

TDA-H y género: experiencias subjetivas de niños y niñas en Chile¹

ADHD and gender: subjective experiences of children in Chile

Pía Uribe^a

 <https://orcid.org/0000-0003-3786-2870>

E-mail: maria.pia.uribe@gmail.com

Gabriel Abarca-Brown^{a,b}

 <https://orcid.org/0000-0001-5369-1616>

E-mail: gabriel.abarca_brown@kcl.ac.uk

Esteban Radiszcz^a

 <https://orcid.org/0000-0002-3282-6670>

E-mail: eradiszcz@uchile.cl

Eleonora López-Contreras^a

 <https://orcid.org/0000-0003-0820-7391>

E-mail: eleonoralopezcontreras@gmail.com

^aUniversidad de Chile, Santiago, Chile.

^bKing's College London, London, England.

Resumen

Si bien las investigaciones sobre TDA-H han tendido a dejar los aspectos diferenciales de género en un lugar secundario, recientes contribuciones emanadas principalmente desde la epidemiología han revelado que esta categoría diagnóstica parece estar fuertemente relacionada con el reparto de los géneros. Sin embargo, dichas contribuciones parecen limitar sus alcances al estudio de la sintomatología y funcionamiento cognitivo, afectivo y social de los(as) niños(as), dejando de lado aspectos subjetivos asociados a las prácticas de diagnóstico y tratamiento de TDA-H. De este modo, el objetivo de este artículo es explorar cómo la dimensión de género configura la experiencia subjetiva de niños(as) diagnosticados(as) con TDA-H. A partir de la realización de entrevistas abiertas realizadas a niños entre 7 y 13 años, damos cuenta de tendencias generales que articulan género y características asociadas al diagnóstico de TDA-H, a la vez que, con experiencias infantiles que dislocan tales tendencias. Los resultados se agruparon en función de cuatro dimensiones emergentes del material producido en las entrevistas: (1) localizaciones; (2) habilidades; (3) abordajes; (4) interacciones. Así, mostraremos cómo la experiencia de niños y niñas es múltiple en relación al diagnóstico y no es posible reducirla a una perspectiva binaria en torno al género.

Palabras clave: TDA-H; Género; Experiencia Subjetiva; Niñez.

Correspondencia

Pía Uribe

Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Laboratorio Transdisciplinar en Prácticas Sociales y Subjetividad. Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto, 1.045, Ñuñoa. Santiago, Chile.

¹ El presente artículo se enmarca dentro del proyecto de investigación que, desarrollado por LaPSoS, lleva por título " Trayectorias de malestar en niñas y niños diagnosticados con Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH): experiencia subjetiva y social de un sufrimiento multiforme", el cual ha recibido financiamiento desde el Concurso de Fortalecimiento de Productividad y Continuidad en Investigación (FPCI) de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, así como por parte de CONICYT mediante su Programa de Cooperación Internacional/Apoyo a la Formación de Redes Internacionales entre Centros de Investigación (Concurso 2017), Folio REDES170095.

Abstract

Although research on ADHD has tended to ignore gender differentials, recent contributions produced mainly from epidemiology have revealed that this diagnostic category seems to be strongly related to gender. However, these contributions seem to limit their scope to the study of the symptoms as well as cognitive, affective and social functioning of children, leaving aside subjective aspects associated with the ADHD practices of diagnosis and treatment. Thus, this article aims to explore how the gender dimension crosses the subjective experience of children diagnosed with ADHD. Based on open interviews conducted with children between the ages of 7 and 13, we show general trends that articulate gender and characteristics associated with the ADHD diagnosis, while at the same time, with children's experiences that dislocate such trends. The findings were grouped according to four emerging axes: (1) locations, (2) abilities, (3) approaches, (4) interactions. Thus, we will show how the experience of boys and girls is multiple in relation to the diagnosis and it is not possible to be reduced to a gender binary perspective.

Keywords: ADHD; Gender; Subjective Experience; Childhood.

Introducción

En el contexto de las denominadas “escuelas gobernadas por resultados” propias del Chile post-dictatorial (Herrera; Reyes; Ruiz, 2018), la categoría diagnóstica de Trastorno de Déficit Atencional con y sin Hiperactividad (TDA-H) se ha constituido en una de las formas de catalogar los comportamientos que, considerados disruptivos, obstaculizan tanto el cumplimiento las exigencias académicas, así como también de los comportamientos socialmente esperados en niños(as) y adolescentes. En este marco de reducción de la educación a lo medible, el ingreso de políticas de integración escolar ha jugado un rol esencial a la hora de producir marcadores identitarios articuladores de “normalidad” y “diferencia” (Matus; Rojas, 2018), los cuales delimitan cualquier situación de inequidad/desigualdad social de cierto grupo, sea por razones de discapacidad, raza/etnia, clase y/o género (Apablaza, 2017). De este modo, el diagnóstico de TDA-H se ha convertido en una de aquellas “diferencias” que se identifican en el contexto escolar para, posteriormente, dar paso a la creación de estrategias específicas para su “mejora” (Matus; Rojas, 2018). De hecho, desde 1998, las estrategias gubernamentales elaboradas en el país en torno al TDA-H han promovido el abordaje intersectorial, el cual integra tanto la atención de casos en dispositivos sanitarios,² sea a nivel primario o a nivel secundario dependiendo de la gravedad, como la detección temprana de estos y su consideración especial en los establecimientos educacionales.³ En efecto, la sofisticación de estos expedientes ha coincidido con un aumento sostenido de las tasas de prevalencia de TDA-H, que alcanzarían actualmente el 10,3% de la población infanto-juvenil nacional (De la Barra et al., 2013) y que representarían una de las más altas a nivel mundial.

