

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Psicología

“Trayectoria de una operación diagnóstica”

Análisis Cualitativo de los significados asociados al diagnóstico de Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad diagnosticado durante la infancia.

Profesor Guía: Francisco Jeanneret

Metodólogo: Francisco Kamman

Genoveva Echeverría

Alumno(s): Catalina Catalán Paredes

Antonia Fischer Peñailillo

Tesina para optar al título de Psicólogo y grado de Licenciado en Psicología

Santiago, Enero de 2013.

1.- Resumen.

El propósito de esta investigación es indagar sobre las significaciones que el diagnóstico de déficit atencional con hiperactividad ha tenido a lo largo de la vida, en personas que fueron diagnosticadas durante su infancia y que en la actualidad son adultos jóvenes. Para así poder identificar las repercusiones que tiene a largo plazo recibir dicho diagnóstico y cómo afecta las relaciones sociales que se establecen a partir de él, es decir, poder observar la trayectoria del diagnóstico.

Se utilizaron los conceptos propuestos por el Interaccionismo simbólico con el fin de identificar a partir de los datos conseguidos, las significaciones que este diagnóstico ha tenido en la vida de las personas que participaron en esta investigación. Dichas significaciones se han generado a partir de las interacciones sociales en las que éstas participan.

Se realizó un grupo de discusión y 2 entrevistas en profundidad con el fin de acceder a la información necesaria para este estudio. El análisis se realizó según lo propuesto por la Teoría Fundamentada, y se enfocó en dos ejes. El primero tiene relación con los mecanismos de regulación que aparecen durante todo el recorrido que los participantes hacen en relación al trastorno, y un segundo eje relacionado con el trastorno de déficit atencional en sí, su sintomatología y la identificación que se produjo a partir de ésta, posicionándolo como un trastorno que define a las personas que lo reciben.

Dentro de los resultados obtenidos, se pudo concluir que el trastorno engloba y contiene todo lo que la persona es, y que por lo tanto ésta actúa e interactúa a partir de él.

2.- Agradecimientos

Antonia Fischer

En primer lugar agradecer a mi familia. A mis padres Álvaro y Sonia por el apoyo incondicional, el cariño, enseñanzas y valores que me han entregado durante mi vida. A mis hermanos Nataniel y Martin por el cariño, las risas, peleas, la confianza, el apoyo y la compañía. Los quiero mucho a todos, son fundamentales en mi vida, mis pilares, mi lugar seguro.

A Catalina, mi amiga, compañera, mi complemento, quien me enseñó a volar cuando creí tener los pies pegados al suelo. Por su paciencia, cariño y esfuerzos que nos permitieron llevar a cabo este proyecto. Te adoro.

A Carolina y Macarena, por las horas de risas, los llantos y las locuras. Porque iniciamos este proceso juntas, y sé que seguirá siendo. Las quiero.

A Juan Diego, mi compañero, por la paciencia, el apoyo, la contención, por confiar en mí cuando ni yo lo hacía. Por tu constante preocupación, cuidados, cariños y amor. Gracias por ser parte de mi vida y permitirme serlo en la tuya. Además a su familia, padres, hermanos, cuñadas, tios y primos, por hacerme sentir siempre parte de ellos.

A Pati, Pia, Cami, Beny, Vale, Valita, Pao, Diego, Raúl, Jaime, Seba, Byron, Chongo, por enseñarme que aún existen personas valiosas, que se acompañan durante la vida. Me revivieron, son los mejores.

A mis herméticas, Angélica, Karine, Marcela, Vanessa, Macarena y Sindy, por acompañarme hace años en la vida, por crecer conmigo y por enseñarme que cuando se quiere la amistad es capaz de sobrevivir a todo. Las amo

Catalina Catalán

A mis padres, Ivonne y Luis los cuales me entregaron el valor de la vida, la libertad de soñar, la fortaleza, enseñanzas y su cariño incondicional. Los admiro profundamente.

A mis hermanas Carolina y su familia, Camila y Conny. Siempre recibí su apoyo y comprensión constante, por la confianza depositada en mí y por sobre todo a volar conmigo en los diferentes viajes espaciales, dándome alegría y tranquilidad a mi vida. Gracias simplemente por estar ahí.

A mis abuelas por regalarme su infinito amor y enseñándome que cada detalle cuenta para hacer de las cosas algo hermoso con amor y dedicación. Y mostrarme la fuerza que tenemos las mujeres.

A Manuel, mi compañero, mi amante y amigo. Que entro en mi vida de forma inesperada y me brindo su amor, apoyo y comprensión en este proceso y en la vida. Por volar conmigo de la mano. Te amo.

A Antonia, mi amiga y compañera de caminos difíciles. En este proceso en donde pasamos por estado de histeria, alegrías, llantos e iluminaciones intelectuales. Gracias por tu perseverancia y comprensión. Y a su familia por el apoyo, además de dejarme entrar en sus vidas y hacerme sentir que soy parte de ellos.

A mis amigas Graciela, Carolina y Antonia que con sus locuras, sus historias, sus risas y complicidad me entregaron el valor de la amistad.

Le agradezco a cada uno de ustedes por acompañarme en este proceso, que en ocasiones resultaba algo nebuloso, pero que su, amor, confianza y respeto fortaleció mi vida.

Índice

1.- Resumen.....	2
2.- Agradecimientos.....	3
3.- Antecedentes y planteamiento del problema.....	8
4.- Formulación del problema y pregunta de investigación.....	11
5.- Aportes y relevancia de la investigación.....	12
6.- Objetivos.....	13
6.1.- Objetivo general.....	13
6.2.- Objetivos específicos.....	13
7.- Marco Teórico.....	14
7.1.- Interaccionismo simbólico.....	14
7.2.- Estigma social.....	19
7.3.- Discusiones sobre la operación diagnóstica y el caso del TDAH.....	21
7.4.- Trastorno de déficit atencional con hiperactividad.....	26
7.4.1.- Características del sujeto diagnosticado.....	31
8.- Supuestos.....	33
9.- Marco Metodológico.....	34
9.1.- Enfoque metodológico.....	34
9.2.- Tipo y diseño de investigación.....	34
9.3.- Delimitación del campo a estudiar.....	35
9.4.- Técnicas e instrumentos de recolección de la información.....	36
9.5.- Plan de análisis de la información.....	38
10.- Análisis y Resultados.....	40
10.1.- Primer eje: Regulación de conductas a la regulación de la vida.....	40

10.1.1.- Los vigilantes de las conductas.....	40
10.1.2.- La inscripción de un saber: la vigilancia normativa	42
10.1.3.- Regulación de la vida.....	46
10.2.- Segundo eje: Trastorno de déficit atencional con hiperactividad como un diagnóstico que (los) define.	47
10.2.1.- Camino al diagnóstico.....	48
10.2.2.- Aprehendiendo a ser.....	49
11.- Conclusiones	58
12.- Bibliografía:.....	62
13.- Anexos.....	66
13.1 Anexo 1: Criterios diagnósticos del TDAH del DSM-IV	66
13.2 Anexo 2: Criterios diagnósticos del TDAH del CIE-10	68
13.3 Anexo 3: Documento MINSAL	69
13.4 Anexo 4: Consentimiento Informado	70
13.5 Anexo 5: Guión grupo de discusión y entrevistas	71
13.5.1 Guión para grupo de discusión.	71
13.6 Anexo 6: Transcripciones.....	75
13.6.1 Grupo de discusión.	75
13.6.2 Entrevista N°1	112
13.6.3 Entrevista N°2	123

*“Las palabras son portadoras de significados
en virtud de las interpretaciones dominantes
atribuidas a ellas, por la conducta social;
las interpretaciones surgen de los modos habituales
de conductas que giran en torno a los símbolos y son esos
moldes sociales los que construyen los significados de
los símbolos”*

Charles Wright Mills

(Citado en Benito 1998)

3.- Antecedentes y planteamiento del problema

El Trastorno de déficit atencional con hiperactividad, en adelante TDAH, es un trastorno mental que afecta a niñas y niños en edad escolar. No tiene un origen definido, pero se sospecha que tendría bases biológicas y es definido como un trastorno neurológico del comportamiento,

Se manifiesta en la esfera del comportamiento, de la conducta del sujeto y que le genera desventajas o desadaptación en distintos ámbitos (personal, familiar, escolar, laboral y social). No es un trastorno en el estado de ánimo; tampoco es un déficit de la inteligencia general ni es una perturbación en el juicio de realidad. Se afecta la conducta. Los síntomas más evidentes en los que se basa el diagnóstico clínico de TDAH, son la falla en el control voluntario de la atención, la impulsividad y la hiperactividad (...) quien es afectado parece inmaduro en relación a sus pares en algunas funciones (...) fundamentalmente en las denominadas “funciones ejecutivas” (F. Aboitiz, X. Carrasco, 2009 p. 21-22).

A su vez el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association) DSM – IV dice que “La característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad- impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar” (DSM-IV, 1995, p. 82)

En el Primer Congreso Latinoamericano de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, realizado en la ciudad de México, los días 17 y 18 de Junio de 2007, señalan respecto del TDAH:

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno neuropsiquiátrico más común a nivel mundial en la población pediátrica, ocupando un límite entre 3 y 7%, y en Latinoamérica, se considera un problema de salud pública, que afecta aproximadamente 36 millones de personas. La prevalencia estimada fue de 5.29% (IC95% 5.01–5.56), estas estimaciones se asociaron a una variabilidad significativa ($P < 0.001$) entre las regiones, la cual se explica sólo de forma limitada a la localización geográfica y en mayor medida a las limitaciones metodológicas de las investigaciones incorporadas, no existen diferencias significativas en la prevalencia del TDAH entre países desarrollados y latinoamericanos. Se caracteriza por la presencia de grados variables de inatención, hiperactividad e impulsividad que impactan en el desarrollo del aprendizaje y rendimiento escolar así como en los procesos adaptativos del individuo a su medio ambiente. (www.mediagraphic.com)

Este trastorno se ha hecho muy común en los últimos años en Chile, es así que el Ministerio de Salud entrega información respecto de él.

La prevalencia del trastorno hiperactivo / de la atención en niños de 5 a 7 años de nuestro país es de alrededor del 6 % (Región Metropolitana, 1992 - 95). Es dos a cuatro veces más frecuente en hombres y se estima que uno de cada 80 a 100 escolares de enseñanza básica requiere tratamiento específico por este problema. Constituye el principal motivo de consulta en los Servicios de Neurología, Psiquiatría y Salud Mental Infantil, así como también es el motivo de consulta de salud mental más frecuente en los establecimientos de atención primaria para la población menor de 15 años. (www.minsal.cl).

A partir de los antecedentes recopilados desde el Ministerio de Salud, se observa que el TDAH está incluido en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Este plan dirige sus acciones a los servicios de diferentes problemas y grupos de población. Las prioridades para la atención de este plan se definen a partir de indicadores epidemiológicos, prevalencia, impacto social, y otros factores; asegurando la atención a niñas, niños y adolescentes en edad escolar.

Debido a la alta prevalencia la Junta Nacional de Auxilio y Becas (JUNAEB) crea el programa “Habilidades para la Vida”, que se caracteriza por ser un modelo de intervención psicosocial, que está dirigido a niños en riesgo social de primer y segundo nivel de transición de Educación Parvularia, y primer ciclo básico, además integra a padres, figuras significativas y profesores. Donde desarrollan habilidades que apuntan a una sana convivencia escolar, tales como “promoción del autocuidado de la salud mental del profesor, de clima positivo en el aula, y de interacción positiva padres profesor/educadora; de prevención para niños con conductas de riesgo y derivación a atención de casos a salud mental” (www.junaeb.cl). El trastorno de déficit atencional con hiperactividad está incluido en dicho programa.

Además ha sido incluido en el Decreto 170 (Ministerio de Educación, 2009), como una Necesidad Educativa Especial de carácter Transitorio, definiendo en este las condiciones para el diagnóstico, la cantidad de alumnos por sala de clases que pueden estar diagnosticados y obtener los beneficios de la subvención de necesidades educativas especiales, así como los requisitos que debe tener el establecimiento educativo para poder recibir la subvención correspondiente a cada niño que sea diagnosticado.

Los tratamientos que entrega el MINSAL para niños y adolescentes diagnosticados con TDAH se presentan las siguientes prestaciones en atención primaria, que se pueden observar la tabla 3 de los anexos de esta investigación.

Las atenciones son prestadas en Consultorios Urbanos y Rurales, Postas rurales que reciben equipo médico de ronda, Centros de Salud Familiar, Centros

Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) Servicios de Urgencia y Centros Médicos y consultas privadas de Pediatras y médicos generales. (www.minsal.cl).

4.- Formulación del problema y pregunta de investigación.

A partir de los antecedentes entregados, es posible identificar un punto de inflexión, ya que si bien se ofrece atención clínica a los niños que han sido diagnosticados con este trastorno, no se encuentran antecedentes suficientes que nos den a entender que se tome en consideración los efectos colaterales y el impacto social que tiene este diagnóstico, así como la implicación personal que podría significar crecer y vivir bajo el alero de un diagnóstico.

Se genera a partir del diagnóstico un proceso de construcción de identidad por parte de quien lo recibe, significando y utilizando las características del trastorno de déficit atencional con hiperactividad en las relaciones sociales que se establecen a lo largo de la vida. Estas interrelaciones serán estudiadas a partir de los conceptos y perspectivas que presenta la psicología social y en particular el Interaccionismo simbólico.

Esta corriente teórica ofrece una explicación particular de la relación que las personas tienen con el mundo, y las relaciones sociales. Para lograr comprender esta relación, se tomarán los conceptos explicados por Blumer (1982), quien dice que el Interaccionismo simbólico se basa en tres premisas; la primera es que el ser humano orienta sus actos en función de lo que éstos significan para él. La segunda premisa habla que el significado deriva de la interacción social. Y finalmente la tercera premisa dice que los significados se modifican mediante un proceso interpretativo en el que la persona se va relacionando con lo que se pone en su camino.

Es decir, las cosas no tienen un significado que sea inherente en ellas, que esté dado, ni que sea objetivo, aun cuando sea objetivable, si no que, este significado lo obtienen a partir del uso y los actos que se generen desde la interacción. En el caso particular de ésta investigación se pondrá atención en el acto del diagnóstico de TDAH más que en el trastorno en sí, visto desde sus características clínicas. La

importancia del diagnóstico es en la medida que existe el acto de diagnosticar, y cómo se entiende desde el Interaccionismo simbólico la relación y el uso que este diagnóstico genera en quien lo recibe. Por lo tanto a partir del diagnóstico se van modificando y manipulando los significados desde un proceso de utilidad e interpretación, es decir, qué utilidad le confieren al diagnóstico. Es a partir de aquí que se buscará comprender la significación que quienes fueron diagnóstico del TDAH en su momento, le han dado, y sobre todo, le dan a dicho diagnóstico.

Por lo tanto, la pregunta que guiará esta investigación será:

¿Cuáles son las significaciones que le han otorgado adultos jóvenes al diagnóstico de trastorno déficit atencional con hiperactividad recibido durante su infancia?

5.- Aportes y relevancia de la investigación.

Esta investigación aportará con el estudio de la perspectiva que tienen respecto del trastorno de déficit atencional con hiperactividad, quienes fueron diagnosticados, comprendiendo lo que ha significado para ellos vivir con este trastorno, las implicancias que tuvo recibir y aceptar el diagnóstico, cómo ellos han interpretado y significado ese momento además de la implicancia que ha tenido en la trayectoria de sus vidas.

Su relevancia está enfocada en entregar una mirada del diagnóstico del TDAH que no está centrada en los especialistas ni en las características clínicas del trastorno en sí, sino más bien en las significaciones y relaciones que se producen a partir de la presencia de este trastorno en la vida de quienes han sido diagnosticados con el mismo. Como se ha visto, en los últimos años ha ocurrido un aumento en la cantidad de diagnósticos de TDAH en nuestro país, por lo tanto se busca comprender cómo ha afectado a estas personas haber sido catalogados como portadores de un trastorno particular, para poder tener un antecedente a largo plazo de los aumentos de diagnósticos hoy.

6.- Objetivos

6.1.- Objetivo general.

Conocer las significaciones del diagnóstico de trastorno de déficit atencional con hiperactividad en adultos jóvenes que fueron diagnosticados en su infancia.

6.2.- Objetivos específicos.

- Identificar los hitos y momentos que han marcado la trayectoria del diagnóstico de TDAH en adultos jóvenes que fueron diagnosticados en su infancia.
- Identificar los actores y los roles de quienes intervienen cuando opera el diagnóstico de TDAH.
- Identificar las interacciones que se articulan y se ponen en funcionamiento cuando opera el diagnóstico de TDAH.
- Analizar las interpretaciones que realizan los adultos jóvenes que fueron diagnosticados de TDAH en su infancia en relación a la trayectoria de dicho diagnóstico.
- Identificar posibles estigmas sociales producidos por el diagnóstico de TDAH en adultos jóvenes que fueron diagnosticados en su infancia.

7.- Marco Teórico.

7.1.- *Interaccionismo simbólico*

Para responder la pregunta que guía esta investigación, se considera útil y necesario entender los principios teóricos que ofrece el *Interaccionismo Simbólico*. Ya que esta investigación busca comprender la significación que le entregan al diagnóstico del TDAH las personas que lo recibieron se hace necesario conocer cómo es que ésta se produce, qué elementos juegan en su producción, y cómo éstos influyen al momento de concebirla.

Este enfoque se ocupa del estudio de la vida de los grupos humanos y del comportamiento del hombre. Se utilizará para efectos de esta investigación, las ideas planteadas por Herbert Blumer, Sociólogo, quien influenciado por los escritos de Mead y a partir de su concepto de *conductismo social* toma estos conceptos y esta mirada y la modifica para lograr el *Interaccionismo simbólico* tal como se conoce hoy en día.

Se entenderá por *Interaccionismo simbólico* un proceso mediante el cual los seres humanos interactúan con objetos y les otorgan significados. A partir de estos significados es que el ser humano se construye a sí mismo, a la sociedad, sus ideas, pensamientos, etc. Construye su perspectiva del mundo, y a partir de ésta ordena sus actos. Estas significaciones hacen sus apariciones mediante los usos que la persona haga de ellas en la interacción social.

Para Blumer (1982) existen tres premisas básicas para entender el *Interaccionismo simbólico*, dichas premisas son:

La primera es que el ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que éstas significan para él. Al decir cosas nos referimos a todo aquello que una persona puede percibir en su mundo (...) la segunda premisa es que el significado de éstas cosas se deriva de, o surge como consecuencia de la interacción social que cada cual

mantiene con el prójimo. La tercera es que los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va hallando en su paso. (Blumer, 1982, p. 2)

Para Blumer (1982) este enfoque se separa de la forma tradicional de entender el origen del significado de las cosas. Una de estas formas tradicionales es la que considera que éste es parte intrínseca del objeto, es decir, que aquél objeto que posee tal significado, lo tiene desde su origen, le otorga una cierta objetividad al significado entendiendo desde aquí que el significado del objeto, es posible de desglosar mediante la observación del mismo, que emana de éste y que por lo tanto no es fruto de ningún proceso.

Otro punto de vista tradicional menciona que el significado puede ser explicado por separado del objeto y que es producto de los elementos psicológicos concretos que intervienen en la percepción del mismo, además éstos pueden ser aislados para así explicar el significado de la cosa. Se pueden considerar como parte de estos elementos los sentimientos, las sensaciones, las ideas y recuerdos entre otros.

Por lo tanto para el Interaccionismo simbólico el significado no nace de estructuras intrínsecas, ni es consecuencia de una fusión de elementos psicológicos; sino que es fruto de un proceso de interacción entre los individuos. Es a partir de los actos de los demás es que una persona define el significado de las cosas.

El significado que la persona utiliza para cada objeto, se produce a través de un proceso de *interpretación*, en este proceso se pueden identificar según Blumer (1982) dos etapas

En primer lugar el agente se indica a sí mismo cuáles son las cosas hacia las que se encaminan sus actos; es decir debe señalarse a sí mismo las cosas que poseen significado. Tales indicaciones constituyen un proceso social interiorizado (...) Esta interacción es algo más que una acción recíproca

de elementos psicológicos; es una instancia de la persona enfrascada en un proceso de comunicación consigo misma. En segundo lugar y como resultado de este proceso, la interpretación se convierte en una manipulación de significados. (Blumer, 1982, p.4)

Este enfoque teórico tiene en sus bases algunas ideas básicas, que Blumer llama *imágenes radicales*, estas ideas hacen referencia a diversos temas, tales como: la naturaleza de la vida en las sociedades y grupos humanos; la naturaleza de la interacción social; la naturaleza de los objetos; el ser humano considerado como organismo agente y la naturaleza de la acción humana. Estas serán descritas a continuación con el fin de esclarecer este enfoque.

- *La naturaleza de la vida en las sociedades y grupos humanos*: se parte de la premisa que los grupos humanos están compuestos por individuos comprometidos en la acción, es decir, se considera a la sociedad humana como acción. Esto tiene importancia al momento del estudio de la sociedad, ya que para el Interaccionismo todo estudio debe tener como punto de partida este hecho – que la sociedad se compone de personas involucradas en la acción- para lograr comprender tanto las relaciones con los demás como consigo mismos.
- *Naturaleza de la interacción social*: ya que la interacción social se forma entre los agentes o miembros de la misma, ésta es un proceso que forma el comportamiento humano, es decir, cada individuo que se encuentra en interacción con otros, debe tener en cuenta lo que cada participante está haciendo, o desea hacer, para así orientar su comportamiento en función de aquello que es considerado por los individuos con los que está interactuando en ese momento. Es decir, este comportamiento particular debe ser capaz de encajar en las actividades que los demás se encuentran realizando. Aquí Blumer (1982) cita a Mead al señalar que existen dos niveles de interacción social, a los que él llama *interacción no simbólica* e *interacción simbólica*. El primero se refiere a una respuesta automática al

acto de otra persona, es decir, a modo de acto reflejo, sin interpretar la situación. La segunda habla del mismo acto, pero la respuesta incluye una interpretación de lo que está sucediendo. Se consideran importantes estos puntos porque nos llevan a explicar el concepto del *gesto* para Mead el gesto forma parte de la interacción simbólica en la medida que es parte de un acto en curso que encierra el significado del acto. Es decir, transmiten lo que la otra persona quiere decir, así como la intención y el propósito de sus actos. Permitiéndole a la persona que está interpretando la situación, modificar sus actos para organizar una respuesta. Volviendo a Mead, el significado proviene de una triple naturaleza y son estos gestos quienes la transmiten, por un lado indican lo que la persona que los recibe ha de hacer, lo que se proyecta a través de él, y finalmente la acción coordinada que debe surgir entre ambos individuos. El *gesto* tiene doble significado, para quien lo emite, y para quien lo recibe. Cuando este es el mismo para ambos, se produce la comprensión; de no ser este el caso, la comunicación no se produce, dificultando la interacción y bloqueando la posibilidad de acción conjunta. Aquí es importante que cada agente de la interacción asuma un papel determinado, ya que si esto no ocurre no se puede producir una eficaz comunicación ni interacción. Es decir los agentes están obligados a tener en cuenta los actos ajenos al momento de formular los actos propios. Es única y exclusivamente a través de este proceso que se logra encajar las actividades.

- *Naturaleza de los objetos*: para el Interaccionismo simbólico, los objetos son producto de la interacción simbólica, estos corresponden a todo aquello que puede ser nombrado, señalado, o referido; se identifican tres categorías a) objetos físicos, b) objetos sociales y c) objetos abstractos. La naturaleza de un objeto está compuesta por el significado que tiene para la persona que lo considera como tal. Este significado determina el modo en que la persona ve al objeto, modifica sus actos respecto de él, y como habla de este. Por lo tanto un mismo objeto puede tener diferentes significados, así como puede ser un objeto común, es decir, que tiene el

mismo significado para un determinado grupo de personas. Estos significados vienen principalmente entregados por las personas con quien interactúa. Por lo que todo objeto debe ser considerado como una creación social, que se va transformando y modificando.

- *El ser humano considerado como organismo agente*: este punto se refiere a la concepción del ser humano como un individuo que puede ser objeto de sus propios actos. Esto surge al igual que los objetos, del proceso de interacción social, donde otras personas definen a un individuo ante él mismo, además para que la persona consiga verse como un objeto, ha de ser capaz de observarse desde afuera, esto sólo es posible de realizar poniéndose en el lugar de otra persona y observarse al actuar. Es decir, para que una persona logre verse a sí mismo como un objeto, debe tener en consideración la visión que los demás tienen de él, y cómo lo definen. Luego se produce un proceso denominado *autointeracción* en donde el individuo se hace indicaciones a sí mismo y actúa en relación a éstas. El Interaccionismo simbólico considera al individuo como un organismo capaz de realizar una interacción social consigo mismo, al formularse indicaciones y respondiendo a ellas, además debe reaccionar ante lo que percibe, y esto lo realiza a través de la *autoindicación*, convirtiendo en objeto aquello que está percibiendo, significándolo, y utilizándolo para orientar sus siguientes actos. Siendo de esta manera el individuo no sólo un organismo que responde ante la interacción, sino que también actúa.
- *Naturaleza de la acción humana*: este punto tiene relación con que el individuo se encuentra frente a un mundo lleno de objetos a interpretar para poder realizar alguna acción, se enfrenta a situaciones en las que se ve obligado a actuar, significando los actos ajenos y planeando su línea de acción según esta interpretación. Para realizar esta interpretación se debe tener en cuenta las necesidades, los objetivos y medios para conseguirlos, los actos ajenos hayan sido éstos realizados o previstos por el individuo, la propia imagen, y una probable línea de acción que orientará su

comportamiento a través de indicaciones e interpretaciones, la posibilidad de iniciar o concluir una determinada línea de acción.

7.2.- Estigma social

Una vez aclarados algunos puntos que son considerados esenciales para poder comprender las relaciones sociales y los diversos significados que conforman el mundo y cómo estos interactúan entre ellos, se incorporará una nueva mirada, desde este mismo enfoque, de las relaciones sociales. Dicha mirada la aporta Erving Goffman, sociólogo y escritor, que es considerado como uno de los representantes más reconocidos del Interaccionismo Simbólico o también sindicado como el padre de la microsociología, corriente que se dedicaría a estudiar los pequeños grupos que componen la sociedad y la forma en que estas unidades mínimas de personas interactúan.

