problemática, en la medida en que se cuestiona su estatus de realidad última. Este es comprendido en este trabajo como una construcción que se cristaliza como verdad a partir de discursos dominantes sobre infancia, enfermedad mental, discapacidad y normalidad/anormalidad, así como a partir de las expectativas sociales frente al comportamiento infantil dentro de la institucionalidad.

El objetivo principal de esta investigación fue hacer una deconstrucción de los discursos que sostienen el TDAH como una patología real de inicio en la infancia, a la cual en las últimas décadas se le ha asignado un carácter crónico y, por ende, con pronósticos desalentadores, para comprender los mecanismos y estrategias de poder que se aplican a los cuerpos de niños y niñas a partir de discursos institucionales sobre la socialización y el éxito.

Este objetivo se abordó desde una estrategia metodológica basada en el análisis crítico del discurso, tomando como referencia la propuesta de Siegfried Jäger (2001) en la que se incluyen dentro del análisis no solo los aspectos verbales del discurso, sino también las prácticas no verbales y las materializaciones derivadas de los mismos. En ese sentido, las fuentes de información incluidas en esta investigación comprenden tanto entrevistas a diferentes actores involucrados con el diagnóstico de TDAH, como documentos prescriptivos y normativos que regulan a nivel institucional las prácticas alrededor de los niños y niñas con este diagnóstico.

En dicha propuesta, la relación que se da en una época específica entre los tres componentes mencionados (prácticas discursivas, no discursivas y materializaciones) conforma un dispositivo, el cual se configura como una unidad de análisis. En esta investigación se incluyó el análisis de información relacionada con cada uno de estos componentes: relatos de actores que participan en la construcción del TDAH; prácticas institucionales alrededor de niños y niñas con el diagnóstico; documentos descriptivos, normativos y prescriptivos que se constituyen como una materialización o producto de discursos institucionalizados sobre los trastornos mentales y el TDAH.

Se muestra cómo discursos sobre los trastornos y conductas desviadas en la niñez, que permitieron la formación y consolidación de una entidad patológica que posteriormente se disemina a través del mundo, se transforman y materializan en nuestro contexto bajo leyes, normas y prácticas institucionales a partir de las cuales se desatan diferentes técnicas de poder para disciplinar el cuerpo de niños y niñas, definiendo sus posibilidades de ser.

En este apartado se presentan una discusión de los hallazgos a partir de la literatura al respecto y de las experiencias de la autora durante el proceso de recolección de la información junto con las conclusiones a las que se llegó después de finalizado el análisis de la información recolectada. En primer lugar, se abordará el tema del TDAH como una construcción social, ya que el mismo hace parte de una importante controversia entre expertos de diferentes áreas de conocimiento, e incluso dentro de la misma psiquiatría.

Este trabajo partió del supuesto de que el TDAH es un constructo socio-cultural. Como se mencionó en un apartado anterior, la afirmación de este trastorno como una construcción social y cultural es difícil de sostener en la medida en que el mismo se diagnostica en la mayoría de los países del mundo independientemente de sus diferencias socio-culturales.

A pesar de ello, podríamos hacer uso de dos argumentos iniciales para debatir esta afirmación.

En primer lugar, Bergey & Filipe (2018) muestran suficientemente que la extensión del TDAH a nivel mundial se debe principalmente a procesos globalizadores dentro de los cuales el trastorno es “exportado” inicialmente de los Estados Unidos hacia el resto del mundo y adoptado por cada región a partir de elementos idiosincráticos propios. En este sentido, existe suficiente evidencia para afirmar que el TDAH varía en cada cultura en diferentes aspectos que van desde la concepción de su epidemiología hasta sus formas de expresión y tratamiento. En medio de ambos elementos está la prevalencia, para la cual se han demostrado variaciones importantes en diferentes sociedades, lo que se ha atribuido en parte a las metodologías y criterios diagnósticos de partida, lo cual, a su vez, demuestra una concepción diferente del trastorno en unos y otros lugares.

En este sentido, los cambios históricos en la representación del trastorno contenida tanto en las primeras conceptualizaciones que problematizan la hiperquinesia y la desatención, como en los manuales diagnósticos, pueden interpretarse más como consecuencia de procesos sociales y económicos que como avances o descubrimientos científicos. Dichos cambios se han visto reflejados en aspectos como la definición del trastorno (incluida su naturaleza), los criterios diagnósticos y el énfasis en unos u otros aspectos, sus causas, consecuencias y la población que abarca.

Así, por ejemplo, las primeras referencias al conjunto de características que hoy agrupa el TDAH variaron entre definiciones como las de Sir Alexander Crichton a finales del S. XVIII y la de Heinrich Hoffman de mediados del S. XIX, las cuales resaltaban el carácter conductual de esta condición y su afectación en el ámbito escolar, pasando por aquellas como la de Sir George Still a principios de S. XX que resaltaba más aspectos morales como la falta de control y volición (Quintero & Castaño de la Mota, 2014), hasta la consolidación de conceptos basados en reduccionismos biológicos como el de disfunción cerebral mínima que se refiere a pequeños daños orgánicos que alteran el desarrollo y la maduración del sistema nervioso central, y que tienen origen en lesiones producidas bien por enfermedades (como encefalitis) o eventos particulares ocurridos durante el embarazo o el parto (Clements & Peters, 1962).

Es en la década de 1960 que los problemas de comportamiento que componen el trastorno son clasificados por primera vez en el DSM-II (APA, 1968) bajo el nombre de “Reacción hiperquinética de la infancia”, y su diagnóstico está basado en esta noción de daño cerebral mínimo. Ya en 1980 con la publicación del DSM-III (APA, 1980), se comienza a dar mayor importancia a los problemas atencionales y la denominación cambia a “Trastorno por déficit de atención” que puede ir con o sin hiperactividad, mientras que en el DSM-IV (APA, 1994) y en el DSM-IV-R (APA, 2000) aparece nuevamente la referencia a la hiperactividad denominándose “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad” y abriéndose la posibilidad de diagnosticar uno de tres sub-tipos: inatento, hiperactivo/impulsivo o combinado.

A lo largo de la historia del TDAH dentro del DSM, no solo ha cambiado la definición o la clasificación, también han cambiado los criterios y su aplicación, así como los límites de edad para el diagnóstico, lo que influye notablemente en la prevalencia del trastorno. Ya en el DSM-5 (APA, 2014) el trastorno se consolida como un problema del neurodesarrollo que puede ser diagnosticado en la adultez, y el límite de edad antes de la cual se deben presentar los síntomas pasa de 7 a 12 años. Así mismo, se disminuye el número de síntomas que se deben cumplir después de los 16 años y la eliminación del autismo como factor de exclusión.

Estos cambios en el DSM no parecen obedecer directamente a hallazgos en la investigación sobre el trastorno o las características individuales de quienes lo padecen, pero sí a cambios generales en todo el manual que, según algunos autores, tienen como objetivo una mejor adaptación a la práctica clínica que se da en diferentes contextos culturales y a diferencias individuales en la manifestación de los trastornos (L. Muñoz & Jaramillo, 2015). En general, el discurso adoptado en el DSM-5 también parece adaptarse a las tendencias investigativas en relación con la comprensión del ser humano en términos de un ser en constante desarrollo (ciclo vital), cuyas características hallan su origen en la configuración neurobiológica del organismo.

En cualquier caso, los cambios señalados tienen consecuencias prácticas sobre los trastornos y su comprensión. Por un lado, interfieren sobre los datos de prevalencia, facilitando su aumento a nivel mundial al flexibilizar algunos de los criterios diagnósticos, y por el otro, facilitan una sujeción de las personas más allá de la patología misma, al difuminar los límites entre lo normal y lo anormal, situación que se ha presentado

tradicionalmente en el caso del TDAH al incluir criterios diagnósticos que se refieren a comportamientos que se pueden presentar en cualquier niño o niña, apelando a la intensidad o duración para determinar si son o no síntomas de un problema o patología.

Para el caso del grupo de participantes de esta investigación, fue posible ver que en la totalidad de los casos la certeza de la presencia de un trastorno solo se dio después de iniciada la institucionalización del niño o niña, por lo que la actividad motora solo es entendida como “excesiva” en el contexto escolar, siendo esta el indicio más saliente a la hora de iniciar un proceso diagnóstico, lo que explica en parte que el déficit de atención se “detecte” de forma tardía. Posterior al diagnóstico, o a la sugerencia del mismo por parte de actores de la institución, los comportamientos del niño o la niña serán interpretados en relación con la patología. Esto tendrá un impacto importante en el proceso diagnóstico y en el curso del trastorno. Por ejemplo, durante el análisis de las historias clínicas, se encontró que las conductas negativas eran categorizadas como síntomas, mientras que las positivas eran evaluadas como reportes subjetivos de la madre.

Así, el conjunto de conductas propias del niño o la niña serán comprendidas a partir del trastorno, sin embargo, como se abordará más adelante, algunas de ellas serán entendidas como más problemáticas que otras en función de diferentes aspectos sociales tales como la edad o el género. Es de resaltar que, este “etiquetado” de niño hiperactivo permanece independientemente del diagnóstico y solo adquiere sentido en el contexto institucional. En otras palabras, la sospecha de TDAH sobre niños que han sido categorizados como problemáticos por sus profesores se mantiene aún cuando el resultado del proceso diagnóstico sea contrario o diferente.

Este hecho corresponde a un proceso de medicalización en el que características que no habían sido previamente problematizadas se agrupan para ser comprendidas como una patología, lo cual está mediado por otros aspectos tales como la actividad de las empresas farmacéuticas, cuya actividad de promoción del trastorno se relaciona estrechamente con el aumento de la prevalencia de este en varios países.

Los pocos estudios llevados a cabo en Colombia sobre la prevalencia del TDAH, tema abordado en el primer capítulo de este trabajo, muestran una gran variabilidad en los datos, algunos de los cuales presentan porcentajes mucho más altos que la prevalencia media determinada en el DSM. A pesar de ello, los datos oficiales sugieren una prevalencia menor

al 4% (MinSalud & Colciencias, 2015), mientras al mismo tiempo la actividad de la industria farmacéutica en Colombia es considerablemente menos intensa que en otros países. De acuerdo con esto, es necesario considerar dentro del análisis la ausencia de publicidad agresiva que suele darse en otros lugares, resultado de la cual el trastorno es de cierta manera promocionado, aumentando la posibilidad de que grupos de comportamientos sean asociados al mismo.

La relativa baja actividad mediática de la industria farmacéutica en nuestro país puede dar lugar a una asociación menos clara y directa entre el trastorno y su tratamiento a base de fármacos entre las personas del común, lo cual permite mayor libertad en el desarrollo de posturas diversas frente a este último. En general, en esta investigación, solo 3 niños y 5 madres incluyeron el medicamento como un tema central del discurso sobre el TDAH, mientras que todos los docentes hicieron alusión al mismo como una forma legítima de tratamiento para los síntomas asociados a la hiperactividad. A partir de la información proporcionada por estos participantes, se pudo evidenciar que la postura adoptada frente a la administración de metilfenidato está relacionada tanto con su rol como con el contexto (Vargas, 2020).

Al respecto, las diferencias encontradas demuestran una controversia importante principalmente entre padres y docentes, en medio de la cual quedan atrapados los niños. Las diferencias se dan en relación con el rol en la medida en que ambos actores valoran de forma diferencial tanto la función como el efecto del medicamento en quien lo consume, todo esto dentro del marco de discursos institucionales sobre el cuidado que le otorgan responsabilidad a los adultos sobre el bienestar del niño.

En el caso del medicamento, el bienestar será el punto principal de controversia, ya que para unos este se ve afectado con la administración del fármaco, mientras para los otros este garantiza el éxito escolar. Así, las madres valoran como negativo el medicamento en la medida en que produce efectos secundarios indeseables que pueden llegar a afectar la salud e incluso modificar la forma de ser de sus hijos. Por su parte, los profesores pueden valorarlo como algo positivo en la medida en que disminuye aquellos síntomas que afectan el desarrollo de las clases y, como consecuencia, el desempeño académico tanto del niño con el diagnóstico como de sus compañeros de clase.

A partir de esto se puede deducir que los profesores hacen una valoración del medicamento de acuerdo con la atribución de funciones a nivel social, entendiendo la misma como la regulación de unos síntomas individuales que no solo perjudican a quien padece un trastorno, sino que se extienden al grupo. Para Foucault (1996) la medicalización de la vida tiene como característica principal justamente la función social de la medicina en la medida en que esta disciplina comienza a introducirse en el espacio privado para controlar aquellos comportamientos que pueden afectar la organización social.

Se tomó como referencia la función social del metilfenidato para ejemplificar el papel del discurso en la construcción del TDAH y como práctica alrededor del mismo. En este sentido, el medicamento se constituye como la técnica de control más directa y contundente sobre el cuerpo desviado. Para llegar allí, ha sido necesario un discurso en el que se cristalice la diferencia entre normalidad/anormalidad, el cual se materializa a través de las normas, leyes y políticas públicas y se evidencia en las prácticas institucionales que de allí se derivan.

Si bien es cierto que los análisis hechos nos muestran que los discursos dominantes, legitimados por el aparato estatal, no llegan indemnes a las instituciones ni a los sujetos, como en el caso de la inclusión social, sí es posible afirmar que aquello que los sustenta, es decir su núcleo más profundo, permanece en todo relato y es lo que permite seguir hablando de TDAH como un asunto importante para la vida social.

Teniendo en cuenta el análisis llevado a cabo a partir de la información documental y de los relatos de los participantes, se puede afirmar que aquello que posibilita la problematización del TDAH hoy en día en nuestro contexto, no es el trastorno en sí mismo o la sintomatología que lo representa, sino los elementos centrales de los discursos sobre la infancia, la discapacidad y el éxito.

En relación con la infancia, sabemos que es un concepto que ha ido cambiando a lo largo de la historia. La edad es una característica del ser humano a partir de la cual se hacen clasificaciones sociales y se determinan prácticas alrededor de grupos poblacionales, por ejemplo, a través de políticas públicas. Más allá de esto, la edad ha servido como un referente para la comprensión del ser y, con el auge de las ciencias del desarrollo, el niño

se entiende como un ser inacabado en proceso de maduración, la cual abarca también las características psicológicas.

En la modernidad, el infante es entendido como un ser que requiere cuidado especial para que logre adaptarse de la mejor forma posible a la vida social. El hecho de que requiera un acompañamiento constante no solo se debe a las dificultades que biológicamente puede tener para sobrevivir por sí mismo, sino a una supuesta falta de capacidad para tomar decisiones adecuadas sobre su propia vida. El niño, al igual que el loco y, en algunas sociedades, las mujeres, verá cuestionada su autonomía. Esta solo se le dará gradualmente a medida que avanza su maduración. En el caso del niño con TDAH, la posibilidad de lograr un punto óptimo de capacidad para autorregularse se ve minada, ya que el trastorno afecta principalmente el autocontrol y el ámbito de la relación con otros durante un tiempo que va más allá de una edad razonable para esto, debido a que el trastorno es entendido como crónico.

Al respecto, a pesar de que varias investigaciones habían llamado la atención sobre una supuesta alta prevalencia del trastorno en adultos desde finales del Siglo XX, no fue sino hasta el DSM-5 que se incorporaron cambios cuyo objetivo directo fue incluir a esta población. Para esto, fue necesaria una conceptualización del trastorno como un problema del neurodesarrollo que puede afectar cualquier momento del ciclo vital de una persona. Sin embargo, aún se reconoce que el TDAH comienza en la infancia y es este momento del ciclo vital el que debe ser intervenido si se quieren obtener resultados óptimos en términos de un mejor pronóstico.

Este hecho se resalta de manera particular en los documentos guía diseñados para padres y profesores que hacen énfasis en la importancia de detectar el trastorno a tiempo, bien sea por observación de los mismos padres, pero en especial apelando a la experiencia de los docentes. Esta confianza en la experiencia de profesores y profesoras para reconocer los síntomas asociados al trastorno se usa como una explicación del porqué el mismo solo se expresa claramente en el contexto institucional, y muestra claramente la función de este elemento discursivo en la consolidación del trastorno.

Por otra parte, este elemento discursivo, identificado en documentos normativos colombianos y que proviene de la misma psiquiatría, tiene una función adicional a la mencionada en el párrafo anterior: le otorga un poder especial al docente basado en el

conocimiento y la experticia; es el poder tácito de dar un cuasi-diagnóstico médico que puede o no ser confirmado, pero que en cualquier caso tendrá consecuencias sobre niños y niñas que sean objeto de este.

Cuando el trastorno es “detectado” en la institución educativa, se desatarán toda una serie de protocolos y procedimientos tendientes a iniciar un curso médico para abordar el problema, cuyo propósito es lograr que el niño o niña se adapte a las expectativas de éxito escolar. El primer objetivo será convencer a los padres de que los problemas de comportamiento de su hijo se deben a un trastorno médico/psiquiátrico que deberá ser tratado para evitar fracasos tanto en el corto como en el largo plazo, necesidad que se sustenta también en el hecho de que, a pesar de que el TDAH puede ser clasificado como severo, nunca lo será tanto como para perder la posibilidad de la recuperación.

Estos fracasos son entendidos en relación con una concepción de éxito particular que es aceptada sin ningún tipo de cuestionamiento, es decir, está completamente naturalizada, y tiene que ver con la noción de socialización. A partir de un análisis de las expectativas de padres, profesores y los mismos niños y niñas, es posible evidenciar que esta noción de éxito se sitúa principalmente en la forma que toma la vida adulta (no a la vejez, por ejemplo) es decir, el momento en que las personas en nuestra sociedad son consideradas económicamente activas.