² Durante los últimos 20 años, estas estrategias se han expresado, por ejemplo, en las “Normas técnicas para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos hiperactivos en la atención primaria 1997-1998” (Chile, 1998), la “Guía clínica atención integral de niñas/niños y adolescentes con trastorno hiperactivo/trastorno de la atención (THA)” (Chile, 2008), y la “Prioridad programática: niñas, niños y adolescentes con trastorno hiperactivo / de la atención (THA)” (Chile, 2011).

³ Además de expedientes técnicos específicos adoptados previamente en vista del apoyo escolar a niños y niñas con TDA-H (Chile, 2009), la principal iniciativa implementada, en relación a ello, en el ámbito educacional chileno es el Programa de Integración Escolar (PIE), el cual representa “una estrategia educativa con enfoque inclusivo, en la medida en que su propósito es favorecer la participación y el logro de los objetivos de aprendizaje de todos los estudiantes, aportando recursos y equiparando las oportunidades educativas especialmente para aquellos que presentan mayores necesidades de apoyo para progresar en sus aprendizajes” (Chile, 2017).

No obstante, si bien el diagnóstico de TDA-H ha sido concebido, dentro de las estrategias de inclusión implementadas en el ámbito educacional en Chile, como una Necesidad Educativa Especial (NEE) transitoria, la categoría parece haber sido escasamente interrogada desde una perspectiva de género. Esto se debería, en parte, a que las políticas de inclusión habrían conducido a la invisibilización y neutralización de la discusión en torno a los regímenes de normalización de los sujetos, a la vez que no considerarían la incidencia de estos últimos sobre la articulación de los aspectos subjetivos de los niños(as) y adolescentes (Apablaza, 2017). En otros términos, las políticas, instituciones, estrategias y tácticas parecen haber diferenciado a algunos grupos específicos de niños(as) y adolescentes a partir de ciertas “marcas identitarias”, sin por ello examinar, al menos para el caso particular del TDA-H, cuáles serían las relaciones específicas entre una NEE transitoria y el género ni cuáles sus efectos subjetivantes. De hecho, incluso en la esfera académica, los estudios dirigidos a observar las relaciones distintivas entre TDA-H y género parecen ser escasos o, más bien, nulos.

Pese a que, a nivel internacional, las investigaciones sobre TDA-H han tendido a dejar los aspectos diferenciales de género en un lugar secundario, recientes contribuciones provenientes principalmente desde la epidemiología han revelado que la categoría diagnóstica parece estar fuertemente caracterizada por su desigual distribución según sexo (Bergey; Conrad, 2018). En la década de los '70, la proporción de hombres y mujeres diagnosticados con la categoría de “síndrome hiperactivo” era de 10:1, respectivamente (Rucklidge, 2010). Esta proporción habría incluso favorecido que, en la actualidad, el TDA-H sea considerado como un “trastorno de niños” (“disorder of boyhood”) (Hart; Grand; Riley, 2006; Pollack, 1999), lo cual podría representar una de las razones que han llevado a las investigaciones a enfocarse predominante en niños (Biederman et al., 2002; Montiel-Nava; Montiel-Barbero; Peña, 2007). El giro, tanto de las disciplinas “psi” como “neuro”, hacia la “atención” durante los años '80 habría tenido como consecuencia que la diferencia observada de prevalencias entre hombres y mujeres disminuyera, alcanzando una proporción de 4:1 o 3:1,

en gran parte de los países occidentales (APA, 2014; Conrad; Singh, 2018). De este modo, recientes contribuciones han señalado que sería prioritario llevar a cabo estudios capaces de examinar las diferencias de género asociadas al diagnóstico de TDAH, teniendo como horizonte no reproducir sesgos ni prejuicios en sus aproximaciones teórico-metodológicas (Gaub; Carlson, 1997; Williamson; Johnston, 2015).

En Chile, específicamente, la prevalencia de niños(as) entre 4 y 11 años diagnosticados con TDA-H sigue la tendencia mundial con tasas de 16,4% en hombres y 14,6% en mujeres. Sin embargo, en jóvenes de entre 12 y 18 años, la prevalencia en hombres sería de un 2,1%, mientras que en mujeres de un 6,9% (De la Barra et al., 2013), invirtiendo la ratio habitual y presentando una distribución de 1:3. Tal como argumentan Conrad y Singh (2018), si bien aún no es clara la razón de esta inversión de tasas, probablemente las causas asociadas estarían en la focalización en la ‘desatención’ en tanto síntoma discreto del TDA-H - así como en otros síntomas cognitivos atribuidos al TDA-H - más que en los síntomas conductuales. En este sentido, a juicio de diversos investigadores (Matus; Rojas, 2018; Rojas; Rojas; Peña, 2018), se vuelve necesaria la conducción de estudios que, particularmente para el caso chileno, consideren las relaciones existentes entre la categoría de TDA-H y la dimensión de género.