Desde los planteamientos de Goffman (2003) se tomará el concepto de estigma social en el entendido que precisamente una categoría diagnóstica como el TDAH puede articularse con procesos de estigmatización que recorran las trayectorias de quienes han sido diagnosticados.

A modo de introducción y facilitar el posterior entendimiento de sus premisas, cabe señalar que:

La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías. El medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar. El intercambio social rutinario en medios preestablecidos nos permite tratar con 'otros' previstos sin necesidad de dedicarles una atención o reflexión especial. (Goffman, 2003, p. 11-12).

A partir de lo señalado este autor considera que se genera a partir de la interacción social y las categorías que crea la sociedad, una estigmatización de aquellas personas que poseen un atributo que podría ser descalificador. Es decir,

en la relación que mantiene un sujeto con determinados atributos – que serán normales y aceptados o no según las categorías y definiciones sociales con las que interactúa- con la sociedad o los pertenecientes a ésta, se generan lo que el autor llama *estigmas sociales* (cursiva nuestra). Y que es a partir de estos estigmas que se define la normalidad o anormalidad de un sujeto particular.

A partir de los sujetos estigmatizados, se pueden identificar dos formas. Los sujetos *desacreditados* y los *desacreditables*. Se entenderá a los sujetos *desacreditados* como todos aquellos que poseen un tipo de estigma, para el autor existen tres tipos “en primer lugar, las abominaciones del cuerpo (...) luego los defectos del carácter del individuo (...) y por último existen los estigmas tribales” (Goffman, 2003, p. 14). Este tipo de individuo podría haber sido aceptado en un intercambio social sin mayores problemas, pero como posee un rasgo que logra imponerse a la fuerza, haciendo que nuestra atención se centre en éste obviando sus otros atributos menos notorios. Esta situación genera distintos tipos de discriminación, ya que el resto de los sujetos, los llamados *normales* reducen al poseedor de aquel atributo en la práctica, disminuyendo así su condición de humano en totalidad y por consiguiente sus posibilidades de vida.

El sujeto *desacreditable* posee un atributo que es considerado como posible de estigmatizar, pero éste no se revela de forma inmediata, o las personas con quienes se relacionan no tienen información suficiente sobre él.

De todas maneras ambos tipos de sujetos son estigmatizados. El problema para el autor, no tiene relación con la forma en que se maneja la tensión social que se genera en el intercambio entre un sujeto estigmatizado y los llamados normales. Sino más bien, en la forma en que se maneja la cantidad de información sobre la deficiencia que posee. Aquí Goffman (2003) introduce el concepto de *encubrimiento* (cursivas nuestras) que se refiere a la cantidad de información que la persona comparte de su deficiencia.

Ahora bien, existen ciertos personajes dentro de la sociedad que tienen un lugar especial y fundamental al momento de determinar qué atributos son posibles de

estigmatizar. Aparece en el texto de Goffman (2003) la concepción de los *sabios*, de la cual existen dos tipos, el primero tipo de *sabios* son aquellos que han conseguido su posición de sabio, a partir del saber que han adquirido a través de sus estudios y que son respaldados por una institución. Se encontraría pues en esta categoría a aquellos con un saber médico, por ejemplo, que diagnostica a un enfermo de VIH. Este sabio cumple dos funciones, satisfacer al estigmatizado en términos de información y tratamiento, y por otro lado, satisface a la sociedad ya que desempeña un rol en ésta.

Y el segundo son aquellas personas que se relacionan con el estigmatizado a través de la estructura social. Para la sociedad en general, muchas veces, estas personas relacionadas íntimamente con un estigmatizado pasan a convertirse parte de él, son considerados como una sola persona, y “están obligados a compartir parte del descrédito de la persona estigmatizada con la cual los une una relación” (Goffman, 2003, p.43).

A partir del segundo tipo de sabios, el autor hace referencia a la *visibilidad* (cursivas nuestras) de un estigma. Esta tiene relación con las características del estigma que permiten la comunicación del mismo. Existen grados de visibilidad, por ejemplo, la ceguera es un estigma notoriamente visible, pero la depresión no lo es. A partir de la visibilidad del estigma, el sujeto debe realizar un plan de acción desde donde se relacionará socialmente, asumiendo como punto de partida, la información que socialmente se posee de su estigma particular. Por lo tanto la *visibilidad* de un estigma particular, dependerá de la capacidad de la audiencia de decodificar la información y descubrir o no que se posee un estigma.

7.3.- Discusiones sobre la operación diagnóstica y el caso del TDAH.

Se abordará en esta investigación algunas de las discusiones que se han generado en relación al diagnóstico, es decir las reflexiones y posturas de distintos autores.

El paradigma moderno se ha construido esencialmente en base a la razón con la necesidad de nominar, categorizar y diferenciar a las personas. Es así como se

genera un aislamiento o individualización que da pie al control, creando nuevos objetos de estudio a partir de las diversas normas que surgen de lo social, estas categorías establecen primordialmente el objeto en lo social desde el discurso psiquiátrico.

Se hablará del significado que le otorgan al acto de diagnosticar, clasificar o simplemente nombrar a un sujeto desde la mirada de la psiquiatría, siendo ésta la que regula las conductas y comportamientos de la sociedad, esto es realizado a través de manuales como el DSM-IV y el CIE-10 los que le otorgan poder y facultad al psiquiatra para categorizar desde las clasificaciones un diagnóstico certero que crea un ordenamiento a partir de la diferenciación de salud-enfermedad. Pues bien, como en el discurso psiquiátrico han ido brotando nuevas enfermedades mentales, asimismo van surgiendo nuevos tratamientos, incorporando en lo social políticas públicas y leyes que generan respuestas más óptimas para garantizar un orden social estable.

Una de las lecturas que aporta en el desarrollo de este punto es la de Segundo Manchado quien en su ensayo “Pre-juicios a la hora de pensar la nueva patología psiquiátrica” (2008) comienza la discusión acerca de las clasificaciones y el acto de diagnosticar en psiquiatría.

Manchado señala que el clasificar o nominar se presenta como algo inevitable en la sociedad como un modo de contener a la multiplicidad, es decir delimitando un orden ante el caos que pueda existir, se crea la ilusión que el orden siempre ha existido, se puede decir que el ordenamiento ha estado presente y que sólo bastaba con nombrarlo o anunciarlo para que surgiera y apareciera, ya que estaría determinado por el lenguaje como algo inherente, pero si se pone en reflexión este orden de clasificar las cosas ha sido naturalizado en las sociedades, es así que desde pequeños nos enseñan a distinguir y diferenciar los objetos como un recorte de la realidad desde una polaridad. Pues bien, Manchado menciona que “las clasificaciones no encuentran sus objetos, sino que los *producen*, puesto que son históricas, y las nociones que utilizamos son el resultado de una larga elaboración a través del tiempo” (Manchado, 2008, p. 423) es decir, se elabora una producción

de clasificaciones que operan en la sociedad y que es aceptado por la mayoría a través de la historia que nos precede.

Ahora bien en los manuales como el DSM-IV o el CIE-10 se parcelan las premisas del diagnóstico a través de la historia, se va categorizando y clasificando desde las constancias y reiteraciones de síntomas y signos existentes, pero siempre aparecen los *inclasificables* alude Manchado (2008).

Siempre se está ordenando, separando, encasillando, diferenciando las cosas a través de las experiencias, constancias y palabras con sus significados desde un fenómeno determinado por el lenguaje. Delimitado por una minoría (mirada clínica, que elabora los manuales.) que establece las verdades como un imperativo clasificatorio. Estas clasificaciones crean los objetos, lenguaje, reglas, perspectivas, pero más aún, crea a “los psiquiatras como agentes de aplicación del sistema propuesto” (Manchado. 2008, p. 422) esto genera uniformar el lenguaje desde una constitución que le entrega soporte al discurso psiquiátrico.

Por otra parte, nos encontramos con una postura que habla de los dispositivos de poder que ha generado el discurso psiquiátrico, a partir del acto del diagnóstico. Es el autor Tomás Ibáñez (1983) quien habla de Foucault (1978) y señala que el poder es mucho más que imponerse al sujeto y modular sus conductas, *el poder constituye literalmente al sujeto* de este modo ya no solo existe un saber para modificar las conductas de los sujetos, sino más bien estaría constituido a través del poder. Es así como Ibáñez (1983) se refiere a las normas que nos señalarán la forma de actuar en lo social, pues la diferenciación se hace indispensable y por lo tanto, bajo qué criterios se es “normal” y dentro de qué rango se comienza a ser “anormal”. En este caso se podría decir que a partir del diagnóstico del TDAH el rol de los psiquiatras, psicólogos y neurólogos sería el de regular a la sociedad a través de un poder que realiza una distribución a partir de la norma que controla, vigila y categoriza a los sujetos creando instrumentos que se ajusten a lo natural del ser humano. Es decir el diagnóstico queda situado y a cargo de los especialistas de las ciencias humanas o sociales, quienes han reducido desde los laboratorios de investigación los diferentes trastornos mentales y sus respectivas

terapias como un modo de regular a los sujetos a partir de la norma, por lo tanto el poder produce saber, es por esto que el poder aparece como una instancia productiva que propaga aparatos de saber que regularizan su funcionamiento a los sujetos, creando tecnologías de control como los Test psicológicos y exámenes neurológicos para detectar si existen trastornos o no. Estos serían elementos que hacen que funcione el poder, por esta razón, el poder produce saber engendrando procedimientos y objetos de saber, así lo señala Foucault (1978).

Foucault (2002) lo describe así “el poder no es algo que se adquiere, arranque o comparta, algo que se conserve o se deje escapar; el poder se ejerce a partir de innumerables puntos y en el juego de relaciones móviles y no igualitarias” (p. 114). Posiciones y relaciones que van cambiando, que se mueven, que son impredecibles, pero que en cada uno de sus actos, de sus ejercicios, crea, produce y conduce poder.

Ahora bien, de esta clasificación que se realiza a partir de un poder-saber. Los sujetos no cuestionan el diagnóstico, sino que aceptan lo que dice el especialista, de modo que no se aceptan otras formas de funcionamiento, sino que solo algunas y siendo éstas las que han sido establecidas desde la norma. Por lo tanto se hablará de *norma disciplinaria* (cursivas nuestras) ya que el conocimiento y los saberes que nos propone la psiquiatría no son implantados en el conocimiento colectivo de los sujetos o más bien de las sociedades por medio de la fuerza, esta norma aparece como la manera que tiene el poder de volver las cosas, o los sujetos a la normalidad; normalidad entendida como lo natural de las cosas, lo natural entendido como las características, normalidades y anormalidades de todo aquello que fue estudiado, descrito y clasificado por los agentes científicos. Logrando construir una determinada manera de comportarse o cómo debe actuar una persona a partir de un determinado trastorno a través de un discurso que se basa en una regla natural, que curiosamente es mostrado como un conocimiento objetivo e irrefutable debido a su carácter natural. Ibáñez (1982) señala “ahora que la verdad emana de los saberes ‘objetivos’ de la ciencia, los efectos de verdad hacen posible un poder en forma de norma. La norma exige la verdad de forma mucho más apremiante que la ley.” (p.97) Es así que en el DSM-IV - si un niño es

portador del TDAH - aparece cómo se debe identificar este trastorno a partir de sus conductas y síntomas para poder estandarizar. En este caso se estaría logrando una naturalización de la norma, por lo cual se deja de pensar en un trastorno déficit atencional con hiperactividad como una construcción social, y se comienza a ver como una norma basada en una ley de la naturaleza, por ende la psiquiatría toma como respaldo de su conocimiento un código normativo, que reprime todo actuar y/o conducta que les desordena el orden social, desviándose de lo normal.

Al leer detenidamente la definición propuesta por el DSM-IV, podemos denotar claramente que en ella se está hablando con respecto a lo que es el trastorno y de cuáles son sus síntomas, a qué remite, qué tipo de sujetos pueden ser clasificados como tales, etc. Mostrando así, cómo el discurso psiquiátrico señala que, cuando existan dos o más síntomas clínicamente significativos por más de seis meses en un sujeto, se habla de la existencia del diagnóstico de TDAH y es aquel discurso el que ha de definir al "individuo" como tal, es justamente esa característica la que nos muestra que se está hablando de un tipo de desvío conductual de lo que se pide socialmente y no de otra, lo que permite "incorporar" al individuo dentro de un concepto, de una definición, que por lo demás es una evidencia empírica. Por ende aquí no se está cuestionando si se está en la norma o desviado de ésta. La psiquiatría lo que busca es lograr corregir las desviaciones conductuales, para que sea posible por medio de *tratamientos y terapias* (cursivas nuestras), que aquel individuo ya separado del resto e identificado en este caso como TDAH logre regresar a aquella normalidad decretada desde lo natural.

Cuando se diagnostica a una persona, cuando los médicos y psiquiatras definen las características de trastornos mentales o patologías, no sólo están describiendo síntomas; al diagnosticar clasifican y cualifican vidas, historias, planes, personas, sujetos.

7.4.- Trastorno de déficit atencional con hiperactividad.

Existen en relación al trastorno por déficit atencional con hiperactividad numerosas investigaciones que hablan de su origen como trastorno, sus primeras explicaciones y manifestaciones.

Es por esto que se considera relevante para esta investigación hacer un recorrido histórico a través de ellas.

El primer registro de este trastorno y sus manifestaciones data del año 1845 donde el doctor Heinrich Hoffman, quien describe en un cuento la sintomatología típica de este trastorno, dicha sintomatología consistía en constantes movimientos, imposibilidad de permanecer sentado. Estas características en ese momento eran designadas como *Daño cerebral mínimo*, nombre que luego cambió a *Disfunción cerebral mínima*.

Bergés (1990) realiza un recorrido histórico acerca del trastorno en una conferencia realizada en Chile, donde identifica al alemán Von Economo como el primero en describir sintomatología asociada al trastorno en seguimientos de casos de encefalitis producida luego de la primera guerra mundial. Von Economo fue el primero en utilizar el término *Hiperkinético*, para referirse a características conductuales como desorden de los movimientos, incapacidad de permanecer en un lugar, problemas cognitivos, de aprendizaje, de memoria y de concentración, así como problemas de adaptación social, dificultades para vivir en comunidad y en algunos casos relacionados con delincuencia.

No fue hasta el año 1994, que se publicó el cuarto Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), que es incluido este trastorno con el nombre que se conoce hoy en día.

Existen dos grandes clasificaciones que agrupan algunos criterios diagnósticos respecto del TDAH. Una es la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10) y la otra es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta versión (DSM-IV). Para ver las especificaciones diagnósticas del DSM-IV ver tabla 1 en anexos.

Según los criterios diagnósticos presentados por el DSM-IV es posible identificar tres subtipos de este trastorno. Dichos subtipos son:

- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Tipo combinado
- Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, tipo con Predominio del Déficit de Atención.
- Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, tipo con Predominio Hiperactivo-Impulsivo.

Para que el diagnóstico de cualquiera de estos subtipos del trastorno sea efectivo, es necesario que el sujeto presente por lo menos seis de los criterios diagnósticos mencionados en la tabla, durante al menos seis meses, además debe ocurrirle en todos los ámbitos de su vida, sean estos, la escuela, el trabajo, en casa, actividades sociales, etc. Este último punto presenta fundamental importancia al momento de otorgar validez al diagnóstico, como lo comentan López; Troncoso; Förster; Mesa (1999) si el niño se comporta bien en el colegio, pero no en el hogar, o al revés, pudiera ser indicador de disfunciones familiares o escolares, más que sintomatología propia del trastorno.

Para uso de esta investigación, sólo se considerará el trastorno de déficit atencional con hiperactividad de tipo hiperactivo-impulsivo. Entonces se entenderá el concepto de *Hiperactividad* cómo inquietud, intranquilidad, movimientos reiterados y constantes, además de conductas no adecuadas a las diferentes situaciones sociales. Este concepto se refiere no sólo a actitudes de tipo motor, sino que también afectan el área intelectual y verbal. “Su inatención sumada a su hiperactividad hace que los estímulos, de todo lo novedoso que existe en una consulta, los excite y manipulen todos los objetos a su alcance, saltando de una acción a otra en forma desprogramada.” (I. López; L. Troncoso; J. Förster; T. Mesa, 1999, p. 96)

De esta misma manera, se entenderá el concepto de *Impulsividad* descrito por López y colaboradores (1999) como impaciencia y respuestas precipitadas, dificultad para respetar el turno, adecuarse a situaciones sociales y acatar normas,

dificultad para seguir instrucciones, así como una no consideración de los riesgos de sus actos.

A su vez el CIE 10 presenta algunas diferencias con respecto al TDAH mencionado en el DSM-IV. En primer lugar, para el CIE 10, este trastorno se ubica en la categoría de Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, y se denomina Trastorno hiperactivo. Aquí se encuentran cinco subtipos de diagnóstico, siendo éstos los siguientes:

- Trastorno hiperactivo
- Trastorno de la actividad y de la atención
- Trastorno hiperactivo disocial
- Otros trastornos hiperactivos
- Trastorno hiperactivo sin especificación

Para el caso de esta investigación utilizaremos de estos subtipos el Trastorno hiperactivo. Este es entendido por este Manual diagnóstico como

Los trastornos hiperactivos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida). Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención. (CIE 10, 1992)

Para el CIE 10 las características de la hiperactividad son inquietud excesiva, verborrea, acompañada de gesticulaciones y contorsiones. La valoración de estas características está dada según el contexto y la forma esperada de actuar en

ciertas situaciones sociales, considerando además la edad y coeficiente intelectual (CI) del niño.

Para el CIE 10 son necesarios la presencia de síntomas en las tres áreas de investigación (impulsividad, hiperactividad y déficit de atención), necesitando para realizar el diagnóstico al menos seis síntomas de inatención; tres de hiperactividad y uno de impulsividad, ver en anexos tabla 2.

Así mismo se presenta dentro del TDAH una alta comorbilidad, ya que es un factor importante a la hora de diagnosticar el síndrome, lo que se agregan a conductas observables a diferentes cuadros coexistentes y no necesariamente son atribuidas al trastorno: como conflictos padre-hijo, baja autoestima o pobre control emocional, ahora bien la prevalencia de comorbilidad en porcentajes, son:

- Trastornos de aprendizaje (24-70%)
- Trastornos Oposicionista desafiante (40-67%)
- Trastornos de conducta (20-56%)
- Trastornos delictuales/antisociales (18-30%)
- Trastorno de ansiedad (10-40%)
- Trastornos mayor (0-45%; 27% a los 20 años)
- Trastorno bipolares (0-27%; probablemente 6-10%)

Es de vital importancia para esta investigación que se haga una exposición de los posibles diagnósticos diferenciales, los que deben ser cuidadosamente descartados al momento de definirse por el diagnóstico del TDAH. Según Menéndez (2001) éstos se pueden dividir en diagnósticos neurológicos y de otros trastornos de salud mental. A continuación se exponen algunos de los problemas neurológicos:

- Alteraciones genéticas cromosómicas; tales como el síndrome de Turner o el de Klinefelter.

- Procesos metabólicos como híper o hipotiroidismo, la enfermedad de Cushing.
- Procesos infecciosos debidos a VIH, encefalitis, o meningitis.

En relación a los posibles diagnósticos de trastornos mentales, se describirán los más comunes de encontrar:

- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos de estado de ánimo.
- Trastornos de conducta.
- Trastornos de aprendizaje.

No hay una clara opinión respecto del curso del trastorno, ya que si bien se sabe que algunos síntomas desaparecen a lo largo de la adolescencia y adultez, existen casos en los que algunos síntomas se mantienen, para estos casos se utiliza el diagnóstico de Trastorno por déficit atencional con hiperactividad, en remisión.

Este trastorno es diagnosticado principalmente por Neurólogos, aunque también son los Psicólogos, Psiquiatras y Psicopedagogos, profesionales capacitados para distinguir sus síntomas. Además puede ser sugerido por Profesores y Educadores, así como por los padres o familiares de los niños. Este diagnóstico es “fundamentalmente clínico y se basa en una anamnesis cuidadosa y una hábil observación del paciente” (López et al., 1999, p.95).

En este sentido, existe una discusión cada vez más vasta y significativa en relación a buscar la mayor precisión para poder afinar el diagnóstico y así intentar no sobre diagnosticar. Así podemos encontrar el caso de Gorostegui (2011) quien señala que es necesario reunir la siguiente información para poder realizar un correcto diagnóstico: Historia y desarrollo del niño; características conductuales; historia familiar; examen neurológico; evaluaciones neuropsicológicas; y evaluaciones pedagógicas y psicopedagógicas.

Por su parte, Aboitiz y Carrasco (2009) consideran que para que los síntomas del TDAH sean suficientes para ser considerados diagnosticables, es necesario incorporar las demandas del medio y las experiencias a las que se han expuesto el sujeto. Esto quiere decir, que dependiendo del contexto en que se exponga el sujeto, puede que esta persona funcione perfectamente, logrando una adecuación al medio a expensas de recursos personales y ambientales. Siendo de esta manera nunca diagnosticados. Para estos autores, este tipo de sujetos caería en una categoría TDAH “subclínico” es decir, personas que presentaron los síntomas, pero que nunca llamaron la atención ni requirieron atención, y por lo tanto nunca fueron diagnosticados. Finalmente exponen que el autoconocimiento puede servir como herramienta para quienes padecen de este trastorno modifiquen sus condiciones de vida para hacer de ésta más funcional según sus propios requerimientos, como un colegio apropiado y una profesión que se adapte a su forma de ser.

Según Aboitiz y Carrasco (2009) el TDAH no es un trastorno que sea curable o que desaparezca, ya que se trata de características esenciales de un individuo, el objetivo del abordaje terapéutico, es disminuir la presencia de los síntomas, es decir, que el sujeto logre una mejor adecuación, una disminución de su comportamiento disruptivo, y que no se generen comorbilidades. La mantención de los síntomas durante la adultez corresponde a cerca del 60% de los casos. Producto del desarrollo y la maduración que ocurre durante el paso del tiempo, hace que en general las personas diagnosticadas con TDAH logren una mayor y mejor adaptación, se atenúen en mayor forma los efectos de la hiperactividad, y en menor medida los de impulsividad, e inatención. Es por esto, según Aboitiz y Carrasco (2009) que el 30 % a 40% cree haber superado toda dificultad.

7.4.1.- Características del sujeto diagnosticado

Ya que se considera al TDAH como un trastorno del desarrollo, este se presenta de diferentes formas según la etapa del desarrollo en que se encuentre el sujeto. Se realizará una breve descripción de cómo se presenta este trastorno a lo largo de la vida.

Los primeros síntomas de este trastorno, hasta los cinco años, son generalmente identificados por los padres y tienen las siguientes características: desarrollo motor precoz; comienzo temprano de deambulaci3n; inquietud; de f3cil rabieta; sin noci3n de peligro y curiosidad insaciable. (Joselevich, E. 2000 citado en Men3ndez 2001)

Cuando entran a la edad escolar, es cuando es m3s f3cil detectar a los ni1os que presentan este trastorno, ya que a trav3s de la adquisici3n del lenguaje y la lectoescritura comienzan a notarse algunos de los efectos de este trastorno, como dificultades en el aprendizaje y por lo tanto fracaso escolar. Adem3s de la incapacidad de adecuarse a diferentes aspectos de su vida. Seguir instrucciones, y otros requerimientos del colegio.

Al entrar en la adolescencia la hiperactividad baja su intensidad, dejando solo una sensaci3n de inquietud, mientras que cerca del 70% sigue presentando problemas de atenci3n e impulsividad.(Barckley, R. 1995 citado en Men3ndez, 2001). Estudios revelan que la hiperactividad en la infancia, es traspasada en la adolescencia hacia trastornos de conducta, entendi3ndo 3stas como adicciones, acciones predelictivas, deserci3n escolar, entre otras. (Miranda,A. 2001. Citado en Men3ndez, 2001)

8.- Supuestos

Esta investigación parte del supuesto que para una persona que recibe un diagnóstico, sea cual fuere éste, genera en ella consecuencias, y que ésta debe pasar por un proceso de interpretación y significación de tal diagnóstico.

Se considera que el diagnóstico de TDAH genera en quien lo recibe y su entorno un estigma social, una especie de etiqueta, que lo determina, lo modifica y lo condiciona en sus interacciones sociales.

9.- Marco Metodológico

9.1.- Enfoque metodológico

Para esta investigación se utilizó un enfoque metodológico de tipo cualitativo. Ya que se pretende comprender las vivencias de los sujetos de esta investigación, y no conocer al fenómeno desde fuera, sino todo lo contrario, es por esto que el enfoque cualitativo se acomoda a lo esperado, ya que “tiene una intención integral en la manera de abordar la realidad: Buscando una visión global de los hechos más que parcelar la realidad en variables (...) como investigador trata de comprender los procesos sociales y para ello debe trabajar y comunicarse con los actores sociales a quienes está estudiando” (Avalos, B., 1998, p.2).

9.2.- Tipo y diseño de investigación

Este trabajo de investigación fue de tipo exploratorio. Se entendió como estudio exploratorio por un lado a todos aquellos estudios que buscan “examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio” (Hernández, Fernández y Baptista, 1998, p. 58).

Este tipo de estudio sirvió para esta investigación en la medida en que “por lo general determinan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el ‘tono’ de investigaciones posteriores más rigurosas” (Dankhe, 1986, p.412 citado en Hernández et al, p. 59). Como existe poca información del tema de investigación, este tipo de estudios parece adecuado, ya que se encarga del comportamiento.

Del mismo modo, se utilizó el tipo emergente, el que se entiende:

“Desde el punto de vista epistemológico, este diseño aborda la producción de conocimiento desde una perspectiva interaccionista. Define a los entrevistados y al investigador como actores sociales. Es decir, como seres individuales y colectivos

que actúan en condiciones históricas determinadas. Asume que el ser humano es el único dotado de reflexividad y como tal es un hermeneuta capaz de producir significados sobre sus acciones y sobre las acciones de los otros y que esos significados orientan sus experiencias, sus saberes, sus adhesiones y rechazos y dialécticamente sus acciones inciden sobre él y sobre la sociedad. Además, construye su mundo a través de relaciones intersubjetivas que expresa a través del lenguaje y de la producción simbólica. Es por ello que para este diseño la producción del conocimiento se inscribe en relaciones sociales donde la subjetividad y la intersubjetividad revisten una gran importancia.”(<http://investigacionubv.wordpress.com>)

9.3.- Delimitación del campo a estudiar

Para esta investigación se utilizó una muestra donde “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra” (Hernández et al. 1998, p. 305).