En nuestro país la adultez se ubica en un rango de edad que va desde los 27 hasta los 59 años; estos límites definen más o menos las edades en las que una persona es productiva (por lo menos desde el deber ser), no solo económicamente sino también en términos de (re)producción social. Por lo tanto, es la edad en la que ya se han adquirido, a través de la formación básica, todos los elementos requeridos para la adaptación exitosa a la vida social. Sobre esta idea se fundamenta la definición de salud mental y bienestar de la OMS, según la cual este consiste, entre otras cosas, en tener la capacidad para hacer aportes a la comunidad.

Dentro de este contexto discursivo, la salud mental y el éxito quedan estrechamente ligados, por lo que la discapacidad o limitación mental se convierte en un peligro para alcanzar el bienestar pleno. Desde esta perspectiva la discapacidad representa un peligro tanto para el individuo como para la sociedad, ya que esta última se verá privada de los aportes que el individuo adulto puede hacer. Adicionalmente, en países como el nuestro

esta representa un gasto público relativamente importante; en Colombia la inversión en salud mental corresponde a un 6 % del total de los recursos para la gestión en salud pública (MinSalud, 2018).

Reducir el impacto social de la discapacidad se vuelve un punto relevante en la política pública colombiana, la cual halla un sustento moral en los discursos internacionales sobre los derechos humanos. Aquí es importante resaltar que la noción de derechos humanos no es universal ni mucho menos ha existido siempre; por el contrario, es consecuencia de acontecimientos históricos que posibilitan la implantación de ideas sobre el individuo y su lugar en el mundo.

A partir de allí, garantizar que todos los individuos puedan acceder materialmente a esos derechos se convierte en una obligación moral de los estados occidentales modernos, la cual se adopta también en Colombia a partir de la Constitución Política de 1991. Teniendo en cuenta que otro valor moderno importante es la libertad individual, a partir de esta noción de derechos se entenderá que cualquier mecanismo de control sobre el ser y el actuar de un individuo podrá darse únicamente en de la garantía de sus derechos o los de los demás.

Hasta el momento, se pone de manifiesto la función de otros elementos discursivos representados en la dicotomía éxito/fracaso y en la noción de riesgo que interviene en esta. La concepción del TDAH ubica al niño/niña que lo padece en un grupo de personas que, si bien se entienden como esencialmente no-normales (ya que es entendido como un trastorno orgánico), también los ubica en una subcategoría de “rehabilitables”. Gracias a los elementos discursivos mencionados, se pasa de la posibilidad de rehabilitación a la necesidad de rehabilitación, ya que estos le otorgan un carácter moral (a través de la rehabilitación se tramita el riesgo al fracaso y se garantizan mejores posibilidades de éxito social). La corrección del ser se dará a partir del diagnóstico y el tratamiento, los cuales adquieren sentido a partir de las ideas del derecho individual que se materializan en las políticas de inclusión social.

Así pues, en el TDAH se combinan una serie de condiciones como el escaso desarrollo de la autonomía, propio de la infancia, y la dificultad adicional que sobre este recae en virtud del trastorno; una idea generalizada sobre la condición de vulnerabilidad de la infancia que la convierte en una población que requiere políticas especiales de cuidado y protección;

un momento de la vida entendido como periodo de socialización y formación de un ser que no está acabado y que por lo tanto puede y debe moldearse para que logre la adaptación y el éxito social. El peligro que representa el TDAH para el desarrollo pleno de la autonomía, que en términos médicos radica en su incapacidad de autocontrol de funciones cognitivas superiores, del comportamiento y las emociones, justifica ampliamente la prescripción de métodos tempranos de tratamiento que pueden entenderse como técnicas de control mediante las cuales se ejerce un poder normalizador que garantiza la sujeción de todo individuo en función del sistema productivo, juego discursivo en el cual el papel de la estructura social en la producción del padecimiento mental es invisibilizado.

Como bien mostró Foucault (1964/1990), las ideas sobre la locura se van transformando a lo largo de la historia hasta que esta es integrada dentro del discurso médico, caracterizado por dicotomías (normal/anormal, salud/enfermedad), hasta ser convertida en patología. Como enfermedad, la locura ahora es susceptible de tratamiento y de control, el sujeto que antes era excluido de la vida social y productiva ahora tiene una oportunidad de volverse útil.

En el caso de los niños con TDAH, se identifica un riesgo inmediato en relación con el desempeño académico y del proceso de socialización tanto de quien padece el trastorno como de los compañeros. Pero más importante aún es el riesgo a largo plazo, ya que este trastorno no tratado a tiempo puede interferir con la capacidad de una persona para lograr las metas consideradas adecuadas para la vida adulta. El que esta persona pueda alcanzar unas expectativas sociales ya no será únicamente su responsabilidad, esta se transfiere al cuidador tanto en el ámbito privado como en el público. No solo los padres tienen dicha responsabilidad, también el Estado al ser el garante de los derechos del niño la ejerce a través de las instituciones educativas y de la salud.

La forma de sujetar al individuo que antes quedaba al margen de la vida social debido a su locura consiste en lograr que ceda el control sobre sí mismo a otro capaz de reparar aquello que no funciona. Esto lo hará a través de tratamientos legitimados en el discurso médico, que se ejercen sobre el cuerpo o mediante la intervención de algunos elementos del entorno que le permitan un desempeño similar al de una persona considerada normal; en el caso del niño o niña con TDAH, estos incluyen la exposición pública del trastorno bajo la idea de que así cualquier adulto que se relacione con este podrá tomar el control.

De esta manera, el poder se ejerce de una forma que ya no es sutil, como la que describió Foucault en su obra, sino más bien de una forma explícita y evidente, sustentando la necesidad de este ejercicio a partir de la noción de derechos humanos. Las técnicas de control se justifican entendiéndolas como la única manera de asegurar el acceso material de los niños con TDAH a sus derechos y el ejercerlas adecuada y sistemáticamente se convierte en un deber moral de los cuidadores. En este sentido, padres y profesores no pueden ser entendidos en términos del “tirano” que impone su voluntad sobre el niño o la niña con un trastorno, sino que han de ser entendidos como sujetos del mismo poder.

En relación con esta última afirmación, si bien el TDAH no es padecido directamente por los cuidadores, sí puede ser entendido como el origen de padecimientos mentales y afectivos que ellos sufrirán cuando se encuentren con que el cuerpo del niño, si bien es susceptible de ser moldeado, no es del todo controlable; por esta razón, la capacidad para ejercer plenamente su rol y alcanzar las metas asociadas al mismo se ve limitada y cuestionada. Como consecuencia, los ideales de buen niño que no logran ser alcanzados dan lugar a síntomas psicósomáticos en los cuidadores y se relacionan también con técnicas de control que, si bien no son bien vistas en nuestra sociedad, son aplicadas como medidas desesperadas, tales como el castigo físico. Este hecho, solo es admitido en contextos informales (en este caso, ninguna historia clínica muestra esta técnica dentro de las pautas de crianza manifestadas por los padres, mientras que sí aparece en todas las entrevistas, siempre junto con una justificación).

En este punto se identifica otro elemento discursivo con una función especial. La noción de “curabilidad” del trastorno se convierte en un ideal que se espera alcanzar a través de los múltiples tratamientos aplicados a niños y niñas con diagnóstico de TDAH; sin embargo, en la práctica este ideal no se materializa ya que los tratamientos son principalmente paliativos y, de acuerdo con la literatura al respecto, los síntomas asociados a este trastorno pueden remitir hacia la adolescencia gracias a la maduración del cerebro. A pesar de esto, el control ejercido sobre el cuerpo del niño se mantiene constante, sostenido por la expectativa de la cura que nunca llega, formado un círculo en el que la constante transgresión de la norma justifica el retorno del tratamiento o el aumento de la severidad de este.

Los párrafos anteriores muestran aspectos de la construcción del TDAH que se relacionan con la edad. A partir del análisis de la información recolectada se hizo evidente una

paradoja en relación con el género. Por una parte, la construcción del TDAH como patología, no estrictamente mental, pero sí relacional, desata una serie de procesos de medicalización de lo cotidiano, donde el diagnóstico se presenta como la ratificación de una diferencia fundamental (orgánica) entre quienes lo padecen y quienes no, definiendo las posibilidades de expresión y desarrollo de la identidad tanto de niños como de niñas. Por otra, el trastorno se construye exclusivamente desde una mirada masculina que invisibiliza no solo a las niñas, sino también al género como categoría de análisis.

En este sentido, las diferencias entre niños y niñas en relación con la sintomatología y el pronóstico del trastorno se atribuyen únicamente a factores biológicos, sin que en la explicación de este hecho se presenten hallazgos concluyentes. De acuerdo con los análisis de autores como Bailey (2008), y con lo presentado en los resultados de este trabajo, el análisis de estas diferencias debe ir más allá de aspectos orgánicos, visibilizando el papel de aspectos estructurales que se ven reflejados en discursos sobre el género y en la cultura del cuidado, dentro de la cual se crean expectativas frente al rol que hombres y mujeres deben llevar a cabo y sobre eso se valora el ajuste del comportamiento.

Si bien es cierto que se requiere el análisis de un cuerpo más amplio de información para llegar a conclusiones más contundentes sobre el papel del género en la construcción del TDAH en nuestro contexto, por lo menos es posible proponer que, en el caso de las niñas, el acoger o no las actividades de cuidado que le son conferidas predominantemente a las mujeres, tiene un papel decisivo en si se dan o no las condiciones para el diagnóstico en ellas. Por otra parte, el abordaje que se le ha dado al trastorno en relación con el género (o con el sexo), incluso dentro de la literatura feminista, es claramente binario, borrando la posibilidad de un análisis que abarque otras posibles expresiones del self.

Finalmente, el TDAH puede ser visto también como una resistencia frente al poder normalizador, aquello que, en relación con la autonomía, Foucault entendió como una estética de la existencia. A pesar de ello, el autor también demostró que el poder nunca termina, nunca se supera, este se adapta hábilmente a los discursos de resistencia. En el caso del TDAH y de la información recolectada en esta investigación, puede observarse cómo, dentro de la misma construcción discursiva de la discapacidad y la limitación, se integra la crítica a la dicotomía normalidad/anormalidad dando lugar a las políticas de

inclusión social, mediante las cuales se sujeta al desviado y al mismo tiempo se legitima la diferencia esencial entre unos y otros.

Las pautas de crianza y las estrategias de manejo del niño hiperactivo en el aula se traducen en un juego de control y resistencias. Estas últimas se manifiestan de diferentes formas y a través de diferentes actores: el niño que no hace caso, la madre que rechaza el fármaco, la profesora que pide el cambio de salón, el padre que se ausenta o el que niega la enfermedad. Este juego se perpetúa gracias a las ideas sobre el riesgo, la peligrosidad de un trastorno que no le permitirá al niño o a la niña alcanzar el éxito por sí mismo, que no logrará el desarrollo pleno de su autonomía y libertad individual, valores tan apreciados en nuestra sociedad.

6.1 El Curso del TDAH en el Contexto Colombiano

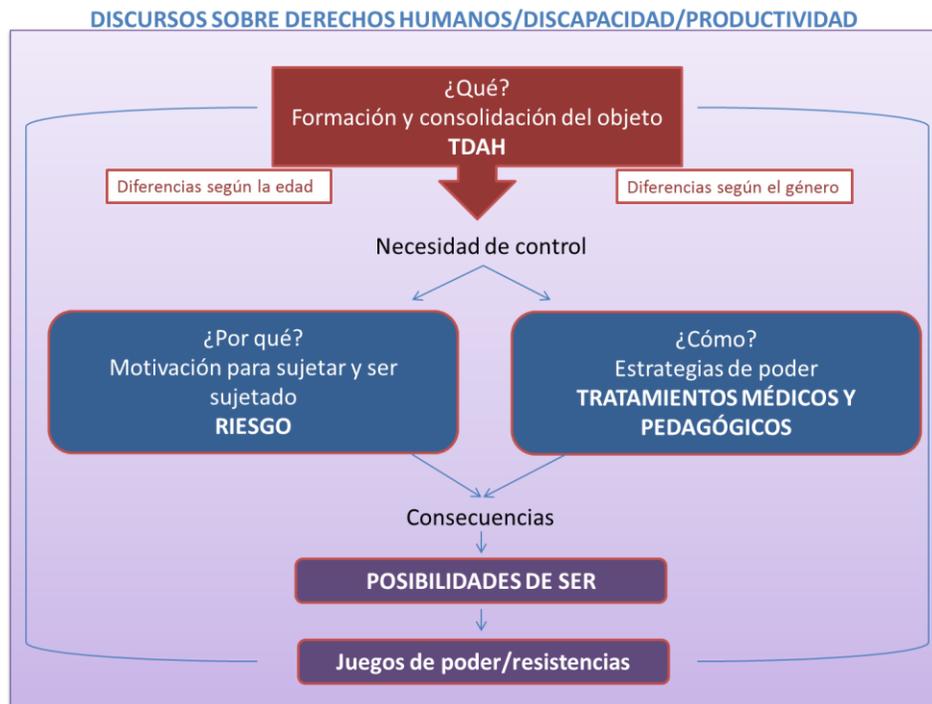
A partir de una mirada a los discursos sobre el TDAH en relación con estas tres nociones: el éxito, el riesgo y la discapacidad, es posible ver la relación entre las categorías de análisis propuestas en este trabajo. Si se quisiera proponer un punto de partida para el planteamiento de un modelo teórico que permita comprender el curso del TDAH en nuestro contexto, se podrían tener en cuenta dichos análisis como lo muestra la En primer lugar, este modelo se refiere a la formación del TDAH como una entidad patológica a la cual le ha sido otorgado un estatus de realidad, gracias, principalmente, a discursos médicos y de la psicología del desarrollo que determinan los límites entre la normalidad y la anormalidad. Debido a que es una entidad patológica bastante problemática, dada la escasez de evidencia sobre diferencias importantes en el cerebro de niños hiperactivos vs no hiperactivos, y adicionalmente a que agrupa comportamientos característicos de la población infantil, en diferentes sociedades se adopta diferencialmente a partir de sus dinámicas socio-culturales.

Figura 13.

En primer lugar, este modelo se refiere a la formación del TDAH como una entidad patológica a la cual le ha sido otorgado un estatus de realidad, gracias, principalmente, a discursos médicos y de la psicología del desarrollo que determinan los límites entre la normalidad y la anormalidad. Debido a que es una entidad patológica bastante problemática, dada la escasez de evidencia sobre diferencias importantes en el cerebro de niños hiperactivos vs no hiperactivos, y adicionalmente a que agrupa comportamientos característicos de la población infantil, en diferentes sociedades se adopta diferencialmente a partir de sus dinámicas socio-culturales.

Figura 13

Modelo explicativo del curso del TDAH en Colombia



Nota: Elaboración propia

En Colombia, aún no se adopta una definición clara del TDAH; esta más bien se ubica en medio de una tensión entre la conceptualización como trastorno o discapacidad, lo cual tiene implicaciones importantes en las prácticas cotidianas que se dan alrededor de estos niños. En general, es claro que el concepto de trastorno permite seguir manteniendo vigente su carácter de patología sin que se compruebe una etiología orgánica clara, mientras que el de discapacidad permite desde el ámbito jurídico implementar medidas para la rehabilitación dentro de las instituciones en las que el niño se desenvuelve.

De esta manera, tenemos en Colombia una idea formal del TDAH que se mueve entre dos definiciones con implicaciones materiales diferentes, pero que comparten el elemento común de la anormalidad y, por lo tanto, la misma capacidad de poner en peligro el futuro de quien lo padece.

La capacidad que se le atribuye al trastorno para disminuir considerablemente las expectativas de éxito futuro, entendido como la feliz adaptación a la vida social propia de un adulto saludable y productivo, se constituye en el eje articulador entre el objeto identificado como problemático y las técnicas que se usan para controlar sus consecuencias. Los riesgos derivados del trastorno que no es tratado oportunamente son el motivo por el cual el TDAH debe ser identificado, comunicado e intervenido lo más pronto posible durante la infancia.

Este riesgo es entendido como ineludible, por lo tanto, cualquier niño o niña del que se sospeche que padece de TDAH debe ser sometido a una serie de técnicas de disciplinamiento del cuerpo, que se basan principalmente en el control de sus movimientos en tiempo y espacio, tal como Foucault describió en su momento las técnicas y estrategias de poder. Lo que se supone que se logra con la aplicación de estas técnicas, es suplir la incapacidad del niño con TDAH para tomar el control de sus propios movimientos según las expectativas sociales de lo que se considera normal en ciertos ámbitos. Por ejemplo, se da por sentado que un niño "normal" aprenderá de forma natural conductas tales como quedarse sentado en su puesto de trabajo mientras la profesora explica una actividad, guardar todos sus útiles escolares en el momento para ello, levantar la mano para pedir la palabra, contener sus emociones para expresarlas de la forma adecuada y en el momento oportuno, etc.

El hecho de que un niño no demuestre los avances en el aprendizaje de estas conductas en el momento en el que se espera según su edad, se entenderá como indicio de un problema, y al no encontrar una causa suficientemente contundente para ello (lesión cerebral, retraso cognitivo, etc) estas dificultades serán atribuidas a un trastorno como el TDAH, para el cual se requerirá una intervención externa que consiste en tomar el control de aquellas tareas que, bajo condiciones normales, el niño debería estar en capacidad de controlar por sí mismo. Este (el control) solo le será devuelto nuevamente al niño de forma paulatina cuando demuestre que está en capacidad de administrarlo.