De este modo, el presente artículo tiene por objetivo explorar cómo la experiencia subjetiva de niños(as) diagnosticados(as) con TDA-H se encuentra atravesada por la dimensión social de género. Más que buscar una posible respuesta a las diferencias existentes en las tasas de prevalencia del trastorno en Chile, daremos cuenta de cómo se articulan las diferencias a nivel de las prácticas de diagnóstico y tratamiento del TDA-H desde una perspectiva de género. Asumimos, por tanto, una orientación que comprende al diagnóstico como un producto cultural (Timimi; Taylor, 2004; Timimi et al., 2004) en el cual la experiencia subjetiva cobra forma a partir de aspectos sociales, culturales, históricos, materiales y relacionales (Biehl; Good; Kleinman, 2007; Blackman et al., 2008).

En un primer momento, daremos cuenta de estudios nacionales e internacionales que han

vinculado TDA-H y género. Posteriormente, describiremos el marco metodológico cualitativo que orientó la investigación general en la cual se inscribe este artículo, así como también los materiales específicos que dieron lugar a este trabajo. En un tercer momento, describiremos la experiencia subjetiva de niños y niñas diagnosticados y tratados por TDA-H, la cual se ordena en función de cuatro dimensiones que, extraídas del material proporcionado por los(as) entrevistados(as), conciernen a: (1) localizaciones; (2) habilidades; (3) abordajes; e (4) interacciones. Finalmente, discutiremos sobre las múltiples formas que adquieren las relaciones entre el diagnóstico y tratamiento de niños y niñas con TDA-H desde una perspectiva de género. Específicamente, no sólo analizaremos las tendencias generales que articulan género y diagnóstico de TDA-H, sino que también destacaremos las experiencias subjetivas que dislocan dichas tendencias. Así, buscaremos mostrar cómo la experiencia de niños y niñas en relación al diagnóstico no es posible reducirla a una perspectiva binaria respecto del género.

Investigaciones en TDAH y género

Si bien el diagnóstico de TDA-H es un fenómeno profundamente atravesado por el género (Hart; Grand; Riley, 2006), gran parte de los estudios que han explorado las relaciones entre TDA-H y género han tendido a abordar este último a partir de perspectivas heteronormativas que reducen el espectro de diferencias genéricas a la dicotomía hombre-mujer. Desde inicios de la década de los '90, estas aproximaciones han intentado desentrañar cómo tales diferencias operarían tanto en términos sintomatológicos - a nivel cognitivo, afectivo y conductual - como sociales en niños(as) diagnosticados. No obstante, dichos estudios - que revisaremos en detalle en las siguientes páginas - parecen estar marcados por una impronta epidemiológica y/o psiquiátrica, tendiente a dejar de lado aspectos históricos, socioculturales y contextuales de la experiencia subjetiva y su articulación genérica.

Algunas investigaciones, en un intento por relevar aspectos contextuales asociados a la

problemática, han destacado cómo los padres y madres comúnmente estarían en “desacuerdo”, o mostrarían cierto “rechazo”, respecto a la naturaleza “patológica” de la conducta de sus hijos (Singh; 2004), situando la causa del problema en un orden biológico antes que psicológico o social (Behrouzan, 2016; Nakamura, 2017). De hecho, Peter Conrad, en su informe “identificando niños hiperactivos” publicado en 1976, ya indicaba que la madre usualmente estaría en el frontis del proceso de medicalización puesto que esto le permitiría matizar las responsabilidades que, dentro de determinados órdenes normativos de género, se espera de la maternidad. Así, las prácticas de medicalización tendrían una fuerte relación con los comportamientos esperados para hombres y mujeres (Hart; Grand; Riley, 2006).

Sin embargo, si bien estos estudios han destacado algunos aspectos contextuales asociados, desde los estudios sociales de la infancia y el análisis crítico del discurso se ha denunciado que, debido a las aproximaciones que han predominado en la investigación en salud mental infantil en donde se habla “de” los(as) niños(as), estos quedarían en un campo de “marginalización discursiva” (Peña; Rojas; Rojas, 2015; Vergara et al., 2014; Wodak; Meyer, 2001). Es decir, las diversas aproximaciones en salud mental, y en particular en torno al TDA-H, no indagarían en la perspectiva que los(as) niños(as) tienen respecto de las prácticas de diagnóstico y tratamiento, quedando sus discursos invisibilizados y desincentivados (Peña; Rojas; Rojas, 2015).

A continuación, presentaremos los principales resultados de investigaciones interesadas en explorar las relaciones existentes entre TDA-H y género. Como mencionamos anteriormente, se trata de estudios que, desarrollados en su mayor parte al alero de disciplinas como la epidemiología y la psiquiatría, han tendido a reducir la dimensión de género a la diferencia binaria de los sexos. Para esto, dividiremos dichos resultados en tres dimensiones, a saber: (1) habilidades cognitivas; (2) funcionamiento psicosocial; y (3) comorbilidad psiquiátrica.

Habilidades cognitivas

Diversos estudios han revelado la presencia de diferencias clínicas entre niños y niñas

diagnosticados con TDA-H. Por un lado, algunas investigaciones han indicado que los niños se verían mayormente afectados por problemas de desinhibición o impulsividad, mientras que, por otro lado, las niñas presentarían problemas de desatención y aprendizaje, desórdenes del habla y del lenguaje, así como también problemas a nivel de sus habilidades cognitivas e intelectuales (Gershon, 2002; Hasson; Fine, 2012; Rucklidge, 2006; Seidman et al., 2005; Vélez et al., 2008).