De esta forma, se seleccionó la muestra de sujetos-tipo, siendo ésta utilizada en “estudios de tipo cualitativo, donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización” (Hernández et al. 1998, p. 328).

El universo de esta investigación serán todas aquellas personas que vivan en la región Metropolitana, que hayan sido diagnosticados con Trastorno de déficit atencional con hiperactividad en la infancia .

Más específicamente, la muestra de esta investigación está constituida por 8 adultos-jóvenes de ambos sexos, que cumplieron con los siguientes criterios:

- Jóvenes entre 20 y 30 años.
- Que hayan sido diagnosticados con Trastorno de déficit atencional con hiperactividad.

- Que el diagnóstico de TDAH haya sido realizado durante la infancia, es decir, entre los 5 y los 10 años.
- Que hayan ingresado a la educación superior.
- Que vivan actualmente en la Región Metropolitana.

Junto con lo anterior, la constitución de la muestra debió considerar:

- Accesibilidad: que las personas estén dispuestos a participar de forma voluntaria en esta investigación.
- Que los participantes de la investigación den su consentimiento para la utilización de sus entrevistas a través de la firma de una carta de consentimiento para ser analizados posteriormente.
- Que den fe de haber sido diagnosticados con TDAH durante los 5 y 10 años, a través de la firma de la carta de consentimiento.

Tamaño de la muestra:

Se consideró para esta investigación un total de 8 personas. Se dividió en 6 personas para conformar un grupo de discusión y 2 para la realización de entrevistas en profundidad.

9.4.- Técnicas e instrumentos de recolección de la información.

Se utilizará para esta investigación entrevistas abiertas no estructuradas y grupo de discusión, dentro de las cuales, se ha elegido la entrevista en profundidad, y de ésta la entrevista focalizada. Esta última “alude a la posición ventajosa (a la hora de obtener más detalles) que tiene el entrevistador cuando ha analizado, previamente, la situación objeto de la entrevista” (Merton & Kendall, 1946, citado en Valles, M. 2003, p.184).

Para que este tipo de entrevista sea productiva debe basarse en cuatro criterios, como mencionan Merton y Kendall citados en Valles (2003)

- *No dirección:* tratar que la mayoría de las respuestas sean espontáneas o libres.
- *Especificidad:* animar al entrevistado a dar respuestas concretas, no difusas o genéricas.
- *Amplitud:* indagar en la gama de evocaciones experimentadas por el sujeto.
- *Profundidad y contexto personal:* sacar las implicaciones afectivas y con carga valorativa de las respuestas de los sujetos, para determinar si la experiencia tuvo significación central o periférica.

Para poder realizar esta entrevista, es necesario realizar previamente un guión base para dirigir las entrevistas ya que así se podrá obtener un amplio rango de información a la vez que permite focalizar la atención hacia la temática de la investigación. Se pretende comprender y conocer como se ha construido la estructura de la experiencia a partir de los significados, el sentido, la interpretación y otros elementos que la constituyen desde lo que se entrecruza con los sujetos estudiados y las preguntas. Las investigadoras tienen que ser capaces de promover el acercamiento al objetivo de la investigación, que quieren conocer y delimitar, se trata de ir develando los diferentes discursos, asimismo se hace necesario que las subjetividades que se deben en el texto tengan un análisis en su producción, de modo que se forme una nueva narrativa, es así que desde el investigador es responsable de su participación y su rol de co-constructor.

Ahora bien, el grupo de discusión según Valles (2003) hacer referencia a entrevistas grupales basados en temas que proporciona el investigador que adopta el papel de moderador a un grupo de 6 a 10 personas en donde se exige que estas personas se reúnan en el mismo tiempo y el mismo lugar, por lo tanto es necesario mayor espacio y coordinación. El grupo debe tener alguna relación con el tema expuesto, se realiza de 1 a 2 horas, con un conjunto efectivo de preguntas, localizar a los participantes adecuados y entender la información que proporcionan a la investigación y los datos que entrega el grupo de discusión son las transcripciones de discusión del grupo.

Hace que las intervenciones o respuestas entre los participantes surjan como reacción a las intervenciones del mismo grupo, es decir es el efecto sinergia que es estimulado por la presencia de otros en este caso del mismo escenario grupal que resulta en la producción de información. “la formación del grupo de discusión habrá de adaptarse mejor a él que la entrevista en individual (...) la reordenación del sentido social requiere de la interacción discursiva, comunicacional (...) cuando hablamos siempre decimos más y algo distinto, de lo que nos proponemos (...) reproducir y reordenar el sentido precisa del trabajo del grupo. (Canales & Peinado, 1994, citado en Valles, 2003, p. 305) Además permite flexibilidad en diversos temas y ambientes, Así también, el grupo de discusión se centran en el concepto de interacción grupal y uno de los objetivo es la posibilidad de exploración y generación de material cualitativo desde la participación de varios entrevistados.

9.5.- Plan de análisis de la información.

El plan de análisis que se utilizó en esta investigación se asienta en la propuesta de Strauss y Corbin (2002) sobre la teoría fundamentada, éstos la definen como “una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación. En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí” (p. 13)

Al utilizar esta metodología se debe comenzar con un área de estudio, permitiendo que la teoría emerja a partir de los datos. Según los autores antes señalados, existen ciertos procedimientos que le proporcionan algún grado de rigor y estandarización al proceso. Pero se reconoce que estos procesos no necesariamente deben ser seguidos rigurosamente, si no que están más bien para ser utilizados de manera creativa y flexible si los investigadores los consideran apropiados.

Dichos procedimientos permitirán al investigador:

- Construir una teoría más que comprobarla.
- Ofrecer a los investigadores herramientas útiles para manejar grandes cantidades de datos brutos.

- Ayudar a los analistas a considerar significados alternativos de los fenómenos.
- Ser sistemático y creativo al mismo tiempo.
- Identificar, desarrollar y relacionar los conceptos, elementos constitutivos básicos de la teoría.

Dentro de los procedimientos de codificación que ofrece esta teoría, se utilizarán para esta investigación las herramientas analíticas de codificación abierta y codificación axial.

Se entiende según Strauss y Corbin (2002) a la codificación abierta como “el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones” (p. 110), del mismo modo, se entenderá por codificación axial como el “proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías, denominado axial porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones” (p. 134)

Para la realización del análisis, se utilizaron los mecanismos planteados en el marco metodológico, propuestos por la teoría fundamentada.

Se realizó un microanálisis de las transcripciones de las entrevistas realizadas así como del grupo de discusión, interpretando y analizando cada frase dicha, para luego crear categorías a partir de los datos encontrados.

A su vez estas categorías se dividieron en subcategorías que las componen y sustentan. Cada categoría y subcategoría apareció según lo que se logró identificar a partir de los datos significativos extraídos del material de análisis.

El paso siguiente fue la construcción de ejes temáticos, donde se pudieron agrupar las categorías, y el análisis se realizó en relación con cada eje, sus categorías y subcategorías.

10.- Análisis y Resultados

Al analizar los datos, se logró identificar que a partir del discurso emergen de estos adultos jóvenes los niños que antaño fueron diagnosticados. Por lo tanto durante el análisis al hablar de “niños” se hará referencia a ellos mismos recordando su infancia y el momento del diagnóstico.

Ahora bien, se identificaron desde los datos dos ejes, los cuales van a señalar la regulación de la conducta de estos niños diagnosticados, tanto en el colegio como en casa; La relación con el especialista; El trastorno de déficit atencional como un diagnóstico que define, su trayectoria y significación para los adultos jóvenes ahora cuando fueron diagnosticados con el trastorno. Dicho análisis será explicado a continuación.

10.1.- Primer eje: Regulación de conductas a la regulación de la vida.

Este eje aborda elementos como clasificación, diagnósticos, regulación de conductas, establecimiento de comportamientos adecuados, y normalización. Estos elementos se irán relacionando a lo largo del análisis, estableciendo la variabilidad que se pudo identificar en cada categoría y a lo largo de este eje. 10.1.1.- Los vigilantes de las conductas.

Se identifica la regulación conductual y sus mecanismos a lo largo de todo el análisis. Este aparece en diferentes contextos sociales y de diversas maneras.

Se encontró al colegio como el principal ente regulador, el que va asociado a normas de conductas establecidas por el sistema educativo y por cada institución en particular. Éste utiliza mecanismos de regulación de conductas en algunos casos y con una clara imposición de jerarquía. Del mismo modo reconoce el saber médico como el indicado para entregar respuestas a estos niños que se desvían de dichas normas.

Dentro de este punto aparece el profesor como quien regula la conducta del niño en el aula.

Además existe un punto relevante que tiene relación con el rendimiento académico del niño. Siendo este otro objetivo, por el cual el colegio y sus profesores buscan regular a estos niños que se desvían de la forma reglamentaria del colegio. Además se identifica un punto relevante ya que aquí el colegio establece una relación directa con los padres del niño diagnosticado con TDAH, puesto que aparecen ambos entes preocupados por el rendimiento académico y conductual del niño durante su permanencia en el establecimiento.

“mis profes vivían peleando con mis viejos porque no podía mantenerme sentado, tenía un estuche bacán y me lo prohibieron, me quitaron todo lo que me podía distraer, todos los estímulos posibles” (E2)

A partir de la unión que se produce entre el colegio y la familia con el fin que el niño obtenga buenos resultados es que se comienzan a ejecutar mecanismos reguladores para este niño en su casa además de aquellos que le son impuestos en el colegio.

“yo me acuerdo que en el colegio (...) me dijeron que si no iba al psicólogo me iban hacer repetir o me iban a echar del colegio, porque tenía que ir” (GD)

La regulación que se da en la familia se puede apreciar en diferentes formas, por un lado se encontró el tipo conductual, generando la imposición de hábitos de estudio así como que el niño aprenda a controlar sus impulsos y sus movimientos durante un prolongado tiempo.

“Mi vieja era por repetición, era súper paca pa estudiar, onda cuando llegaba a la casa, hasta no terminar las tareas no podías salir y la patita y el movimiento y empezaba a transpirar, pero llegaba mi vieja y tenía que estar quieto y seguía la tarea”. (GD)

10.1.2.- La inscripción de un saber: la vigilancia normativa

En otros casos la regulación aparece a través de un tercero, siendo éste el Especialista, quien al diagnosticar y ofrecer un tratamiento, en este caso, farmacológico, aporta para conseguir dicha regulación.

Se logra identificar la alianza generada con el colegio, donde aparece éste como facilitador de la constancia en el tratamiento.

“antes como mi mamá trabajaba en el colegio ella iba y me la pasaba y me recordaba que me la tenía que tomar” (E1)

“pero era ‘DM vaya a tomarse la pastilla’ y yo iba arrastrando las patas a tomarme las pastillas” (E2)

Se logra identificar una imposición jerárquica, ya que no existe la posibilidad de rechazar dicha regulación que se ha ejercido sobre ellos. Esta regulación logra mantenerse producto de la posición que ocupan en su familia así como en el colegio.

“en el colegio estaban mis profesor alegando y mandaron a citar a mi mama para decirle que yo era muy distraído y que distraía al resto, entonces teníamos que ir a un psicólogo o no, un neurólogo para ver lo que teníamos que hacer porque era demasiado inquieto” (E2)

Aquí vuelve a aparecer el rol del especialista. Éste toma la posición de la clasificación, es decir, es quien define y responde a la pregunta por este niño que se separa del común de sus compañeros, y que además los distrae.

Encontramos aquí a un niño que aparece como foco distractor, que además dificulta la labor del profesor. Es por esto que el colegio se relaciona con el especialista con el fin que éste ayude a regular a este niño. El especialista entonces utiliza sus medios de clasificación, que para este caso es el DSM-IV. Este manual establece un orden y clasificación de las conductas, definiendo lo que es una conducta normal de una anormal. Por lo tanto, el especialista en este caso cumple la función de delimitar las conductas, clasificándolas entre normales o

trastornos. Recetando para el caso de los trastornos un tratamiento que le permita a la persona, funcionar dentro de lo que se espera.

Encontramos en este momento un punto que nos parece relevante mencionar, y es la confianza que, en el decir de estos jóvenes, se deposita en el criterio y diagnóstico del especialista -para estos casos al hablar del especialista nos referimos principalmente al Neurólogo, Psicólogo o Psiquiatra. Es decir, desde el decir de estos jóvenes, tanto el colegio así como los padres de estos niños que fueron diagnosticados, nunca realizan un cuestionamiento al diagnóstico y por lo tanto tampoco al tratamiento cuando éste es de tipo farmacológico. Ubicando al saber médico en una posición privilegiada respecto de la posibilidad de clasificar y definir qué es lo normal y dónde está el límite que lo separa de lo anormal, además de definir cuál es el camino correcto a seguir para devolver a este niño que se ha alejado de lo normal. Es por ello que el saber médico es también un ente regulador que establece las normas y parámetros por el cual el niño debe actuar y comportarse.

A partir de esto, el especialista indica el respectivo tratamiento farmacológico el que tiene como fin regular la conducta y disminuir en medida de lo posible la aparición de los síntomas. Estos síntomas no sólo aquejan a quienes viven con el trastorno, también aparecen como una fuente de angustia para los padres y familia de estos niños, ya que les generan dificultades en las relaciones que establecen con el colegio, lugar donde pasan la mayoría del tiempo. Por lo tanto, cuando llegan a la consulta del especialista, y éste les ofrece una explicación al comportamiento de sus hijos, además de una solución “comprobada” para acallar estos síntomas, se observa que, en el decir de estos jóvenes, es para los padres un momento de alivio y tranquilidad, por lo que no dudan en seguir paso a paso lo propuesto por el especialista, sobre todo cuando se trata del uso de fármacos. Ahora bien esta confianza en los especialistas se comienza a definir como diferentes a estos niños.

“para mi vieja debió ser terrible, entonces cuando un doctor le dio una solución ella le dijo que si no más” (E2)

Es así que en el decir de estos jóvenes, aparece el niño que fue diagnosticado, generando este acto en ellos un sentimiento de vivir y ser personas que se encuentran desviados de la norma. Se observan así y además son tratados de determinada manera, ya que al ser inquietos y diferentes del resto de su grupo, llegan donde este especialista quien los nombra y los clasifica en un determinado lugar, en este caso, como portadores de Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad como ya se ha dicho la confianza hacia los especialistas nos posiciona como desviados de la norma. Esta clasificación la realizan a través de los requisitos establecidos en el manual, los que hacen referencia a la presencia o ausencia de ciertos síntomas característicos del trastorno.

Para los niños que utilizan el fármaco los efectos son variados, dependiendo del punto de vista de donde se miren, es decir, cuando se habla de sí les ayudaron a controlar los síntomas, ellos reconocen el efecto tranquilizador y potenciador de la concentración que les entrega el fármaco.

“después dije puta si igual me ayudan, si, si las pastillas me ayudan a estudiar y quería puro tomarlas, pero creo que cuando chico no me gustaba tomarlas” (E2)

Por otro lado, el fármaco también los lleva a un estado fuera de sí, en donde no son ellos mismos y perciben la realidad de manera distinta, las conductas e impulsos son regulados por estas pastillas, le asignan el estado de dopado o zombie como mencionan ellos mismos, entendiendo éste como no natural, es decir, tienen el sentimiento que algo de ellos, de su esencia se pierde mientras el fármaco hace efecto

“no tan invasivas que te alteren tu forma de ser, pero creo que el tratamiento es demasiado invasivo” (E1)

Por otro lado ellos mismos perciben que el fármaco es necesario para lograr la concentración necesaria y que facilite mantener las horas de estudio que se espera.

Les ayuda a la concentración y a responder a las expectativas tanto académicas como conductuales lo que genera en ellos una dependencia al medicamento ya que comienzan a rendir de forma adecuada en el área académica y de la misma forma regulando su conducta en el colegio y en casa.

“yo cachaba que estaba más dopao, igual cuando más grande lo único que entendía era que de partida no tenía hambre, no me daba hambre en todo el día (...) Igual también dormía mal, dormía poco y creo que ese era mi problema. Igual nunca me di cuenta que la cuestión hace tanto efecto de las pastillas hasta que las dejé y ahí caché que... cuando llegué a la universidad quería estudiar y no podía, no podía concentrarme. El primer año fue terrible” (E2)

Asimismo aparecen problemas con el sueño en estos niños inquietos y con una gran cantidad de energía que no logran controlar. Los problemas se presentan desde insomnio, terror nocturno y otros. También se busca la regulación a través de los diversos tratamientos farmacológicos como una vía para facilitar la regulación hasta en el sueño.

“pero en un momento me daban pastillas súper fuertes para dormir que después tomaba en la mañana golpes vitamínicos que me despertara cachay, en un momento me dieron pastillas que me hacían tener más terror nocturno y trataban de experimentar con las pastillas y había una pastillas que me hacían tener pesadillas brígidas y tenía más terror nocturno. Cada semestre me cambiaban las pastillas para dormir, pero en el colegio siempre estuve con Ritalin y Aradix, pero para dormir siempre me cambiaron las pastillas, porque tenía entendido que después de un tiempo me dejaban de hacer efecto” (E2)

Como se ha podido observar, la utilización de tratamientos farmacológicos en casos de TDAH tiene variadas formas de ser vista, desde un facilitador del estudio hasta una disminución de la vida. Teniendo diferentes efectos secundarios a su vez, creando un círculo vicioso entre el medicamento que les controla el actuar diurno, teniendo efectos tales como baja de apetito, mayor capacidad de concentración, inhibición de la conducta, insomnio, y pesadillas entre otros; y

aquél otro que les regula el descanso y la actividad nocturna, permitiéndoles dormir, gastar la energía acumulada del día, descansar, o controlar los terrores nocturnos.

10.1.3.- Regulación de la vida.

Como se ha visto a lo largo de este eje, existen diferentes mecanismos para regular las conductas disruptivas típicas de los niños con TDAH. Éstas incluso llegan a generar una regulación transversal de la vida de este niño, están presentes en todas sus actividades durante el día, además de su presencia y requisito a la hora de dormir.

“si al final yo decía me está yendo mal en el colegio me voy a tomar una pastillas yo creo, en un momento sí, yo decía necesito las pastillas y mi vieja me decía también y estoy seguro que en un momento fui dependiente, si cuando salí del colegio de verdad me costó caleta, pero más adelante no había atao con eso, las tomaba no más como que se hizo un tema normal y el neurólogo iba subiendo la dosis y termine tomando pastillas súper fuertes, porque pasó a estar de moda el Ritalin y me dieron Aradix”(E2)

Se puede entender entonces, que a través del tratamiento farmacológico para el TDAH no sólo se produce una regulación de los síntomas propios del trastorno, sino que además ésta se presenta en otras áreas de funcionamiento, tales como, las relaciones interpersonales y la posibilidad del descanso. Generando a fin de cuentas una regulación de la vida que genera ambivalencia en la medida que los padres y niños que aceptan el tratamiento farmacológico para disminuir el sufrimiento y malestar en el niño que no logra adaptarse a las normas establecidas, termina necesitando y dependiendo del fármaco para sentirse adecuado.

En otras palabras, una regulación de la vida, porque ellos sienten y creen que por sí solos no pueden adecuarse a la norma y a lo que se espera de ellos, por lo tanto se vuelve necesaria la regulación en la medida que responden a la norma, ya sea para los padres, profesores y para ellos mismos.

Lo que se logra identificar durante el análisis de este eje tiene vital importancia al momento de pensar en la regulación a través de las clasificaciones y la importancia que éstas tienen a la hora de ordenar y definir los lugares y las acciones que están permitidas y cuáles prohibidas en cada uno. Al hablar de clasificaciones no sólo se está hablando de los criterios diagnósticos, sino que va mucho más allá, el diagnóstico, en este caso de TDAH, a pesar de estar sustentado en un saber médico, se escabulle del plano de lo médico y biológico y se escapa hacia todos los planos e interacciones en que la persona que lo recibe participa.

Se generan a partir de aquí diferentes maneras para la regulación de quienes deben cumplir la misión de regular, mantener y restablecer el orden que aquéllas clasificaciones describen, apareciendo como instrumentos para mantener esta normalidad que se requiere para participar activamente de ésta sociedad.

Se deben cumplir ciertos requisitos sociales que les son impuestos, tales como obtener un determinado rendimiento académico, una determinada conducta en ciertas situaciones, control de los impulsos corporales, mantener la concentración cierta cantidad de tiempo. Es aquí donde aparecen en acción estos dispositivos como el colegio, la familia, el especialista y el tratamiento; buscando, ideando o imponiendo la manera más adecuada para que éstos niños que están revoloteando el funcionamiento social convenido logren adormecerse y así adecuarse a la norma.

10.2.- Segundo eje: Trastorno de déficit atencional con hiperactividad como un diagnóstico que (los) define.

Dentro de este eje se abordarán elementos tales como los olvidos, problemas de concentración, discriminación entre otros, con el fin de explicar y entender cómo el diagnóstico de TDAH se instala de manera transversal a las actividades y relaciones que entablan durante su vida.

10.2.1.- Camino al diagnóstico.

El diagnóstico de una enfermedad mental se realiza en nuestra sociedad a partir del cumplimiento de ciertos criterios establecidos en manuales estandarizados como el DSM-IV o el CIE 10, éstos clasifican a las personas según sus síntomas y la durabilidad de éstos. A partir de estos criterios se define y sitúa a una persona con un diagnóstico determinado el que no es cuestionado, por lo tanto, a partir de este momento la persona encuentra respuestas a sus inquietudes en el caso que las tenga, pero lo que es más importante es que ella comienza a convivir con este trastorno diagnosticado, averigua sobre él, aprende sobre las conductas, y es en este proceso que comienza a identificarse con estos síntomas.

En el caso particular de esta investigación el TDAH está incluido como se ha dicho a lo largo del trabajo, en estos manuales. Por lo tanto, podríamos entender el diagnóstico de TDAH como partícipe de un sistema de clasificación y diagnóstico que genera cierta identificación con el mismo que es persistente durante la vida del sujeto que ha sido diagnosticado.

Se identificó durante el análisis de los datos, que el diagnóstico de este trastorno, generó en la muestra diferentes formas de relacionarse con éste y con los síntomas propios del trastorno en cuestión.

Un punto que se logró identificar en la relación que han tenido a partir del diagnóstico es que no existe una relación entre el especialista que diagnostica y la explicación que le dan al niño de porqué está ahí. Esto genera en ellos cierta incertidumbre y dificulta la comprensión del diagnóstico.

“Es que no te explicaban bien para qué era, no te decían, tú vas a ir para allá y te van hacer esto porque tu teni tal cosa, o sea yo creo que las profes pensaban, él no es un niño, entonces se lo vamos a decir de tal forma, como si fuéramos grandes y éramos niños y uno queda plop.” (GD)

“Yo no estaba en la sala del doctor cuando le dijeron a mis papás que yo tenía déficit atencional” (E1)

“Como que me dijeron que te vamos a dar una pastilla que te va ayudar en el colegio, igual era súper chico que me iban a explicar” (E2)

En algunos casos fueron los padres los encargados de explicarle a sus hijos qué pasaba, porqué estaban ahí, qué era lo que iban a tener que hacer, pero esta explicación aparece como poco efectiva, ya que no se logró identificar desde el análisis de los datos que ese momento - el del diagnóstico- tuviera un lugar en los recuerdos o las experiencias de los participantes de esta investigación.

“y después cuando salimos de la consulta mi mamá me fue explicando que a mí me iba a costar un poco más que a los otros niños, que no era que fuera tonta ni nada parecido, sino que tenía demasiada actividad, que tenía excesiva energía.” (E1)

Por lo tanto la información que llega a estos niños es que ellos son diferentes, que no es algo malo, pero que a partir de ese momento la forma en que serán tratados y cómo se relacionarán con las personas e instituciones con las que hasta ese momento se relacionaban con absoluta normalidad, cambiará, ya que ellos ahora deben funcionar de una manera diferente a como se venían comportando hasta ese momento. Este cambio en el funcionamiento como se explicó en el eje anterior puede ser por medio de fármacos, cambios conductuales, o el mecanismo que se elija con el fin de regular estas conductas que se alejan de lo esperado.

Se entiende entonces desde aquí, que se da inicio desde muy temprana edad en estos niños que son diagnosticados, un proceso de identificación con el TDAH, ya que ellos fueron diagnosticados entre los 5 y 10 años de edad.

10.2.2.- Aprehendiendo a ser.

En este apartado se abordarán las experiencias que tuvieron con el trastorno, cómo se relacionaron con él y desde él en diferentes situaciones de su vida. Esto fue posible de identificar a través del reconocimiento de los síntomas, y de las consecuencias que ellos reconocieron que tenían producto del trastorno.

“no sé si me gusta ser disperso o creo que ya es normal o ya lo aprendí y si lo acepto. A parte cuando hablo con la gente, se que hablo muchos temas a la vez y muevo mucho las piernas” (E2)

Es posible notar que se produce una aceptación de la sintomatología del trastorno como la forma que tienen de ser, es decir, se reconocen a partir él, y lo consideran conductas propias de ellos. A pesar de esto, fue posible identificar que es un tema que les complica, que lo consideran como un problema o una desventaja que persiste hasta el día de hoy

“Pero siempre tuve el mismo problema” (GD)

Además nos encontramos con otro punto importante, que influye directamente en el rendimiento académico y por lo tanto en la percepción que tienen de su desempeño en esta área. Este punto tiene relación con la capacidad de concentración, la que en los casos de presencia de TDAH se mantiene sólo por un corto periodo de tiempo lo que la ubica como una de las dificultades vista desde el trastorno.

“me disperso muy rápido lo que tengo que hacer o si estoy haciendo algo me aburro rápido, lo dejo y chao, pierdo el hilo súper rápido y durante quince minutos tengo que poner todo mi tiempo y tiene que ser intenso, sino después chao lo dejo.” (GD)

Pero se pudo identificar a su vez que estos problemas de concentración si bien eran propios del trastorno, podían ser potenciados por actitudes personales y la forma en que se enfrentaban a esta dificultad. Con esto se hace referencia a que es reconocida como una dificultad, pero también aparece un cierto dejo y justificación a partir de la presencia del diagnóstico, ya que mientras estaban en situaciones académicas, sobre todo en el periodo escolar, ellos lograron identificar que a pesar de tener estas dificultades habían formas de enfrentarlas, se encontró por un lado que asumieron que les costaba más, pero no hicieron nada para tratar de mejorarlo, es decir, sabían que les costaba más concentrarse, pero lo dejaban

así, ya que tenían el diagnóstico de TDAH que los respaldaba y que les permitía descansar en él.