Cuando se revisan en detalle las técnicas de manejo del niño con TDAH tanto en el aula como en la casa, es posible ver que las mismas se tratan de una exacerbación de aquellas que son aplicadas, o por lo menos entendidas, tradicionalmente como los mecanismos adecuados que deben ser implementados por cuidadores para el desarrollo de los buenos hábitos de estudio.

Estrategias como separar un horario para hacer las tareas escolares, apagar el televisor mientras se estudia o pedirle al niño que anote lo que debe hacer y siga las instrucciones, son aspectos que se espera que un “buen cuidador” garantice. En el caso de los niños con TDAH, estas estrategias no cambian, simplemente el control que se hace sobre las mismas se vuelve mucho más exhaustivo. Por ejemplo, ya no se trata de decirle al niño que resuelva un problema de matemáticas, sino de vigilar y comprobar que el niño es capaz de llevar a cabo cada uno de los pasos que se requieren para la resolución de ese problema. Esto implica la vigilancia incluso de aquello que normalmente no es observable: qué pasa por la cabeza del niño a cada momento, lo que se garantiza vía la verbalización del pensamiento, técnica ampliamente utilizada en el tratamiento del TDAH.

Adicionalmente, es muy común escuchar que estas estrategias pueden optimizar el rendimiento de los demás alumnos en el aula, así no padezcan de TDAH, por lo que se recomienda adoptarlas para todos. De esta manera, las técnicas de disciplinamiento del cuerpo, que suelen aplicarse de forma tan sutil que el aprendizaje de las conductas esperadas pareciera darse de forma natural, dejan de estar ocultas, se hacen explícitas y contundentes. La justificación será la necesidad de su aplicación en virtud de un deber moral del adulto de garantizar que niños y niñas adquieran las herramientas necesarias para adaptarse exitosamente a la vida adulta.

En la práctica, según lo que se observa en los relatos que hacen parte de este trabajo, el niño queda atrapado en esta dinámica, principalmente entre la discusión de si sus “síntomas” son producto de una alteración orgánica o de un quebranto en la voluntad. No obstante, el comportamiento, la impulsividad y la falta de atención, siempre serán entendidos como problemáticos, esto no estará en discusión, por lo menos desde que el niño entra a la institución educativa.

Así bien, las consecuencias a las que se hace referencia en la Figura 13, se derivan tanto de la misma problematización del comportamiento infantil, como de las dinámicas de poder que se desencadenan a partir de allí.

En el primer caso, las posibilidades del *self*, para niños y niñas con diagnóstico o sospecha de TDAH, quedarán contenidas entre estos dos límites: el niño trastornado o el niño problemático. En la práctica, el niño no será ubicado de manera definitiva en uno de los dos polos, más bien transitará de uno a otro de acuerdo con situaciones o contextos particulares. Como se presentó en el apartado anterior, el entender los síntomas del TDAH como producto de un trastorno implica un desplazamiento de la responsabilidad: de la voluntad a la enfermedad, máxime cuando el origen del mismo es entendido como orgánico.

Lo que se evidencia en las prácticas cotidianas, por el contrario, es que tanto padres como profesores (estos en mayor medida que los primeros), siguen vinculando el comportamiento problemático con las intenciones del niño o de la niña, lo que explica en parte que el castigo físico y el mal trato en el aula sean tan comunes.

Respecto de las limitaciones al *self*, queda claro que en el momento en el que se identifica un signo asociado al trastorno, el niño ya no volverá a ser visto ni tratado como alguien “normal”, por lo que el desarrollo de su identidad se verá determinado por estos límites. Es de anotar también que ambos polos (niño enfermo o niño malo) serán generadores de procesos de estigmatización tal como lo proponen Corrigan y Watson (2002), y en ambos casos se hallaran razones para justificar la exclusión.

En el segundo caso, sobre las consecuencias derivadas de las dinámicas de poder y la aplicación de técnicas de disciplinamiento del cuerpo, es posible toparse con intentos de resistencia, que no solo provienen de los niños y niñas con el diagnóstico, sino también de los otros actores sujetos por ese poder: padres y profesores. En general, Foucault (1982)

señaló cómo el poder se iba ajustando a esas resistencias mediante la constante transformación de los discursos, lo cual se puede ver reflejado, por ejemplo, en cómo la propuesta de la inclusión social adopta las críticas sobre la división entre normalidad/anormalidad sin borrar completamente la línea divisoria entre los dos conceptos. Por otra parte, en lo que respecta a las prácticas cotidianas de los participantes de esta investigación, esos juegos de poder y resistencia darán como resultado una sujeción cada vez más fuerte y evidente, bajo la justificación del riesgo de fracaso y el deber moral de evitarlo.

Finalmente, en la Figura 13 se mencionan también dos elementos que tienen una participación importante en la construcción del TDAH, la edad y el género. Sin duda, ambas características del ser humano, que a su vez están sujetas a discursos socio-culturales que determinan las posibilidades de ser (así como el deber ser), por ejemplo, de hombres y mujeres o jóvenes o adultos, serán un elemento determinante en la forma como el TDAH es comprendido y problematizado. En el caso de la edad, ya se ha abordado el tema al señalar que el trastorno se ha asociado históricamente a la infancia ya que en ese momento inicia. Adicionalmente, en las últimas décadas el TDAH se ha conceptualizado como un problema del neurodesarrollo, lo que ha permitido identificar, como síntomas asociados a este, algunas conductas problemáticas en adultos.

Una de las razones por las cuales el trastorno no fue asociado desde un inicio con la adultez, es que sus síntomas varían de acuerdo con el momento en el ciclo de vida. En la infancia, los síntomas se relacionan con el desempeño académico, mientras que en el adulto con dificultades en la adaptación social, tales como la capacidad para entablar relaciones de pareja estables o mantener un trabajo a largo plazo. De acuerdo con esto, la relación entre estas dificultades y los síntomas en la infancia no son directas ni fácilmente observables. Las mismas, serán atribuidas a la falta de tratamiento oportuno, es decir, que el momento óptimo de intervención será la infancia.

En cuanto al género, con el análisis hecho a la información recolectada y a los relatos de los participantes, se corroboró lo que ya otros autores habían puesto de manifiesto y es que el TDAH ha sido construido principalmente como un trastorno masculino. En este sentido (contrario a lo que yo como investigadora esperaba), en general la sujeción se presenta con mayor fuerza y contundencia en el caso de los niños, lo que no significa que las niñas queden fuera de las dinámicas de poder generadas por el TDAH. Quiere decir

más bien, que la posibilidad de que los comportamientos problemáticos sean comprendidos como un posible cuadro de TDAH es mayor para los niños que para las niñas.

Ahora bien, en el momento en que una niña es diagnosticada con TDAH, la valoración moral de su comportamiento parece ser más clara y directa que en el caso de los niños, lo que puede estar relacionado con que los comportamientos problematizados se diferencian según el género. En otras palabras, aquellos actores encargados del cuidado identifican de forma diferencial las conductas a través de las cuales se expresa el trastorno. Un ejemplo de ello es el hecho de “intentar llamar la atención”, lo cual constantemente es entendido como una característica propia de niños y niñas con TDAH; en el caso de las niñas ese “llamar la atención” se sexualiza y, por lo tanto, se interpreta como inadecuado desde un punto de vista moral.

Otro ejemplo es la comprensión de hechos como no querer hacerse cargo de las labores del hogar como expresión del TDAH en las niñas, lo que muestra que el trastorno es interpretado aquí como un desajuste entre la forma de comportarse y las expectativas dadas a partir del género. Esto quiere decir que aquellos comportamientos que son entendidos como síntomas, no son los mismos en niños y niñas. Estas diferencias no necesariamente correspondan a aspectos biológicos, más bien están relacionadas con elementos discursivos que determinan los límites en la expresión del *self* en niños y niñas, mientras definen las expectativas sociales frente al género.

Por otra parte, los estudios sobre las consecuencias del TDAH muestran que este puede dar lugar a problemas de adaptación a la sociedad a corto y largo plazo, las cuales también son diferentes para cada sexo. Por ejemplo, se habla de mayor probabilidad de incurrir en conductas delictivas en el caso de los hombres y de comorbilidad con trastornos de ansiedad o depresión en el caso de las mujeres. Estos estudios atribuyen dichas consecuencias directamente al trastorno y al sexo, sin cuestionarse por el papel que juegan aspectos estructurales como los discursos acerca del cuidado, la familia, la discapacidad, etc., y que a su vez sostienen ideas sobre el deber ser de niños y niñas y sobre el futuro. Este es un tema que debe ser abordado ampliamente como un aporte a la discusión sobre la falta de atención a los aspectos socio-estructurales que determinan tanto la comprensión del trastorno como las consecuencias que se derivan del mismo.

La importancia del género en la comprensión de las dinámicas del TDAH, no se limita a las consecuencias sobre los mismos niños y niñas con el diagnóstico. Como fue posible ver en el apartado de resultados, su alcance es mucho mayor al relacionarse con la cultura del cuidado, actividad tradicionalmente asignada a las mujeres, y lugar donde, a través de los relatos, se sitúa una de las causas de la hiperactividad: la falta de autoridad paterna junto con un supuesto mal ejercicio del cuidado de la madre.

Así, las dinámicas sociales que se desatan a partir de la problematización de una serie de comportamientos y características en niños y niñas, que agrupados conforman un fenómeno denominado TDAH, son a todas luces bastante complejas. Parte de eso se debe a que su delimitación como entidad patológica es bastante problemática y difícil de sostener mediante demostraciones objetivas. Adicionalmente, la principal dificultad que se deriva de padecer TDAH es la falta de autonomía para ejercer el control de sí, misma que se requiere para lograr la adaptación a normas institucionales, en la mayoría de los casos estandarizadas, pero no por ello universales. Esto significa que la expresión del trastorno o los síntomas a los que este se asocia pueden variar según el contexto, al igual que la posibilidad de que sean identificados como un problema médico.

Por otra parte, los discursos formales alrededor del TDAH presentan bastantes rupturas, aún en un mismo contexto. En el nuestro, por ejemplo, dentro de la jurisprudencia el TDAH ha sido identificado como una limitación o discapacidad, por lo que debe ser tratada bajo los preceptos de la inclusión educativa, a pesar de lo cual este no es reconocido en la normatividad educativa como tal. Esto pone a las instituciones educativas y a sus miembros en una situación en la que deben dar un trato particular a estos niños sin contar con los recursos para hacerlo.

También hay contradicciones dentro de los relatos subjetivos en relación con el trastorno. Por ejemplo, como ya se anotó repetidas veces, el origen del mismo es aceptado como orgánico, sin embargo, no se abandona la idea de que los síntomas asociados se dan como resultado de la intención del niño o de su falta de voluntad para comportarse adecuadamente. Adicionalmente, la hiperactividad puede ser vista como algo normal en los niños, especialmente si son varones y muy pequeños, por lo que solo se vuelve problemática bajo ciertas circunstancias.

Estas contradicciones terminan diluyendo la línea que divide lo que es normal de lo que no lo es, incrementando las dudas de algunos críticos sobre el estatus de realidad del trastorno, pero a la vez favoreciendo una idea de excepcionalidad del mismo que hace que solo pueda ser entendido y atendido por expertos. En ese proceso, se consolida otra división: la del conocimiento. Los actores involucrados se verán divididos entre quienes saben del tema y quienes no. Los primeros serán los médicos, los segundos los padres y el resto de integrantes de la comunidad que son ajenos al tema. En la mitad quedan los profesores, quienes, si bien no son expertos, dada su experiencia en el trabajo con niños se les atribuye una capacidad especial de intuición para detectar la presencia de un problema. Padres y profesores deben aprender las técnicas de manejo del niño hiperactivo, las cuales serán dadas por la medicina, así el ejercicio educativo y pedagógico adquiere un carácter médico.

Esta distribución del conocimiento sobre el TDAH se mantiene en general con una excepción: los colegios especializados. Allí se supone que los profesores deben tener un mayor conocimiento del trastorno y de su tratamiento. En el caso de los colegios de este tipo que se incluyeron en esta investigación, se encontró que además tienen una comunicación más directa con instituciones de salud.

En estos círculos cerrados de conocimiento experto, las posturas críticas no son bienvenidas. Así, el conocimiento que puede poner en peligro la estabilidad del objeto problematizado es fuertemente excluido, bajo el mismo argumento del riesgo. Dudar de la existencia del TDAH es poner en peligro el futuro del niño o de la niña que lo padece. Este poder cuyo ejercicio se asegura con la contundencia del conocimiento experto, tocó incluso este proceso de investigación cerrando varias puertas en diferentes momentos; el primero durante el contacto inicial con las instituciones, la mayoría de las cuales rechazaron que se hiciera allí la investigación, y el segundo, cuando los colegios especializados que aceptaron hacer parte de esta no permitieron que se desarrollaran entrevistas con los niños ni sus padres.

Tratándose el TDAH, como ya se ha dicho, de una entidad clínica tan problemática, cuidar la exclusividad del saber sobre el mismo es muy importante, especialmente para este tipo de instituciones cuya continuidad depende de la existencia de trastornos como este. De la misma manera, la posibilidad de sujetar a aquellos que con su comportamiento o forma de ser representan amenazas para el mantenimiento de normas institucionales que

garantizan un tipo de socialización al servicio del sistema productivo, se sostiene en diferentes tipos de discursos capaces de predecir consecuencias y de prescribir tratamientos: el conocimiento clínico-científico y la obligatoriedad legal.

6.2 Conclusiones

Para finalizar este documento, se presentan a continuación las conclusiones generales que se derivan del análisis discursivo aplicado a los documentos formales y a los relatos de los participantes de la investigación, así como de una lectura global de la producción bibliográfica sobre el TDAH.

En primer lugar, una lectura cuidadosa de la información recolectada permite afirmar que el TDAH se constituye principalmente como un constructo socio-cultural que ha sido reificado a partir de la conjunción de varios elementos provenientes de discursos médicos y normas institucionales. Tal como lo afirmaron (Bergey & Filipe, 2018), este se gestó en Estados Unidos y fue importado a partir de procesos globalizadores al resto del mundo. A pesar de ello, el objeto inicial no se ha mantenido intacto, ha sufrido importantes mutaciones a lo largo del tiempo y a través de las diferentes sociedades que lo han acogido, las cuales pasan por su definición y comprensión misma hasta el tratamiento y su pronóstico.

La comprensión del trastorno puede incidir tanto en la probabilidad de que este sea diagnosticado como en el tratamiento que se le da. Para el primer caso, muchos autores han atribuido las diferencias en la prevalencia detectada en diferentes sociedades a cuestiones metodológicas, principalmente a la elección de unos estándares diagnósticos (DSM o CIE). Sin embargo, bajo una mirada más profunda, incluso la elección de dichos estándares refleja una diferencia en la concepción del TDAH, ya que ambos centran su atención en aspectos diferentes.

En el segundo caso, a partir de la concepción que se tenga del trastorno se dará un curso de tratamiento particular. En nuestro contexto, por ejemplo, el hecho de que el TDAH sea detectado principalmente en el colegio y este afecte el cumplimiento de las normas escolares, permite que sea entendido como un trastorno ligado a la ocupación del individuo y por lo tanto la línea de tratamiento central es la terapia ocupacional.

Aunque no hay estudios sobre la prevalencia del tratamiento farmacológico en nuestro país, a partir de la muestra de participantes y de las historias clínicas, es posible afirmar que esta no es muy alta ya que el metilfenidato, principal medicamento recetado en Colombia, no es muy bien valorado por los padres de familia. Lo contrario sucede con los docentes, quienes advierten un beneficio mayor que el mero control del niño al identificar una función social al permitir el desarrollo normal de las clases.

Otro argumento a favor del TDAH como constructo socio-cultural es el hecho de que los comportamientos y demás signos que lo conforman solo se expresan cuando el niño ingresa a la institución escolar, lo que lo vincula claramente al contexto. Incluso en algunas ocasiones, los padres mantienen la idea de que el niño es “normal” y dejan de administrarle el medicamento los fines de semana o durante las vacaciones.

Adicionalmente, las historias clínicas estudiadas y los casos analizados muestran evidencia sobre un tema que no ha sido tenido en cuenta de forma suficiente: la gran cantidad de comorbilidades que acompañan al TDAH. En todos los casos estudiados se encuentra al menos una comorbilidad. Estas enfermedades o trastornos que se presentan a la par con el TDAH pueden ser varias y van desde alergias respiratorias hasta trastornos como el de oposición desafiante. También es muy común encontrar niños a los que se les ha dicho que tienen un retraso cognitivo leve o tienen un CI limítrofe y al mismo tiempo se les diagnostica con el trastorno. Esta particularidad hace dudar que el TDAH pueda realmente presentarse como una entidad “pura” claramente diferenciable de otras, tanto en sus síntomas como en la manera como interfiere en la relación del individuo con su entorno.

Así, el TDAH solo puede sostenerse si se dan ciertas condiciones. Además de las mencionadas en los párrafos anteriores, su existencia solo podrá darse si se naturalizan algunas ideas, como por ejemplo la de que el niño es un ser en formación y que, de no alcanzar unas metas de aprendizaje particulares según su edad, no podrá ser exitoso en la vida adulta. Estas ideas de éxito también están ligadas a unas estructuras sociales particulares, no son universales y solo son útiles para un sistema productivo como el capitalista.

El sistema capitalista ha configurado las relaciones de género y estas también han tenido un efecto en la forma como se adopta y entiende el TDAH. Al respecto, este se ha adoptado

como un trastorno principalmente masculino, por lo que las conductas que lo representan también son entendidas como propias de los niños más que de las niñas. Debido a que la socialización se da de manera diferente según el sexo, algunas conductas relacionadas con la hiperactividad pueden ser reprimidas con mayor severidad en las niñas, por lo que en ellas se identifican con más frecuencia síntomas de otro tipo que son atribuidos a un TDAH, más relacionados con la impulsividad y el déficit de atención.