Tras realizar un metaanálisis de la literatura en torno a TDA-H y diferencias de género, Gaub y Carlson (1997) sostuvieron que no existían diferencias de género en aspectos como impulsividad, rendimiento académico, funcionamiento social, motricidad fina, educación parental o depresión parental. Sin embargo, comparados con niños diagnosticados, las niñas con TDAH presentaban mayores dificultades intelectuales, bajos niveles de hiperactividad, y bajas tasas de otras conductas denominadas de “externalización” (“externalizing behaviours”).

Algunas diferencias de género a nivel de las habilidades cognitivas parecen estar fuertemente mediadas por los efectos de la fuente de derivación (sesgos y prejuicios en la derivación) (Gaub; Carlson, 1997). De hecho, estudios realizados en contextos escolares han sostenido que los profesores tenderían a evaluar a las niñas con mayores dificultades y necesidades, determinando los procesos de derivación (Coles et al., 2012; Hart; Grand; Riley, 2006).

Funcionamiento psicosocial

En relación al funcionamiento psicosocial, tanto los niños como las niñas diagnosticados con TDA-H presentarían mayores dificultades en sus relaciones sociales en comparación con los niños(as) sin TDA-H (Mikami; Lorenzi, 2011). A pesar que no se identifican diferencias de género en términos de relaciones sociales entre niños y niñas con TDA-H (Gershon, 2002; Carlson; Tamm; Gaub, 1997), las conductas disruptivas tendrían un mayor impacto en las relaciones de pares establecidas por niñas (Mikami; Lorenzi, 2011).

Si bien los niños tenderían a presentar síntomas como la hiperactividad y la desatención - cuestión que los llevaría a desarrollar un perfil de socialización

“más desajustado”, con mayor negativismo y menor consideración con los demás (Biederman et al., 2002) -, al mismo tiempo mostrarían mayor facilidad a nivel de las relaciones interpersonales, mejores habilidades de comunicación y expresión asertiva de opiniones (Garza-Morales; Núñez-Villaseñor; Vladimírsky-Guiloff, 2007; Newcorn et al., 2001), además de una mejor autoestima y autoconcepto (Rucklidge; Tannock, 2001).

Las niñas, en cambio, a pesar de que generalmente presentan únicamente síntomas de desatención en sus manifestaciones del TDA-H, éstas tenderían a establecer relaciones interpersonales de menor calidad (Biederman et al., 2002; Blachman; Hinshaw, 2002; Guerrero et al., 2017; Mikami; Lorenzi, 2011; Sciberras; Ohan; Anderson, 2012). De hecho, algunos estudios han identificado que las niñas diagnosticadas con TDAH muestran una mayor timidez y retraimiento (Biederman, et al., 2002; Guerrero et al., 2017), así como mayores problemas emocionales y perfeccionismo en comparación con los niños (Garza-Morales; Núñez-Villaseñor; Vladimírsky-Guiloff, 2007). Asimismo, se ha identificado que las niñas diagnosticadas con TDAH tienden a establecer un número limitado de amistades y a configurar relaciones sociales conflictivas y agresivas (Blachman; Hinshaw, 2002), en comparación con las niñas no diagnosticadas.

Comorbilidad psiquiátrica

Un metaanálisis sobre investigaciones dedicadas a TDA-H y diferencias de género encontró que existirían diferencias entre niños y niñas diagnosticados con TDA-H y presencia de patologías psiquiátricas (Gershon, 2002). Si bien el espectro psicopatológico que presentan los niños(as) es más reducido que pacientes adultos que fueron diagnosticados con TDA-H en la infancia - donde es posible observar conductas antisociales, adicciones, trastornos del ánimo y desórdenes alimentarios (Biederman et al., 2010) -, es posible constatar la presencia de patologías psiquiátricas de orden ansioso-depresivo, así como también comportamientos autoagresivos.

De acuerdo a variados estudios, las niñas estarían más propensas a sufrir patologías psiquiátricas,

concretamente depresión y ansiedad (Dalsgaard et al., 2002; Gershon, 2002; Rucklidge; Tannock, 2001), así como presentarían mayores tasas de ideación suicida que la población sin TDA-H (Rucklidge; Tannock, 2001). En la misma línea, niñas adolescentes con TDA-H se percibirían a sí mismas como más ineficientes, con baja autoestima, y se mostrarían más afectadas por eventos negativos de la vida comparados con los niños adolescentes diagnosticados con TDA-H (Rucklidge; Tannock, 2001). Las tasas de depresión y ansiedad sería ser más altas, especialmente en adolescentes, mientras que la agresión física y las conductas denominadas de “externalización” (“externalizing behaviours”) serían más bajas en niñas y mujeres adultas con TDAH. No obstante, algunos de estos resultados han sido cuestionados en términos metodológicos por el tamaño de las muestras utilizadas, la presencia de ciertos prejuicios, y las diferencias en los procesos de diagnóstico (Skogli et al., 2013).