Reconocen que existe una dificultad, y al asociarla al trastorno, dejan de esforzarse por mejorar o por conseguir mejores resultados, ya que como son diferentes, y han crecido sintiéndose así y siendo tratados así, no hay necesidad de esfuerzo para conseguir mejores resultados.

“creo que antes nunca me esforcé en concentrarme” (E2)

Se puede identificar otra posición respecto de las dificultades que les produce poseer este trastorno y la desconcentración en particular, y tiene que ver con la atención selectiva, es decir, la capacidad de controlar y aprovechar la atención que tienen según cuánto les guste o interese el tema en que deben concentrarse.

“Entonces ahora hago lo que me gusta y si siempre tengo materias que no me gustan, pero me esfuerzo más y trato de interesarme y sé que si voy predispuesto a que no me gusta, más me va a costar” (E2)

Otra forma de relacionarse con esta dificultad de concentración es a partir del reconocimiento de ésta como una desventaja y la modificación de las conductas que se realizan en relación con esta.

“me he acostumbrado a ciertos espacios donde puedo estudiar, a los lugares más tranquilos, pero creo que aprendí a vivir con él” (E2)

Es decir, se reconoce que existe una desventaja, y se actúa buscando metodologías, lugares y espacios que potencien la capacidad de concentración. También se pudo identificar que los entrevistados enfrentaban los problemas de estudios en relación a cómo sus padres manejaban o proponían métodos de estudios en casa, en algunos casos les entregaron distintas maneras de estudiar que facilitarían su concentración o en otros caso sólo descansaban en el tratamiento que les ayudaba de manera efectiva la concentración.

“mis papás son profes, entonces ellos igual cachaban algunos métodos de enseñanza, como para mí, el ejemplo de las tablas o con historia, me ponían las fechas también en lugares de la casa para que me las aprendiera, por ejemplo yo me despertaba y tenía una tabla pegada en el techo, en el refri, en la leche, en los Chocapic, en todas partes, buscaban como lugares estratégicos para pegarlas” (E1)

“El neurólogo le dijo a mi vieja que las pastillas iba a ser la mejor opción y mi vieja dijo que si no más” (E2)

De la relación que tuvieron con las dificultades de concentración y la manera de enfrentarlas aparece el tratamiento que utilizaron para el trastorno de forma relevante. En el caso del tratamiento farmacológico se logró identificar un descanso en éste. Es decir, vivir con la sensación que al tomar el medicamento se solucionaba el problema, anulando la conciencia sobre la dificultad, pues esta era resuelta al tomar la pastilla.

“después dije puta si igual me ayudan, si, si las pastillas me ayudan a estudiar y quería puro tomarlas” (E2)

“no me molestaba tomar las pastillas, porque quería que me fuera bien” (E1)

Esta forma de relacionarse con la dificultad aparece como suficiente para cumplir con las exigencias académicas durante la época escolar, o durante el periodo en que estuvieron con el tratamiento. Pero se logró identificar una fuerte dependencia al tratamiento, además de un aumento en la dificultad cuando se produce el término de este, ya que al haber descansado en el fármaco, no crearon estrategias propias con metodologías de estudio que se adaptaran a su manera de ser y de aprender, y al momento de dejarlas y enfrentarse al estudio no sabían cómo hacerlo, no podían concentrarse, produciendo en ellos un sentimiento de fracaso y de expansión de la dificultad.

“Igual nunca me di cuenta que la cuestión hace tanto efecto de las pastillas hasta que las dejé y ahí caché que... cuando llegue a la universidad quería estudiar y no podía, no podía concentrarme. El primer año fue terrible” (E1)

“si al final yo decía me está yendo mal en el colegio me voy a tomar una pastilla yo creo, en un momento sí, yo decía necesito las pastillas y mi vieja me decía también y estoy seguro que en un momento fui dependiente” (E1)

Por lo tanto, las dificultades de concentración se potencian o disminuyen según como se presente ante ellas cada persona y las acciones que tome para enfrentarlas.

Otro punto que aparece es el tema de los constantes olvidos, ya que los entrevistados hacen referencia a una característica que podría ser perfectamente de cualquier persona. Esta característica es la de olvidar ciertas cosas en acciones cotidianas, donde no existe una relación directa con el trastorno, pero que ellos lo asocian al TDAH como un síntoma de este que no necesariamente es parte de él.

“A mí me pasa hasta el día de hoy, voy al refrigerador y no me acuerdo que iba a buscar... me pasa siempre (risas del grupo) díganme que no les ha pasado? (risas generales)... y digo ¿que venía a buscar? lo cerrai, llegai a tu pieza, te acordai y volví”(GD)

Pero luego en el proceso de análisis, se observa la relación que ellos hacen entre estas dos situaciones, para ellos el hecho de olvidar cosas, de sentirse más despistados o menos atentos que el resto, les hace sentido desde el diagnóstico del trastorno que saben que poseen, identificando estos olvidos como parte de los síntomas.

“hasta hoy en día, porque me cuesta igual. Y al déficit igual distraído, inquieto igual que tú. Siempre se me pierden las llaves o el celular, siempre siempre, despistado” (GD)

Se puede observar aquí que ellos reconocen en todas aquellas actitudes que les parecen una dificultad, rasgos asociados al TDAH, es decir, cada dificultad que logran reconocer en ellos, es inmediatamente asociada y explicada a partir del trastorno que poseen.

Se produjo además en las familias de los participantes de esta investigación, que ellos sentían que no podían cumplir con las expectativas familiares, lo que ha sido respondido en ellos como un efecto de las dificultades propias del trastorno, es decir, no pueden cumplir con las expectativas de buen rendimiento académico, porque poseen un trastorno que les dificulta el aprendizaje.

“me pesa, me pesa ahora porque tú conversai con la familia y te dicen aah pero tú no cachai porque vay en una privada, porque la exigencia en las privadas es menor que en las tradicionales, en una tradicional no habrías rendido” (E1)

Por lo tanto, la relación que han tenido con las exigencias de los padres en relación al desempeño académico los ha llevado a entenderse como diferentes y en desventaja en comparación con sus pares.

Se logró identificar ciertas situaciones en las que los participantes de la investigación se sintieron discriminados y mirados de manera inferior producto del trastorno que tienen. Esta discriminación se observó en diferentes contextos, siendo estos en el colegio, en sus relaciones sociales, identificando el diagnóstico de TDAH como el punto de origen de esta discriminación.

Por un lado se encuentra el colegio, que a partir del profesor se logran identifican humillaciones públicas dentro del aula y descalificaciones por tener el trastorno, el colegio aparta aquellos que no se comportan como ellos quieren y lo que se espera del rendimiento académico.

“si eran chatos cuando te llevaban a una reunión con el profe y como que te decían, tú tienes un problema tenemos que hablar con tus papas el tema de las pastillas, y yo decía a ya, pero no entendía nada, pero te escribían en la libreta

que tenían que juntarse, era chico tampoco me acuerdo mucho, pero creo que si en esa parte era mala onda el colegio” (E2)

“Aunque igual me acuerdo que había una profe en el colegio que me decía que tenía caca en la cabeza... ‘tu teni caca en la cabeza que no aprendí?’”(E1)

Por otra parte se encuentra la discriminación en las relaciones sociales, la que se da desde el tratamiento, ya que hay un ocultamiento tanto del trastorno como del tratamiento por miedo a maltratos, burlas y descalificaciones.

“Por lo menos los de mi casa nunca supieron que yo me tomaba unas pastillas para poder concentrarme y todo eso, igual había una vecina que también tomaba pastillas para el déficit y todos la molestaban, por eso a mi igual me daba vergüenza decir que también las tomaba” (E1)

Luego se logró ver la manera de relacionarse con el trastorno, es decir, el reconocimiento de este y la posterior forma de manejarlo.

Una primera forma que se logró identificar, tiene relación con la generación de excusas hacia las exigencias del medio, ya que sentían que no iban a poder cumplirlas como se espera. Fue posible identificar esta forma principalmente en el ámbito académico, en la relación con los profesores, el rendimiento y la conducta entre otros.

“que me excusé caleta cuando era chico como que yo decía, pucha por qué me cuesta tanto” (E1)

“A mí me fue pésimo en el colegio todo, todo, la básica y la media igual, puros cuatro, cinco.” (GD)

“mediocre todo el rato ahí” (GD)

Esta imposibilidad fue interpretada como un efecto de poseer TDAH, es decir, ellos le atribuyen la responsabilidad de su fracaso o mediocridad académica a las dificultades de aprendizaje propias de este trastorno. Desde el diagnóstico ellos comienzan a pensar que son diferentes, porque además les dijeron que eran diferentes y que les iba a resultar más difícil que al resto.

A partir de las normas establecidas ya dichas en el primer eje, se crean expectativas en los padres del rendimiento académico de estos niños diagnosticados con TDAH, tales como: buenas calificaciones y un adecuado comportamiento en el aula y en casa, por lo tanto se produce una proyección de lo que se espera según las normas que señalan las maneras adecuadas de conductas y de rendimiento académico. Ahora bien en los casos de los padres con hijos que tienen TDAH se pudo identificar que a los niños que obtenían buenas calificaciones, y que cumplían con dichas expectativas, es decir, podían rendir de la manera que se esperaba, no había mayores problemas ya que cumplían las expectativas de sus padres. Pero en el lado contrario, se encontraban los niños que no lograban cumplir en el área académica lo que creaba una cierta frustración en los niños con TDAH al no poder responder a dichas expectativas.

“en mi casa por lo menos, ser tonta era algo malo, que haya entrado a una privada era malo, que me haya ido mal en la PSU era malo, y en verdad yo sentía que era malo, además a mi me instauraron que yo tenía que ser buena estudiante.” (E1)

El no cumplimiento de estas expectativas ha llevado en algunos casos a que estos niños se han sentido discriminados en sus familias, creando en ellos frustración e inseguridad respecto de sus capacidades intelectuales y cognitivas.

Al hablar de identificación, se está haciendo referencia a que desde el momento del diagnóstico, van a reconocer en los síntomas propios del trastorno cualidades propias, es decir, van a verse en el trastorno, van a reconocerse a través de las actitudes propias de quien es diferente y posee un diagnóstico que le confirma y define cómo es.

A partir de esto que se produce una fantasía que engloba al niño en relación con este trastorno que desconoce y que además nadie les explica con claridad lo que significa ni las repercusiones que tendrá a lo largo de su vida.

Otro elemento que cobra importancia fue la identificación que se produjo entre los participantes del grupo de discusión, ya que lograron verse y reconocerse en otras personas que hasta ese momento eran extraños y desconocidos entre sí. Esto se pudo apreciar ya que al narrar alguna situación que tenía relación principalmente con la sintomatología y todos coincidían en como se había sentido, qué les había pasado, y tenían una historia personal que hacía referencia al mismo hecho y que se relacionaba al trastorno.

Se logró identificar a lo largo del proceso de análisis, que el trastorno de déficit atencional con hiperactividad así como su diagnóstico y sintomatología, engloban todas las reflexiones y experiencias significativas que los participantes narraron, independiente de la situación o contexto social en que estaban participando.

Es decir, se pudo identificar en ellos que siempre se han sentido distintos al resto, es así que aparece de manera transversal el ser diferentes. Incluso tenían este sentimiento antes de ser diagnosticados, momento que les otorgó respuestas sobre lo que les ocurría y les confirmó su sensación de diferencia, los posicionó en el lugar que ocupan hoy en día.

11.- Conclusiones

Luego de haber analizado los datos obtenidos por esta investigación, se ha podido rastrear que el diagnóstico de déficit atencional con hiperactividad ha sido significativo para los adultos jóvenes. Ahora bien para explicar de mejor manera este punto , se hará una revisión por diferentes contextos y situaciones sociales que fueron identificados desde los datos.

En primer lugar se hablará de las relaciones que se producen dentro del colegio, siendo este abarcado no sólo desde el rendimiento académico, sino además como un mecanismo regulador de la conducta. Con esto se hace referencia a que el colegio aparece como el principal regulador de estos niños que poseen las características propias del TDAH, siendo desde aquí que se realiza la derivación al especialista para que este entregue la respuesta sobre qué es lo que pasa con estos niños que aparecen frente al colegio como inadaptados y distractores.

Esto genera en quienes reciben el diagnóstico, un sentimiento de estar desviados de la norma, de ser diferentes de sus pares; siendo posible de identificar esta diferencia a partir de las dificultades y desventajas que significa para ellos poseer este trastorno.

Esta posición de diferencia frente al resto de sus pares, genera desde el colegio diversos medios de regulación. Siendo estos la obligación al tratamiento farmacológico, cambios de posición en la sala de clases, retirar todo estímulo que sea un posible distractor, entre otras cosas, lo que genera en estos niños un sentimiento de discriminación con respecto a sus compañeros, ya que son tratados diferentes, y este trato se hace evidente para ellos, al punto que reconocen en la sintomatología propia del trastorno, atributos descalificadores, generando de esta manera un estigma social, en que ellos aparecen como víctimas de discriminación y malos tratos por el sólo hecho de tener características diferentes, que aparecen ante el profesor como disruptivas y de distracción para el resto de la clase, y además que dificultan la labor del mismo.

Otro punto donde se puede concluir tiene relación con las relaciones sociales, estas enfocadas en dos ejes, por un lado las relaciones con los pares, y por otro con sus familias.

En las relaciones con los pares, lo que se pudo observar es que el diagnóstico de TDAH, así como su tratamiento aparece como un elemento que debe ser ocultado por vergüenza o miedo al ridículo y a las burlas.

El ámbito familiar aparece como significativo pues un varios elementos que están en juego al momento de diagnosticar una patología como el TDAH. En primer lugar la estigmatización aparece desde las expectativas que tienen de estos niños, no confiando en sus capacidades para rendir en situaciones de alta exigencia, como es el caso del desempeño universitario, donde no reconocen sus logros, y los desvalorizan haciéndoles sentir que su desempeño está ligado a bajas exigencias, y que en una situación diferente de la que se encuentran, no habrían podido conseguir lo que se espera de ellos.

Otra manera donde se expresa la relación que mantienen con sus familias tiene que ver con el rendimiento que obtuvieron durante el período escolar, donde la baja de éste fue el principal motivo de preocupación y atención por parte de los padres, quienes iniciaron diferentes tratamientos con el fin de que sus hijos obtuvieran los resultados que ellos esperaban. Por lo tanto aquí el diagnóstico de TDAH aparece de diferentes formas. Por un lado aparece como excusa frente a las dificultades de aprendizaje y al bajo rendimiento, por otra parte se observa como una necesidad de cambios metodológicos y de creación de nuevos hábitos de estudio, así como una justificación para la utilización de fármacos. Estas significaciones tienen relación con un mismo objetivo a conseguir, que viene desde los padres, y este es obtener un buen rendimiento académico.

Otro punto que es importante de concluir, tiene que ver con la relación que se establece con el saber médico, el que abarca desde el colegio, hasta las relaciones familiares. Se pudo observar que no existe un cuestionamiento de este, esto fue posible de identificar a partir de la absoluta credibilidad que le entregan al

especialista tanto padres como profesores al momento de efectuar el diagnóstico. Dejando en manos y criterios de Neurólogos y Psicólogos la responsabilidad de etiquetar a estos niños bajo un nombre de un trastorno, posicionándolos como alejados de lo normal y esperado.

Si se observa la trayectoria del diagnóstico, este aparece por un lado como calmante de las ansiedades de los padres, así como una herramienta de respuesta a las diferencias que estos niños reconocían en ellos, además de una explicación de qué es lo que les pasa. Este diagnóstico ha sido utilizado a lo largo de sus vidas de diversas maneras, ha sido una justificación de sus conductas, una excusa frente a sus dificultades, una desvalorización en relación a sus capacidades, un desafío para poder superarlas, así como una victimización frente a la estigmatización que acompaña a este trastorno.

Además se logró identificar que al saber que pertenecen a un grupo desviado de la norma, como son las personas diagnosticadas con alguna patología mental, el TDAH en este caso, esto les permitió sentirse respaldados y poder descansar en este diagnóstico. Esto se puede observar a través de elementos tomados desde los datos analizados, donde ellos mismos hacen referencia a que no se esforzaban tanto como podían, que sólo se concentraban en temas que eran de su interés, que se justificaban frente a sus dificultades de aprendizaje, y que se comportan de una manera determinada sabiendo que tienen el respaldo de poder ser de esas maneras porque tienen un diagnóstico que les ha confirmado que son diferentes y que ha hecho que sean tratados como tales también.

Se pudo identificar que el trastorno aparece de manera transversal en todas las actividades que realizan, las relaciones que establecen, por lo tanto, aparece el diagnóstico como el punto desde el que se relacionan con el mundo, posicionándolos desde el trastorno, por lo tanto, todo lo que significan en sus interacciones sociales, tiene a la base el trastorno, relacionándose con él y a partir de él.

De esta forma, todas las significaciones consiguen que estos niños, ahora adultos jóvenes se definan a partir del diagnóstico, ya que a lo largo de sus vidas fueron etiquetados y tratados como sujetos que se desviaban de la norma y que deben ser regulados para hacerlos volver a ésta.

12.- Bibliografía:

- Aboitiz, F. & Carrasco, X. (2009) *Déficit Atencional e Hiperactividad: fronteras y desafíos*. (2ª Ed.) Santiago: Ediciones UC.
- *American Psychiatric Association* (1994/1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV* (4ª Ed.) Barcelona: Masson.
- Benito, L (1998) *La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa*. España: Editorial Fundamentos.
- Bergés, J. (1990) *Los niños hiperkineticos*. Conferencia presentada en las primeras jornadas franco-chilenas de psiquiatría y psicoanálisis. Santiago. Consultado el día 19 de Mayo de 2012 en <http://www.buenastareas.com/ensayos/Los-Ni%C3%B1os-Hiperkineticos/1074860.html>.
- Blumer, H. (1982) *El Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y método*. Barcelona: Hora, S.A.
- Foucault, M. (2006) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: siglo XXI editores, S.A de C.V.
- Foucault, M. (2002) *Historia de la sexualidad. Vol. I, La voluntad del saber*. Argentina: Siglo XXI editores Argentina S.A
- Goffman, E. (2003) *Estigma: La identidad deteriorada*. (1ª Ed., 9ª reimp). Buenos Aires: Amorrortu.

- Gorostegui, M. (2011) *El Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad .Síntesis de contenidos*. Apuntes de clases.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1998) *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill/ Interamericana Editores S.A.
- Ibáñez, J. (1992) *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*. Madrid: Editorial Siglo XXI
- Ibáñez, T. (1983) *Poder y libertad: estudio sobre la naturaleza las modalidades y los mecanismos de las relaciones de poder*. Barcelona: Editorial Hora.
- Junta Nacional de Auxilio y Becas (JUNAEB) (s.f) Consultado el 19 Mayo de 2012
http://www.junaeb.cl/prontus_junaeb/site/artic/20100112/pags/20100112114344.html.
- López, I, Troncoso, L, Förster, J. & Mesa, T (1999) *Síndrome de déficit atencional*. (2ª Ed.) Santiago: Editorial Universitaria.
- Manchado, S. (2008) *Pre-juicios a la hora de pensar la nueva patología psiquiátrica*. consultado el día 16 de junio del 2012 desde.
<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n2/v28n2a13.pdf>.
- Márquez, E. (2007) *Reflexiones sobre el diseño emergente en la formación y actualización en investigación cualitativa*. Consultado el día 27 de Septiembre de 2012 desde

<http://investigacionubv.wordpress.com/2012/03/17/disenio-emergente-en-la-investigacion-cualitativa/>.

- Menéndez, I. (2001) *Trastorno de déficit atencional con hiperactividad: clínica y diagnóstico*. Consultado el día 21 de Mayo de 2012 desde <http://www.paidopsiquiatria.com/trabajos/adhd3.pdf>.
- Ministerio de Educación (2009) Decreto N° 170: Normas para determinar los alumnos con necesidades especiales que serán beneficiarios de las subvenciones para educación especial.
<http://www.mineduc.cl/biblio/documento/201005031126500.DEC200900170.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Consultado el 22 de abril de 2012 desde <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e6235bf06c7770e04001011f017ac5.pdf>
- Organización Mundial de la Salud Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992) (10ª Ed.)
- Pérez Serrano, G. (1998). *Investigación cualitativa: Retos e interrogantes*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Strauss, A, Corbin, J (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquía.

- Valles, M. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A

13.- Anexos

13.1 Anexo 1: Criterios diagnósticos del TDAH del DSM-IV

■ Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad

A. (1) o (2):

- (1) seis (o más) de los siguientes síntomas de **desatención** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

- (2) seis (o más) de los siguientes síntomas de **hiperactividad-impulsividad** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) a menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) a menudo habla en exceso

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (*continuación*)

Impulsividad

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
 - (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
 - (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos)
- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Códigos basados en el tipo:

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00]: si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]: si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

Nota de codificación. En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en «remisión parcial».

13.2 Anexo 2: Criterios diagnósticos del TDAH del CIE-10

Déficit de atención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades. 2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego. 3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice 4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones. 5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades. 6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido. 7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades , tales como material escolar, libros, etc. 8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos. 9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias
Hiperactividad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento. 2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado. 3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas. 4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas. 5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.
Impulsividad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas. 2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo. 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros. 4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.
El inicio del trastorno no es posterior a los siete años	
Los criterios deben cumplirse en más de una situación	
Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social , académico o laboral.	
No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.	

13.3 Anexo 3: Documento MINSAL

PRESTACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS HIPERCINETICOS / DE LA ATENCIÓN

Demanda estimada : 12 por cada 1.000 niños entre 5 y 15 años

			VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
CONSULTA MEDICA DE SALUD MENTAL						
Niños con probable Trastorno Hipercinético / de la Atención	Realizar diagnóstico Iniciar o modificar tratamiento	Evaluación médica, diagnóstico Indicaciones y prescripción farmacológica Psicoeducación al niño y familia Información y material educativo al niño y familia Referencia para intervenciones psicosociales Alta o referencia a atención especializada	Médico General Pediatra	100	0,5	3
	Complementar diagnóstico	Examen Parasitológico deposiciones T3, T4, TSH		10 10		
	Farmacoterapia, al menos 3 meses después del diagnóstico	Metilfenidato Pemolina Anfetamina		50 5 5		
CONSULTA DE SALUD MENTAL						
Niño y su familia	Realizar diagnóstico Modificar factores psicosociales	Evaluación y diagnóstico psicosocial Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades Información y entrega de material educativo al niño y familia Referencia a atención médica	Psicólogo Enfermera Asistente Social	40	0.5	3
INTERVENCION PSICOSOCIAL GRUPAL						
Familias, con o sin los niños	Reforzar adhesión tratamiento Desarrollar habilidades de Autoayuda	Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades Entrenamiento de comportamientos de autoayuda	Psicólogo Enfermera Asistente Social	60	0,25 (8 personas en 2 hrs)	4

13.4 Anexo 4: Consentimiento Informado

DECLARACIÓN
DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

de.....años, manifiesto que he sido informado/a acerca de mi participación en la tesina titulada “**Construcción de significados a partir del diagnóstico de Déficit atencional con hiperactividad en la infancia desde el Interaccionismo Simbólico**”. Realizado por las estudiantes Catalina Catalán Paredes y Antonia Fischer Peñailillo para la obtención del título profesional de Psicólogas y el grado de licenciado en psicología en la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Certifico además que he sido informado/a que mis datos personales así como las entrevistas y los grupos de discusión serán grabadas en audio y video, y que sus registros se mantendrán en privacidad. Serán protegidos bajo secreto profesional según lo indicado por el Código de Ética Profesional del Colegio de Psicología de Chile. Siendo utilizadas mis iniciales para la transcripción y posterior análisis de los datos aquí entregados.

Además doy fe que fui diagnosticado/a con el Trastorno de difícil atencional con hiperactividad entre los cinco y diez años de edad.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en el mencionado estudio.

Santiago, 30 de octubre de 2012

.....

Firma.

13.5 Anexo 5: Guión grupo de discusión y entrevistas

13.5.1 Guión para grupo de discusión y las dos entrevistas

Introducción:

El Trastorno de déficit atencional con hiperactividad es un trastorno mental que afecta a niñas y niños en edad escolar. No tiene un origen definido, pero se sospecha que tendría bases biológicas y es definido como un trastorno neurológico del comportamiento que se caracteriza con un patrón persistente con hiperactividad- impulsividad.

Provocación inicial:

“¿Por qué no te gustaba ir al colegio?”, pregunta Angie, su mamá. “Porque la tía no me quería”. Con sólo 9 años, A.M.M. se sienta y se para repetidas veces; prende y apaga la televisión; calienta comida, pero desvía su atención a otra cosa. Todo, bajo la atenta mirada de su madre.

Esas conductas la han llevado a una odisea por colegios de Maipú: tres la han expulsado y hoy, en cuarto básico, enfrenta su tercera advertencia condicional. El colegio municipal, al cual llegó por recomendación del Mineduc, le puso un ultimátum: toma medicamentos o se va” (La tercera online, reportaje del 21/03/2010)

Objetivos de la investigación.

General:

Conocer las significaciones de los adultos jóvenes al diagnóstico TDAH realizado en su infancia.

Específicos:

- Conocer la opinión que tienen del diagnóstico de TDAH realizado en su infancia.
- Identificar la existencia de estigmas sociales relacionadas al diagnóstico de TDAH
- Conocer las interpretaciones que hacen los adultos jóvenes de los estigmas del diagnóstico
- Conocer la trayectoria del diagnóstico

- Explorar como se han modificado las relaciones sociales de los adultos jóvenes a partir de este diagnóstico.

Ejes:

- Relación del TDAH en la infancia y la adultez

En este eje, se busca obtener información respecto del conocimiento sobre el Trastorno, recuerdos y significaciones del momento del diagnóstico, además de la opinión que tienen en la actualidad a partir de lo que han vivido y recordado. Además se indagará acerca de posibles estigmas sociales.

Por lo tanto plantearemos las siguientes preguntas para abordar este eje:

¿Afectó tu vida el haber sido diagnosticado con TDAH en tu infancia?

¿Cuál fue tu percepción en la niñez del TDAH?

¿Qué creías que era o que significaba tener TDAH?

¿Por qué te enviaron hacer un diagnóstico?