De acuerdo con lo que se observó en los relatos de los participantes, aquello que es visto como problemático en las niñas se enmarca en la cultura del cuidado y el deber ser de una mujer dentro de esta. Las niñas son sujetadas por exhibir formas de ser lejanas a una disposición de hacerse cargo del hogar y de otros; se sujeta cuando muestra actitudes que son contrarias a lo que se espera de una niña que será una futura madre. En el caso de los niños, es común escuchar preocupaciones acerca de su vida productiva en el futuro, es decir, en relación con el éxito laboral. De acuerdo con esto, a pesar de los cambios ocurridos en las últimas décadas en relación con los roles masculinos y femeninos, en los relatos de los participantes de esta investigación parece mantenerse la identificación tradicional del hombre con el ámbito público y de la mujer con la vida privada.

A partir de esta misma división se identifican otras causas del TDAH diferentes a las relacionadas con su origen orgánico. En ese sentido, la gran mayoría de docentes asumen que una de las causas del TDAH está en la mala crianza, principalmente ejercida por la madre, así como en la ausencia paterna, cuyo principal propósito es trazar el camino de esta a partir del ejercicio de la autoridad. Debido al sentimiento de culpa que esto genera en las madres, muchas de ellas renuncian a sus trabajos para tener tiempo suficiente para hacerse cargo de sus hijos, abandonando el espacio público y retornando al privado.

Estas divisiones de género tendrán consecuencias importantes para la vida de niños y niñas. En el caso de los primeros, es claro que serán diagnosticados con mayor frecuencia que las niñas ya que los síntomas que exhiben rompen las normas institucionales de forma más directa, así que serán sometidos a tratamientos médicos con mayor probabilidad. A pesar de ello, el comportamiento de las niñas que obtienen el diagnóstico es juzgado y controlado de una forma más fuerte, ya que los síntomas son vistos como moralmente inadecuados.

Por otra parte, tal como lo identificaron algunas investigadoras, las niñas podrían estar en desventaja cuando presentan dificultades de adaptación a su entorno, ya que estas son muchas veces ignoradas por lo que no recibirían ayudas institucionales para lograr un desempeño escolar adecuado. Mientras las expectativas de éxito y las ideas normalizadas sobre el deber ser de hombres y mujeres no sean cuestionadas, este hecho seguirá poniendo a las niñas en una desventaja considerable, punto que debe considerarse de forma crítica teniendo en cuenta que los diagnósticos de TDAH, como los de otros trastornos, pueden representar también algunos beneficios en términos de ventajas para quienes son objeto de estos.

Del análisis hecho se concluye que la existencia del TDAH se mantiene porque le es útil a estructuras sociales cuyo sistema productivo es principalmente capitalista, el cual requiere de individuos que sean útiles y productivos. De esta manera, las políticas y normas se orientan a lograr que individuos que en principio carecen de lo necesario para controlarse a sí mismos y hacer aportes a la comunidad según expectativas sociales, puedan hacerlo a partir de un tratamiento especial que se basa en el control y supervisión constante. Esto se hace bajo el argumento de que todos los seres humanos, y en especial los niños, tienen derechos que deben ser garantizados y uno de ellos es la posibilidad de gozar de pleno bienestar y buena salud mental, lo que se resume en que cada individuo pueda participar de la vida social haciendo aportes a la misma.

Unido a esto, el concepto moderno de salud se basa en un discurso donde la responsabilidad de lograr un estado de salud óptimo no solo es deseable, sino que es en gran parte responsabilidad del mismo individuo, o en el caso de los niños con diagnóstico de TDAH, de sus cuidadores. La imposibilidad material de alcanzar este ideal (impuesto socialmente) desencadena procesos de medicalización de la vida cotidiana que mantienen la sujeción de los cuerpos a técnicas de evaluación y corrección constantes, las cuales toman la forma de un control directo sobre los movimientos del cuerpo del niño con TDAH que nunca alcanza la cura.

El poder que se ejerce sobre los cuerpos de niños y niñas con diagnóstico de TDAH, y sobre sus cuidadores, circula a través de discursos que convierten en una realidad incuestionable la concepción de los derechos humanos y del derecho al acceso a la educación como forma de lograr la igualdad. Estos discursos son hegemónicos en la medida en que son legitimados por la autoridad médica y como tal, se excluyen otros que

le son alternativos. Adicionalmente, es un poder que se ejerce de forma mucho más directa que en cualquier otra situación, ya que se pone de relieve un peligro inminente para la correcta adaptación a la vida social de quien lo padece. Así, también se hace explícito a través de la legislación y la jurisprudencia: ejercer el control de estos niños y niñas es un deber moral y legal.

Como lo manifestó Foucault a través de su obra, el ejercicio del poder sobre el cuerpo de las personas restringe o limita las posibilidades del *self*, en este caso, los niños con este diagnóstico desarrollan su identidad entre dos límites: el de niño problemático (que para el caso de las niñas puede leerse más como niña moralmente desviada o mala) o niño(a) hiperactivo(a). Los discursos que mantienen la circulación del poder se caracterizan por crear opuestos como el de la normalidad y la anormalidad. A pesar de las críticas contundentes y la deconstrucción de los discursos, estos, al igual que sus técnicas de poder terminan transformándose constantemente y absorbiendo aquello que se supone podría destruirlos. De esta manera estos opuestos se mantienen, aunque sea de una forma más sutil y difícil de identificar dentro de las nociones de derechos e inclusión social.

Las limitaciones para el desarrollo de la identidad de niños y niñas con diagnóstico de TDAH señaladas en el párrafo anterior, someten al sujeto a una serie de exclusiones en diferentes ámbitos de la vida; lo excluyen de la posibilidad de pasar desapercibido, y en ocasiones también de la vida escolar al ser expulsado del colegio. Estas también se ven representadas en el hecho de que su estatus no esté claramente establecido: ¿trastornado o discapacitado? quedando por fuera de los programas institucionales de inclusión diseñados para mejorar el desempeño académico de los alumnos con problemas de aprendizaje.

En el marco de estos juegos de poder y resistencia, se puede observar cómo el poder libera al mismo tiempo que sujeta. Esto se refleja en dinámicas como aquellas en las que un diagnóstico de TDAH puede liberar a la madre de la culpa por la mala crianza, pero al mismo tiempo ciernen sobre ella la responsabilidad de aplicar las técnicas de poder derivadas de la medicina, de lo contrario será culpada por su negligencia.

Es importante señalar que, si bien una de las características metodológicas más notorias en la obra de Foucault fue su falta de acercamiento con los sujetos, ya que sus fuentes principales de investigación eran textos de orden prescriptivo en los que suponía que se

hallaban las claves discursivas para la creación de los objetos y su problematización, en este trabajo se consideró importante la participación de los actores involucrados en el curso del TDAH, lo que permitió comprender las rupturas que se dan entre los discursos legitimados por alguna autoridad debido a su saber, y las formas en las que estos son aprehendidos por los sujetos que se topan con ese poder y que, en últimas, serán los encargados de recrear y mantener su circulación.

Gracias a esto, se identificó la función de algunos de los elementos discursivos más relevantes dentro de los discursos sobre el TDAH. Uno de ellos es el reconocimiento de un conocimiento experiencial que se le otorga a los docentes, mediante el cual se explica el porqué el TDAH solo surge en el momento de la institucionalización. Adicionalmente, le concederá un poder especial al docente quien al enunciar la posibilidad del diagnóstico lo convierte en una realidad de la cual se desprenderán prácticas y estrategias de control sobre el niño, independientemente de la confirmación médica del trastorno.

Otro elemento discursivo relevante se refleja en la dicotomía éxito-fracaso y en la noción de riesgo, a partir de las cuales se establece la necesidad de rehabilitación como un deber moral, en parte del niño, pero principalmente de sus cuidadores y de las instituciones del Estado. Así mismo, por vía de la aceptación de los derechos humanos como precepto universal y de las políticas de inclusión social como consecuencia de esto, se crean las condiciones discursivas necesarias para ejercer un poder directo basado en el control sobre quienes padecen un trastorno o discapacidad mental que afecta su autonomía, que está por encima del valor de la libertad individual.

De esta manera el tratamiento médico del TDAH y su extensión al ámbito pedagógico adquiere una función social (tal como lo señaló Foucault) y, a partir de esto, en nuestro contexto un carácter legal que implica una protección especial de niños y niñas con esta discapacidad. Esta necesidad de intervención sobre el cuerpo del niño y de la niña es naturalizada y, adicionalmente, se vuelve incuestionable al ser investida de la responsabilidad moral del autocuidado y del cuidado de un otro concebido como particularmente vulnerable.

Desde el momento en el que un docente identifica un problema, el cual en la mayoría de los casos se confirma mediante el diagnóstico, la identidad del niño o la niña queda anclada a la patología, a partir de lo cual no solo se justificará la aplicación de técnicas de poder y

control directas (algunas de ellas también sutiles como en el caso de la autorregulación grupal) sobre su cuerpo, sino que también, paradójicamente, se le otorgarán ventajas a partir de los programas institucionales de inclusión social. En el caso de los niños con diagnóstico de TDAH en Colombia, esto no es tan evidente debido a la desconexión que aún existe entre las políticas de Estado y la normatividad que regula el sector educativo, sin embargo, se evidencia en las decisiones jurisprudenciales de la Corte Constitucional y en las recomendaciones de psicólogos y psiquiatras, que le otorgan pequeñas ventajas al niño, principalmente en las situaciones de evaluación, legitimando nuevamente su discapacidad.

El poder circula así a través de los discursos sobre la salud y la enfermedad mental en general, y de los discursos sobre el TDAH en particular, materializándose en políticas y prácticas institucionales que sustentan y se configuran como técnicas y estrategias de control cuya aplicación se garantiza por vía de la moralidad del cuidado.

En otras palabras, los discursos sobre la discapacidad y la inclusión social, que se fundamentan en una noción moderna de derechos individuales, tienen la función de naturalizar la operación del biopoder y garantizar su circulación; además son muy eficaces puesto que se les ha ungido de un carácter moral que los hace incuestionables. Si bien el paso de las políticas de integración a las de inclusión se da en parte debido al cuestionamiento de un lenguaje que divide lo normal de lo anormal en una apuesta por “normalizar” la diversidad, y a un intento por resaltar el papel de la comunidad en la garantía material del derecho, incluir a ese otro diverso, solo es posible desde formas radicales del individualismo. En este juego de poder, la inclusión reafirma la función del diagnóstico y lo legitima, al mismo tiempo que este define la expresión de la identidad y reifica el trastorno.

A. Anexo 1: Consentimiento Informado. Participantes cuidadores “Narrativas de niños y niñas sobre el diagnóstico de hiperactividad. Un análisis de género”

A través de este documento manifiesto mi intención de participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Ángela María Vargas Rodríguez. He sido informado(a) de que el objetivo de este estudio es hacer un análisis de la vida social y familiar de los niños diagnosticados con Déficit de Atención e Hiperactividad. Reconozco que el alcance de este trabajo es investigativo y NO terapéutico.

Me han indicado que se me pedirá conversar acerca del diagnóstico de mi hijo(a) durante una entrevista, lo que me tomará aproximadamente de 60 a 90 minutos. Conozco que ocasionalmente se acordarán visitas en mi casa y en el centro educativo en el que estudia mi hijo(a). Conozco también que se le hará una entrevista individual a mi hijo(a), y que el objetivo de la misma NO es corroborar el diagnóstico ni hacer un tratamiento terapéutico.

Manifiesto que se me ha informado que:

La información que yo provea en el curso de esta investigación será grabada para su transcripción posterior, que la misma es completamente confidencial y anónima, y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento, que al transcribir el contenido de la entrevista el material de grabación será destruido.

Puedo hacer preguntas sobre el estudio en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Puedo negarme a responder las preguntas que considere incómodas o hacérselo saber al investigador para llegar a un acuerdo al respecto.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Ángela Vargas al teléfono 3044080718, o a través del correo electrónico amvargasro@unal.edu.co.

Puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la investigadora al teléfono o correo electrónico anteriormente mencionados.

La presente investigación es conducida por la Psicóloga Ángela María Vargas Rodríguez, estudiante del Doctorado en Psicología - Universidad Nacional de Colombia.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____ Fecha _____

B. Anexo 2: Consentimiento Informado. Participantes menores de edad. Investigación “Narrativas de niños y niñas sobre el diagnóstico de hiperactividad. Un análisis de género”

Nosotros, _____ identificado(a) con C.C. _____ y _____ identificado(a) con C.C. _____, en calidad de padres/tutores legales de _____ manifestamos que hemos sido informados acerca del procedimiento general del presente estudio, los objetivos, duración, finalidad, posibles riesgos y beneficios del mismo, así como sobre la posibilidad de abandonarlo cuando el participante menor de edad o sus padres/tutores legales así lo deseen.

Conociendo dicha información, así como el tratamiento confidencial que se le dará a los datos recolectados durante las entrevistas, decidimos voluntariamente OTORGAR nuestro consentimiento para la participación del citado menor en el presente estudio, conducido por la Psicóloga Ángela María Vargas Rodríguez, estudiante del Doctorado en Psicología - Universidad Nacional de Colombia.

Nombre de la madre/padre/tutor legal _____

Firma: _____

Nombre de la madre/padre/tutor legal _____

Firma: _____

Fecha: _____

C. Anexo 3: Asentimiento informado. Participantes niños y niñas “Narrativas de niños y niñas sobre el diagnóstico de hiperactividad. Un análisis de género”

Hola, mi nombre es Ángela María Vargas Rodríguez, soy estudiante de la Universidad Nacional de Colombia. En este momento estoy haciendo una investigación sobre los niños y las niñas que han sido diagnosticados(as) con TDAH, por lo que quiero pedirte que me apoyes. El objetivo de este estudio es comprender como es la vida de estos niños y niñas en la casa, en el colegio y con sus compañeros.

Tu participación en el estudio consistiría en hacer un dibujo que me muestre cómo es tu vida diaria mientras me vas contando tu historia.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, puedes decir que no así tus padres hayan dado su autorización. También es importante que sepas que puedes dejar de participar en el estudio en cualquier momento, así como dejar de responder las preguntas que te parezcan incómodas o para las que no sepas la respuesta.

Toda la información que nos proporcionas nos ayudarán a conocer mejor lo que piensan y sienten los(as) niños(as) diagnosticados con TDAH.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas un () en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: _____ de _____ de _____.

D. Anexo 4: Consentimiento Informado. Participantes docentes “Narrativas de niños y niñas sobre el diagnóstico de hiperactividad”

A través de este documento manifiesto mi intención de participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Ángela María Vargas Rodríguez. He sido informado(a) de que el objetivo de este estudio es hacer un análisis de la vida social y familiar de los niños diagnosticados con Déficit de Atención e Hiperactividad. Reconozco que el alcance de este trabajo es investigativo y NO terapéutico.

Me han indicado que se me pedirá conversar acerca de mi experiencia docente con niños diagnosticados con TDAH durante una entrevista, lo que me tomará aproximadamente de 60 a 90 minutos. Conozco que se acordarán visitas en el centro educativo en el que trabajo.

Manifiesto que se me ha informado que:

- La información que yo provea en el curso de esta investigación será grabada para su transcripción posterior, que la misma es completamente confidencial y anónima, y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento, que al transcribir el contenido de la entrevista el material de grabación será destruido.
- Puedo hacer preguntas sobre el estudio en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Puedo negarme a responder las preguntas que considere incómodas o hacérselo saber al investigador para llegar a un acuerdo al respecto.
- De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Ángela Vargas al teléfono 3044080718, o a través del correo electrónico amvargasro@unal.edu.co.
- Puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la investigadora al teléfono o correo electrónico anteriormente mencionados.

La presente investigación es conducida por la Psicóloga Ángela María Vargas Rodríguez, estudiante del Doctorado en Psicología - Universidad Nacional de Colombia.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____ Fecha _____

E. Anexo 5: Consentimiento Informado. Participantes orientadores “Narrativas de niños y niñas sobre el diagnóstico de hiperactividad”

A través de este documento manifiesto mi intención de participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Ángela María Vargas Rodríguez. He sido informado(a) de que el objetivo de este estudio es hacer un análisis de la vida social y familiar de los niños diagnosticados con Déficit de Atención e Hiperactividad. Reconozco que el alcance de este trabajo es investigativo y NO terapéutico.

Me han indicado que se me pedirá conversar acerca de mi experiencia en la orientación escolar de niños diagnosticados con TDAH durante una entrevista, lo que me tomará aproximadamente de 60 a 90 minutos. Conozco que se acordarán visitas en el centro educativo en el que trabajo.

Manifiesto que se me ha informado que:

- La información que yo provea en el curso de esta investigación será grabada para su transcripción posterior, que la misma es completamente confidencial y anónima, y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento, que al transcribir el contenido de la entrevista el material de grabación será destruido.
- Puedo hacer preguntas sobre el estudio en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Puedo negarme a responder las preguntas que considere incómodas o hacérselo saber al investigador para llegar a un acuerdo al respecto.
- De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Ángela Vargas al teléfono 3044080718, o a través del correo electrónico amvargasro@unal.edu.co.
- Puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar a la investigadora al teléfono o correo electrónico anteriormente mencionados.