Metodología

Este artículo se enmarca dentro de la investigación titulada “Trayectorias de malestar en niños(as) y adultos(as) diagnosticados(as) con TDAH: experiencia subjetiva y social de un sufrimiento multiforme”, conducida por el Laboratorio Transdisciplinar en Prácticas Sociales y Subjetividad (LaPSoS) perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Producción de la información

La investigación contempló la realización de tres etnografías breves, de 3 a 4 meses de duración, en tres establecimientos educacionales, además de 23 entrevistas tanto con mujeres y hombres adultos como con niños y niñas, los(as) cuales habían sido diagnosticados(as) y/o tratados(as) por TDA-H en algún momento de sus vidas. Asimismo, se efectuaron 7 entrevistas a padres y/o cuidadores principales y otras 7 a profesionales de la salud mental, así como también se llevaron a cabo cuatro grupos de discusión con profesores, con hombres adultos y mujeres adultas diagnosticados(as) con TDA-H en sus infancias y con profesionales de la salud.

El presente artículo se centra específicamente en el material producido en las entrevistas abiertas que, orientadas a “favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental no fragmentada” (Alonso, 2007, p. 227), fueron realizadas a 4 niños y 3 niñas de entre 7 y 13 años, quienes habían sido diagnosticados(as) con TDA-H y recibido tratamiento por tal motivo. Conducidas conforme a una estrategia no directiva, las entrevistas tuvieron consignas de inicio dirigidas a indagar en sus experiencias relativas a la vida escolar y cotidiana suscitadas por el diagnóstico y/o tratamiento. Llevadas a cabo en los establecimientos educacionales donde asistían los(as) entrevistados(as), ellas fueron efectuadas por psicólogos(as) estudiantes de postgrado en psicología clínica, los(as) cuales contaban con, al menos, cuatro años de experiencia profesional previa.

Participantes

Los(as) entrevistados(as) fueron contactados(as) a partir de los terrenos etnográficos y seleccionados(as) en base a características observadas en estos. En vista a resguardar tanto la consistencia como la heterogeneidad del grupo, se contempló incluir entre los(as) participantes niños y niñas que: (1) recibieron el diagnóstico de TDA-H; (2) se encontraron o se encuentran bajo tratamiento farmacológico; (3) realizaron o realizan otras terapias no farmacológicas; (4) presentaron o presentan comportamientos identificados como disruptivos en el contexto escolar por sus pares y/o profesores. En cuanto a sus condiciones socioeconómicas, cuatro de ellos(as) habitan y estudian en una comuna periurbana de la Región Metropolitana de Santiago (RM) con un Índice de Prioridad Social (IPS) Media Baja, de acuerdo a los criterios utilizados por el Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de Chile (2016). Entre estos(as) últimos(as), tres componen grupos familiares con ingresos medio-bajos y uno(a) pertenece a una familia de bajos recursos, correspondiendo respectivamente a niveles socioeconómicos C3 y D, conforme a la clasificación propuesta por la Asociación Chilena de Empresas de Investigación de Mercado (AIM, 2012). Los(as) restantes tres

participantes, por su parte, estudian en una comuna urbana de la RM con un IPS Baja y habitan, según el caso, en comunas adyacentes con IPS Baja, Media-Baja y Media-Alta, integrando cada uno(a) de ellos(as) familias de estratos socioeconómicos bajo (D), medio (C2) y medio alto (C1).

Análisis

El material recolectado se examinó desde una perspectiva inductiva analítica (Russel, 2006). Es decir, mediante una aproximación “abajo-arriba” que permite obtener comprensiones respecto a un fenómeno específico a partir de una exploración exhaustiva de cada caso. Para esto, el material se analizó en dos etapas sucesivas: (1) análisis y búsqueda de comprensión desde una perspectiva de género para un caso; y (2) análisis y búsqueda de comprensión de un siguiente caso conforme a una perspectiva de género. De esta forma, la comprensión fue aceptada hasta que un nuevo caso contradujo la comprensión alcanzada para los casos anteriores, en cuyo caso buscamos una nueva comprensión capaz de esclarecer el conjunto de los casos. Asimismo, los resultados de las entrevistas analizadas encontraron un marco interpretativo tanto en las entrevistas realizadas a padres, madres y/o cuidadores principales como en las observaciones provenientes de las etnografías respectivas.

Aspectos éticos

Cabe señalar que todos(as) los niños y las niñas entrevistados(as) aceptaron participar informada y voluntariamente en el estudio, tras haber contado previamente con las respectivas autorizaciones de sus padres y/o cuidadores principales. En cada caso, la expresión del acuerdo fue respaldada mediante la firma de un asentimiento informado por parte de los(as) primeros(as), así como de un consentimiento informado por parte de los(as) segundos(as).

Resultados

Los resultados permitieron identificar cuatro dimensiones emergentes inducidas desde el material producido por los/as niños/as en las

entrevistas. De este modo, en calidad de categorías analíticas intermedias construidas por los(as) investigadores(as), se trata de dimensiones que, adoptando la forma de continuos capaces de albergar diversas modalidades singulares, reflejan un conjunto de arreglos que, dando cuenta de variantes según género, se encuentran formulados en los discursos de niños/as diagnosticados con TDA-H a propósito de sus experiencias subjetivas particulares. En concreto, estas dimensiones conciernen asuntos relativos a: (1) localizaciones; (2) habilidades; (3) abordajes; e (4) interacciones.