¿Cómo era tu comportamiento después de haber sido diagnosticado?

¿Cómo era la relación con tus padres, profesores y amigos antes y después del diagnóstico?

¿Sentiste algún tipo de discriminación?

¿Apreciaste algún tipo de estigma social?

¿Recuerdas algún hecho que haya sido causado a partir del diagnóstico?

¿Que opinas hoy del TDAH?

¿Que recuerdas del momento del diagnóstico?

¿Crees que aún tengas TDAH? ¿Crees que el TDAH es una patología/enfermedad?

¿Recuerdas la reacción de tus padres cuando recibieron el dg?

¿Sentiste que tenías atención diferenciada en el colegio?

¿Qué opinas del aumento del diagnóstico hoy en día?

¿Qué significado para ti a nivel personal y social el haber sido diagnosticado con TDAH durante tu infancia en la actualidad?

¿Crees que el TDAH tenga solución?

- **Relación con el saber biomédico a partir del TDAH**

En este eje se intentará conocer la relación que tuvieron con el saber biomédico desde la operación de diagnosticar, así como su postura frente a los tratamientos.

Por lo tanto plantearemos las siguientes preguntas para abordar este eje:

¿Recibiste algún tratamiento cuando fuiste diagnosticado?

¿Que tratamiento fue?

¿Qué profesional te diagnosticó?

¿Qué opinas de los tratamientos con medicamentos?

¿Crees que el TDAH sea traspasado genéticamente?

¿Crees que tus hijos puedan tenerlo?

Si lo tuvieran, ¿Cómo crees que reaccionarías? ¿Les harías algún tipo de tratamiento?

- **Relaciones familiares y sociales a partir del TDAH**

Aquí se intentará abordar las posibles modificaciones de las relaciones familiares y sociales a partir del diagnóstico.

Por lo tanto plantearemos las siguientes preguntas para abordar este eje:

¿Cuál era tu comportamiento en el colegio, casa y con tus amigos antes del diagnóstico de TDAH?

¿Qué implicancias personales y sociales tuvo el diagnóstico?

¿Cómo crees que te visualizaron tus padres, profesores y amigos después de haber sido diagnosticado con TDAH en tu infancia? ¿

¿Alguien más en tu familia tiene TDAH?

- **Relación con la institucionalidad desde una mirada longitudinal**

En este último eje se intentará abordar la relación de la institucionalidad con cada participante del grupo, para conocer justamente la interacción que tuvieron con la misma, así como la trayectoria de las relaciones que establecieron con las diferentes instituciones en las que participaron.

Por lo tanto plantearemos las siguientes preguntas para abordar este eje:

¿Influyó el saber que tenías TDAH al momento de elegir tu carrera de educación superior?

¿Te sentías en alguna desventaja respecto de tus compañeros en el colegio, en la educación superior?

¿Cómo fue el periodo del colegio en relación al diagnóstico?

¿Cómo fue el periodo de enseñanza media y el de educación superior?

¿Contaste de tu trastorno al ingresar en la educación superior?

¿Que tan conocido era tu diagnóstico en el colegio? ¿Quiénes sabían?

¿Como fue el cambio al salir del colegio e ingresar a educación superior, en relación a las dificultades que proporciona el TDAH?

13.6 Anexo 6: Transcripciones

13.6.1 Grupo de discusión.

E: a continuación se expondrá un relato de una mamá que tiene una hija con TDAH, este es un extracto de un reportaje que hizo la tercera respecto al TDAH, que dice así:

“¿Por qué no te gustaba ir al colegio?”, pregunta Angie, su mamá. “Porque la tía no me quería”. Con sólo 9 años, A.M.M. se sienta y se para repetidas veces; prende y apaga la televisión; calienta comida, pero desvía su atención a otra cosa. Todo, bajo la atenta mirada de su madre.

Esas conductas la han llevado a una odisea por colegios de Maipú: tres la han expulsado y hoy, en cuarto básico, enfrenta su tercera advertencia condicional. El colegio municipal, al cual llegó por recomendación del Mineduc, le puso un ultimátum: toma medicamentos o se va” (La tercera online, reportaje del 21/03/2010)

Lo que nosotras queremos hacer es que vayan conversando respecto a cómo fue el déficit atencional y como lo vivieron, les influyó o no les influyó, así que comiencen, la idea es que empiecen a conversar de la experiencia cuando eran pequeños, si fue favorable o no, pero la idea es que se discuta desde su experiencia

PO: A mí me pasa hasta el día de hoy, voy al refrigerador y no me acuerdo que iba a buscar... me pasa siempre (risas del grupo) díganme que no les ha pasado? (risas generales)... y digo ¿que venía a buscar? lo cerrai, llegai a tu pieza, te acordai y volví. Pero no se a mi no me trataron que yo sepa.

JR: A mi me pasa lo mismo, no me trataron, pero si me hincharon mucho para que tomara cosas, pero en ese tiempo a lo menos estaba el ritalin y había otro y me acuerdo que había otro compañero que tomaba por lo mismo, pero él se ponía más violento y le daban algo más fuerte todavía y me daba lata porque siempre

andaba como zombie y ¿para qué? no quiero andar así, así que chao! Pero siempre tuve el mismo problema

JP: Yo me acuerdo que estaba como el tercero básico y fue la profesora la que me dijo que tenía que ir al psicólogo y la psicóloga me hizo una serie de ejercicio y me hizo llenar unas cosas y yo siempre cuando chico jugaba y era inquieto. Siempre, siempre inquieto, cuando salía con mi mamá siempre decía ¿dónde está? La cosa es que la psicóloga me dijo que tenía TDAH. Luego pasó el tiempo, en cuarto básico tenía una profesora que... si la viera hoy en día, no sé lo que le haría! Yo tuve problemas con el habla, hasta hoy en día. Entonces.. (Como que me puse un poco nervioso) entonces yo con esa profesora tuve drama, ahí tuve problemas con el habla era tartamudo. El drama que tuve fue que ella sabía que tenía problemas, entonces al momento de pasar la lista con ella yo decía pre pre presente y con otras profesora yo decía presente y no tenía problemas, pero con ella y una vez me dijo parece y tartamudie como diez veces y no pude decir presente y con eso quede como plop

PG: Pero eso igual pasa, mi profe

JP: eso para mí me dejó marcado hasta hoy en día, porque me cuesta igual. Y al déficit igual distraído, inquieto igual que tú. Siempre se me pierden las llaves o el celular, siempre siempre, despistado.

AT: Si de repente dejó el auto a dos cuadras y me digo ¿le puse alarma? (risas)

PO: Si siempre (risa)

JP: A mí me pasa con la moto, me ha pasado cinco veces, ejemplo voy al mall me saco el casco, entró al mall y me digo ¿la llave? y me devuelvo y la llave está puesta, gracias a Dios. (Risa generalizada) siempre ando apurado y a veces me digo saque esto o lo otro, no sé si será el déficit, pero siempre ando apurado

JR: Acelerado?

JP: Si, acelerado.

PO: si me han contado que soy así (risas)

PG: A mí me pasa que voy a la U con el auto y después me vengo en micro y se me olvida que fui en auto (risas) me doy cuenta cuando llevo como 45 minutos desde san Carlo de Apoquindo y parto a buscar el auto.

PO: de repente dejo el auto en la U y cuando llego a la casa me preguntan dónde está el auto y digo que lo deje donde un amigo y mentira se me olvido en la U y vivo en colina, pegarme el pique de una hora y media a veinte minutos, pero bueno.

JR: a mí, más que se me estén perdiendo cosas, en general ando con la cabeza en muchas cosas, preocupado, acelerado en lo que tengo que hacer, cosas de la U, que ir para allá o ir para acá, en distintas cosas, pero no me dura la preocupación más de quince minutos, entonces me disperso muy rápido lo que tengo que hacer o si estoy haciendo algo me aburro rápido, lo dejo y chao, pierdo el hilo súper rápido y durante quince minutos tengo que poner todo mi tiempo y tiene que ser intenso, sino después chao lo dejo. Ahí me lo detectaron, cuando era chico con mis amigos o compañeros los arrastraba a donde mi cabeza iba a donde yo iba, si estaban haciendo algo yo los molestaba, si estaban concentrados yo les conversaba hasta que...

JP: Como un líder negativo?

JR: (risa)... Si. A mí me detectaron, porque llevaron a mi compañero al psicólogo a él le hicieron las prueba, él se sentaba al lado mío y lo retaban a él, después cacharon que no era él, sino que era yo quien lo distraía y ahí fue cuando me lo detectaron, me hicieron pruebas, me hicieron cuestiones y en verdad cuando leo no entiendo nada, leo una página y me doy cuenta que no entendí nada y tengo que leer la misma página.

GT: Si, es terrible y tienes que leer todo de nuevo. Veinte páginas las leo en dos hora, es terrible.

JP: Si me acuerdo cuando chico la psicóloga me dijo que yo estaba bien, pero yo igual seguí así. Incluso a los seis años me atropellaron por inquieto. Iba en bicicleta súper rápido y viene el auto al frente y lo veo y doblo y el auto dobla igual que yo y paso todo rápido, gracias a Dios no paso nada.

FR: Chócale, a mi me pasó también por lo mismo, por cruzar rápido (risas)

PO: Yo en ese caso tuve unos padres bien especiales, supieron darme un tratamiento bien.... bien básico la verdad, si me movía mucho, un palmetazo en la cabeza, te juro que a veces las manos me tiritaban por hacer algo y paf! ... terapia de shock, algo por el estilo.

JP: Yo era peor, a mí me pegaban, y yo lo hacía pero con más ganas...

FR: No, pero es que a mí después me pegaban con más ganas, ahí llegaba a un punto donde decía ya ya ya bueno ya, ya ya ya no más, entonces ahí cuando no me veían dejaba la embarrada

JP: ¿Eran golpes fuertes o eran golpes leves?

FR : Era o en la oreja o no quería llorar porque no quería demostrar que tenían razón, pero tenía los ojos rojos y la lagrima.

PG: A mi hasta ahora en la mesa me dicen ¡yapo para! un segundo, pero hueon! para! y yo decía ya ya ahora sí

FR: Y con el movimiento de la patita

BM: Yo empezaba con las manos, de repente no me daba ni cuenta y ya estaba jugando con las manos

FR: O con los papeles de dulce, de los frugele

JP: No se si ustedes tienen hermanos de la misma edad, o menos de año? yo tengo una hermana menor por tres años y con ella pasábamos paliando cuando

chicos y nos retaban por lo mismo siempre... yo creo que una de esas cosas igual influyo en mi ser inquieto, por las peleas, no sé.

FR: Yo tengo un hermano 6 años mayor que yo y tiene lo mismo, y era divertido igual, porque al final mis viejos... siempre había uno no más en la casa, pero éramos dos dejando la caga, y retaban a uno y después se iban a retar al otro que estaba dejando la caga, entonces era todo el día así

JP: Nosotros peleábamos firme

FR: Yo no podía, porque igual era 6 años menor, se notaba mucho la diferencia

PG: Yo era la del medio

JP: Ella era mujer, pero igual no estaba ni hay, le pegaba igual... (risas)

FR: Yo ahora le pego! (broma)

JR: Nosotros somos 3 hombres con un año de diferencia, entonces obviamente éramos más brigidos, ellos tenían menos paciencia que mis papas, a mis papas les da lo mismo, en lo general les daba lo mismo que fuera inquieto, porque igual me iba bien en el colegio, me excusaba en eso po, pero de ser hinchapelotas en la casa, era mi hermano el que me aguantaba, porque perdían la paciencia.

JP: Pero, ¿te iba bien igual?

JR: Si, o sea en lo que me gustaba, lo que me salía fácil lo hacía y lo que no, chao.

BM: A mí me fue mal en todo, el otro día estuve viendo todo el recordatorio desde kínder hasta cuarto medio y en kínder, onda no logrado, no logrado. Primero básico cuatro, educación física cinco, naturales cuatro y así cuatro, cuatro, cuatro, hasta cuarto medio.

JP: A mí me fue pésimo en el colegio, todo, todo, la básica y la media igual, puros cuatro, cincos.

PG: Si...

BM: Si, mediocre todo el rato ahí. (Risas)

PO: Mi vieja era por repetición, era súper paca pa estudiar, onda cuando llegaba a la casa, hasta no terminar las tareas no podías salir y la patita y el movimiento y empezaba a transpirar, pero llegaba mi vieja y tenía que estar quieto y seguía la tarea aguantándome el movimiento. (Risas)

JP: A mí me decían, yapo teni que hacer esto.

PO: Si no imposible, siempre me tuvieron así. Y cuando entre en la U me fue pésimo, porque el primer año ya no me estaban controlando de todo la vida así.

PG: A mí en la U..

PO: Me fue bien en el colegio, pero en la U pésimo.

JP:

a mí me fue mal en el colegio.

BM: Yo salí del colegio y vida nueva, era matea, pero me cuesta caleta.

PO: Yo no! (risas) yo entre hace diez años a la U y todavía no me titulo, para que veas (risas) es que algunos ramos fueron demasiado entretenidos así que los hice tres veces (risas)

BM: A la raja.

PO: Es que estar todo una clase frente a un profe fome, estudiando ingeniera

BM: Si!!

PO: O me iba o me empezaba a mover.

BM: Yo tenía clases de ocho y media a una. Y de una a cuatro en un ramo y estoy así... (Moviéndose)

histórica, me paro, salgo me fumo un cigarro, entro, voy, salgo de nuevo, salgo, salgo, estoy todo el rato así.

JR: Yo que me sorprendía de repente, estaba los más desordenados o los más inquietos cuando chico, pero siempre un desastre, siempre fue un desastre, siempre nos retaban a parte siempre o los otros los sentaban adelante para mantenerlos cortitos y yo no podía estar sentado adelante porque era el más alto del curso, así que tenía que estar sentado atrás y una vez llegando al fondo me perdía.

(Comienza a sonar música afuera de la sala y todos centran la atención en la música, risas)

BM: Fue impresionante, todos miraron (hacia la ventana, risas)

PG: No me puedo concentrar, es que esta bacán la música. (Risas)

JR: ... Pero estaba los otros, los que se quedaban atrás y se quedaban dormidos y yo no podía comprender porque se quedaban dormidos, yo llegaba del colegio y me podía súper inquieto, ya a lo mejor la primera hora tenía sueños, pero después se me pasaba el sueño y estaba en el colegio hablando o tenía que estar haciendo algo

BM: Si, si he cachado (risas)

JR: Si me gusta hablar.

BM: Si, pero eso de cambiar lo temas de conversación es heavy, de repente estoy hablando un tema y me voy a otro tema y termino hablando de mi perro o de la U.

PO: Pero ¿te lograi acordar de ese primer tema?

BM: A veces,

PO: A veces.

PG: Muy pocas veces

PO: Es que yo muy pocos veces, logro acordarme.

BM: Yo comienzo a entrelazar las historias y me acuerdo que tenía que llegar a otro punto y empiezo a decir, y porque estamos hablando esto? y que te tenía que decir? y ahí quedó y nunca tuve una conclusión, nunca dije nada al final.

PO: Y

después te acordai

BM: Si.

PO: Mañana te acordai, si seguro (risas)

JR:

Si no termino la conversación en cinco minutos o no termino en cinco minutos, se fue, chao, se fue.

PO: Si, viste la noticia o cachaste esto, se va la idea.

JR: Viste a

un loco que firmo con un ratón... pero más de cinco minutos se va la idea... es terrible (risas)

PG: Si, pero si ponte tu, en mi carrera tengo que presentar mucho porque estudio relacionadora pública y siempre tengo que hablar y estar presentado, presentando y NUNCA DIGO NAA, me presento y termino hablando un tema na que ver y digo lo que tienen que decir mis compañeros y nunca dije lo que tenía que decir, es horrible, entonces mis profes se sientan y me escuchan... ya, ya , ya, me quiere decir algo más? no, ha ya.

(sigue sonando la música afuera de la sala)

PO: Yo pa las disertaciones tenía que ir con un papelito o como un pauteo con los temas, porque si no me pierdo y comienzo a decir otra cosa y empezai a explicar eso y te decí, chucha que estoy hablando? (risas) sino me pierdo.

PG: Igual eso es como training.

PO: Si, pero no es mucho de lo que hacemos nosotros en ingeniería.

JR: No

y de repente uno es medio chamullento... o tenía el don de la palabra

BM: Puro

chamullando.

JR: Con el don de la palabra, fuiste.

PG: Si.

JR: Te perdiste y con tal

de seguir hablando, seguí no más po, no podi parar, es terrible.

(.)

E: Queremos preguntarle que era para ustedes el déficit para ustedes cuando chicos y ahora? que es lo que entendían ustedes cuando les dijeron que tenían déficit atencional.

JP: Que es lo que entendíamos antes?

E: Si.

JP: Antes cuando éramos más chico, bueno, en mi caso era como ¿oye tú vas al psicólogo? a que onda tu estai loco, era como que no estabas cuerdo, era algo bien freak

BM: Rallado.

JR: Sí, era algo malo.

JP: Exacto, algo malo.

PG: Es que el psicólogo es pa los locos.

JR: Si yo evitaba saludas al psicólogo en el patio, entonces...

JP: Es que no te explicaban bien para qué era, no te decían, tu vas a ir para allá y te van hacer esto porque tu teni tal cosa, o sea yo creo que las profes pensaban, él no es un niño, entonces se lo vamos a decir de tal forma, como si fuéramos grande y éramos niños y uno queda plop, entonces el psicólogo.

JR: Pero al mismo tiempo, no se po, como que le cuesta entender, por mucho que tu le trates de dar importancia, tal vez un niño no le va a dar la importancia que debiera, porque es un niño no más.

PG: A mí me pasa eso, cuando fui al psicólogo, el psicólogo era muy especial, porque me recibía a pata pela y se vestía de blanco y no me saludaba de beso, porque se contagiaba de las malas energías y se sentaba a lo india y me hacía sentarme como indio y me hacia hacer ejercicios y me decía, sígueme a mí como espejo y yo no podía seguirlo y dejaba la caga, entonces este weon era un chiste, si me recibía a pata pela y él es súper conocido. Te recibe en el suelo, sentado. Mi mama tenía que sentarse en un colchón y yo me tenía que sentar en un puff.

JR: Era el psicólogo del colegio?

PG: No se llamaba Felipe cuch, es súper conocido y es shuper loco... entonces para mí era súper chistoso ir al neurólogo o ir al psicólogo, entonces ir donde estos gallos era súper freak.

PO: A mí se me confundían con problemas de concentración. ¿Son cosas distintas con el déficit o no? entonces...

BM: Y cuál es la diferencia?

E: Es que la característica del déficit atencional es la hiperactividad e impulsividad, constantemente están repitiendo movimientos y la concentración tiene que ver con la capacidad del cerebro en poder poner atención en una tarea específica, tienen relación, pero los problemas de concentración son más bien entrenables, el déficit no, en donde no se pueden mantener quietos.

PO: Y el tratamiento?

E: El tratamiento es el ritalin, el aradix...

BM: Que terrible!

JR: Yo hacía deporte.

BM: Lo que me pasaba a mi era que yo hacía deporte y llegaba a la casa y quedaba con más energía, como que quería seguir y seguir

PO: A yo llegaba a la casa, me duchaba y quedaba ahhh y ahí me calmaba.

JP: A mí me entraban como a las once cuando niño y me gritaban... JP entraste, a veces me tenía que ir a buscar allá mismo (risas) éramos como seis niños en la población y jugábamos caleta, caleta.

(.)

PO: yo jugaba a la pelota y después de ahí llegabai cansado, de ahí no teni como no cansarte y ahí me calme un poquito.

JR: en verdad uno haciendo deporte uno se calma.

E: es que pueden pasar las dos cosas, hay gente que queda más activo y a otros los deja más calmado.

JR: a mí me cuesta quedarme dormido, onda si salgo a correr en la noche o juego rugby, quedo muerto, pero me cuesta quedarme dormido.

PG: estas como tan cansado que te cuesta quedarte dormido.

JR: sí, no sé.

PO: si antes yo llegaba y me mandaba un plato de olla, si era una olla y quedaba como cuando almuerzas mucho y no te a dormir una siesta, lo mismo (risas)

PG: a mí no, yo tenía que seguir jugando y haciendo estupideces.

JR: tiene que ver con dormir, porque yo cuando estoy durmiendo tengo que estar moviéndome en la cama o hasta que este muy cansado. Cuando chico era así, me movía para un lado para el otro, movía las manos, los pies y sentía que algo estaba incómodo.

JP: pero hasta que encontrabas la posición te quedabas.

JR: sí.

PO: es ahí otro problema ahí, yo tengo problemas con el sueño, me quedo dormido parado en la micro, despierto con la risa de la gente, me paro jaja y me bajo. (Risas) y me subo a otra. Me ha pasado cinco veces (risas) ahora lo recuerdo y debe ser gracioso (risas)

JP: ¿y te desvanecías?

PO: dos veces me ha paso en la ducha y sobrio para que no piensen mal, sobrio, también me ha pasado, han cachado las micro que pasan pa Colina y pasan por comunas cercanas y me pase como tres veces y llame a mi viejo, porque era mucho, así despertaba en el paradero. Hiperactivo despierto, pero dormido un tronco.

(.)

E: que les parece los tratamiento para el déficit, que es lo que saben o que es lo que creen o que les dijeron?

JP: yo es poco lo que se, solo los que han dicho ustedes, entonces es poco lo que sé, no me he informado acerca de los tratamiento, solo las pastillas y que una vez escuche que el ritalin no hace muy bien por los componentes.

BM: a mi me pasaba que yo tomaba un remedio y andaba así, y las manos me transpiraban y andaba todo el día así como tiritando, era terrible.

(.)

JR: yo me acuerdo de un compañero que estaba medicado, pero él era más violento y tenía más energía y llegó a lo único que podía hacer, ser milico y correr, pero... el loco era mucho más violento para responder y todo. Empezó con el ritalin y andaba como un zombie y después le dieron otra cosa más fuerte, que todavía le costaba concentrarse, andaba apagado, pero le costaba concentrarse y le dieron otro tratamiento. Lo que a mi me contaban, porque... a mi también me informaban de las otras personas que los medicaban con problemas de déficit en el colegio, entonces a mi me iban diciendo que no era tan malo, pero yo veía que andaban triste, andaban bajoniados y encontré que eso era mucho y ahí dije chao, nunca voy a tomar nada, no para que, no quiero andar así. Eso siempre me dio cosa, andar así como... dopao porque si, no.

E: alguna vez les preguntaron si querían hacerse un tratamiento? (risas)

PO: un palmetazo en la cabeza y al cuarto ya tenías que ceder. Nunca fue un golpe, solo un palmetazo y córtala, córtala, la oreja... nunca maltrato, pero si un par de palmetazos

PG: yo me acuerdo que en el colegio. De lo que leíste me dijeron que si no iba al psicólogo me iban hacer repetir o me iban a echar del colegio, porque tenía que ir y fui, aunque era un chiste fui.

(.)

JP: charcha igual, lo que te dijeron en el colegio!

PG: igual mis papas me apoyaban y me entendían, casi que se reían conmigo por las estupidez que hacía.

JP: yo fui esa pura vez y corría para todas partes y ningún tratamiento.

BM: entonces el profe fue el que te envió y te dijo?

JP: si, el colegio fue también.

BM: si po, el colegio era el que te mandaban al psicólogo.

JR: a mí sí.

PO: para mí no era necesario.

PG: solo te pegaban. (risas)

PO: no era que me golpeaban, denunciemos a esos padres desnaturalizados, eran solo un par de palmetazos no más (risas)

JR: está bien que le peguen a los cabros chicos. Cuantas veces me merecía esos palmetazos (risas)

PO: hasta el ojo morado, hasta ahí no más (risas)

BM: yo me acuerdo que muchas veces mis papas tuvieron ganas de pegarme, porque yo decía papá voy a la casa de perico y me decían, anda no mas y terminaba en la casa de juanita en la otra esquina y quince casas más allá y mi hermana tenía que estar casa por casa buscándome.

PO: me decían si vas alguna casa avisa. Si, si y eran las dos de la mañana y decía huu no llame a mis papas y decía es muy tarde para avisar y decía, no se me perdió el celular.

JP: a mí me pasó algo muy parecido. El lunes fui a san Antonio y estaba con mis colegas y tenía que ir a buscarlo al colegio y eran un cuarto para las cuatro y mi hijo salía a las cuatro y me llama mi señora y me dice, me llamaron del colegio el sebita y yo digo nooo y llame a mi vieja para que lo fuera a buscar y me dijo si... ohh (risas)

PG: me paso lo mismo con mi hermana, tenía que ir a buscarla a las cuatro y eran las cinco y media y nunca la fui a buscar, porque llevo mi nona, mi abuela y fuimos al supermercado y de repente mi nona me dice y tu hermana que no la he visto en la casa? y me digo: puta la wea, tenía que ir a buscar a esta pendeja weona.

JP: es que como que estai tan bien que se te olvida lo que tienes que hacer.

PO: ayer me regalaron tres entradas al cine y estaba con unos amigos en el cine para la avant premiere de la película de no sé qué cuestión, es entretenida vayan a verla.

JP: del agente 007?

PO: si

BM: de que se trata?

PO: es como un súper agente que mata, es entretenida, vayan a verla, parece que la crítica fue bien buena.

JP: si es buena.

BM: yo jamás he visto esas películas.

PO: para, de qué estábamos hablando?

(Silencios y luego risas)

PO: ahh ya, la cosa es que yo le había dicho a mi polola que le iba a dejar el computador a su casa a las ocho, ya ningún problema. La película empezó a las 09:30 y eran las once y yo estaba viendo la película y de repente me acordé y dije chuta! el computador, así que estaba en el cine con el celular mandando mensaje. Después me llegó el reto (risas) pero la película es buena, véanla (risas)

(.)

E: tuvieron problemas con sus amigos cuando eran chicos?

JR: yo tuve problemas con las mamás de mis amigos.

JP: yo cuando chico tuve caleta de problemas con mis compañeros.

PG: yo no, pero si con mi pololo, cuando paliamos no me acuerdo porque estamos paliendo y termino putiándolo por cualquier cosa y no porque de verdad debería putiarlo.

JR: eso es del género.

PG: es terrible, porque yo voy al grano y no digo las cosas con cariño, sino que las tiro no más y suena todo tan pesado y al final tiro terminó dejando la caga.

JP: a yo eran porque a mí me hacían mucho bullying cuando chico, porque yo era gordito y me hacían bastante bullying.