La presente investigación es conducida por la Psicóloga Ángela María Vargas Rodríguez, estudiante del Doctorado en Psicología - Universidad Nacional de Colombia.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____ Fecha _____

F. Anexo 6: Guías temáticas para el desarrollo de las entrevistas.

Entrevista episódica padres

Temas a explorar

1. Descripción general de la familia y de la vivienda

Entrevista y observación de la vivienda en caso de que la entrevista se haga allí

2. Momento en el que se hace el diagnóstico

Edad del niño, etapa escolar

3. Descripción del proceso desde que se identificaron los primeros síntomas hasta que se dio el diagnóstico

Indagar cómo se percibía al niño antes de entrar a una institución escolar, incluso indagar sobre el embarazo y su contexto

Profundizar en las razones que llevaron al Dx. De quién fue la recomendación, cómo se identificó el problema, cuáles fueron los primeros síntomas

Describir el trascurso de la problematización del comportamiento del niño

4. Tratamiento prescrito - Pautas de crianza

Incluir terapias, recomendaciones por parte de profesionales de la salud y tratamientos farmacológicos

Profundizar en qué hacen los cuidadores en la casa para manejar el tema, si siguen o no los tratamientos prescritos o cómo lo hacen

Indagar sobre las estrategias de crianza – profundizar en métodos correctivos (cómo se castiga al niño)

Funcionalidad de las estrategias aplicadas – los cuidadores evalúan como efectivos o no los tratamientos y las pautas de crianza

5. Profesionales que han tratado al niño(a)

Quiénes, cuándo y con qué frecuencia

6. Descripción del(la) niño(a) antes del diagnóstico

7. Descripción del(la) niño(a) después de iniciar tratamiento

8. Descripción de la relación padres/hijo(a) y hermanos
9. Relación de los padres con la institución educativa
10. Identificación de los aspectos más problemáticos del trastorno (cómo se imaginan los padres a su hijo(a) si no sufriera de TDAH)
11. Expectativas y/o pronóstico

Cómo ven a su hijo en el futuro (Evaluar percepción de riesgo) - Consecuencias emocionales y familiares

Narraciones autobiográficas niños y niñas

Temas a explorar

1. ¿Qué significa tener TDAH?

En caso de que el niño(a) no sepa del Dx, no mencionarlo y centrarse únicamente en la autodescripción.

Usar el dibujo de sí mismo u otros recursos didácticos para desencadenar la narración autobiográfica

Profundizar en cómo se describe el niño con respecto a los demás, si se siente igual o diferente a sus pares, hermanos, etc

Identificar los espacios en los que se desarrolla su vida, especialmente los relacionados con el TDAH como fundaciones, hospitales, etc. Y las actividades que desarrolla con su frecuencia

2. ¿Cómo me ven los otros?

Utilizar juego de roles en el que el niño actúa como par (amigo, compañero de clase) y otros significativos. Solicitar que se describa desde el punto de vista de los otros

Evaluar las redes sociales, cuántos amigos tiene el niño, de dónde son, si se siente aislado

3. ¿Cómo se comportan conmigo mis padres y profesores?

Intentar profundizar en los adjetivos que usan para referirse al niño y en las pautas educativas y de crianza. Profundizar en métodos correctivos o castigo

4. ¿Cómo me veo a futuro?

Preguntar qué quiere ser cuando grande, indagar sobre las habilidades y dificultades que el niño cree tener para el desarrollo de esa actividad en el futuro

En caso de que el niño tenga tratamiento farmacológico

5. ¿He tomado fármacos para el TDAH?
6. ¿Cómo me siento cuándo los tomo?
7. ¿Es importante para mí tomar el fármaco?
8. ¿Qué pasa si no lo tomo?
9. ¿Lo tomo siempre o solo en algunas ocasiones? ¿cuáles?

Grupos de discusión profesores

Temas a explorar

1. Descripción del niño(a) con TDAH
2. Diferencias entre los niños(as) con hiperactividad y los que tienen DA
3. Diferencias entre niños y niñas
4. Estrategias de intervención en el aula
5. Expectativas y pronóstico

Entrevista abierta orientadores

Temas a explorar

1. Descripción del niño(a) con TDAH

Qué lo diferencia de los demás niños que requieren orientación escolar

2. Estrategias sugeridas a padres y profesores

Cuáles son las recomendaciones que se le dan a padres y profesores según el Dx específico

Indagar sobre las ideas acerca del rol de cada uno, en qué fallan haciendo alusión a casos específicos

3. Papel del profesional de la salud

Ideas acerca de cuál debería ser el rol del profesional de la salud y cómo debería ser su relación con la institución educativa

4. Diferencias entre niños y niñas

Evaluar este punto solicitando a la persona que describa situaciones reales con niños y niñas con este Dx y cómo las trabajó, cuáles fueron sus recomendaciones y cómo se hizo el seguimiento

5. Experiencia personal/emocional frente a estos casos

Evaluar cómo se siente la persona cuando recibe estos casos, especialmente en lo que se refiere a su auto-eficacia

Cómo es su relación con padres y profesores

6. Expectativas y pronóstico

Evaluar las ideas sobre el futuro de los niños con TDAH

Bibliografía

- Aboul-ata, M. & Amin, F. (2018). The Prevalence of ADHD in Fayoum City (Egypt) Among School-Age Children: Depending on a DSM-5-Based Rating Scale. *Journal of Attention Disorders*, 22(2), 127-133. <https://doi.org/10.1177/1087054715576917>
- Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Medical Journal*, 48(5), 385-391. <http://www.smj.org.sg/article/gender-differences-mental-health>
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2019). Ficha técnica Montelukast Accord. http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/p/75574/Prospecto_75574.html.pdf
- Al-Ghannami, S. S., Al-Adawi, S., Ghebremeskel, K., Cramer, M. T., Hussein, I. S., Min, Y., Jeyaseelan, L., Al-Sibani, N., Al-Shammakhi, S. M., Al-Mamari, F. & Dorvlo, A. S. (2018). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Parental Factors in School Children Aged Nine to Ten Years in Muscat, Oman. *Oman Medical Journal*, 33(3), 193-199. <http://dx.doi.org/10.5001/omj.2018.37>
- Alizadeh, H., Armion, E., Coolidge, F. L., Flores, Z. D. & Sutton, C. E. (2015). The Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among Primary School Students in an Iranian Rural Region. *Psychology*, 6(3), 263-268. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2015.63026>
- Ambuabunos, E. A., Ofovwe, E. G. & Ibadin, M. O. (2011). Community survey of attention-deficit / hyperactivity disorder among primary school pupils in Benin City, Nigeria. *Annals of African Medicine*, 10(2), 91-96. <http://dx.doi.org/10.4103/1596-3519.82065>
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2a ed.)*. American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3a ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a ed. R.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Amiri, S., Shafiee-Kandjani, A. R., Fakhari, A., Abdi, S., Golmirzaei, J., Rafi, Z. A. & Safikhanlo, S. (2013). Psychiatric Comorbidities in ADHD Children: An Iranian Study among Primary School Students. *Archives of Iranian Medicine*, 16(9), 513-517. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.04.732>
- Andermann, L. (2010). Culture and the social construction of gender: Mapping the intersection with mental health. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 501-512. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.506184>
- Angulo, S., Cristóforo, A., Míguez, M. N. & Sánchez, L. (2018). Inmediatez y conflicto. Medicación con psicofármacos en las infancias y adolescencias del Uruguay. En S. Faraone & E. Bianchi (Comps.) *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina* (401-424). Teseo.
- Ariès, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen* (Trad. N. García Guadilla). Taurus. (Trabajo original publicado en 1960).
- Arns, M., van der Heijden, K. B., Arnold, L. E. & Kenemans, J. L. (2013). Geographic Variation in the Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: The Sunny Perspective. *Biological Psychiatry*, 74(8), 585-590. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.02.010>

- Arruda, M. A., Querido, C. N., Bigal, M. E. & Polanczyk, G. V. (2015). ADHD and Mental Health Status in Brazilian School-Age Children. *Journal of Attention Disorders*, 19(1), 11-17. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054712446811>
- Bachmann, C. J., Wijlaars, L. P., Kalverdijk, L., Burcu, M., Glaeske, G., Schuiling-Veninga, C. C., Hoffmann, F., Aagaard, L. & Zito, J. (2017). Trends in ADHD medication use in children and adolescents in five western countries, 2005–2012. *European Neuropsychopharmacology*, 27(5), 484-493. <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.03.002>
- Bailey, S. (3-6 de septiembre de 2008). Disordered performances: schooling gender & ADHD [Ponencia]. British Educational Research Association Annual Conference, Heriot-Watt University, Edinburgh, Reino Unido. <http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/174376.pdf>
- Bailey, S. (2013). *Exploring ADHD: An ethnography of disorder in early childhood*. Routledge.
- Bakare, M. O. (2012). Attention deficit hyperactivity symptoms and disorder (ADHD) among African children: a review of epidemiology and co-morbidities. *African Journal of Psychiatry*, 15(5), 358-361. <http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v15i5.45>
- Balázs, J. & Keresztény, A. (2014). Subthreshold attention deficit hyperactivity in children and adolescents: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(6), 393-408. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-013-0514-7>
- Bálint, S., Czobor, P., Komlósi, S., Mészáros, Á., Simon, V. & Bitter, I. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): gender- and age-related differences in neurocognition. *Psychological Medicine*, 39(8), 1337-1345. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291708004236>
- Barcala, A. (2018). Políticas de salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su participación en los procesos de medicalización del sufrimiento psíquico de niñas y niños. En S. Faraone & E. Bianchi (Comps.). *Medicalización, salud mental e*

- infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina (pp. 149-164). Teseo.
- De la Barra, F. E., Vicente, B., Saldivia, S. & Melipillan, R. (2013). Epidemiology of ADHD in Chilean children and adolescents. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s12402-012-0090-6>
- Barragán, E., De la Peña, F., Ortiz, S., Ruiz, M., Hernández, J., Palacios, L. & Suárez, A. (2007). Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 64(5), 326-343. <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2007/hi075i.pdf>
- Bauermeister, J. J., Shrout, P. E., Ramírez, R., Bravo, M., Alegría, M., Martínez-Taboas, A., Chávez, L., Rubio-Stipec, M., García, P., Ribera, J. C. & Canino, G. (2007). ADHD Correlates, Comorbidity, and Impairment in Community and Treated Samples of Children and Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 883-898. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-007-9141-4>
- Beau-Lejdstrom, R., Douglas, I., Evans, S. J. & Smeeth, L. (2016). Latest trends in ADHD drug prescribing patterns in children in the UK: prevalence, incidence and persistence. *BMJ Open*, 6(6), e010508. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010508>
- Becker, S. P., Froehlich, T. E. & Epstein, J. N. (2016). Effects of Methylphenidate on Sleep Functioning in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 37(5), 395-404. <http://dx.doi.org/10.1097/DBP.0000000000000285>
- Bendiksen, B., Svensson, E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Friis, S., Myhre, A. M. & Zeiner, P. (2017). Co-occurrence of ODD and CD in preschool children with symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 21(9), 741–752. <https://doi.org/10.1177/1087054714538655>
- Berger, P. & Luckmann, T. (1984). *La construcción social de la realidad* (Trad. S. Zuleta). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1968).

- Bergey, M. R. & Conrad, P. (2018). The rise and transformation of ADHD in the United States. En M. R. Bergey, A. M. Filipe, P. Conrad & I. Singh (Eds.) *Global perspectives on ADHD. Social dimensions on diagnosis and treatment in sixteen countries* (pp. 9-33). Johns Hopkins University Press.
- Bergey, M. R. & Filipe, A. M. (2018). ADHD in global context: An introduction. En M. R. Bergey, A. M. Filipe, P. Conrad & I. Singh (Eds.) *Global Perspectives on ADHD. Social dimensions of diagnosis and treatment in sixteen countries* (pp.1-8). Johns Hopkins University Press.
- Bergey, M. R., Filipe, A. M., Conrad, P. & Singh, I. (Eds.) (2018). *Global Perspectives on ADHD. Social dimensions of diagnosis and treatment in sixteen countries*. Johns Hopkins University Press.
- Bezerra, S., Oliveira, M. F., Bezerra, Z. & Féres, T. (2014). A compreensão da infância como construção sócio-histórica [La comprensión de la infancia como construcción sociohistórica]. *Revista CES Psicología*, 7(2), 126-137. <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2870>
- Bianchi, E. (2016). Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a) normalidad?. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 417-430. <http://dx.doi.org/10.11600/1692715x.14128210715>
- Bianchi, E. & Faraone, S. (2018). Diagnósticos y fármacos en las infancias. Una perspectiva analítica desde las ciencias sociales. En S. Faraone & E. Bianchi (Comps.) *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina* (pp. 61-92). Teseo.
- Bianchi, E., Ortega, F., Faraone, S., Portugal Gonçalves, V. & Teixeira Zorzanelli, R. (2016). Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014). *Saúde e Sociedade*, 25(2), 452-462. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016153981>

- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T. E., Fraizer, E. & Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder In Children Referred To A Psychiatric Clinic. *American Journal Psychiatry*, 159(1), 36-41. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.1.36>
- Billig, M. (1996). *Arguing and Thinking. A rhetorical approach to social psychology.* Cambridge University Press.
- Boland, F., Galvin, R., Reulbach, U., Motterlini, N., Kelly, D., Bennett, K. & Fahey, T. (2015). Psychostimulant prescribing trends in a paediatric population in Ireland: a national cohort study. *BMC Pediatrics*, 15(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0435-3>
- Bolívar, A. (2012). Metodología de la investigación biográfico-narrativa: Recogida y análisis de datos. En M. C. Passeggi & M. H. Abrahao (Orgs.), *Dimensões epistemológicas e metodológicas da investigação (auto)biográfica. Tomo II [Dimensiones epistemológicas y metodológicas de la investigación (auto) biográfica. Tomo II]* (pp. 79-109). Editoria da PUCRS.
- Bradshaw, L. G. & Kamal, M. (2017). Prevalence of ADHD in Qatari. *Journal of Attention Disorders*, 21(5), 442-449. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054713517545>
- Brett, J., Karanges, E., Daniels, B., Buckley, N. A., Schneider, C., Nassir, A., Zoega, H., McLachlan, A. J. & Pearson, S. A. (2017). Psychotropic medication use in Australia, 2007 to 2015: Changes in annual incidence, prevalence and treatment exposure. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(10), 990-999. <https://doi.org/10.1177/0004867417721018>
- Brogan, E., Cragg, L., Gilmore, C., Marlow, N., Simms, V. & Johnson, S. (2014). Inattention in very preterm children: implications for screening and detection. *Archives of Disease in Childhood*, 99(9), 834-839. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2013-305532>
- Bröring, T., Oostrom, K. J., van Dijk-Lokkart, E. M., Lafeber, H. N., Brugmana, A. & Oosterlaan, J. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder symptoms in school-age children born very preterm. *Research in Developmental Disabilities*, 74, 103-112. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.01.001>

- Brown, N. M., Brown, S., Briggs, R., German, M., Belamarich, P. & Oyeku, S. (2017). Associations Between Adverse Childhood Experiences and ADHD Diagnosis and Severity. *Academic Pediatrics*, 17(4), 349-355. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2016.08.013>
- Burman, E. (2017). *Deconstructing Developmental Psychology* (3a ed.). Routledge.
- Busfield, J. (1996). *Men, women and madness. Understanding gender and mental disorder.* Macmillan Press.
- Busfield, J. (2000). Introduction: Rethinking the sociology of mental health. *Sociology of Health y Illness*, 22(5), 543-558. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.00219>
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"* (Trad. A. Boixo). Paidós. (Trabajo original publicado en 1993).
- Canals, A., Juste, M. & Romero, H. (2015). Posibilidades dietéticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Acta Pediátrica Española*, 73(7), e171-e175.
- Canals, J., Morales-Hidalgo, P., Jané, M. C. & Domènech, E. (2018). ADHD Prevalence in Spanish Preschoolers: Comorbidity, Socio-Demographic Factors, and Functional Consequences. *Journal of Attention Disorders*, 22(2), 143-153. <https://doi.org/10.1177/1087054716638511>
- Cao, H., Yan, S., Gu, C., Wang, S., Ni, L., Tao, H., Shao, T., Xu, Y. & Tao, F. (2018). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and their associations with sleep schedules and sleep-related problems among preschoolers in mainland China. *BMC Pediatrics*, 18(70), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1022-1>
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R. & Catalá, M. A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*, 12(168), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-168>

- Centers for Disease Control and Prevention. (2005). Prevalence of Diagnosis and Medication Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder — United States, 2003. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(34), 842-847. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5434a2.htm>
- Cerillo-Urbina, A. J., García-Hermoso, A., Martínez-Vizcaíno, V., Pardo-Guijarro, M. J., Ruiz-Hermosa, A. & Sánchez-López, M. (2018). Prevalence of probable Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms: result from a Spanish sample of children. *BMC Pediatrics*, 18(111), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1083-1>
- Cervantes, C. (2002). El grupo de discusión en el estudio de la cultura y la comunicación. Revisión de premisas y perspectivas. *Revista Mexicana de Sociología*, 64(2), 71-88. <https://www.jstor.org/stable/3541495>
- Chien, I. C., Lin, C. H., Chou, Y. J. & Chou, P. (2012). Prevalence, incidence, and stimulant use of attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwan, 1996–2005: a national population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(12), 1885-1890. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0501-1>
- Cho, Y. J., Choi, R., Park, S. & Kwon, J. W. (2018). Parental smoking and depression, and attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Korean national health and nutrition examination survey 2005-2014. *Asia-Pacific Psychiatry*, 10(3), 1-8. <https://doi.org/10.1111/appy.12327>
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R. & Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161-194. <http://dx.doi.org/10.2307/1519765>
- Clements, S. & Peters, J. (1962). Minimal brain dysfunction in the school age child. *Archives Of General Psychiatry*, 6(3), 185-197. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1962.01710210001001>
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2019). Manual Deontológico y Bioético del Psicólogo. <https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2020/12/Acuerdo-No.-15-ano-2018-1.pdf>