Antes de dar cuenta de las dimensiones antes señaladas, resulta relevante considerar que, de acuerdo a las expresiones formuladas por los/as niños/as, la impronta del diagnóstico marca un antes y un después en sus experiencias. Se trata de una suerte de hito que, refrendando para ellas y ellos una frontera entre experiencia actual y experiencia pasada, se encuentra vinculado, en ocasiones, a circunstancias de fracaso escolar (rendimientos deficientes o repitencias de curso, por ejemplo). Sin embargo, más banal y regularmente, el diagnóstico aparece caracterizado en relación a “portarse mal”, “ser inquieto/a” o “desconcentrarse”, identificando en ello la experiencia de incumplir con los requerimientos de la escuela: “poner atención”, “escribir las materias”, “hablar en voz baja”. De hecho, aún cuando algunos/as habrían asistido a escuelas de lenguaje antes de llegar a sus colegios, la experiencia actual de la dificultad sólo habría, tanto para los niños como para las niñas, cobrado forma en estos últimos establecimientos a propósito de la formulación del diagnóstico y la prescripción de tratamientos. En el fondo, eso que, en su experiencia del problema, representa aquel “portarse mal” alude, en las expresiones de los niños y las niñas entrevistados/as, a un conjunto de acciones disconformes con las expectativas reclamadas por los adultos en el contexto escolar: pararse de la silla en clases, jugar debajo de las mesas, tener mucha energía, hablar en voz alta, gritar, hacer bromas, no escuchar, faltar el respeto, no escribir, entre otras. “*Portarse mal* -decía B.- *es pararse, hablar, hacer bromas pesadas*”. “*Portarse mal* -precisaba E.- *es tirarse al suelo y hablar con un compañero*”. “*Me hacen sentir a diario* -protestaba A.- *que tener mucha energía es malo*” y “*yo no sé* - agregaba, luego, no sin

ironía- *si tener mucha energía es malo, pero sirve para una carrera*".

Por cierto, las definiciones de aquel "portarse mal" son múltiples y no varían según género. Tanto niñas como niños refieren que el problema se encuentra en la hiancia que, en ocasión de desempeños desaprobados por disruptivos o desatentos, distancia su proceder del beneplácito de los adultos en la escuela y/o la familia. Sin embargo, lo que sí varía es el lugar o la instancia en la cual niños y niñas localizan la dificultad colegida a propósito del diagnóstico.

Localizaciones

Las entrevistas muestran que, de preferencia, los niños tienden a situar la complicación al exterior, en relación al reproche de los adultos, hacia quienes dirigen críticas, se muestran indiferentes o manifiestan desconocimiento del fundamento de sus reconvenciones. Al contrario, las niñas se inclinan, por su parte, a localizar el inconveniente al interior, reconociendo en ellas mismas formas de ser o maneras de hacer que, en calidad de propiedades defectuosas, les inspiran sentimientos de contrariedad y tristeza. "*Me retan porque soy lenta*", señalaba E., una de las niñas, y añadía con amargura: "*me pongo triste cuando me retan*". "*Me porto mal* -reclamaba molesto A., uno de los niños-, *pero no es para que me echen de la sala*". "*No me gustaba estar sentado escuchando cosas aburridas*", explicaba con desdén B., otro niño, agregando un tanto confundido: "*no sé por qué repetí; de repente, estaba aquí*".

Más allá de esta variación en las localizaciones del problema discernido en el diagnóstico, resulta frecuente que las experiencias tanto de niños como de niñas disloquen, a su vez, estas tendencias generales diferenciadas por género. De hecho, las niñas también critican a los adultos y, en consecuencia, no sólo expresan su descontento y hastío frente a ciertas prácticas de sus profesores en la escuela, sino que además justifican, en función de ello, la disconformidad de sus acciones respecto de la obligación escolar. "*Me paraba a sacarle punta al lápiz y también no escribía* -precisaba P., disgustaba- [...], *porque el profesor hacía escribir mucho* [...]: *¡es que me aburre!*"

De igual modo, los niños también localizan en su interior el inconveniente, aunque, a diferencia de las niñas, no aluden con ello a ninguna cualidad defectuosa identificada en sí mismos. Ellos manifiestan su temor a que "todos sepan" sobre "su inquietud" y, particularmente, a que sus compañeros/as los "vean" tomando el fármaco, expresando su pudor e incomodidad frente a ello. "*Tenía mucha vergüenza* -sostenía V. con desconsuelo-, *porque me estaban viendo y yo no quería hacerlo en frente de todos; pero tenía que hacerlo* [...]: *era sólo yo* [...] *y empecé a cubrirme con mi chaqueta*".

Habilidades

De acuerdo al lugar o la instancia donde niños y niñas localizan la dificultad atribuida al diagnóstico, se desprende a su vez la manera según la cual ellos y ellas descifran los inconvenientes encontrados en sus entornos cotidianos. En tal sentido, los niños se inclinan a considerar dichas complicaciones en relación a capacidades que, diferenciándolos del resto de sus pares, resultan incomprendidas por los adultos y, sobre todo, por sus profesores/as en el contexto escolar. Entre estas habilidades, ellos destacan su perspicacia, su rapidez para asimilar contenidos o su aumentada disposición de energía corporal. "*La maestra R. es pesada conmigo* -se quejaba A.-, *porque soy más grande*". "*Me aburro* -protestaba C.-, *porque termino la tarea antes*".