PO: es que cuando uno era chico no se dan cuenta el daño.

JP: sí po, eran súper crueles conmigo, entonces cuando uno crece, dice donde están esos papas que no les enseñaron a sus hijos, entonces a mi hijo yo le enseño.

PO: es que es diferente molestar hacer bullying.

JP: es que los niños no saben hacer la diferencia, la tiran no más, sin pensar en el daño que van hacer.

PO: es que también es bueno tirar bromas y también que los otros no se la echen, porque no le pueden tirar bromas.

JP: igual yo llegaba al colegio llorando a la casa y le decía a mi vieja que fuéramos al colegio y no les importaba.

BM: qué brigido. A mí me trataron de molestar y yo tiraba putia no más, además va más por el carácter, porque yo soy súper frontal, si algo no me gusta, yo le respondo no más.

PO: me acuerdo que había una señora en el campo que decía que las cosas se resolvía a combo y yo las resolvían a combo, entonces a mi me molestaban y yo pegaba combos, no decía nada. El que te quiere molestar tiene que estar dispuesto a recibir algo y yo daba combos no más, si molestas tienes que recibir algo de vuelta, no puedes esperar no recibir nada.

BM: a mí me pasa que soy súper hiriente, no sé si es por carácter, pero soy hiriente, soy tan impulsiva y tan chucheta ma encima y tiro, tiro, tiro y veo la cara de la persona que me está escuchando y digo ya perdón, perdón.

(.)

JR: yo en verdad era pesao, el que molestaba.

PO: yo no po, era el más chico del curso y como que decían, ya molestémoslo y punh combo.

JR: yo me acuerdo que no era todo el curso contra uno.

JP: yo tenía tres compañeros que ramos los cuatro siempre estábamos juntos.

PO: yo siempre estuve a los dos bandos, como que un día me bajaba la estupidez y te quiero molestar y molestaba a todo el mundo y después era ya si te quiero, no nos molestemos más.

PO: a yo era el payaso del curso y me molestaba a mí mismo, o sea si tenía que molestar a alguien, empezar por mi y después a los otros y así.

JR: con las mamás habían hartos problemas, reclamaban que yo molestaba, porque en general estaba metió en todo, cuando había reunión, hubo un tiempo en la media que habían hartos compañeros con problemas de aprendizaje más allá del déficit y yo era demasiado inquieto, ya no había respeto, habían momentos que no podía controlarme, escuchaba algún ruido y me eso... ehh.. Yhh les decían a las mamás que era mala junta y andaba desordenado.

BM: pero erai desordenado y pesado o desordenado y adorable? Porque yo era muy desordenada, pero era adorable, entonces las mamás me querían igual, me mandaba puras cagai y me querían igual.

JR: a pero, era de pendex, si de hecho eran las mamás de mis mejores amigos y eran un desastre, por ejemplo si teníamos que hacer un trabajo íbamos a mi casa yhh llegaban mis amigos de la casa a buscarme y les decía a mis compañeros

¿quieren salir? y me decían que sí y salíamos y no hacíamos nada al final, pero si era totalmente volátil, no podía estar quieto. No era un desastre, las cuestiones manuales era terrible,

PG: hay a mi no, me encantaba.

JR: la motricidad fina cero y paciencia menos, entonces cuando la casita no quedaba bien formada y los palitos están doblados, chao. Empezar a pegarlo como sea, rellenar y que encajaran, pero tenía cero paciencia y cero control con esas cosas.

PO: un día un amigo del equipo de rugby llegó a su casa y estaba que se hacía y no encontró las llaves y derrumbó la puerta y en el baño encontró las llaves en el bolsillo del pantalón (risas)

PG: no! Yo me habría hecho pipi.

(.)

E: chiquillos ustedes saben ¿cuál fue la relación que tuvieron con el psicólogo, el psiquiatra o el neurólogo y Como fue?

BM: yo a mi psicóloga la odiaba porque me retaba era una mala psicóloga en verdad, era pesada y vieja y amarga y como que yo siempre estoy hueviando y siempre tiro tallas y ella no se reía de mis tallas y como que me molestaba eso y de hecho me caía muy mal.

JR: siento que el déficit atencional hubo un momento donde empezó a hablarse más de estas cuestiones, como problemas de atención, de aprendizaje, déficit atencional, como hace poco se empezó a hablar del bullying, entonces la psicóloga más viejita, no está como al tanto, no está como a la vanguardia, cachai?, entonces, me pasaba lo mismo, y pa más la psicóloga, que tenía el colegio, que era así como la psicóloga jefe, porque habían como tres, eeeeh, la que estaba a cargo, no era ni chilena, entonces ya, era terrible... me desconcentraba más escuchar un acento extraño (risas generales), era un

desastre, para mí, cuando, eso, cuando la gente hablaba raro o algo así yo me quedaba pegado, no podía, entonces escucharla a ella era terrible, y pa más sentía como que no cachaba, como que me decía que yo tenía que ser más calmado, como que apelaba a un lado mío que yo simplemente no tenía, onda, yo no iba a ser tranquilo po, no había por donde, entonces ella apelaba mucho a eso, me decía que, como yo le decía que no iba a tomar nada, ningún remedio, ella como que quería empezar un tratamiento

PG: cambio de switch?

JR: si, a cambiarme el switch como de a poco, no sé qué será, pero claramente estaba destinada al fracaso, jajaja, no tenía nada que hacer.

PO: ella quería sacar tu monje tibetano interior, pero no, no le funcionó. No yo nada, en el colegio me dijeron y me perdonaban por lo mismo, por las notas no mas, y en verdad no me pillaban, bueno, yo no era malo, pero andaba siempre haciendo tonteras, pero las hacía piola así que nunca me pillaban

BM: a mí me gustaba que me pillaran, como que me gustaba recibir el reto, no sé como para reírme.

PO: para mí era divertido el hecho de hacer cosas y saber que todo el mundo sabía que yo las había hecho pero nadie tenía pruebas, entonces eso era divertido, siempre miraba a los profes como con cara de ¿y ya po acúsame? pero eso, por eso no me molestaban mucho en el colegio. Más en el sentido que nunca fui tampoco, no sé, no le respondía a los profes ni nada.

BN: no, yo sí, era peleadora, pero con los profes, como que siempre he sido peleadora, pero con los más grandes,

PO: aaah! Problemas con la autoridad

BM: si, eso, caleeta, siempre siempre, toda la vida era, la típica así como que el profe te empieza a levantar la voz, “no me grití”, patuda cachai, “no me grití, ¿pero por qué me gritai?, ¿por qué me estas faltando el respeto? Yo no te estoy faltando el respeto si tu querí respeto, yo te respeto, pero respétame tu a mí no, pero es

que yo soy la autoridad, no po, tú no eres autoridad para mí, la autoridad en mi vida son mis papás y tengo a los dos vivos, así que a ti no te necesito”

PO: si... o sea... reemplazar los movimientos, la necesidad... por ejemplo de repente un plato con maní y estoy así, sacando de uno, y tengo que estar así, como ñam...

JR: en el cine las cabritas, como que si no estoy con cabritas estoy como no....

PG: si a mí me pasa que yo fumo, y por ejemplo, casi por tener algo en la mano, es como pucha, no tengo nada que hacer... ya que hago, cachai? y a veces está hasta la mitad consumido y yo así, sin moverme, nada más... o de aburrida.

PO: hablando de necesidad de estar haciendo algo, yo no sé porqué estoy comiendo, si acabo de almorzar...

JR: ACABAS DE ALMORZAR? Tan tarde?

PO: yo hago como que trabajo también.

E: y les influyó en algo después cuando llegaron a la educación superior, les afectó en algo...

JP: yo no sé mucho porque la sesión que tuve yo fue súper exprés entonces no sé.

E: más bien el haber crecido con el déficit...

JP: es que sí, yo después seguí con el mismo déficit, me atropellaron, choqué varias veces, hasta hoy en día po, tengo un taxi yo y he chocado 3 veces y el taxi lo tengo desde marzo, de puro despistado, pero igual me siento que no soy tan despistado.

PG: a mí me pasa que de repente voy manejando y como que no veo, no sé es como aaaahhh (sonido de despistado) y como que en verdad no estoy mirando nada, soy un peligro público, te juro que voy manejando y creo que voy la raja,

pero en verdad no tengo idea si es que alguien va cruzando, si hay un perro al lado.

FR: si yo a veces voy manejando y me acuerdo “ah, verdad que tengo que mirar por los espejos” y ahí los reviso todos.

JR: ah, a mi me ha pasado de repente, completamente sobrio, sobrio, que quede registro (risas generales) que voy manejando, sobre todo cuando voy con alguien más, me subo al auto, voy manejando y es como ooh por donde me vine? se me fue todo el camino, todo lo que acabo de avanzar, pasé con verde?, pasé por donde? ooooohh! y es como si es... cuatico eso (risas generales)

JP: a mi igual me pasa eso, como ando en el taxi todo el día, digo... ¿pasé por esa calle? y siempre paso por ahí mismo entonces es cómo lo mismo...

PO: a mí me ha pasado yendo a mi casa, pero no tenía que doblar ahí?...ooh me pasé y ahí iba con cualquier cosa en la cabeza... o a veces también estoy trabajando y con estos teléfonos inteligentes, que el whatsapp, que el facebook, que el mensaje de texto, que twitter, y estoy haciendo lo que sea y turut, suena...

PG: y necesitai verlo
al
tiro

PO: si, y sé que después del sonido no voy a estar más de 10 minutos concentrado

BM: me pasa eso a mí también, que suena mi celular y lo veo y pienso “estoy manejando, estoy manejando, estoy manejando” y como que la mano se me va!!! Necesito contestarlo

PO: y como que voy ahí mirando el celular y tratando de manejar hasta que lo ves y ya, por último supiste que fue lo que pasó (risas generales) por eso lo tengo en silencio, todo el día en silencio,

pero igual cada cierto tiempo como que me acuerdo que tengo celular y lo veo y es como ya... ok no hay nadie (.) terrible...

FR: bueno eso y la universidad, tratar de pescar a los profes lateros, es imposible

BM: si, es difícil

JR: si.... en Beaucheff llegai y teñí cursos de cien personas, y estai en un sala con un profe con cien personas, sentado atrás y te pones a conversar

PG: a mí me pasa al revés, por ejemplo, los viernes, tengo una clase donde somos seis mujeres y yo, soy la única que huevea, entonces el profe me odia, no me quiere ni ver...

(.)

Se abre la puerta de la sala de reuniones donde se efectuaba el grupo de discusión

BM: turu turu turu turu.... nos están penando

FR: jajajajajaja si, halloween,

PO: nos están poniendo pruebas para ver nuestra atención

PG: jajajaja

si!!! Te apuesto que la comida también es una prueba

PO: demás que sí, yo ya caí. Los pancitos están ricos...

BN: si, están hechos con amor.

E: y ustedes creen que tuvo algo que ver el... conocer sus, no le vamos a decir dificultades, cualidades...

FR: especiales

E: ¿al momento de escoger que estudiar después del colegio?

PG: no sé... yo busqué mi carrera como ... mmm ... no sé la verdad (risas generales) no sabía que quería estudiar, pero sí dije, no quiero nada que tenga que ver con las matemáticas, entonces di la PSU, y me fue como el hoyo, entonces como me fue tan mal, dije, me voy a meter a algo que no tenga puntaje y al otro día le dije a mi mamá "ya mamá, vamos al Duoc, me inscribo en relaciones públicas" y no tenía idea que eran las relaciones públicas, pero me metí.

JP: a mí no me influyó en nada, porque yo estudié educación física y no me titulé, el año pasado, no me influyó en nada, era solamente porque yo quería estudiar eso... fue porque como yo tuve problemas con la gordura, digámoslo así, yo diría que fue por eso, porque yo era gordo y como a los 15 - 16 empecé a hacer ejercicios y dieta y ahí como que fui cambiando

PO: por una juventud sin polera

JP: ¿cómo?

PO: por una adolescencia sin polera (risas generales) estaba pensando en eso, se me ocurrió, se me va a olvidar mañana, pero no importa

JR: yo entré a lo que apunté, o sea, sabía desde chico le apunté a ingeniería porque dije no me cuesta matemáticas, después, no me cuesta física y no me gustaba nada del resto, nada, nada, nada más me gustaba, y como no me gustaba nada más fue como qué voy a estar haciendo... no me gusta, no se leer casi, entonces todas las carreras donde había que leer, descartadas, y me gustaba por ejemplo... hay áreas, hay lados y lados, pero a priori lo que cachaba de psicología me llamaba la atención, publicidad me llamaba la atención pero eran cuestiones donde había que leer y había que tener otros puntajes, entonces chao, yo le apunté matemáticas pide el 50%, ya listo y como que listo, apunté a lo que dije, supuestamente era lo más fácil...

PO: oye tu asesor vocacional estaba súper mal enfocado... que quieres que te diga (risas generales). Bueno yo anduve más o menos parecido contigo, porque me metí a ingeniería aunque mi promedio en el colegio en matemáticas era un 4,8 y en física un 5, mis promedios más bajos en enseñanza media, los dos, y...

JR: querías subirlos?

(risas generales)

PO: No, no los subí weon, de hecho nunca los he subido, nunca saqué mejores nota en la u, sacarme un 48 en la U, cuántos 48 has tenido tu en la u weon?

JR: en los ramos que doy de nuevo quizás (risas generales)

PO: yo me metí más que nada para poder llevarle la contra a mis viejos, asumí que pensaron que no me la iba a poder y bueno... no he demostrado que me la pude, porque aún no termino, pero estoy a punto, me falta la tesis no más. Pero era lo que....

BM: cuantos años temí?

PO: cuantos años tengo? (risas generales) es fácil, si hubiera venido afeitado hubieran pensado oye pero esto era para mayores de 20, tengo una cara de cabro chico... el año pasado me pidieron el carnet para comprarle cigarros a una amiga... tengo 28. Estaba recién afeitado y había tenido que ir a una reunión y fue como ya, me fui, me cambié de ropa, onda como para ir al gimnasio, entonces short, polera... oye hola, me das unos cigarros? Kent no sé una cuestión así si yo no fumo, eeh necesito tu carnet... ja ja ja me estás hueviando, la cámara donde está (risas generales). Pero me metí a ingeniería no sé jajaja, pero Kine también me llama la atención, por una cuestión de....no sé porqué, cuando chico descubrí los deportes y fue... fue maravilloso...

FR: gastar energía y dormir

PO: si...

PG: yo no duermo, duermo casi nada, como 4 horas

FR: yo si como, me da sueño, onda si hago deporte en la mañana, quedo prendido todo el día, pero todo el día, mil hiperactivo, más aún... hago harto deporte, como harto y después quedó como medio cuadrado y a dormir.

E: ¿y qué tanto duermen?

BM: yo de noche duermo poco, es que hay tantas cosas entretenidas que ver en la tele que es terrible... es como ya, se acabó el reality, lo cambio y estoy como entre 3 programas, no sé el reality, una película y cualquier otra estupidez, estoy cambiando todo el rato, onda veo 5 minutos, 5 minutos, 5 minutos y termina... y digo como ya, voy a tratar de dormir, y me pasa que estoy como acostada obligándome a cerrar los ojos y es como chin! se me abren solos, no puedo, así que como a las 4, 3 de la mañana me duermo, pero al otro día despierto bien

FR: cómo bien? a las 6 de la tarde o para ir a...

BM: no, para ir a clases, onda si tengo clases a las 8.30 me levanto a las 6, y es como ya, vamos!

FR: no, yo no, yo duermo harto...

JP: yo ando todo el día con sueño, de hecho ahora me voy a quedar dormido (risas generales) , entre la familia, el trabajo, el deporte, quedo cansado...

E: chiquillos y esto en general, así como viéndolo en su vida, no solo ahora, lo ven como algo negativo o positivo, o sea, como lo ven en general en su vida el trastorno...

PG: a mí, no no me afecta, yo estuve en un solo colegio, o sea en dos, pero al segundo llegué en primero básico hasta cuarto medio, entonces ... como que me tomo las cosas con humor en verdad, me rio, entonces de repente me doy cuenta

que estoy con la patita y es como hay ya me da lo mismo... mis amigos se cagan de la risa porque no sé, me muevo de un lado para otro , como me ha pasado muchas veces que llamo y es como aló? hola amiga cómo estás? ... espérate, con quien hablo? la Camila... aaah perdón, no era a ti a quien tenía que llama, sorry, cachai? pero como que son cosas con humor, no me han afectado la verdad.

FR: estaba sacando la cuenta... yo estuve en 6 colegios

JP: ¿6 colegios?!

FR: si, es que mi papá era constructor civil entonces nos trasladaban harto, no alcanzaban a echarme de ninguno, me invitaron a retirarme, con muy bonitas palabras en su oportunidad, pero me salvaban las notas, de hecho, un profe cuando pasé de 8vo a primero, el profe jefe colegio, se sentó el primer día de clases de primero medio, todas las clases, los primeros 5 minutos habló con todos los otros profesores, por favor denme razones para echar a este tipo que no lo pude echar el año pasado.... en serio, no sé si fueron 2 o 3 días que el mono Toledo, mono Toledo se llama el profe desgraciado....

(.)

BN: mono Toledo?

FR: mono le decían

PG: aaah pensé que se llamaba mono jajaja (risas generales)

FR: te cachai? jajaja, no, patricio creo que se llamaba...

(.)

JP: a mí no me ha jugado en contra porque, yo creo, que por mi señora, porque ella está siempre Juan Pablo trajiste esto? entonces la tengo a ella para que me diga que es lo que me falta

PO: a mí ni eso me sirve, te lo juro, si alguien me dice algo, si no lo anoto al tiro, se me olvida, por eso tengo la agenda, si tengo que trabajar, ir a reuniones,

todo, todo, si no lo anoto aquí se me olvida, por eso si se me pierde esto... yo lloro, enserio, me pondría a llorar aquí y no me daría vergüenza, podría llorar a moco tendido, se me puede salir un globito, todo y no me daría vergüenza... de hecho las veces que he salido de la casa sin esta cuestión... no lloro, pero casi, porque como ando con papeles anotando todo, me los meto a los bolsillos, y cuando llego a la casa tengo que anotarlos al tiro, porque si no se me pierden los papeles donde lo tengo anotado y ...

PG: yo pongo el celular, con alarma o recordatorio

PO: yo tengo un celular inteligente que no es inteligente porque no anota solo, así que lo de los teléfonos inteligentes es mentira, si lo hicieran solos te creo, pero el hecho de tener que acordarme que tengo que anotar en el celular, no me acuerdo, entonces no me sirve (risas)

JP: lo negativo no más mío, fueron los accidentes solamente, buenos fueron hartas cosas, pero voy a contar estas no más porque si no se van a reír mucho

PO: aaah seguro que caerse parado en la micro es súper poco gracioso...

BM: ya po cuenta, que me quiero reír po

PG: siiiii

JP: no, es que es medio vergonzoso igual

BM: pero nada va a superar lo de caerse en la micro (risas generales)

JP: jajajaja no, ya lo que pasó, es que yo estaba chico, estaba como en 5to básico, inquieto, siempre, y llegaba todos los días y me sacaba la ropa del colegio al tiro, apurado cuando llegaba, y un día me iba a sacar los pantalones y me tiro el cierre... tipo han visto la película del loco?..

PG: oooohhh!!

PO: aaah loco por mary

JP: si, esa... lo más charcha es que mi vecino tuvo que venir a ayudarme, y yo estaba así apretado, y mi vecino tuvo que venir, y ooh, fue terrible, y mi mamá me dijo... "te pasó por apurón" pero sabí que fue terrible...

FR: voy a tener pesadillas weon...fue dolorosa escuchar tu... tu declaración.

JP: y más encima el vecino llegó con un alicate de estos chiquititos...

PO: un alicate cerca de esa zona... nooo no me siento cómodo con esa imagen, imagínate te equivocai y piit....

(Sonidos de dolor)

JP: sí, sufrí mucho.

PO: y como tan chiquitito te pasó?

JP: tenía como 10 años...

BM: yo pensé que esas cosas pasaban solo en las películas....

PO: no, no, no, pasan en la realidad también ... a mí, bueno a mi no me ha pasado, me pasé a llevar no más, pero nunca quedó atrapado, y quedé así como pi pi pipi esa lagrimita, pero eso me pasó... pero he sabido de gente... ooh! me sé unas tallas muy buenas, pero no son para contarlas ahora...

(.)

FR: yo tuve muchos accidentes cuando chico, por atarantado, ven este tajo que tengo aquí? ocho puntos me colocaron ahí, también corriendo, me caigo, piso una tabla y la tabla se viene a mí, pum!

PO: yo tengo algo parecido, que estaba en el colegio y estábamos, por apurón también, nos habíamos escapado de clases, era religión, y estábamos haciendo mortales en el gimnasio, había que correr por el gimnasio, pisar en la cosa esa, y saltar el caballete, yapo, la cosa es que voy al baño , vuelvo corriendo y hacíamos una fila, éramos como 3 o 4, y como que llegué le pegué un empujón a uno y lo hice y no se me ocurrió preguntarle a nadie si era la misma cantidad de caballetes que antes, y no, habían menos habían aumentado la dificultad y estoy en el aire, y tocan mis pies y en ese microsegundo digo “porque mis pies tocaron antes?” y hice así huaguapá y me pegué, yo creo que soy de las pocas personas que se ha pegado un rodillazo en la cara (risas generales) , yo tengo 4 puntos en el párpado, no sé si se alcanza a notar, por ahí, la cosa es que me voy a lavar la cara, hago así y tenía una amigo al lado y veo mi ojo todo sangriento y hinchado... y la mejor parte es cuando me pilla el inspector... Olivares, con quien te agarraste a combos? no con nadie profesor, pero cómo cómo qué pasa? lo que pasa es que me pegué un rodillazo... si si si, claro, ya a enfermería para que me curaran la cuestión porque sangra, te juro, tenía todo manchado con sangre, la cosa es que en enfermería, altavoz, ya el número de tu casa... Aló? hablamos con la mamá de Pablo Olivares? si, que hizo este weon de nuevo? eeeh, es que tuvo un accidente... ya con quien se agarró a combos? no, dice que se pegó un rodillazo en la cara ... dígame a ese cabro weon que no le voy a seguir comprando sus estupideces y cortó... y yo con la cuestión ahí en el ojo y la enfermera me dice que onda? qué te puedo decir, no hay nada más que decir, y como a las 2 horas llegó mi vieja porque ya la habían llamado de inspección , dirección de todas partes porque no podían ponerme los puntos ahí en el colegio, tenían que llevarme a donde estaba el seguro del colegio , a la posta central, un amor el enfermero, de cagao no me pegó con un guante de box mientras me trataba de limpiar la herida, te juro que pescó un puñado de algodón, como que lo untó en alcohol y tá! tá! tá! poco menos que te duele? si, ya voy a seguir pegándole para que se duerma (risas generales) y llega la cirujana, te juro, como quien va a coser un saco de papas, y como que empieza a coserme el párpado, y corta la cuestión y ya, listo y me fui...

FR: a mí me pasó algo similar, pero no fue así tan...

PO: estúpido? dilo dilo (risas generales)

FR: no, tan chistoso (risas generales), a mí me pasó con una reja, iba caminando y la reja tenía un cable, salido, un alambre y yo voy y pum! me rajo aquí, pero a mí no me cagaron, me colocaron un sellante no puntos, así que no fue tanto, pero andaba con así un ojo después, todo morado.

PG: pero para los papás debe ser lo más brigitado, onda mi mamá yo me acuerdo, que partía a las 3, 4, 5 de la mañana al hospital conmigo, todas la veces, casi todos los días, una vez estaba en un árbol y me caí y me rajé la guata, mi mamá me dijo, no te subas al árbol que estamos, no sé, en primavera y las polillas se lo comen por dentro, y yo no no quiero subir, quiero subir, tenía como 6 años, ya quería subir, quería subir, te voy a sacar la cresta, y yo estaba a la cresta para arriba así onda mamá mamá mira mira, y de repente, piso mal y la rama como que se quiebra y paj! toda la guata rajada... la pera también me la rajé, en un estadio... por subir corriendo, pero jamás me he fracturado.

JR: yo por accidentes, siempre tapado en accidentes, por lo mismo, por andar en bicicleta, chocando con cuestiones, si había que saltar de algún lado o tirarse a algún lugar siempre iba y cuestiones así

PO: saltar del techo para abajo un clásico, hasta que te pillaba el papá de alguien

JR: sipo, primero nosotros probamos con un sofá cama, después lo sacamos, para agregarle dificultad, para ver qué pasaba, pero tampoco terminó bien, porque siempre

PO: siempre había uno que se fracturaba y el resto quedaba como el malo.

JR: no, en general era yo el que se fracturaba (risas generales)

BM: yo jamás me fracturé... solo una vez el dedo meñique de la pata, por pegarle una patada a una puerta

PO: en serio? chócale!(risas generales), pero te apuesto que las razones por las que tú estabas corriendo son distintas a las mías...

BM: yo estaba jugando con mi primo chico, que tiene como 1 año, y yo me empecé a escapar de él y la puerta estaba abierta y me pegue, y bajé cagá de la risa, con el dedo dado vuelta, así para atrás y digo mamaaaa me fracturé el dedoo y mi mama como me veía cagada de la risa no me creía y me decía ni cagando te fracturaste el dedo, estarías llorando y yo le digo pero míralo, míralo, y la wea morada y verde dado vuelta, así onda no tenía vida (risas generales)

PO: yo estaba en la playa, éramos 7 amigos que estábamos discutiendo sobre la estrategia del partido de fútbol que íbamos a jugar al día siguiente porque nos habíamos inscrito en un campeonato de fútbol playa y era una casa de playa chiquitita, con una pieza chiquitita y 7 personas adentro y un weon se relaja demasiado y mas encima no avisó y una pieza chica, con la puerta cerrada, comprenderán que además era verano, en dos segundos estábamos todos verdes tratando de salir (risas generales) tratando de arrancarse, tratando de salir le pegué una patada al marco de la puerta y en el momento me dolió pero seguí corriendo, la cosa es que un amigo al rato me dice, que le pasó a tu dedo? ya estábamos todos afuera, tratando de recuperar el aire , miro el pie y veo dedo gordo, dedo, dedo, dedo, dedo gordo (risas generales) y las venas que se veían estaban negras, y un amigo que estaba ahí estaba estudiando medicina, no sé , cuarto año, me tocó la cuestión, increíble y me dijo teni dos fracturas, estay cagao teni que quedarte en reposo... reposo, verano, yo, las pelotas, la cosa es que al día siguiente , tres calcetines en esa pata y a jugar a la pelota, más que me dolía

BM: y no te pasa que a veces te duele? a mí a veces me duele, me quedó como una cosita, algo acá y de repente piso y me duele

PO: a no no no a mi no, pero me quedó como chueco, como para arriba,

E: y ustedes creen que fueron estigmatizados o que los miraban o trataban distinto, los profesores, sus compañeros?