- Coles, E. K., Slavec, J., Bernstein, M. & Baroni, E. (2012). Exploring the Gender Gap in Referrals for Children With ADHD and Other Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Attention Disorders*, 16(2), 101-108. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054710381481>
- Conrad, P. & Leiter, V. (2004). Medicalization, Markets and Consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(Extra), 158-176. <http://www.jstor.org/stable/3653830>
- Conrad, P. & Singh, I. (2018). Reflections on ADHD in a global context. En M. R. Bergey, A. M. Filipe, P. Conrad & I. Singh (Eds.) *Global perspectives on ADHD. Social dimensions on diagnosis and treatment in sixteen countries* (1a ed., pp. 376-390). Johns Hopkins University Press.
- Cooper, D. (1976). *Psiquiatría y Antipsiquiatría* (Trad. J. Piatigorsky). Locus Hypocampus. (Trabajo original publicado en 1967).
- Cornejo, E., Fajardo, B. F., López, V. M., Soto, J. & Ceja, H. (2015). Prevalencia de déficit de atención e hiperactividad en escolares de la zona noreste de Jalisco, México. *Revista Médica MD*, 6(3), 190-195.
- Cornejo, J. W., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H., Castillo-Parra, H. & Holguín, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurología*, 40(12), 716-722. <http://dx.doi.org/10.33588/rn.4012.2004569>
- Corrigan, P. & Miller, F. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13(6), 537-548. <http://dx.doi.org/10.1080/09638230400017004>
- Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Corte Constitucional de Colombia. Sala cuarta (2 de junio de 2016). Sentencia T292-16. [M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo]

- Coskun, M. & Zoroglu, S. (2009). A Report of Two Cases of Sexual Side Effects with OROS Methylphenidate. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 19(4), 477-479. <http://dx.doi.org/10.1089/cap.2008.0161>
- Crawford, N. (2003). ADHD: a women's issue. Psychologists are fighting gender bias in research on attention-deficit hyperactivity disorder. *Monitor on Psychology*, 34(2), 28-30. <http://www.apa.org/monitor/feb03/adhd>
- Cruz, L. A. (2010). El concepto de autoridad en el pensamiento de Aristóteles y su relación con el concepto de autoridad en el comportamiento administrativo. *Contaduría y Administración*, (231), 53-78. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0186-10422010000200004
- Cruz, M. G., Okamoto, M. Y. & Ferrazza, D. (2016). O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores [El caso del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y la medicalización de la educación: un análisis a partir del informe de padres y profesores]. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(58), 703-714. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0575>.
- Dalsgaard, S., Leckman, J., Nielsen, H. S. & Simonsen, M. (2014). Gender and Injuries Predict Stimulant Medication Use. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 24(5), 253-259. <http://dx.doi.org/10.1089/cap.2013.0101>
- Danforth, S. & Navarro, V. (2001). Hyper Talk: Sampling the Social Construction of ADHD in Everyday Language. *Anthropology and Education Quarterly*, 32(2), 167-190. <http://www.jstor.org/stable/3196091>
- Davis, C. (2010). Attention-deficit/Hyperactivity Disorder: Associations with Overeating and Obesity. *Current Psychiatry Reports*, 12(5), 389-395. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-010-0133-7>
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? En Michel Foucault, filósofo (pp. 155-163). Gedisa.

- Departamento Nacional de Planeación. (2015). *Tipologías de Familias en Colombia: Evolución 1993 – 2014*. Documento de Trabajo No. 2016-1. Observatorio de Políticas de las Familias - OPF.
- Díaz-Atienza, J. (2006). Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 6(1), 20-43. <https://www.psiquiatriainfantil.org/numero7/farma.pdf>
- van Dijk, T. A. (2008). *Discourse and Context. A Sociocognitive Approach*. Cambridge University Press.
- Domínguez, J., López, A., Pino Juste, M. & Vázquez, E. (2015). Integración o inclusión: El dilema educativo en la atención a la diversidad. *Revista Portuguesa de Educação*, 28(2), 31-50. <http://dx.doi.org/10.21814/rpe.7749>
- Duarte, Z. E., Reyes, E., Sosa, A. L., Risso, E., Reyes, A., Munguía, A. & Aguilar, M. (2010). Prevalencia de TDAH, Relación con Reprobación Escolar y Estado Nutricional en Población Escolar del Distrito Central. *Revista Médica de los Postgrados de Medicina*, 13(3), 1-10. <https://doi.org/10.5377/rmpm.v13i3.631>
- Eisenberg, D. & Schneider, H. (2007). Perceptions of Academic Skills of Children Diagnosed With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 10(4), 390-397. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054706292105>
- Ek, U., Westerlund, J., Holmberg, K. & Fernell, E. (2008). Self-esteem in children with attention and/or learning deficits: the importance of gender. *Acta Pædiatrica*, 97(8), 1125-1130. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00894.x>
- El-Nemr, F. M., Badr, H. S. & Salem, M. S. (2015). Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children. *Science Journal of Public Health*, 3(2), 274-280. <http://dx.doi.org/10.11648/j.sjph.20150302.28>
- Erlandsson, S., Lundin, L. & Punzi, E. (2016). A discursive analysis concerning information on “ADHD” presented to parents by the National Institute of Mental Health (USA).

- Qualitative Studies on Health and Well-being, 11(1), 30938.
<https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30938>
- Ercan, E. S., Kandulu, R., Uslu, E., Ardic, U. A., Yazici, K. U., Basay, B. K., Aydin, C. & Rohde, L. A. (2013). Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(30), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-7-30>
- Fairclough, N. (2013). *Critical Discourse Analysis. The Critical Study of Language* (2a ed.). Routledge.
- Faraone, S. (2018). Normativa, paradigmas y conceptos. Avances, resistencias y tensiones. En S. Faraone & E. Bianchi (Comps.) *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina* (pp. 113-148). Teseo.
- Faraone, S. & Bianchi, E. (Comps.) (2018). *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Teseo.
- Farías, L. & Montero, M. (2005). De la transcripción y otros aspectos artesanales de la investigación cualitativa. *International Journal of Qualitative Methods*, 4(1), 1-14. http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/4_1/pdf/fariasmontero.pdf
- Fernández, D. M., Fernández, A. L., Nuria, M. & Fernández, A. (2017). Actualización en el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: lisdexanfetamina y guanfacina de liberación retardada. *Revista de Neurología*, 64(Supl. 2), S1-S8. <https://doi.org/10.33588/rn.64S02.2017069>
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión* (Trad. A. Garzón del Camino). Siglo Veintiuno Editores. (Trabajo original publicado en 1975).
- Foucault, M. (1982). The Subject and Power. *Critical Inquiry*, 8(4), 777-795. <https://www.jstor.org/stable/1343197>

- Foucault, M. (1990). *Historia de la locura en la época clásica* (Trad. J. J. Utrilla). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1964).
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames* (Trads. J. Varela & F. Alvarez-Uría). Altamira.
- Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad* (Trad. H. Pons). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1997).
- Foucault, M. (2002). *La arqueología del saber* (Trad. A. G. Camino). Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1969).
- Foucault, M. (2005). *El orden del discurso* (Trad. A. G. Troyano). Fabula Editores. (Trabajo original publicado en 1971).
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, Territorio, Población* (Trad. H. Pons). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 2004).
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica* (Trad. H. Pons). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 2004).
- Franke, B., Michelini, G., Asherson, P., Banaschewski, T., Billow, A., Buitelaar, J., Cormand, B., Faraone, S. V., Ginsberg, Y., Haavik, J., Kuntsi, J., Larsson, H., Lesch, K. P., Ramos-Quiroga, J. A., Réthelyi, J. M., Ribases, M. & Reif, A. (2018). Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European Neuropsychopharmacology*, 28(10), 1059-1088. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.08.001>
- Fullana, M. A., Vilagut, G., Mataix-Cols, D., Adroher, N. D., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., Florescu, S., De Girolamo, G., De Graaf, R., Haro, J. M., Kovess, V. & Alonso, J. (2013). Is ADHD in childhood associated with lifetime hoarding symptoms? An epidemiological study. *Depression and Anxiety*, 30(8), 741-748. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22123>
- García, L. (2011). Qué es un dispositivo: Foucault, Deleuze, Agamben. *A Parte Rei revista de filosofía*, (74), 1-8. <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf>

- Garrido, A. & Alvarado, J. (2007). *Psicología Social: Perspectivas Psicológicas y Sociológicas*. McGraw-Hill.
- Gergen, K. (1994). *Realidades y relaciones. Aproximación a la construcción social*. Paidós.
- Gergen, K. (2007). La ciencia psicológica en el contexto posmoderno. En A. M. Estrada & S. Diazgranados (Comps.) *Kenneth Gergen: Construcción Social. Aportes para el debate y la práctica* (pp. 93-115). Universidad de los Andes.
- Gershon, J. (2002). A Meta-Analytic Review of Gender Differences In ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5(3), 143-154. <http://dx.doi.org/10.1177/108705470200500302>
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M. R. & Moini, R. (2008). Comorbidity of psychiatric disorders and parental psychiatric disorders in a sample of Iranian children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12(2), 149-155. <https://doi.org/10.1177/1087054708314601>
- Ghanizadeh, A. (2009). Psychiatric Comorbidity Differences in Clinic-Referred Children and Adolescents With ADHD According to the Subtypes and Gender. *Journal of Child Neurology*, 24(6), 679-684. <http://dx.doi.org/10.1177/0883073808331086>
- Gill, R. (2000). Discourse analysis. En M. Bauer & G. Gaskell (Eds.) *Qualitative researching with text, image and sound: A practical handbook* (pp. 172-190). Sage.
- Gnanavel, S. & Hussain, S. (2018). Alopecia Associated with Use of Methylphenidate: A Case Series. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(4), 370-371. http://dx.doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_63_18
- Goffman, E. (1986). *Estigma. La identidad deteriorada* (Trad. L. Guinsberg). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1963).
- Goffman, E. (1989). *La presentación de la persona en la vida cotidiana* (Trad. H. B. Torres Perrén & F. Setaro). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1959).
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (Trad. M. A. Oyuela de Grant). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1961).

- Gökçe, S., Yusufoglu, C., Akin, E. & Ayaz, M. (2017). Effect of gender differences on impulsivity in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 18(4), 379-386. <http://dx.doi.org/10.5455/apd.247542>
- González-Bueso, V., Santamaría, J. J., Fernández, D., Merino, L., Montero, E. & Ribas, J. (2018). Association between Internet Gaming Disorder or Pathological Video-Game Use and Comorbid Psychopathology: A Comprehensive Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 668. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15040668>
- González Collantes, R., Rodríguez Sacristán, A. & Sánchez García, J. (2015). Epidemiología del TDAH. *Revista Española de Pediatría: Clínica e investigación*, 71(2), 58-61. <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatrica/2015/REP%2071-2.pdf>
- Graham, A., Powell, M., Taylor, N., Anderson, D. & Fitzgerald, R. (2013). Investigación ética con niños. Centro de Investigaciones de UNICEF - Innocenti.
- Graham, L. (13 de noviembre de 2006). The Politics of ADHD [Ponencia]. Proceedings Australian Association for Research in Education (AARE) Annual Conference, Adelaide, Australia. <https://eprints.qut.edu.au/4806/1/4806.pdf>
- Grela, C. & López Gómez, A. (2000). Mujeres, salud mental y género. Comisión de la mujer & Intendencia Municipal de Montevideo.
- Groenman, A. P., Oosterlaan, J., Rommelse, N., Franke, B., Roeyers, H., Oades, R. D., Sergeant, J. A., Buitelaar, J. K. & Faraone, S. V. (2013). Substance use disorders in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a 4-year follow-up study. *Addiction*, 108(8), 1503-1511. <http://dx.doi.org/10.1111/add.12188>
- Grünwald, J. & Schlarb, A. A. (2017). Relationship between subtypes and symptoms of ADHD, insomnia and nightmares in connection with quality of life in children. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2341-2350. <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S118076>

- Gurbuz, F., Gurbuz, B. B., Celik, G. G., Yildirim, V., Ucakturk, S. A., Seydaoglu, G., Ucakturk, E. M., Topaloglu, A. K. & Yuksel, B. (2016). Effects of methylphenidate on appetite and growth in children diagnosed with attention deficit and hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 29(1), 85-92. <http://dx.doi.org/10.1515/jpem-2015-0171>
- Hamelin, L. (2006). L'enfance sous le regard de l'expertise médicale: 1930-1970 [La infancia bajo la mirada de la experticia médica: 1930-1970]. *Recherches sociographiques*, 47(2), 277-298. <https://doi.org/10.7202/014204ar>
- Hasson, R. & Goldenring, J. (2012). Gender Differences Among Children With ADHD On Continuous Performance Tests: A Meta-Analytic Review. *Journal of Attention Disorders*, 16(3), 190-198. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054711427398>
- Hawthorne, S. C. (25-28 de junio de 2010). Facts, values and ADHD: Gender differences, concepts and practice. [Presentación en Simposio] XIV IAPh Symposium 2010: Feminism, Science and Values, Ontario, Canadá. <https://ir.lib.uwo.ca/iaph/June25/Presentations/10/>
- Hekim, Ö., Dirik, E. & Üneri, Ö. Ş. (2017). Prevalence of ADHD in Northern Cyprus. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 18(5), 478-484. <http://dx.doi.org/10.5455/apd.250504>
- Hennissen, L., Bakker, M. J., Banaschewski, T., Carucci, S., Coghill, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Hollis, C., Kovshoff, H., McCarthy, S., Nagy, P., Sonuga-Barke, E., Wong, C. K., Zuddas, A., Rosenthal, E., Buitelaar, J. K. & ADDUCE consortium. (2017). Cardiovascular Effects of Stimulant and Non-Stimulant Medication for Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Trials of Methylphenidate, Amphetamines and Atomoxetine. *CNS Drugs*, 31(3), 199-215. <http://dx.doi.org/10.1007/s40263-017-0410-7>
- Hernández, Y. (2006). Acerca del género como categoría analítica. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 13(1), 1-11. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18153296009>
- Hill, P. (2000). *Black Feminist Thought. Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. Routledge.

- Hire, A. J., Ashcroft, D. M., Springate, D. A. & Steinke, D. T. (2018). ADHD in the United Kingdom: Regional and Socioeconomic Variations in Incidence Rates Amongst Children and Adolescents (2004-2013). *Journal of Attention Disorders*, 22(2), 134-142. <https://doi.org/10.1177/1087054715613441>
- Holden, S. E., Jenkins-Jones, S., Poole, C. D., Morgan, C. L., Coghill, D. & Currie, C. J. (2013). The prevalence and incidence, resource use and financial costs of treating people with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in the United Kingdom (1998 to 2010). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(34), 1-27. <http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-7-34>
- Holmskov, M., Storebø, O. J., Moreira-Maia, C. R., Ramstad, E., Magnusson, F. L., Krogh, H. B., Groth, C., Gillies, D., Zwi, M., Skoog, M., Gluud, C. & Simonsen, E. (2017). Gastrointestinal adverse events during methylphenidate treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis of randomised clinical trials. *PLOS ONE*, 12(6), e0178187. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0178187>
- Holt, J. (2006). *The Ideal Woman*. Stanislaus.
- Holthe, M. E. (2014). ADHD in women. Effects on everyday functioning and the role of stigma [Tesis de Maestría, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet]. <http://hdl.handle.net/11250/271242>
- Holthe, M. E. & Langvik, E. (2017). The strives, struggles, and successes of women diagnosed with ADHD as adults. *Sage Open*, 7(1), 1-12. <http://dx.doi.org/10.1177/2158244017701799>
- Hong, S. B., Dwyer, D., Kim, J. W., Park, E. J., Shin, M. S., Kim, B. N., Yoo, H. J., Cho, I. H., Bhang, S. Y., Hong, Y. C., Pantelis, C. & Cho, S. C. (2014). Subthreshold attention-deficit/hyperactivity disorder is associated with functional impairments across domains: a comprehensive analysis in a large-scale community study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(8), 627-636. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-013-0501-z>

- Hope-Abel, M., Ystrom, E., Caspersen, I. H., Meltzer, M. H., Aase, H., Torheim, L. E., Askeland, R. B., Reichborn-Kjennerud, T. & Brantsæter, A. L. (2017). Maternal Iodine Intake and Offspring Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Results from a Large Prospective Cohort Study. *Nutrients*, 9(11), 1239. <http://dx.doi.org/10.3390/nu9111239>
- Huang, C. L., Weng, S. F. & Ho, C. H. (2016). Gender ratios of administrative prevalence and incidence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) across the lifespan: A nationwide population-based study in Taiwan. *Psychiatry Research*, 244, 382-387. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.023>
- Horton-Salway, M. (2011). Repertoires of ADHD in UK newspaper media. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 15(5), 533-549. <https://doi.org/10.1177%2F1363459310389626>
- Huang, Y., Zheng, S., Xu, C., Lin, K., Wu, K., Zheng, M., Zhang, J. & Xu, H. (2017). Attention-deficit hyperactivity disorder in elementary school students in Shantou, China: prevalence, subtypes, and influencing factors. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 785-792. <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S126100>
- Insa, I., Alda, J. A., Chamorro, M., Espadas, M. & Huguet, A. (2018). Difference in Psychic Distress Lived by Parents With ADHD Children and Parents With Healthy Children: Focus on Gender Differences. *Journal of Attention Disorders*, 25(3), 332-339. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054718790010>
- Íñiguez, L. (2003). El análisis del discurso en las ciencias sociales: variedades, tradiciones y práctica. En L. Íñiguez (Ed.) *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales* (pp. 83-124). Editorial UOC.
- Iriart, C. & Iglesias Ríos, L. (2012). Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(43), 1011-1023. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180125203020>
- Isaksson, J., Ruchkin, V. & Lindblad, F. (2016). Unseen and Stressed? Gender Differences in Parent and Teacher Ratings of ADHD Symptoms and Associations With Perceived Stress in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 24(11), 1565-1569. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054716658381>