De modo inverso, en el caso de las niñas, las contrariedades tienden a ser experimentadas como resultantes de sus insuficiencias o defectos, entre los cuales ellas subrayan la lentitud para escribir o comprender materias, la propensión a conversar en demasía o el movimiento desmedido. "*No alcanzo a copiar* -se lamentaba E. con pesar-, *porque me demoro mucho: ¡soy lenta!*". "*Me porto mal* -comentaba graciosamente L.-, *porque hablo con un compañero, me tiro al suelo, me pongo loca* [...]: *¡lo único que me llega a la cabeza es un paracetamol!*".

Lo anterior empero no impide que, dada la ocasión, los niños igualmente describan alguna complicación en el plano del defecto, aunque salvaguardan que aquella deficiencia no lo sería para ellos mismos, sino tan sólo para otros. En efecto, ellos sugieren ser considerados "malos"

por sus profesores/as y que, en consecuencia, toda disrupción acontecida en la sala resulta, indefectiblemente, atribuida a sus acciones, por las cuales son tanto objeto de reconvenciones como motivo de reclamos de la escuela hacia a sus padres. “No sé cuál es el problema conmigo -manifestaba V. enojado-, pero me lo dicen a diario”. “Pero a mí -reflexionaba B. con picardía-, ya que me conocían, que era malo, de inmediato citación”. Además, según su perspectiva, esas mismas cualidades defectuosas imputadas, podían ser transformadas, por ellos mismos, en una habilidad. “Pasé de ser flojo, el único -relataba orgullosamente B.-, a ser el mejor, a trabajar por ello”.

Diferentemente, las niñas consideran compensar sus insuficiencias a través de habilidades en otras áreas, destacando tanto su destreza física y su agilidad como sus capacidades artísticas expresadas en el baile o el canto. Asimismo, ellas señalan que, provocándoles incluso simpatía, aquellas limitaciones convocan su aceptación en tanto son parte de sus formas de ser y hacer. “[E]ste otro año, [mi mamá] me va a inscribir para hacer gimnasia artística -sostenía P. con entusiasmo y alegría- [...], porque yo hago la arañita, hago el puente, hago la handball y la rueda: ¡hago muchas cosas!”. “Mis papas me dicen que soy hiperactiva -afirmó L. sonriente-, pero no me importa; me gusta ser así: soy como soy”.

Abordajes

Conforme a la índole de dichas habilidades, niños y niñas dan cuenta de diversas formas de abordar, en sus respectivos contextos cotidianos, las dificultades vinculadas a la experiencia del diagnóstico mediante un conjunto de prácticas diferenciadas. De este modo, los niños manifiestan recurrir a acciones que, permitiéndoles tomar distancia de los requerimientos adultos, representan canalizaciones orientadas a “ocupar su energía” o “crear mundos propios”. Sea por el uso regular de videojuegos, el cuidado de plantas a través de la jardinería o la fabricación de objetos, figuritas de papel y dibujos en el aula, ellos llevan a cabo tácticas que, efectuadas por y para sí mismos, les confieren cierta “desconexión” de las exigencias escolares. “Pensaba en otras cosas -relataba A. con entusiasmo-, como videojuegos [...]; puedes crear tus

propias cosas, como edificios, estatuas, imágenes [...]: este es mi mundo, el más que juego [...], dónde estoy”. “[P]ara lo único que me quedo quieto -comentaba V. con algo de ironía- es para sorprender a los gatos que se meten a mi casa y [...] cuando estoy viendo las plantitas [...], porque en verdad cuando estoy plantando hay que tener mucho equilibrio”. Incluso, más precisamente, al circunscribir de manera exclusiva sus inconvenientes a la escuela, los niños estiman sólo poder ocupar sus energías o sentirse libres en sus hogares y, en particular, durante los fines de semana. “En mi casa -reclamaba B. -, también siento mucha energía, pero ahí la puedo ocupar”. “El fin de semana -precisaba A.-, me siento libre”.

Al contrario, para abordar las complicaciones asociadas en su experiencia al diagnóstico, las niñas se inclinan, en cambio, a responder de diversas formas a las demandas provenientes, según ellas, de sus padres y profesores, toda vez que, a través de estas, unos y otros buscarían su bienestar. Se tratan de modalidades de abordaje que, dirigidas a “mantenerse quietas”, “guardar silencio” o ubicarse en lugares específicos de la sala de clases, constituyen estrategias tendientes a impedirles realizar acciones disconformes a los requerimientos de la escuela. “Me siento atrás sola -indicaba E.- para [así] no conversar”. “Me duelen los dedos cuando hago la tarea -se lamentaba P. -, los descanso y [entonces] quedo atrasada”.

Por cierto, tampoco aquí las niñas se limitan a un único expediente homogéneo. Algunas de ellas también dan cuenta de prácticas en donde logran desplegar habilidades no reconocidas por las exigencias escolares cotidianas. Sin embargo, típicamente concernidas por destrezas corporales que, relacionadas con frecuencia al baile o al canto, involucran actividades de carácter artístico o deportivo, su desempeño se encuentra, por lo regular, menos orientado hacia ellas mismas que dirigido al reconocimiento de los adultos. “[M]is profesores dicen que tengo el don de ser una mona por subirme tanto a los árboles -sostenía L. entusiasmada- [...]; siempre me gusta bailar, cantar y, cada vez que hay alianzas, siempre me inscribo; pero esta vez -indicaba sorprendida- yo no me inscribí, sino que, esta vez, ¡las profesoras me eligieron!”