JR: me molestaban por ir al psicólogo, cuando se supo, porque yo lo intentaba hacer piola

JP: a mi igual

JR: sí, me molestaban por eso

JP: a mi igual me decían aaah vay a psicólogo, estoy pitiado,

PG: no, yo no, yo como que me reía, como jajaja! estoy loca, tengo que ir al psicólogo

FR: pero a los cuantos años fue?

PG: no sé, chica, pero...

FR: chica que año??

PG: no sé, quinto, sexto...

FR: igual estabas más grande a mi igual me pasó cuando iba como en cuarto...

PG: aaah! entonces yo era grande! (risas generales)

PO: a mí no, no me molestaban con ninguna cuestión, además como les dije, si me molestaban, como me pegaban mis papás tenía que desquitarme con alguien, y no le podría pegar a mis papás porque eran muy grandes así que a los de mi edad era como ven a molestarte por favor

BM: a mí no me molestaban mis compañeros, se reían no más, como a mi me da risa también me reía con ellos

E: y por parte de sus profesores?

PG: yo tenía una profesora que a mi me decía que yo era tonta...

PO: yo tenía un profe que se escuchaba desde la escalera Olivares fuera! antes de entrar a la sala de clases y yo me tenía que ir no más, no podía entrar a sus clases....

JR: qué
bacán...

PO: si, bacán igual jaja

PG: a mí en el colegio me hacían evaluación diferencial, pero porque mi mamá lo pedía, porque me iba pésimo pero nada más.

JR: había un profe que le gustaba molestar, habían un par de profes, y habían dos compañeros que claro, tenían evaluación diferencial y otros dos que teníamos déficit, y cuando había alguna actividad o cuestiones así y yo perdía la concentración o estaba conversando o cualquier cuestión así el profe decía ah! verdad si a ustedes les cuesta, son como especiales

BM: usted es tontito...

JR: sí como que el profe buscaba el momento para tratarte como tontito... eeh esos fueron como los únicos problemas que tuve en el colegio... de ahí perdí la importancia por las cuestiones

PG: sí, como que no sacai na, o no te importa o te importa mucho

JR: sí y
es preferible que a uno no le importe

PG: son como los dos extremos

E: y ustedes creen que hoy día los niños que son diagnosticados con déficit podrían ser discriminados?

PO: por lo niños sí, pero por lo profes no

JP: si, es que claro hoy en día está más fuerte el bullying y a parte que ellos juegan harto a lo que es pelea, por ejemplo, mi hijo juega siempre a dragon ball Z y peleas siempre, hemos tenido varias charlas en el colegio por eso

FR: a pero
juega dragon ball z es como un niño bacán

PO: claro es mejor eso que sailor moon...

JP: si po es que yo los veo con él,

JR: buena, que bacán,
porque los cabros chicos de ahora pasan pegados a las pantallas

PG: si, es terrible

JR: no tienen costras en las rodillas, no andan en bici

BM: weon! Es terrible

PO: de hecho, bacán, porque los cabros chicos de ahora si no están delante de un computador, o el play o alguna tontera... no están ni ahí

FR: no, yo creo que en mi caso también que en el colegio en que estaba, era de 7mo para arriba y era un colegio donde a los profes si querí aprender bacán si no les daba lo mismo, no te voy a andar persiguiendo pa que aprendai.

JP: yo por ejemplo ahora más grande pienso en esa profe que tenía, y pienso a ver, habrá hecho eso por bullying, o pensando que con eso yo iba a ser mejor... yo ahora pienso y digo, en qué estaba pensando... no sé... he ido al colegio, pero ya no está

BM: vay a ir a cobrar venganza? (risas generales)

JP: no, ya que le voy a hacer si debe estar viejita ya,

JR: yo los profes que trataban peor me acuerdo eran los profes más viejos del colegio...

JP: sípo, si eran, esta profe era una de las más viejas...

PG: igual antes era más cuatíco, onda un reglazo en las manos y te quedaste quieto no más...

JR: si po esta profe debe haber sido de esas, de reglazo, onda los papás tuvieron que reclamar por eso.

PO: mi abuelo era profesor de colegio público rural, entonces, después fue inspector del colegio y tenía una regla, metálica de no sé 40 cm o una cosa así, se portaban mal y manos y gua! reglazo, el castigo duraba hasta que les quedara marcada si hacían alguna tontera, si no con la varilla, y así eran las escuelas antiguas, hasta que un día les dijeron ya no pueden hacerlo más y no lo hicieron más, pero

PG: no estaba mal visto ni nada

PO: no, era normal no mas, la forma de disciplina que tenían antes no más

JR: la profe de mi colegio tenía un elástico enrollado en la parte de atrás del lápiz, entonces ah, pelo muy largo y te lo pasaba por las patillas para arriba, y oooohhh! eso era terrible.

BM: a no, a mi no porque yo soy niña, pero en mi colegio a mis compañeros nunca fue así, onda teni el pelo muy largo, anda a cortártelo.

PO: en mi colegio andaban con una regla y una tijera, la pasaban

por la cabeza y si el pelo te caía sobre la oreja, con la tijera te lo cortaban y te dejaban un pelón gigante, que te obligaba a cortarte todo el pelo para que quede parejo.

FR: y para afeitarte? yo me acuerdo que el profe pasaba con una tarjeta, y te la pasaba por la cara y tenía unas presto barbas, unas BIC, y te pasaba la tarjeta, si sonabai cortaba una presto barba y te mandaba al baño a afeitarte, y estas cuestiones cortaban la cara oooohhh, entonces tenía que ir al baño, sin jabón sin nada y con una BIC que son como de 1 hoja y volvía todo cortado, la vieja escuela (risas generales)

E: y ustedes creen que el déficit es una enfermedad mental o son diferentes tipos de conductas?

JP: yo creo que son diferentes tipos de conductas,

BM: sí, o sea cuando dije que eran enfermitos

mentales estaba hueviando

PG: no, no creo que sea una enfermedad mental, sino que es como otra forma de ser,

PO: así como algunos tienen facilidad para matemáticas, o lo que sea, hay otra gente que tiene la facilidad de concentrarse o poner atención no más... yo no la tengo (risas), no ese es un talento en el que salí súper malo, nunca desarrollé el talento ni de concentrarme ni de poner atención

PG: si, yo como que me concentro muy poco en algo, o mucho en muchas cosas a la v

vez, onda aquí conversando, allá en la música, en el lapicito,

FR: todo tiene algo, parte de mi

Concentración

PG: de repente no sé, estoy así manejando o conversando con alguien y por ejemplo escucho no sé a una pareja peleando y empiezo ya, ya, ya, ya y termino así como repartida entre las dos.

PO: a mí me ha pasado, por ejemplo que estoy hablando contigo y la anto dice algo y pasa algo afuera y es como ah? ah? ah? me perdí de todo, no pude seguir ninguna conversación, termino sin saber de qué estaba hablando con ninguno de los dos, uno a la vez por favor, a ver que estábamos hablando nosotros dos? (risas generales) si no no... Hay gente que como que se abstrae de eso y sigue conversando y después dice ya anto, que me estabas diciendo? no, yo no puedo hacer eso, si me habla otra persona mientras hablo con alguien puaj! las dos conversaciones murieron

JR: yo no puedo abstraerme, de hecho, lo que leyeron al principio como en la mitad... la niñita dijo que?! Y sorry en verdad no terminé de escuchar lo que estaban leyendo

PO: a mí en verdad ya se me había olvidado que estaban leyendo algo

JR: me cuesta mucho...

BM: lo que me pasa es que me quedo pegada, como que estoy obviando que estoy escuchando pero en realidad no estoy entendiendo nada.

E: bueno chicos, queremos agradecerles el haber venido hoy, sabemos que para muchos es complicado, y les agradecemos la participación, así que vamos a ir cerrando, porque es un poco tarde y comprendemos que para todos ha sido un día largo y mañana hay que seguir con la vida, así es que muchas muchas gracias.

13.6.2 Entrevista N°1

E: nos gustaría que nos contaras un poquito como fue tu relación con el déficit atencional, cuando te diagnosticaron, sí tuviste algún tipo de tratamiento, y bueno te vamos a ir haciendo algunas preguntas durante la entrevista, pero lo que más nos interesa es que nos cuentes tu experiencia.

MM: ya, cuando me diagnosticaron, creo, creo que tenía 9 o 10 años, estaba en 4to básico, no lo que pasó fue que yo había repetido, repetí 4to básico, pero repetí por una cosa que no entraba a la sala, me dejaban afuera, todos los profesores, me dejaban siempre afuera de sus clases porque empezaba a tirar papeles, me paraba me sentaba, me paraba a buscar un lápiz al otro extremo de la sala, donde el compañero que estaba, yo me sentaba atrás lo más atrás posible, cerca de la puerta y me paraba a buscar un lápiz donde mi compañero que estaba adelante al lado de la ventana por ejemplo, entonces daba la vuelta a todo la sala y los profes me retaban y me sacaban así que nunca cachaba la materia, y después la segunda vez que hice 4to básico como a mitad de año me llevaron al neurólogo y me dijeron que, qué tenía que tomar pastillas, igual el colegio me derivó para allá, yo iba en el Juan Pablo Duarte, y de ese colegio tenía que ir al consultorio y ahí me dijeron que tenía que tomar pastillas, primero me tenía que tomar media pastilla en la mañana y media pastilla en la tarde, y después me aumentaron la dosis y tomaba una pastilla en la mañana y otra en la tarde.

E: cuánto tiempo estuviste tomando pastillas?

MM: desde 4to hasta 2do medio, o sea, más o menos, porque igual había veces en que no me las tomaba, no tenía restricciones para no tomarme la pastilla, en 8vo me la pasaron y ya la andaba trayendo yo, antes como mi mamá trabajaba en el colegio ella iba y me la pasaba y me recordaba que me la tenía que tomar, y las tenía marcadas, en la tira, por ejemplo lunes en la mañana, lunes en la tarde, martes en la mañana, martes en la tarde, y así,

E: y qué efecto tenían en tí las pastillas?

MM: eeeh.... yo me sentía como más tranquila, pero me sentía mal igual, como que no cachaba lo que pasaba, sí mis compañeros tiraban alguna talla, yo no la entendía, ya no tenía ganas de pararme, pero tampoco entendía la clase, no era una cosa que me ayudara a concentrarme para que me fuera mejor, estaba en las clases, veía y escuchaba a la profesora pero no me acordaba después, igual tenía que tomar los cuadernos, igual no me iba mal en el colegio después que repetí, no me iba mal, pero tampoco era yo de las mejores, mis viejos igual son como... querían que yo fuera de alta exigencia y la wea y yo no quería...

E: te acuerdas como era la relación que tenías con tus profesores, el año que repetiste y los años siguientes que estuviste con el tratamiento?

MM: cuando yo estaba en 4to básico tenía una sola profe, y después en 5to me cambian a que yo tenía muchas profesoras, y cuando iba en 4to básico la profe igual me cachaba, ella sabía entonces yo me acercaba y ella igual me decía, Maquita quieres ir a tomar agua, a lavarte la cara, y era más relajado, pero en 5to básico como las profes iban variando, no me cachaban, o sea me iban conociendo pero ya a fin de año, y cuando todos cachaban, sí me trataban distinto pero distinto más pesado así como ya ya la enfermita, yo sentía que me trataban como la tontita.

E: sentiste algún tipo de estigma o de discriminación de parte de tus profesores?

MM: así como una etiqueta? sí, de dos profes, de la de biología y el de lenguaje, es que a mí no me gustaba leer po, y cuando había que leer en clases, siempre me tocaba a mí, siempre, onda yo me sentaba en los rincones más recónditos de la sala, y él como que me buscaba, y me hacía leer, pero onda no un párrafo que era siempre como que uno leía un párrafo y cambiaba a otro compañero, sí no que me hacía leer toda la hoja y yo en el último párrafo ya me quería reír po, pero él me trataba mal, se enojaba. Y la de biología me sacaba a la pizarra, a hacer puras weas, puras tonteras, pero de los otros no, nada.

E: y con tus compañeros?

MM: no, o sea, yo creo que ellos nunca cacharon mucho, ellos nunca supieron que yo tenía déficit atencional, a mi me daba vergüenza decirlo, igual mi mamá siempre me decía que yo tenía que ponerle empeño, que tenía que intentar, que a mí me iba a costar más que a otros niños, entonces yo llegaba a la sala y decía chuta! igual le ponía más empeño, onda en 5to y 6to básico le puse más empeño, onda llegaba a la casa y estudiaba, no me molestaba tomar las pastillas, porque quería que me fuera bien, pero mis compañeros no sabían mucho, y los que sabían era mi mejor amiga y ella no, no me decía nada.

E: y ella te encontraba diferente después de haber empezado a tomar las pastillas?

MM: sí, siempre, como que no me daban ganas de pararme, siempre fue eso, incluso ahora en la universidad, a mi a veces me dan ganas de mirar para el lado o por la venta y cagarme de la risa, pero no, no, igual no lo hago.

E: y que hizo que dejaras de tomar las pastillas?

MM: fue como en 2do medio, que ya caché, onda hablaba con una compañera que ella me decía que también tenía déficit atencional, pero que a ella ahora su mamá le daba otras cosas, como que le hacía relajamientos, baños con sales, en la mañana le daba como golpes vitamínicos, pero que no le daba más las pastillas, porque las pastillas alteraban el comportamiento de uno, como que no era uno en el diario vivir, sino que eran las pastillas viviendo por ti, y yo ahí empecé a dejar de tomármelas pero mi mamá no sabía, ella cree que yo las tomé hasta 3ro medio, siempre,

E: y te encontraban diferente?

MM: quienes?

E: tus papás?

MM: cuando dejé de tomarlas?, no nunca cacharon yo creo, porque igual uno se va acostumbrando a cómo debe comportarse como si tomara las pastillas. En

verdad mis papás cacharon cuando yo dejé de tomar las pastillas porque yo les dije, y fue pelea, porque yo estaba en un colegio de alta exigencia y no quería tomarme esas weas po,

E: y te acuerdas como fue el momento del diagnóstico? Quien lo hizo, qué te dijeron?

MM: al final fue un psiquiatra el que me diagnosticó, lo que pasa es que del colegio me mandaron al neurólogo, del neurólogo a un psiquiatra y de ahí de vuelta al neurólogo, que fue el que me dijo que tenía déficit y me dio las pastillas, me dijo que yo podía poner atención pero que mi problema era que soy demasiado activa, que tenía muchos estímulos. Y ahí por ejemplo mi mamá en la casa me habilitó una pieza para que yo estudiara, una pieza de mierda, que tenía onda paredes con colores estimulantes para el estudio, una mesa donde solo podía tener mi cuaderno y un lápiz, no podía tener el estuche porque me ponía a jugar con los lápices, donde a veces estudiábamos yo y mi hermana. En la casa no me trataban mal, como mis viejos los dos son profes, ellos siempre apelaron a la inclusión, y no a la, a la, segmentación, exclusión,

E: te acuerdas cual fue la reacción de tus papás cuando recibieron el diagnóstico?

MM: no, yo me acuerdo, es que yo no estaba en la sala del doctor cuando le dijeron a mis papás que yo tenía déficit atencional, sí el psiquiatra me hizo esperar afuera, que tenían como una sala de juguetes para los niños, y después cuando salimos de la consulta mi mamá me fue explicando que a mi me iba a costar un poco más que a los otros niños, que no era que fuera tonta ni nada parecido, sino que tenía demasiada actividad, que tenía excesiva energía. Mi hermana era la matea del curso, siempre le fue espectacular, nunca tuvo una mala nota, ni una queja de los profesores, y a mi siempre me conocían en inspectoría, pasaban llamando a mi mamá, pero mis viejos siempre me dijeron que yo no era tonta, que no aceptara que nadie nunca me dijera que yo era tonta, aunque igual me acuerdo que había una profe en el colegio que me decía que tenía caca en la cabeza... tu teni caca en la cabeza que no aprendí? y mi mamá siempre me decía que no le

permitiera nunca eso a nadie, que no por tomar pastillas era muy distinta a los demás

E: y te hizo sentido cuando te explicaron lo del déficit?

MM: mmm es que todos mis compañeros eran inquietos po, todos los cabros chicos a esas edad tienen muchas ganas de hacer cosas, solo quieren estar en el recreo, entonces yo me sentía, tal vez en el asunto de prestar atención en clases o aprender las materias, sí, pero en lo demás no me sentía diferente, si cachaba que al momento de poner atención yo a los 15 minutos ya me volaba,

E: sentiste que hubo algún tipo de atención privilegiada o diferenciada contigo por parte del colegio?

MM: no, es que en el Juan Pablo no había psicopedagogo, no había psicólogo, no había nada de eso, entonces solo te derivaban para afuera, pero con estos dos profes que les contaba sí, y con mi profe de básica, que después me hizo religión creo, ella sí me trataba bien, me decía dale Maca, o se sentaba conmigo en el recreo, me trataba de explicar, me decía que tenía que hacer ciertas cosas, y en mi casa, mi mamá para las tablas por ejemplo en 7mo me ponía las tablas en toda la casa, como que inventaba mecanismos para que yo me acordara de las tablas,

E: sentiste que recibiste apoyo por parte de tu familia para enfrentar tus dificultades de aprendizaje?

MM: sí, todo el rato, como le decía mis papás son profes, entonces ellos igual cachaban algunos métodos de enseñanza, como para mí, el ejemplo de las tablas o con historia, me ponían las fechas también en lugares de la casa para que me las aprendiera, por ejemplo yo me despertaba y tenía una tabla pegada en el techo, por ejemplo, en el refri, en la leche, en los Chocapic, en todas partes, buscaban como lugares estratégicos para pegarlas

E: y tu hermana notó algún cambio en ti mientras tomabas las pastillas?

MM: no, es que en la casa yo era normal, rompía ene cosas sí, rompí por lo menos 3 veces la vitrina de mi casa, es que me sentaba y me empezaba a balancear con la silla y la vitrina estaba atrás entonces me tiraba hacia atrás con la silla y rompía el vidrio, así mil veces, pero no, mi hermana igual como era piola y yo más chora, sí me decía algo, le pegaba no más

E: y estuviste con algún tratamiento que acompañara el medicamento?

MM: sí, tuve profesor jefe, bah! profesor particular en matemáticas, mi mamá me hacía clases de lenguaje y mi papá de historia, pero igual como ellos llegaban tarde, me lo hacían en la noche y yo a esa hora quería puro dormir entonces como que no los aproveché mucho.

E: y cuál es tu opinión respecto del déficit atencional?

MM: yo creo que depende mucho de cómo uno lo mire, sí hay cabros que tienen más dificultades, yo lo viví po, como que me costaba aprender, y ahí no lo cachaba bien, hasta el día de hoy me cuesta aprender, en la universidad también, pero, por ejemplo, yo creo que el déficit atencional existe como trastorno, pero no creo en los tratamientos que hay, creo que hay otras formas que también podrían ayudar, esto que les comentaba de los baños con sales, cosas más naturales y no tan invasivas que te alteren tu forma de ser, pero creo que el tratamiento es demasiado invasivo. Que tal vez el trastorno no debería ser tan publicado, porque ahora hay una moda, onda, todos los cabros inquietos tienen déficit atencional, onda se paran una vez y ya al neurólogo porque tienen déficit atencional, no pone atención, hay tiene déficit atencional... por todo...

E: por qué crees tú que estaría pasando eso, el aumento del diagnóstico?

MM: yo creo que para comodidad de los colegios, porque yo creo que les conviene a los colegios, les conviene que los cabros estén con pastillas, tranquilos y nos hueveen en la salas de clases, y por las repitencias, porque sí toman pastillas hacen que los cabros no repitan tanto, además de que a algunos les ayuda para que les vaya mejor.

E: ¿crees que el saber que tenías déficit atencional influyó en algo al momento de decidir qué carrera estudiar después del colegio?

MM. yo creo que no, porque yo cuando terminé 8vo, quería meterme al conservatorio a estudiar violín, y mis papás me dijeron no no es que violín no se puede y me mandaron a un colegio de alta exigencia y yo en primero medio estuve a punto de repetir, pasé onda con un 5 y rogando, después en segundo medio también me costó, me costó toda la media, y al final de 4to medio nadie me dijo, todos me decían maca, no estudies este año, tómate un año, ve bien que carrera, estudia algo que no sea tan cuatico, que no tengas que leer tanto, y todos, todos mis tías me decían que yo no era para esto, que me podía ir mal, que no me iba a poder concentrar, y mis papás también, mis papás me dijeron lo mismo. Igual escogí psicología, y me cuesta, me cuesta caleta, porque igual hay que leer harto, yo por ejemplo los textos me los leía de las primeras, onda me pasaban un texto y yo como tenía claro que me costaba más, entonces me leía los textos, tenía que hacer un resumen de los textos para que me entraran y aún así nunca me aprendía toda la materia.

E: sentiste que fue como un desafío entrar a esta carrera?

MM: un desafío, yo creo que cualquier carrera para mí habría sido un desafío, porque igual uno queda con la tranca, de que en media yo quería estudiar otra cosa y mis papás no me dejaron, entonces esta fue la respuesta que yo les di, les dije que quería estudiar psicología y les dije ok ustedes no me dejaron ser músico, no me dejaron meterme al conservatorio, mamársela, cachai? sí querían que estudiara algo más profesional déjenme escoger a mi la carrera. Igual influyó el hecho que yo voy en una privada, mi hermana estudió en la chile, mi papá en la chile, mi mama en la cato y yo de la privada cachai? igual me pesa, me pesa ahora porque tú conversai con la familia y te dicen aaah pero tu no cachai porque vay en una privada, porque la exigencia en las privadas es menor que en las tradicionales, en una tradicional no habrías rendido, ahora me lo dicen con toda la sinceridad del mundo pero cuando la escogí me saqué la chucha estudiando para no echarme ningún ramo, pero igual el primer semestre me eche un ramo y ahí...

igual fue estigma para mí, así que sí, fue un desafío como cualquier carrera que hubiera escogido, porque en qué carrera no teni que estudiar? en todas po, entonces sí.

E: ¿y cómo fue el cambio al dejar las pastillas?

MM: es que yo en segundo, a mediados de segundo medio dije que no quería tomar más pastillas, eso lo decidí yo, entonces hacía como que me las tomaba, me las tomaba, mi mamá me veía tomármelas , las guardaba en la boca y después las botaba, entonces cuando recién dejé de tomarlas me sentía como más tonta en el colegio, decía chuta, las necesito, sentía que necesitaba tomar las pastillas para poder estudiar, pero cuando empecé a cachar que tenía otros métodos de estudio, mi hermana sabía que yo las había dejado de tomar, mis papás no, pero mi hermana me apoyó siempre en todo, me dijo que no las siguiera tomando, que no hiciera más esas tonteras, que podían estar afectando mi futuro, y que quizás en ese momento le estaba haciendo un daño a mi forma de ser, o mi comportamiento, y yo no cachaba nunca, tal vez nunca fui la maca que debería haber sido no más, como que siempre estuve restringida, siempre me restringieron a mi forma de ser natural, sino que querían a una maca que yo no era po weon, si yo era más hiperactiva y nunca me dejaron ser po, si igual de 5to a 2do medio tú te querí mover querí salir, querí jugar y yo no tenía esas ganas de jugar po, y cuando en 2do medio dejé de tomar las pastillas yo igual me sentí rara, me sentí más tonta, y trataba de estudiar, trataba de estudiar y me costaba más porque ahí ya no tenía la salita, tenía que aprender a estudiar en mi pieza, tenía más estímulos que tenía que aprender a controlar, y quería hacer otras cosas, salir, no sé cualquier cosa, y las decidí dejar y cuando le conté a mis papás en 3ro medio me dijeron que ok pero que de ahí en adelante tenía que velar por mi sola porque el próximo año venía la PSU po, mi mamá me dijo que las siguiera tomando hasta la psu y yo le dije que no que no quería no mas po, y que sí me iba mal, me iba mal.

E: y estás de acuerdo ahora con que tus papas te hayan dado pastillas?

MM: yo creo que sí, pero que hayan permitido que tomara tanta pastilla... no, porque fue mucho, fueron muchos años tomando pastillas, fueron 4 o 5 años tomándolas, eso lo encuentro mucho, pero igual ellos trataban a veces de decirme, ya hoy no te la tomí o a veces cuando iba a estudiar me decían necesitas que te la pastilla?. Igual en el verano me las quitaban, pero me las empezaban a dar en febrero, un mes antes de entrar al colegio, para que me fuera acostumbrando a estar más tranquila, a los horarios. En enero todo era normal, yo salía jugaba, me juntaba con mis amigos de la casa y yodo, pero en febrero, como a mediados de febrero que empezaba con las pastillas ya no quería salir tanto, igual mis amigos nunca me dijeron nada, porque por lo menos los de mi casa nunca supieron que yo me tomaba unas pastillas para poder concentrarme y todo eso, igual había una vecina que también tomaba pastillas para el déficit y todos la molestaban, por eso a mi igual me daba vergüenza decir que también las tomaba.

E: y que era para ti ir a psicólogo o al psiquiatra?

MM: nunca fui al psicólogo, fui al psiquiatra cuando me derivó y después nunca más. Y al neurólogo lo veía dos veces al año no más, incluso a veces solo iba mi mamá y le daba las recetas y chao, pero era simpático el weon, la psicopedagoga era pesada, me hacía ene pruebas, estábamos como dos horas sentadas, yo a veces le decía quiero ir al baño, y ella no, hasta que termines el ejercicio y cosas así,

E: y tu identificaste que había un problema más social para ti el hecho que tomaras las pastillas?

MM: sí po, porque igual nunca le pude contar a nadie, o sea, en media le habré contado a un par de compañeros, pero no me molestaron, pero siempre significó para mí ser tonta, y en mi casa por lo menos, ser tonta era algo malo, que haya entrado a una privada era malo, que me haya ido mal en la PSU era malo, y en verdad yo sentía que era malo, además a mi me instauraron que yo tenía que ser buena estudiante.