- Jaber, L., Rigler, S., Shuper, A. & Diamond, G. (2017). Changing epidemiology of methylphenidate prescriptions in the community: A multifactorial model. *Journal of Attention Disorders*, 21(14), 1143-1150. <https://doi.org/10.1177%2F1087054714528044>
- Jäger, S. (2001). Discourse and knowledge: theoretical and methodological aspects of a critical discourse and dispositive analysis. En R. Wodak & M. Meyer (Eds.) *Methods of Critical Discourse Analysis* (pp. 32-62). Sage Publications.
- Jhanda, S., Singla, N. & Grover, S. (2016). Methylphenidate-induced obsessive-compulsive symptoms: A case report and review of literature. *Journal of Pediatric Neurosciences*, 11(4), 316-318. <http://dx.doi.org/10.4103/1817-1745.199461>
- Jiménez, A. (2008). Historia de la infancia en Colombia: crianza, juego y socialización, 1968-1984. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, (35), 155-188. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/achsc/article/view/18295>
- Jiménez, J. E., Rodríguez, C., Camacho, J., Afonso, M. & Artilles, C. (2012). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población escolar de la Comunidad Autónoma de Canarias. *European Journal of Education and Psychology*, 5(1), 13-26. <http://dx.doi.org/10.30552/ejep.v5i1.77>
- Jin, W., Du, Y., Zhong, X. & David, C. (2013). Prevalence and contributing factors to attention deficit hyperactivity disorder: A study of five- to fifteen-year-old children in Zhabei District, Shanghai. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6(4), 397-404. <http://dx.doi.org/10.1111/appy.12114>
- Jorgensen, M. & Phillips, L. (2002). *Discourse Analysis as Theory and Method*. SAGE Publications.
- Joelsson, P., Chudal, R., Gyllenberg, D., Kesti, A. K., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Virtanen, J. P., Huttunen, J., Ristkari, T., Parkkola, K., Gissler, M. & Sourander, A. (2016). Demographic Characteristics and Psychiatric Comorbidity of Children and Adolescents Diagnosed with ADHD in Specialized Healthcare. *Child Psychiatry &*

- Human Development, 47(4), 574-582. <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-015-0591-6>
- Karlstad, Ø., Kari, F., Stoltenberg, C., Håberg, S. E. & Bakken, I. J. (2017). ADHD treatment and diagnosis in relation to children's birth month: Nationwide cohort study from Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(4), 343-349. <http://dx.doi.org/10.1177/1403494817708080>
- Kearns, T. B. & Ruebel, J. B. (2011). Relationship between negative emotion and ADHD among college males and females. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 24(1), 31-42.
- Kim, J., Mutyala, B., Agiovlasitis, S. & Fernhall, B. (2011). Health behaviors and obesity among US children with attention deficit hyperactivity disorder by gender and medication use. *Preventive Medicine*, 52(3-4), 218-222. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.01.003>
- Kirova, A. M., Kelberman, C., Storch, B., DiSalvo, M., Woodworth, K. Y., Faraone, S. V. & Biederman, J. (2019). Are subsyndromal manifestations of attention deficit hyperactivity disorder morbid in children? A systematic qualitative review of the literature with meta-analysis. *Psychiatry Research*, 274, 75-90. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.003>
- Klose, M. & Jacobi, F. (2004). Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors?. *Archives of Women's Mental Health*, 7(2), 133-148. <https://doi.org/10.1007/s00737-004-0047-7>
- Konrad-Bindl, D. S., Gresser, U. & Richartz, B. M. (2016). Changes in behavior as side effects in methylphenidate treatment: review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2635-2647. <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S114185>
- Koshy, G., Delpisheh, A. & Brabin, B. J. (2011). Childhood obesity and parental smoking as risk factors for childhood ADHD in Liverpool children. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 3(1), 21-28. <http://dx.doi.org/10.1007/s12402-010-0041-z>
- Kovess, V., Keyes, K. M., Hamilton, A., Pez, O., Bitfoi, A., Koç, C., Goelitz, D., Kuijpers, R., Lesinskiene, S., Mihova, Z., Otten, R., Fermanian, C., Pilowsky, D. J. & Susser, E.

- (2015). Maternal smoking and offspring inattention and hyperactivity: results from a cross national European survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(8), 919-929. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-014-0641-9>
- Kovess-Masfety, V., Pilowsky, D., Goelitz, D., Kuijpers, R., Otten, R., Moro, M. F., Bitfoi, A., Koç, C., Lesinskiene, S., Mihova, Z., Hanson, G., Fermanian, C., Pez, O. & Carta, M. G. (2015). Suicidal ideation and mental health disorders in young school children across Europe. *Journal of Affective Disorders*, 177, 28-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.008>
- Krauscopf, D. (diciembre de 2005). Desafíos en la construcción e implementación de las políticas de juventud en América Latina. <https://nuso.org/articulo/desafios-en-la-construccion-e-implementacion-de-las-politicas-de-juventud-en-america-latina/>
- Kutuk, M. O., Tufan, E. A., Guler, G., Yalin, O. O., Altintas, E., Bag, H. G., Uluduz, D., Toros, F., Aytan, N., Kutuk, O. & Ozge, A. (2018). Migraine and associated comorbidities are three times more frequent in children with ADHD and their mothers. *Brain & Development*, 40(10), 857-864. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2018.06.001>
- Lagunas, D. (2015). Orígenes biológicos del poder, domesticación y naturalización de la niñez. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(1), 111-122. <http://dx.doi.org/10.11600/1692715x.1315070414>
- Lakić, A. (2012). Depressive symptoms as a side effect of the sustained release form of methylphenidate in a 7-year-old boy with attention-deficit hyperactivity disorder. *Vojnosanitetski Pregled.*, 69(2), 201-204. <http://dx.doi.org/10.2298/VSP1202201L>
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18), 1-24. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35101807>
- Lay, S. & Montañés, M. (2013). Las representaciones sociales del mundo adulto sobre la infancia y la participación infantil. *Salud y Sociedad*, 4(3), 304-316. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2013.0003.00006>

- Lecendreux, M., Konofal, E. & Faraone, S. V. (2011). Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Associated Features Among Children in France. *Journal of Attention Disorders*, 15(6), 516-524. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054710372491>
- Lee, L. C., Harrington, R. A., Chang, J. J. & Connors, S. (2008). Increased risk of injury in children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 29(3), 247-255. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2007.05.002>
- Lejarraga, A. (2004). La construcción social de la enfermedad. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 102(4), 271-276. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2004/A4%20271-276.pdf>
- Levy, F., Hay, D. A., Bennett, K. S. & McStephen, M. (2005). Gender differences in ADHD subtype comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(4), 368-376. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000153232.64968.c1>
- Lewis, T., Cogburn, C. & Williams, D. (2015). Self-reported experiences of discrimination and health: Scientific advances, ongoing controversies, and emerging issues. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 407-440. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112728>
- Ley 361 de 1997. Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones. 11 de febrero de 1997. D.O. No. 42.978.
- Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. 6 de septiembre de 2006. D. O. No. 46.383.
- Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. 21 de enero de 2013. D.O. No. 48.680.
- Livia, J., Ortiz, M. & Velasco, R. (2012). Prevalencia del déficit de atención-hiperactividad en estudiantes de una zona urbano-marginal de Lima. *Revista Aporte Santiaguino*, 5(2), 103-109. <https://doi.org/10.32911/as.2012.v5.n2.559>

- Lora, A., Díaz, M. J., Martínez, N., Prospert, A., Barea, J., González, M. & Vicente, A. (2009). Estudio de prevalencia (fase-I) del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH), en niños de 6 a 14 años de Andalucía. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11(Supl.17), e13. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000700029&lng=es&tlng=es
- Malin, A. J. & Till, C. (2015). Exposure to fluoridated water and attention deficit hyperactivity disorder prevalence among children and adolescents in the United States: an ecological association. *Environmental Health*, 14(17), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12940-015-0003-1>
- Man, K. K., Ip, P., Hsia., &, Chan, E. W., Chui, C. S., Lam, M. P., Wong, W. H., Chow, C. B., Yung, A. & Wong, I. C. K. (2017). ADHD drug prescribing trend is increasing among children and adolescents in Hong Kong. *Journal of Attention Disorders*, 21(14), 1161-1168. <https://doi.org/10.1177/1087054714536047>
- Marcuello, A. & Elósegui, M. (1999). Sexo, género, identidad sexual y sus patologías. *Cuadernos de Bioética*, 10(39), 459-477. <http://aebioetica.org/revistas/1999/3/39/459.pdf>
- Martínez, A. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers. Revista de Sociología*, 73, 127-152. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v73n0.1111>
- Martínez, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência y Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- Martinhago, F. (2017). Contagio Social de Transtornos Mentais: Análise das Estratégias Biopolíticas de Medicalização da Infância [Contagio social de los trastornos mentales: análisis de estrategias biopolíticas para la medicalización infantil] [Tesis de Doctorado, Universitat Rovira I Virgili]. <http://hdl.handle.net/10803/461527>

- Mather, B. A. (2012). The Social Construction and Reframing of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 14(1), 15-26. <http://dx.doi.org/10.1891/1559-4343.14.1.15>
- McLaren, M. A. (2002). *Feminism, Foucault, and embodied subjectivity*. State University of New York Press.
- Melegari, M. G., Bruni, O., Sacco, R., Barni, D., Sette, S. & Donfrancesco, R. (2018). Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Generalized Anxiety Disorder in children and adolescents. *Psychiatry Research*, 270, 780-785. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.078>
- Mitchison, G. M. & Njardvik, U. (2019). Prevalence and gender differences of odd, anxiety, and depression in a sample of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(11), 1339-1345. <https://doi.org/10.1177/1087054715608442>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Estructura del gasto en Salud Pública en Colombia. [Archivo PDF]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/estructura-gasto-salud-publica-colombia.pdf>
- Ministerio de la Salud y Protección Social & Colciencias. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo I. [Archivo PDF]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/encuesta-nacional-salud-mental-ensm-2015.zip>
- Morales, D. R., Slattery, J., Evans, S. & Kurz, X. (2018). Antidepressant use during pregnancy and risk of autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder: systematic review of observational studies and methodological considerations. *BMC Medicine*, 16(6), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0993-3>
- Morkem, R., Patten, S., Queenan, J. & Barber, D. (2017). Recent trends in the prescribing of ADHD medications in canadian primary care. *Journal of Attention Disorders*, 24(2), 301-308. <https://doi.org/10.1177/1087054717720719>

- Mowlem, F., Agnew-Blais, J., Taylor, E. & Asherson, P. (2019). Do different factors influence whether girls versus boys meet ADHD diagnostic criteria? Sex differences among children with high ADHD symptoms. *Psychiatry Research*, 272, 765-773. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.128>
- Moynihan, R., Heath, I. & Henry, D. (2002). Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry And Disease Mongering. *British Medical Journal*, 324(7342), 886-890. <http://www.jstor.org/stable/25228002>
- Mulraney, M., Schilpzand, E. J., Hazell, P., Nicholson, J. M., Anderson, V., Efron, D., Silk, T. J. & Sciberras, E. (2016). Comorbidity and correlates of disruptive mood dysregulation disorder in 6–8 year old children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(3), 321-330. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0738-9>
- Muñoz, J. A., Palau, M., Salvadó, B. & Valls, A. (2006). Neurobiología del TDAH. *Acta Neurológica Colombiana*, 22(2), 184-189. http://www.acnweb.org/acta/2006_22_2_184.pdf
- Muñoz, L. F. & Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 111-121. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100008>
- Muskens, J. B., Velders, F. P. & Staal, W. G. (2017). Medical comorbidities in children and adolescents with autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorders: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(9), 1093-1103. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1020-0>
- Myhre, O., Låg, M., Villanger, G. D., Oftedal, B., Øvrevik, J., Holme, J. A., Aase, H., Paulsen, R. E., Bal-Price, A. & Dirven, H. (2018). Early life exposure to air pollution particulate matter (PM) as risk factor for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Need for novel strategies for mechanisms and causalities. *Toxicology and Applied Pharmacology*, 354, 196-214. <https://doi.org/10.1016/j.taap.2018.03.015>
- Nagoshi, J., Nagoshi, G. & Brzuzi, S. (2014). *Gender and Sexual Identity. Transcending Feminist and Queer Theory*. Springer.

- Navarro-Pardo, E., Meléndez, J. C., Sales, A. & Sancerni, M. D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3), 377-383. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72723439006>
- Ndukuba, A. C., Odinka, P. C., Muomah, R. C., Obindo, J. T. & Omigbodun, O. O. (2017). ADHD Among Rural Southeastern Nigerian Primary School Children: Prevalence and Psychosocial Factors. *Journal of Attention Disorders*, 21(10), 865-871. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054714543367>
- Neves, V. & Conte, S. (2004). A construção da infância: entre os saberes científicos e as práticas sociais [La construcción de la infancia: entre los saberes científicos y las prácticas sociales]. *Estilos da Clínica*, 9(16), 102-121. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v9i16p102-121>
- Niculescu, R., Petcu, C., Cordeanu, A., Fabritius, K., Schlumpf, M., Krebs, R., Krämer, U. & Winneke, G. (2010). Environmental exposure to lead, but not other neurotoxic metals, relates to core elements of ADHD in Romanian children: Performance and questionnaire data. *Environmental Research*, 110(5), 476-483. <http://dx.doi.org/10.1016/j.envres.2010.04.002>
- Ohan, J. L., Visser, T. A., Strain, M. C. & Allen, L. (2011). Teachers' and education students' perceptions of and reactions to children with and without the diagnostic label "ADHD". *Journal of School Psychology*, 49(1), 81-105. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsp.2010.10.001>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Whomen and Health. Today's Evidence Tomorrow's Agenda*. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (3 de octubre de 2019). *Salud Mental: Un estado de bienestar*. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Palacio, J. D., De la Peña, F. & Barragán, E. (2010). Declaración de Cartagena para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): un compromiso para todos. *Revista Médica Hondureña*, 78(3), 142-144. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2010/pdf/Vol78-3-2010-9.pdf>

- Papaseit, E., García-Algar, O., Simó, S., Pichini, S. & Farré, M. (2013). Metilfenidato en el tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad en pediatría: monitorización en matrices biológicas. *Anales de Pediatría*, 78(2), 123e1-123e10. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.08.015>
- Pardo, N. G. (2007). *Cómo hacer análisis crítico del discurso. Una perspectiva latinoamericana*. Universidad Nacional de Colombia.
- Park, J. H., Bang, Y. R. & Kim, C. K. (2014). Sex and Age Differences in Psychiatric Disorders among Children and Adolescents: High-Risk Students Study. *Psychiatry Investigation*, 11(3), 251-257. <http://dx.doi.org/10.4306/pi.2014.11.3.251>
- Pascual-Castroviejo, I. (2008). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En J. Narbona & C. Casas (Coords.) *Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Pediatría: Tomo 1. Genética – Dismorfología. Neurología* (2ª ed., pp. 140-150). Asociación Española de Pediatría. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20-tdah.pdf>
- Pastura, G. & Mattos, P. (2004). Side effects of methylphenidate. *Archives of Clinical Psychiatry*, 31(2), 100-104. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000200006>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. SAGE Publications.
- Pelsser, L. M., Frankena, K., Toorman, J. & Rodrigues-Pereira, R. (2017). Diet and ADHD, Reviewing the Evidence: A Systematic Review of Meta-Analyses of Double-Blind Placebo-Controlled Trials Evaluating the Efficacy of Diet Interventions on the Behavior of Children with ADHD. *PLOS ONE*, 12(1), e0169277. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0169277>
- Pescosolido, B., Martin, J., Lang, A. & Olafsdottir, S. (2008). Rethinking theoretical approaches to stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Social Science & Medicine*, 67(3), 431-440. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.018>

- Pham, H. D., Nguyen, H. B. & Tran, D. T. (2015). Prevalence of ADHD in primary school children in Vinh Long, Vietnam. *Pediatrics International*, 57(5), 856-859. <https://doi.org/10.1111/ped.12656>
- Pineda, D. A., Lopera, F., Henao, G. C., Palacio, J. D. & Castellanos, F. X. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de Neurología*, 32(3), 217-222. <https://doi.org/10.33588/rn.3203.2000499>
- Piovani, D., Clavenna, A., Cartabia, M. & Bonati, M. (2016). Psychotropic medicine prescriptions in Italian youths: a multiregional study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(3), 235-245. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0726-0>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Lessa Horta, B., Biederman, J. & Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C. & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434-442. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Potter, J. (1998). *La representación de la realidad. Discurso, retórica y construcción social* (Trad. G. Sánchez). Paidós. (Trabajo original publicado en 1996).
- Potter, J. (2005). Making psychology relevant. *Discourse & Society*, 16(5), 739-747. <http://dx.doi.org/10.1177/0957926505054944>
- Potter, J. & Wetherell, M. (1996). El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. En A. J. Gordo & J. L. Linaza (Coords.) *Psicologías, discursos y poder* (pp. 63-78). Visor.