E: alguien más en tu familia tiene déficit?

MM: sí, mi prima, que también entró a una privada, ella tomó pastillas de 1 básico hasta 8vo y después la mamá se las quitó, porque de 1ero a 8vo iba en un colegio bueno y bien exigente, pero después por problemas económicos se cambió a un colegio más malo, con menos exigencias y por plata también dejaron de comprarle las pastillas. Pero mi papá no, mi mamá tampoco y mi hermana menos.

E: sentiste algún cambio respecto del sistema educativo, cuando saliste del colegio y entraste a la universidad?

MM: mmm yo creo que en la U como era más desafío para mí, estudiaba más, no sé si esto tenga que ver con el sistema educativo, yo creo que fue un cambio más mío no más.

E: qué opinas de los tratamientos con medicamentos?

MM: yo creo que primero antes de las pastillas tiene que haber algo más alternativo, más como de apoyo...

E: Pero tú le darías pastillas a alguien como psicóloga?

MM: no, no, primero trataría de hacer algún tipo de tratamiento familiar, estimular al cabro cuando chico, pillarlo cuando debe estudiar, dicen que uno debe estudiar después de media hora de haber comido, yo por ejemplo estudiaba después de como 3 horas, llegaba comía veía tele dormía y después estudiaba, entregar estrategias de estudio, establecer horarios, intentaría otras cosas antes de las pastillas ahora sí el caso es muy extremo, entonces puede que sí, pero igual tratar de evitarlas porque tú no eres como eres con las pastillas, un niño que toma pastillas no es un niño, es una pastilla con brazos y piernas.

E: te sentiste con alguna desventaja respecto de tus compañeros cuando entraste a la universidad?

MM: sí, porque como a mí me costaba concentrarme, me costaba leer y por eso cuando nos daban un texto o algo de una semana para otra yo tenía que leerlo el mismo día que me lo daban para poder resumir y así entenderlo, y yo veía que

otras compañeras no, onda podían hacerlo de un día para otro y yo no, igual nunca fue como con rabia ni nada, pero sí me sentía en desventaja, y hasta el día de hoy a veces siento que no sé tanto como podría llegar a saber

E: y crees que sigues teniendo déficit atencional o que se te ha pasado?

MM: yo creo que más bien he aprendido a vivir con él, me he acostumbrado a ciertos espacios donde puedo estudiar, a los lugares más tranquilos, pero creo que aprendí a vivir con él.

E: Bueno Macarena, muchas gracias por tu disposición y tu tiempo, tus experiencias nos van a ser de mucha ayuda.

13.6.3 Entrevista N°2

E: te acuerdas cuando fuiste diagnosticado con déficit atencional

DM: si, no me acuerdo si fue en primero básico o en segundo básico

E: ¿y cómo fue?, ¿quién te envió? a dónde te llevaron? ¿quién te diagnosticó?

DM: en el colegio estaban mis profesor alegando y mandaron a citar a mi mama para decirle que yo era muy distraído y que distraía al resto, entonces teníamos que ir a un psicólogo o no, un neurólogo para ver lo que teníamos que hacer porque era demasiado inquieto y me llevaron al neurólogo y me diagnosticaron con déficit atencional y me dio ritalin al toque y creo que partí en segundo, creo que uno en la mañana y uno en la tarde a la hora del almuerzo una mitad.

E: ¿a qué edad?

DM: siete u ocho año, estaba como en primero o segundo básico y así hasta cuarto medio, bueno después me cambiaron del Ritalin al Ritalin más brigido con estrella verde después al aradix, después con estrella verde, hasta cuarto medio

E: ¿y qué efectos tenias?

DM: pucha, yo cachaba que estaba más dopaó, igual cuando más grande lo único que entendía era que de partía no tenía hambre, no me daba hambre en todo el día, me quitaba el apetito y andaba más tranca. Igual también dormía mal, dormía poco y creo que ese era mi problema.. Igual nunca me di cuenta que la cuestión hace tanto efecto de las pastillas hasta que las deje y ahí caché que... cuando llegue a la universidad quería estudiar y no podía, no podía concentrarme. El primer año fue terrible

E: ¿por qué lo dejaste?

DM: porque tenía que ir al neurólogo y no me daba la receta y aparte yo caché que..Entendía que hacía mal y que tenía que dejarlo y que tenía que ser capaz por mi mismo que tenía que dejarlo

E: ¿a qué edad lo dejaste?

DM: a los dieciocho

E: ¿tomabas todo el año, de corrido?

DM: no, durante el verano no, pero cuando partía el año no tomaba y el colegio decían este weon tiene que tomar y de ahí tenía que ir de nuevo. Si po, si siempre los años empezaba a si, sin tomar, hasta como en mayo me empezaba a ir mal y mi vieja me llevaba a la wea y me empezaban a dar las pastillas. Igual yo creo que el efecto sirve, pero el efecto es más placebo como sabí que estay tomando algo y te concentrai supongo.

E: ¿la relación con tus papás o tus profes cambio después del diagnóstico?

DM: con mis papas nunca cambió, pero con los profes si, no se, yo me acuerdo que andaba dopaó y me iba mejor, no sé en verdad, nunca me di cuenta si era real o era placebo.

E: ¿te preguntaron qué pensabas de tomar pastillas?

DM: no solo me las dieron, como que me dijeron que te vamos a dar una pastilla que te va ayudar en el colegio, igual era súper chico que me iban a explicar

E: y en cuarto medio?

DM: sí cuando era más grande entendí perfecto que andaba dopao y que andaba más tranqui y hacía que molestara menos en clases. Mas grande entendía, pero cuando era más chico no entendía nada

E: ¿fuiste al psiquiatra o al psicólogo?

DM: fui al psicólogo, al psicopedagogo, al psiquiatra, al neurólogo, toda mi vida me llevaron a ese tipo de cuestiones

E: ¿cómo era la relación con todos ellos?

DM: cuando iba al neurólogo, me hacía pruebas de concentración de lecturas, de dibujarle cuestiones y me preguntaban cómo eran las clases y después hablaba con mi vieja, de eso me acuerdo yo y cuando íbamos al psicopedagogo... puta, en verdad es lo mismo, porque me ayudaba hacer tareas, pero era lo mismo. Me hacía jugar con cuestiones en cuanto me demoraba y me tomaba el tiempo

E: ¿y la relación con tus compañeros, de verdad era muy molesto?

DM: naa habían hueones mucho mas brigidos, pero que sus viejos no estaban dispuestos a darles pastillas cachay. El neurólogo le dijo a mi vieja que la pastillas iba a ser la mejor opción y mi vieja dijo que si no más, pero habían muchos más mamás que se rehusaba a darle pastillas al hijo. Igual siempre se lo he reprochado, pero que le iba hacer, si el neurologo le decía algo y mi vieja confiaba en él, aparte que en el colegio de decían que la mejor opción era las pastillas, además era el camino fácil para el colegio también, cachay.

E: ¿y efectivamente te iba bien?

DM: si, yo creo que me iba mejor, aparte que me daban las pastillas tenia clases particulares de matemáticas, entonces como que todo influyo cachay. Tuve clases particulares de primero básico hasta cuarto medio cachay... pero yo creo que sí, insisto el placebo de la pastilla también actuaba, pero también andaba mas dopao. Si me acuerdo que estaba en las clases, así y estaba sentado y mirando pa delante no más. Además esto te quita el sueño, pero te deja más letárgico, pero no teni sueño. Yo tomaba esa cuestión pa estudiar en las noches, cuando salía del colegio me acuerdo que me quedaba una tirita y me lo tomaba la estudiar piano y pasaba toda la noche impeque y tranqui, pero si lo ocupan en la universidad para pasar de largo... pero te deja tranca.

E: ¿cómo fue la relación en tu casa?

DM: en la casa me exigían que me fuera mejor, pero...

E: ¿en el verano notabas un cambio cuando no tomabas la pastilla?

DM: no me daba cuenta, yo creo que era distinto, pero no me daba cuenta, si era súper chico. Más grande si po, me daba cuenta que si no me tomaba la pastilla y que andaba mas prendió, pero tampoco fue tan distinto, si igual tome de chico la wea, no le tomaba el peso, por eso cuando salía del colegio y no lo tenía y no podía estudiar, ahí me di cuenta que era brigido el cambio, no podía sentarme más de una hora a estudiar batería, me desconcentraba caleta.

E: ¿y cómo lo haces ahora?

DM: después de un año pasó el tiempo y ahora me puedo concentrar, igual estoy seguro que tengo concentración selectiva cachay, pero me puedo concentrar más que antes, si igual creo que antes nunca me esforcé en concentrarme, nunca me esforcé cuando era chico

E: ¿por qué tenias la ayuda de las pastillas?

DM: sí, creo que cierta parte el déficit no existe, si cuando no te gusta las cosas no te concentra, pero siempre en música en el colegio me concentraba y en arte me salían las cosas bien.

E: ¿crees que haya influido el diagnóstico al momento de escoger que estudiar después del colegio?

DM: no, no creo. Igual siempre quise estudiar, antes de música quería estudiar algo más tradicional porque mis viejos querían y eran feliz con eso, hasta que me di cuenta que me gustaba la música no más, pero no creo que haya sido el déficit

E: ¿qué crees del déficit atencional?

DM: yo creo que se abusó en diagnosticar de esa cuestión, si todo niño es hiperactivo y que no poni atención tenía déficit atencional y no creo que sea así cachay, creo que hay... que son selectivo no más. No creo que si un cabro chico no puede estudiar matemática o que no le guste las matemáticas, sea un déficit atencional, cachay, deben haber muchas más cuestiones

E: crees que el déficit atencional pueda traspasarse por generaciones?

DM: igual mi papa cuando era chico le costaba estudiar, pero yo creo que si los psicólogos o los neurólogos en ese tiempo hubieran estado de moda como ahora, igual le hubieran dicho lo mismo, yo creo que se traspasa o que está en los genes... supongo

E: ¿si tuvieras un hijo con déficit atencional, cuál sería tu postura?

DM: no le daría un Ritalin por ningún motivo, buscaría un colegio que puedan explotarle todos sus intereses, pero el déficit atencional no es que le cueste todo, tiene que ser más selectivo, si al weon le gusta la música lo voy a meter a un colegio artístico, si le gusta las matemáticas lo voy a llevar por ahí, no se... no voy hacer que encaje si no quiere encajar

E: ¿cómo fue el período del colegio a partir del diagnóstico?

DM: ¿cómo fue adaptarme con las pastillas en el colegio? porque no me acuerdo.

E: habían artos cabros en mi curso que los medicaban y otros que no los medicaban y tenían problemas con sus papas, pero es que no me acuerdo, mas grande ya era normal

E: ¿en algún momento sentirse algún tipo de discriminación por parte del colegio?

DM: si eran chatos cuando te llevaban a una reunión con el profe y como que te decían, tú tienes un problema tenemos que hablar con tus papas el tema de las pastillas, y yo decía a ya, pero no entendía nada, pero te escribían en la libreta que tenían que juntarse, era chico tampoco me acuerdo mucho, pero creo que si en esa parte era mala onda el colegio

E: y cuando estabas más grande, estuviste todo el tiempo en el mismo colegio?

DM: si, pero cuando era más grande no me lo exigían, si al final yo decía me esta yendo mal en el colegio me voy a tomar una pastillas yo creo, en un momento sí, yo decía necesito las pastillas y mi vieja me decía también y estoy seguro que en un momento fui dependiente, si cuando salí del colegio de verdad me costó caleta, pero más adelante no había atao con eso, las tomaba no más como que se hizo

un tema normal y el neurólogo iba subiendo la dosis y termine tomando pastillas súper fuertes, porque pasó a estar de moda el Ritalin y me dieron Araxis

E: ¿hay alguien más en tu familia que haya sido diagnosticado con déficit atencional?

DM: no

E: piensas que alguien más lo tiene?

DM: puta, mi viejo tiene problemas de concentración, pero sí, mi hermano es bueno para cosas más tradicionales, pero también es muy desconcentrado, no sé, no hay nadie más diagnóstico en la familia

E: crees que el diagnóstico te significo alguna diferencia frente a tus pares?

DM: en el sistema tradicional, si, fue una desventaja brigido yo creo.

E: y ahora en la universidad?

DM: ahora no, pa na, es que en música son todos hinchapelotas, es que son todos con déficit atencional

E: ¿la relación con tus amigos o compañeros?

DM: no, nunca hubo ningún atao, igual yo creo que en mi colegio estaba llenos de huenos con déficit atencional entonces como que no había atao, pero muchos se negaban a tomar pastillas

E: ¿y hoy en día crees que se mantiene el diagnóstico?

DM: es que yo no creo en el déficit atencional, yo creo que son... si los niños, no puede ser que le guste todo , sino es más selectivo, no creo en el modelo tradicional, creo que hay que potenciarles huea a los cabro chicos

E: ¿y cuando te decían....

DM: o sea sé que me cuesta concentrarme y todo, pero...

E: ¿en algún momento te paraste frente al déficit, diciendo si yo tengo déficit?

DM: no para nada, nunca me sentí tan así, puede ser que a veces me defina con déficit, que hasta me excuse, pero no sé, a veces me dicen que lo hago, pero no sé. Como que soy volao y me preguntan qué onda y yo les digo si es que tengo déficit atencional

E: ¿y hoy en día te excusan con el diagnóstico?

DM: no pa na, es que no tengo mucha relación en mi casa, entonces como que...

E: ¿le cuentas a la gente que tienes déficit atencional o cuando te preguntan?

DM: no me doy cuenta que lo planteo, pero puede ser, no sé, puede ser... puta es que yo cuento todo en verdad, no sé si es uno de los temas preferido de conversación, pero no tengo atao en contarlo, me da lo mismo.

E: ¿hoy en día como es?

DM: hoy en día, no es un tema, hay que aprender a vivir con el déficit atencional, además estudió lo que me gusta, pero primero teni que aprender a controlarte, pero es de años, yo se que debe ser peluo pa un profesor estar con un cabro chico que no sabe trabajar de naa, debe ser peluo, pero cuando más grande deber ser como toda la gente no más.

E: ¿fue un problema para ti tener déficit?

DM: no, creo que fue un problema para mis profesores y no para mi

E: y para tus papas?

DM: no, para mis papas no, porque... mi papá era igual entonces nunca fue un atao. Igual encuentro entretenido a los cabro chicos que son inquietos, si es la gracias también, un cabro chico sentado todo el día que fome

E: qué opinas del aumento del diagnóstico del déficit atencional en estos días?

DM: que está de moda, por eso se dice que hay muchas más... es que me apesta que la gente sea de libro, que tu eres déficit atencional, tu eres un CI muy alto y tu eres del promedio y encuentro que no es así, que la gente no es de tres formas, yo creo que está de moda esa cuestión, si un cabro chico no encaja en el sistema tradicional debe tener déficit atencional, cachay

E: ¿crees que si hubieras estado en un sistema alternativo, habría sido distinto?

DM: yo creo que sí, puede ser... no sé, no estuve, así que puede ser así, creo que sí. Buta cuando más grande mis profesores se dieron cuenta que se podía explotar el lado musical en el colegio, era brigido, porque era un máster en el colegio, empecé a tener cinco horas a la semana y me fue la raja, pero mas chico no, me trataban de poner matemáticas. Igual mi colegio no era tan tradicional podía tener cinco horas a la semana

cuando iba en tercero y cuarto, pero ma chico si po, mis profes viviendo paliando con mis viejos porque no podía mantenerme sentado, tenía un estuche bacán y me lo prohibieron, me quitaron todo lo que me podía distraer, todos los estímulos posibles, sentaban adelante

E: ¿te sentiste discriminado en el colegio?

DM: sí... pero por algunos profes, porque habían algunos profes que estaban dispuestos a gastar tiempo en un weon que le costaba más, pero había profes que no, no más, que querían que todos fuéramos iguales y esos eran más chatos. En verdad si, puede que me haya sentido discriminado, pero nunca fue un atao o pudo haber sido un atao, pero en verdad no me acuerdo

E: ¿crees que los niños que han sido diagnosticado hayan sufrido alguna discriminación?

DM: si po, es chato que te digan tu eres especial y que te traten de forma especial y que te den una pastillita para que puedas concéntrate, es chato, yo creo que

nunca tuve ese problema, encuentro que el problema fue para mi mamá que para mí, mi mamá se angustiaba por esa wea y me trataba de llevar a un psicólogo y a neurólogo, pero si me pregunta que si era un problema para mi, en verdad era pal colegio, yo nunca me cuestioné me tomaba la pastilla no más. Tenía muchos más compañeros más hiperactivo que yo y nunca fui el peor de la sala.

E: recibiste otro tratamiento a parte de las pastillas?

DM: no, no es que en ese tiempo no había, ahora hay flores de Bach, pero siempre fueron pastillas y profesores particulares en la casa y si po tuve un psicopedagogo que fue a mi casa, pero era como un profe me ayudaba hacer las tareas no ma y al final me hacía unos ejercicios cortos de lectura, pero siempre fue así y me enseñaron muchos métodos de estudios, pero nunca los pude ocupar, hasta cuando estaba en segundo medio fui al psicopedagogo, pero no se odiaba que me trataran de ... nunca me gusto que me encausaran la cuestión y yo creo que me negaba a que solamente quería hacer lo que me gustaba no mas, mas adelante me empezó a ir bien porque encontraba las materias más interesante y eso hace que nada te estrese , ya cuando en segundo medio comenzó a interesarme el lado más humanista en historia empezó a irme bacán, en lenguaje, cachay, pero era porque estaba más grande estaba consciente de que me gustaba, pero cuando más chico no estaba ni ahí con aprender en las clases, también tiene que ver con eso cuando chico lo único que quería era estar en el patio en verdad, si po si me encantaba los recreo, me daba lata porque tenía un recreo de quince minutos y tenía que echármelo a tomarme la pastilla que me pasaban los profes, ni siquiera las tenía yo, las tenía los profes y me las pasaban a cierta hora

E: ¿ el efecto era automático o después de un rato?

DM: no sé, no me acuerdo, cuando era más chico, no me acuerdo, yo creo que era más el placebo, porque decía esta pastilla te va hacer concentrarte y me la tomaba y yo decía ya...

E: ¿ como era antes del diagnóstico

DM: antes que me llevaran al neurólogo estaba con muchas anotaciones mi vieja le pedía a los profesores que me dejaran repitiendo, pero en primero nadie puede quedar repitiendo y los profes les decían... pero loco si nunca fui uno de los brigidos del curso, pero si era un foco de desconcentración para algunos. Pero me acuerdo que en primero básico el negro y yo estábamos dejando la pata y ahí fue cuando llamaron a los papás y nos llevaron al neurólogo y ahí quede sentado en la primera fila hasta quinto básico, cuando estabas más grande hacías lo que querías

E: ¿y a tu amigo también le dieron medicamentos?

DM: un rato, creo que le dieron un rato pastillas, pero después los viejos vieron que andaba muy dopao y que ya no era el mismo y se lo quitaron, lo que pasa es que mis viejos no pasaban mucho tiempo en casa entonces no me veían con el efecto de las pastillas, tampoco cachaban que o era perjudicial o que realmente hacia un cambio real, entonces no me lo quitaron, además en la casa no me lo tomaban. Tenía compañeros que tomaban todo el día, uno en la mañana, uno en la tarde y uno en la casa para hacer las tareas en la casa y yo tomaba en el colegio no mas, no en la casa ni los fin de semana y es fome porque yo iba a scout y habían cabro chicos que estaban dopao todo el día hasta la noche y en vacaciones, pero no que terrible, pero menos mal que mi viejos no eran así

cuando estaba en séptimo me cambiaron al Aradix y tenía un afecto más largo, más prolongado, entonces no tenía que tomarme dos pastillas, siempre me las tome sin cuestionar nada, porque creía que me hacían bien no má yo me las tomaba y sentía que me ayudaban a estudiar, o realmente me ayudaban o ya tenía a un trabajo mental que me hacía que me ayudaba, porque yo creía que me ayudaba

E: ¿hoy en día sigues tomando las pastillas?

DM: no, pero los neurólogos dicen que tengo un trastorno del sueño, puta, soy sonámbulo, tengo insomnio, entonces hay muchas más cuestiones más atrás de eso. Los neurólogos siempre me dijeron que mi déficit atencional era por la falta

de sueño, yo desde chico mi mamá me dijo que yo me quedaba dormido a las dos de la mañana y pa un cabro chico no es normal, me despertaba en la mitad de la noche sonámbulo, siempre tuve insomnio y después empecé con terror nocturno y hasta hoy en día duermo súper poco dos horas tres horas a veces me paso durmiendo 10 horas, pero adecuarme a dormir ocho horas es imposible, a veces me logro encausar, pero el fin de semana me deja pa la caga

E: ¿pero nunca te trataron los trastorno del sueño y no el déficit?

DM: pero si siempre estuve tomando para la atención y pastillas para dormir hasta el día de hoy y se que hace mal tomar pastillas para poder dormir, pero a veces no puedo dormir y me las tomo, pero igual estoy tomando las pastillas que te dan en la farmacias y a mí no me sirve para nada, hasta llegue a tomar tres Armoniles que es la dosis más fuerte y no me hicieron nada. Y en cuanto al estudio tuve que buscar un lugar para poder concentrarme en donde no hayan tantos estímulos y poder concentrarme con la batería, hasta los hueones más bacanes tienes que hacer eso, porque en la casa es peluo, porque estudio una cuestión que necesita muchas horas de estudios. cachay, entonces necesitaba cambiar el escenario, en mi casa era imposible, igual ahora tengo profes que les pasaba lo mismo le costaba concentrarse y parece que el músico es más selectivo, está el hueon más seco de mi U tuvo problemas en el colegio, repitió y lo echaron de todo los colegio, Entonces ahora hago lo que me gusta y si siempre tengo materias que no me gustan, pero me esfuerzo más y trato de interesarme y sé que si voy predispuesto a que no me gusta, más me va a costar, si suponte en armonía trato de ser el hueon que más preguntó para entender

E: ¿qué significado para ti que te diagnosticaran con déficit atencional?

DM: puta yo creo que si, que me excuse caleta cuando era chico como que yo decía, pucha por qué me cuesta tanto, por qué me cuesta concentrarme cuando ma chico, porque cuando más grande no, entonces cuando tenia déficit atencional yo decía soy especial y si creo que me excuse cuando era chico, más grande le echaba culpa al sistema y ahora creo que se trabajar con el déficit y no sé si me

gusta ser disperso o creo que ya es normal o ya lo aprendí y si lo acepto. A parte cuando hablo con la gente, se que hablo muchos temas a la vez y muevo mucho mas piernas, pero ese es el mal del batería creo

E: ¿por qué te cambiaron las pastillas?

DM: porque el neurólogo decía que tenía que cambiarlo y nunca se le cuestiono nada, yo

desde cuarto básico hasta cuarto medio tuve el mismo neurólogo y él decía que tenía que cambiar la pastillas y se tenía que cambiar la pastilla, porque él sabía y mi mamá veía que me estaba yendo bien en el colegio, entonces no se cuestionó nada decía que si no ma, él decía: vamos a dar una pastillita que lo va a dejar mas dopao y que iba a de y mi mamá decía ya bacán. Igual mi mamá trabajaba todo el día en una multitienda y tenía que estar despierta de las 10 de la mañana a las diez de la noche y yo desde los dos año yo lloraba y no la dejaba dormir, debió ser terrible para ella. Yo lloraba y lloraba y ella pensaba que me dolía algo, entonces me llevaba a los doctores para ver lo que tenía... antes de que aprendiera hablar ya tenía problemas de dormir, cachay, entonces para mi vieja debió ser terrible, entonces cuando un doctor le dio una soluciones ella le dijo que si no más, pero también yo me acuerdo que tomaba pacifren que eran cuestiones depresiva para poder dormir, adiptilina que también era un anti depresivo para dormir y el típico pa los depresivo que mi mama los tenía en el cajón

E: ¿cuántas patillas alcanzaste a tomar en el día?

DM: una para el colegio y una para dormir para el sueño... ha pero en un momento me daban pastillas súper fuertes para dormir que después tomaba en la mañana golpes vitamínicos que me despertara cachay, en un momento me dieron pastillas que me hacían tener más terror nocturno y trataban de experimentar con las pastillas y había una pastillas que me hacían tener pesadillas brígidias y tenia mas terror nocturno. Cada semestre me cambiaban las pastillas para dormir, pero en el colegio siempre estuve con Ritalin y Aradix, pero para dormir siempre me cambiaron las pastillas, porque tenía entendido que después de un tiempo me

dejaban de hacer efecto, mi vieja decía este hueon ya no puede dormir cachay, entonces me cambiaban las pastillas. Creo que mi vieja nunca me dio toda la dosis, siempre intentaba darme menos y experimentar con fármacos nuevos, igual yo nunca tuve mucha vos en las pastillas, si mi vieja veía lo que hacía cachay

E: ¿en un momento dijiste que no querías tomar más pastillas?

DM: en un momento le decía que no quería tomar más pastillas para el colegio porque eso estaba mal, pero no se no me acuerdo, en verdad hubo un momento que no quería tomar pastillas, pero después si porque cachaba que me ayudaban,

E: ¿naturalizaste el tema de las pastillas?

DM: después dije puta si igual me ayudan, si, si las pastillas me ayudan a estudiar y quería puro tomarlas, pero creo que cuando chico no me gustaba tomarlas o creo que si me las tomaba y no decía nada cachay, no me acuerdo mucho, pero había hartos que tomaban pastillas, entonces no los molestaban mucho y los que tenían déficit atencional no los molestaban, porque nosotros teníamos déficit atencional, entonces no nos íbamos a molestar entre nosotros mismo po cachay

¿tú crees que hayas tenido déficit atencional o que ras más inquieto que el resto?

DM: yo creo que era más inquieto, es que me concentraba muy bien en las cosas que me gustaba cachay, cuando me gusta algo yo de verdad me concentro y tengo una memoria Brígida me acuerdo de detalles de cosas que me interesan

E: ¿en el colegio todos sabían que tenían déficit atencional y que estabas medicamentado?

DM: sí, yo nunca lo oculté, pero había compañeros que si lo ocultaban, pero era DM vaya a tomarse la pastilla y yo iba arrastrando las patas a tomarme las pastillas y si creo que en un momento me molestó, ahora me acuerdo al principio me molestó, pero después me acostumbre no ma... no es un problema para mi hoy en día