- Poulton, A. (2006). Long-term outcomes of stimulant medication in attention-deficit hyperactivity disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 6(4), 551-561. <http://dx.doi.org/10.1586/14737175.6.4.551>
- Quinn, P. O. (2005). Treating adolescent girls and women with ADHD: Gender-specific issues. *Journal of Clinical Psychology*, 61(5), 579-587. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20121>
- Quintero, J. & Castaño de la Mota, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral*, 18(9), 600-608. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-11/introduccion-y-etiotopogenia-del-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-tdah/>
- Rajeh, A., Amanullah, S., Shivakumar, K. & Cole, J. (2017). Interventions in ADHD: A comparative review of stimulant medications and behavioral therapies. *Asian Journal of Psychiatry*, 25, 131-135. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2016.09.005>
- Ralston, S. J., Lorenzo, M. J. & ADORE study group. (2004). ADORE – Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Observational Research in Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(Supl.1), 136-142. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-004-1004-8>
- Ramtekkar, U. P., Reiersen, A. M., Todorov, A. A. & Todd, R. D. (2010). Sex and age differences in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms and diagnoses: Implications for DSM-V and ICD-11. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(3), 217-228. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2009.11.011>
- Rasmussen, K. & Levander, S. (2009). Untreated ADHD in adults are there sex differences in symptoms, comorbidity, and impairment?. *Journal of Attention Disorders*, 12(4), 353-360. <https://doi.org/10.1177/1087054708314621>
- Reale, L. & Bonati, M. (2018). ADHD prevalence estimates in Italian children and adolescents: a methodological issue. *Italian Journal of Pediatrics*, 44(108), 108. <https://doi.org/10.1186/s13052-018-0545-2>

- Rodríguez, I. & Morales, E. (2013). ¿Cuántas veces dejamos de ser niños? Un análisis de la representación social de la autonomía infantil. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (143), 75-92. <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.143.75>
- Rodríguez, L., López, J. A., Garrido, M., Sacristán, A. M., Martínez, M. T. & Ruíz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 11(42), 251-270. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000200006&lng=es&tlng=en
- Roelandt, J., Defromont, L., Vandeborre, A. & Daumerie, N. (2010). Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France [Representaciones sociales de los "locos", los "enfermos mentales" y los "deprimidos" en la población general de Francia]. *L'Encéphale*, 36(3), 7-13. [http://dx.doi.org/10.1016/S0013-7006\(10\)70012-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0013-7006(10)70012-9)
- Rojas, S., Rojas, P., Castillo Sepúlveda, J. & Schöngut Grollmus, N. (2018). Reensamblando la medicalización. Hacia una pluralización de las explicaciones del TDAH en Chile. En S. Faraone & E. Bianchi (Comps.) *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina* (pp. 335-368). Teseo.
- Romvig-Overgaard, K., Aase, H., Torgersen, S. & Zeiner, P. (2016). Co-Occurrence of ADHD and Anxiety in Preschool Children. *Journal of Attention Disorders*, 20(7), 573-580. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054712463063>
- Rose, N. (1999). *Governing the soul. The shaping of the private self* (2a ed.). Free association books.
- Rovere, M. (2013). La pediatría y la construcción social de la infancia. Análisis y perspectivas. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 111(3), 224-231. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.224>
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: Notas sobre la economía política del sexo. *Nueva Antropología*, 8(30), 95-145.

- Rucklidge, J. J. (2008). Gender differences in ADHD: implications for psychosocial treatments. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(4), 643-655. <http://dx.doi.org/10.1586/14737175.8.4.643>
- Russell, A. E., Ford, T. & Russell, G. (2019). Barriers and predictors of medication use for childhood ADHD: findings from a UK population representative cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(12), 1555-1564. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01720-y>
- Russell, G., Rodgers, L. R., Ukoumunne, O. C. & Ford, T. (2014). Prevalence of Parent-Reported ASD and ADHD in the UK: Findings from the Millennium Cohort Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(1), 31-40. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1849-0>
- Safer, D. J. (2016). Recent Trends in Stimulant Usage. *Journal of Attention Disorders*, 20(6), 471-477 <https://doi.org/10.1177/1087054715605915>
- Sánchez, E. Y., Velarde, S. & Britton, G. B. (2011). Estimated Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Sample of Panamanian School-Aged Children. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(2), 243-255. <https://doi.org/10.1007/s10578-010-0213-2>
- Scaglia, M., González, L., Biedermann, T., Rodríguez, A., Angulo, A. & Rodríguez, L. (2018). Los “no hay” de Paraguay. Exploración en torno de las dificultades para el estudio de los procesos de medicalización de la infancia. En S. Faraone & E. Bianchi (Comps.) *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina* (pp. 369-400). Teseo.
- Scaini, G., Fagundes, A. O., Rezin, G. T., Gomes, K. M., Zugno, A. I., Quevedo, J. & Streck, E. L. (2008). Methylphenidate increases creatine kinase activity in the brain of young and adult rats. *Life Sciences*, 83(23-24), 795-800. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2008.09.019>

- Schwandt, H. & Wuppermann, A. (2016). The youngest get the pill: ADHD misdiagnosis in Germany, its regional correlates and international comparison. *Labour Economics*, 43, 72-86. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2016.05.018>
- Scott, J. (1993). La mujer trabajadora en el siglo XIX. En G. Duby & M. Perrot (Eds.) *Historia de las Mujeres, El Siglo XIX: cuerpo, trabajo y modernidad* (Vol. 8, pp. 99-129). Taurus.
- Selinus, E. N., Molero, Y., Lichtenstein, P., Anckarsäter, H., Lundström, S., Bottai, M. & Hellner Gumpert, C. (2016). Subthreshold and threshold attention deficit hyperactivity disorder symptoms in childhood: Psychosocial outcomes in adolescence in boys and girls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(6), 533-545. <https://doi.org/10.1111/acps.12655>
- Serrano-Troncoso, E., Guidi, M. & Alda-Díez, J. Á. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 44-51. <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/15/81/ESP/15-81-ESP-44-51-322427.pdf>
- Sesar, K., Dodaj, A. & Sesar, D. (2014). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and comorbid disorders in 6-12 year old girls and boys. *Central European Journal of Paediatrics*, 10(1), 28-42. <https://doi.org/10.5457/p2005-114.86>
- Shen, Y. M., Chan, B. S., Liu, J. B., Zhou, Y. Y., Cui, X. L., He, Y. Q., Fang, Y.M., Xiang, Y. T. & Luo, X. R. (2018). The prevalence of psychiatric disorders among students aged 6~ 16 years old in central Hunan, China. *BMC Psychiatry*, 18(243), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1823-7>
- Shilon, Y., Pollak, A. A., Shaked, S. & Gross-Tsur, V. (2012). Accidental injuries are more common in children with attention deficit hyperactivity disorder compared with their non-affected siblings. *Child: care, health and development*, 38(3), 366-370. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01278.x>
- Simkin, H. & Becerra, G. (2013). El proceso de socialización. Apuntes para su exploración en el campo psicosocial. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 24(47), 119-142. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14529884005>

- Singh, P., Ojha, S. & Ansari, R. J. (2016). To study the attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) amongst adolescent children referred for behavioral problems. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 7(4), 442-445.
- Skogli, E. W., Teicher, M. H., Andersen, N., Hovik, K. T. & Øie, M. (2013). ADHD in girls and boys – gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC Psychiatry*, 13(298), 298. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-298>
- Skounti, M., Philalithis, A., Giannoukas, S., Dimitriou, E. & Nikolopoulou, S. (2010). Prevalence of ADHD in school children in Athens. Association of ADHD subtypes with clinical impairment. *European Psychiatry*, 25(Supl.1), 1525. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(10\)71508-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(10)71508-X)
- Smidts, D. P. & Oosterlaan, J. (2007). How common are symptoms of ADHD in typically developing preschoolers? a study on prevalence rates and prenatal/demographic risk factors. *Cortex*, 43(6), 710-717. [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-9452\(08\)70500-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-9452(08)70500-8)
- Soendergaard, H. M., Thomsen, H. P., Pedersen, E., Pedersen, P., Poulsen, A. E., Winther, L., Nielsen, J., M., Herkinsen, A., Rungoe, B. & Soegaard, H. J. (2016). Associations of age, Gender, and Subtypes With ADHD Symptoms and related Comorbidity in a Danish Sample of Clinically Referred Adults. *Journal of Attention Disorders*, 20(11), 925–933. <https://doi.org/10.1177/1087054713517544>
- Song, I., Lee, M. S., Lee, E. K. & Shin, J. Y. (2017). Patient and provider characteristics related with prescribing of ADHD medication: Nationwide health insurance claims database study in Korea. *Asia-Pacific Psychiatry*, 10(1), e12289. <https://doi.org/10.1111/appy.12289>
- Souza, I., Pinheiro, M. A., Denardin, D., Mattos, P. & Rohde, L. A. (2004). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and comorbidity in Brazil Comparisons between two referred samples. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(4), 243-248. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-004-0402-2>

- Steinhausen, H. C., Döpfner, M. & Schubert, I. (2016). Zeitliche Trends bei den Häufigkeiten für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Stimulanzienbehandlung [Tendencias a lo largo del tiempo en las frecuencias del trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDAH) y el tratamiento con estimulantes]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44(4), 275-284. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000432>
- Storebø, O. J., Pedersen, N., Ramstad, E., Kielsholm, M. L., Nielsen, S. S., Krogh, H. B., Moreira-Maia, C. R., Magnusson, F. L., Holmskov, M., Gerner, T., Skoog, M., Rosendal, S., Groth, C., Gillies, D., Rasmussen, K. B., Gauci, D., Zwi, M., Kirubakaran, R., Håkonsen, S., . . . Gluud, C. (2018). Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents - assessment of adverse events in non-randomised studies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD012069. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012069.pub2>
- Štuhec, M., Švab, V. & Locatelli, I. (2015). Prevalence and incidence of attention-deficit/hyperactivity disorder in Slovenian children and adolescents: a database study from a national perspective. *Croatian Medical Journal*, 56(2), 159-165. <https://doi.org/10.3325/cmj.2015.56.159>
- Sushevska, L., Zafirova-Ivanovska, B., Vasileva, K., Isjanovska, R. & Kadri, H. (2014). Presence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder by certain sociodemographic characteristics among university students. *Materia Socio Medica*, 26(4), 253-255 <http://doi.org/10.5455/msm.2014.253-255>
- Tewar, S., Auinger, P., Braun, J. M., Lanphear, B., Yolton, K., Epstein, J. N., Ehrlich, S. & Froehlich, T. E. (2016). Association of Bisphenol A exposure and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a national sample of U.S. children. *Environmental Research*, 150, 112-118. <http://dx.doi.org/10.1016/j.envres.2016.05.040>
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R. & Jenkins, J. M. (2012). Parenting Stress in Families of Children With ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17. <http://dx.doi.org/10.1177/1063426610387433>

- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E. & Glasziou, P. (2015). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994-e1001. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>
- Timimi, S. & Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural construct. *British Journal of Psychiatry*, 184(1), 8-9. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.184.1.8>
- Tizón, J. L. (2007). El “niño hiperactivo” como síntoma de una situación profesional y social: ¿Mito, realidad, medicalización?. *Revista de Psicopatología y Salud Mental de Niño*, (Extra.2), 23-30.
- Uribe, C. & Vásquez, R. (2008). *Historias de la Misericordia: narrativas maternas de hiperactividad infantil*. Ediciones Uniandes.
- Uribe, P., Abarca Brown, G., Radiszcz, E. & López Contreras, E. (2019). TDA-H y género: experiencias subjetivas de niños y niñas en Chile. *Saúde e Sociedade*, 28(1), 75-91. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902019181144>
- Valles, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial Síntesis.
- Vasiliadis, H. M., Diallo, F. B., Rochette, L., Smith, M., Langille, D., Lin, E., Kisely, S., Fombonne, E., Thompson, A. H., Renaud, J. & Lesage, A. (2017). Temporal Trends in the Prevalence and Incidence of Diagnosed ADHD in Children and Young Adults between 1999 and 2012 in Canada: A Data Linkage Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(12), 818-826. <https://doi.org/10.1177/0706743717714468>
- Vargas, A. M. (2015). *La construcción social de la hiperactividad en la escuela [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]*. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/50819>
- Vargas, Á. M. (2020). Creencias, prácticas y saberes frente al tratamiento farmacológico del TDAH en niños y adolescentes. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 13(2), 13-24. <https://reviberopsicologia.iber.edu.co/article/view/1806>

- Vargas, A. M. & Parales, C. J. (2017). La construcción social de la hiperactividad. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(2), 245-262. <http://dx.doi.org/10.15446/rcp.v26n2.59891>
- Veadrigo, F., Shiel, A. & Grevet, E. H. (2015). Gender Influence In Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment: A Systematic Review. *European Psychiatry*, 30(Supl.1), 985. [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30772-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30772-0)
- Vélez, A., Talero, C., González, R. & Ibáñez, M. (2008). Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia. *Acta Neurológica Colombiana*, 24, 6-12. <https://www.acnweb.org/es/acta-neurologica/volumen-242008/54-volumen-24-numero-1-marzo-de-2008/209-prevalencia-de-trastorno-por-deficit-de-atencion-con-hiperactividad-en-estudiantes-de-escuelas-de-bogota-colombia.html>
- Vijande, A. (2004). Los estereotipos de género en la construcción de la enfermedad mental: Un estudio introductorio. *Revista Española de Ciencia, Tecnología y Sociedad*, (7), 173-194. <https://dialnet.unirioja.es/revista/1740/A/2004>
- Vingilis, E., Erickson, P. G., Toplak, M. E., Kolla, N. J., Mann, R. E., Seeley, J., vanderMaas, M. & Daigle, D. S. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder symptoms, comorbidities, substance use, and social outcomes among men and women in a Canadian sample. *BioMed Research International*, 2015, 982072. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/982072>
- Viveros, M. (2015). Sex/Gender. En L. Disch & M. Hawkesworth (Eds.) *The Oxford Handbook of Feminist Theory* (pp. 852-873). Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199328581.013.42>
- Wang, L. J., Chen, C. K. & Huang, Y. S. (2015). Gender Differences in the Behavioral Symptoms and Neuropsychological Performance of Patients with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treated with Methylphenidate: A Two-Year Follow-up Study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(6), 501-508. <http://dx.doi.org/10.1089/cap.2014.0175>
- Wang, L. J., Lee, S. Y., Yuan, S. S., Yang, C. J., Yang, K. C., Huang, T. S., Chou, W. J., Chou, M. C., Lee, M. J., Lee, T. L. & Shyu, Y. C. (2017). Prevalence rates of youths

- diagnosed with and medicated for ADHD in a nationwide survey in Taiwan from 2000 to 2011. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(6), 624-634. <http://dx.doi.org/10.1017/S2045796016000500>
- Wang, T., Liu, K., Li, Z., Xu, Y., Liu, Y., Shi, W. & Chen, L. (2017). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: a systematic review and meta analysis. *BMC Psychiatry*, 17(32), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-1187-9>
- Weiss, N. T., Schuler, J., Monge, S., McGough, J. J., Chavira, D., Bagnarello, M., Herrera, L. D. & Mathews, C. A. (2011). Prevalencia y tamizaje del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Costa Rica. *Vertex*, 22(99), 337-342. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4431996/>
- Weller, S. C., Vickers, B., Russell, H. B., Blackburn, A. M., Borgatti, S., Gravlee, C. C. & Johnson, J. C. (2018). Open-ended interview questions and saturation. *PLOS ONE*, 13(6), e0198606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198606>
- Wendell, S. (1996). *The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflections on Disability* (pp. 35-56). Routledge.
- Willcutt, E. G. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499. <http://dx.doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- Williams, S. J., Martin, P. & Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, 33(5), 710-725. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x>
- Williamson, D. & Johnston, C. (2015). Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A narrative review. *Clinical Psychology Review*, 40, 15-27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.005>

- Wirth, J. H. & Bodenhausen, G. V. (2009). The role of gender in mental-illness stigma. *Psychological Science*, 20(2), 169-173. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02282.x>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- Wolraich, M. L., McKeown, R. E., Visser, S. N., Bard, D., Cuffe, S., Neas, B., Geryk, L., Doffing, M., Bottai, M., Abramowitz, A., Beck, L., Holbrook, J. & Danielson, M. (2014). The Prevalence of ADHD: Its Diagnosis and Treatment in Four School Districts Across Two States. *Journal of Attention Disorders*, 18(7), 563-575. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054712453169>
- Xue, C. (2008). Critically Evaluate the Understanding of Gender as Discourse. *International Education Studies*, 1(2), 54-57. <http://dx.doi.org/10.5539/ies.v1n2p54>
- Yang, R., Mao, S., Zhang, S., Li, R. & Zhao, Z. (2013). Prevalence of obesity and overweight among Chinese children with attention deficit hyperactivity disorder: a survey in Zhejiang Province, China. *BMC Psychiatry*, 13, 133. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-133>
- Yoshimasu, K., Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Voigt, R. G., Killian, J., Weaver, A. L. & Katusic, S. K. (2012). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: a population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), 1036-1043. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02567.x>
- Yoshimasu, K., Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Voigt, R. G., Killian, J. M., Weaver, A. L. & Katusic, S. K. (2018). Adults with persistent ADHD: Gender and psychiatric comorbidities—a population-based longitudinal study. *Journal of Attention Disorders*, 22(6), 535-546. <https://doi.org/10.1177/1087054716676342>