De igual modo, los niños también manifiestan realizar esfuerzos para conseguir, por sí mismos, mayor ajuste en sus acciones. No obstante, en ellos se hace más evidente la participación de controles directos que, frente a sus comportamientos considerados disruptivos, son efectuados por terceros en sus contextos cotidianos. “*Si me porto mal -advertía A.-, mi papá me va a llevar a la pre-militar*”. “*Me sientan al lado de la maestra por [mi] comportamiento -explicaba B.*”. “*Para concentrarme -agregaba, luego-, [...] todo el rato le pido permiso [a la profesora] para ir al baño: me mojo; tomo agua; me digo, ¡ay! estoy bien; me concentro; y como que se me pasa*”.

Los tratamientos médicos y/o psicológicos, en especial el uso de fármacos, tienen un lugar singularmente relevante para los(as) entrevistados(as) en relación con las modalidades de abordaje de sus dificultades en los contextos cotidianos. Al respecto, las niñas tienden a expresar aprobación hacia la atención entregada por parte de médicos y/o psicólogos, sosteniendo que los tratamientos, y en particular la medicación, les han servido para “portarse bien”, “estar más quietas”, “guardar silencio”, “hacer los deberes escolares” y “aprobar los cursos”. En tal sentido, para ellas los fármacos representan una suerte de promesa en favor de alcanzar el cumplimiento de las expectativas de rendimiento y la anuencia de los adultos. “*Cuando no me tomo la pastilla -comentaba P.-, estoy como loca*”. “*Las pastillas me han servido para pasar de curso -indicaba E.-, para que no hable con un compañero y para quedarme callada*”, concluyendo “*me gusta ir al doctor porque me dan pastillas para portarme bien*”. Sin embargo, ello no impide a las niñas dirigir críticas a los fármacos, sobre todo en virtud de sus efectos negativos sobre el plano de su experiencia corporal. “*Me siento muerta con la pastilla -protestaba L. enfadada-; es asquerosa, me mareo [...], me gusta que a mi mamá se le olvide*”.

Los niños, por su parte, expresan más decididamente su rechazo hacia la atención médica o psicológica, las cuales son consideradas como una “pérdida de tiempo” o, más habitualmente, son objeto de indiferencia. Consistentemente, ellos desaprueban la medicación y denuncian su inutilidad para ayudarles a lograr un mejor

comportamiento o una mayor concentración en clases. En su experiencia, los fármacos son causa de malestares físicos (mareos o ahogos, por ejemplo), así como razón de haber perdido cualidades que, relativas principalmente a la disponibilidad de más energía, antes habían sido motivo de su disfrute. De hecho, cuando los niños entrevistados dicen aceptar los medicamentos, ellos expresan hacerlo para evitarse problemas con los adultos y, de este modo, no ser regañados. “*Es raro que le dan pastillas a un niño -exclamaba A. molesto- [...]: ¡no tienen superpoderes!*”. “*Todavía me siguen dando remedios para comportarme -denunciaba B. enojado- [...] [y aún] no me hacen nada: ¡si me echan de la sala igual!*”. “*El medicamento -concluía- es para que la maestra no me rete*” -agregando, además- “*a veces sudo mucho, me mareo, como que se me seca mucho la garganta [...], me siento muy ahogado cuando me tomo esa pastilla*”. “*Con el remedio -señalaba V. con desazón- se me quitó la inquietud y las ganas de salir a recreo*”.

Interacciones

Así como la diversa localización de las dificultades asociadas al diagnóstico no sólo se conecta con la heterogénea consideración de las capacidades involucradas, sino que igualmente se vincula, por la modulación de esta última, con el variable abordaje de las complicaciones resentidas, del mismo modo estas tres dimensiones se articulan, a su vez, con el plano interaccional que, en relación a sus pares, niños y niñas mantienen en sus experiencias cotidianas según modalidades de colaboración y conflicto. En efecto, las interacciones sociales reportadas por los(as) entrevistados(as) con sus pares se encuentran caracterizadas por diferentes formas de reciprocidad, antagonismo, estigma y exclusión. Los niños tienden, por su parte, a establecer relaciones amistosas hacia compañeros(as) con los(as) cuales se identifican y, conforme a ello, consideran semejantes, mientras que, a la inversa, sostienen vínculos conflictivos respecto de niños(as) cuyas maneras de ser y hacer no son, a su juicio, compartidas. Aquellos “otros niños” poseen, según su experiencia, características que los hacen inferiores o superiores a ellos: niños sensibles y,

por ende, desprovistos del humor requerido para las interacciones escolares donde bromean o juegan; niños engreídos, peleadores y no inclusivos. “Yo tenía un amigo -explicaba V. -, que si nos hacíamos esas bromas no nos acusábamos, nos reíamos, pero los demás eran más sensibles”. “Tú eres el que me acusó -le había dicho B. a un compañero -, ya tú no juegas [...], [y, ahora,] nunca me eligen [...], siempre me tocan los equipos [de fútbol] malos”.

En tal sentido, los niños refieren experimentar situaciones de exclusión por parte de sus pares, sobre todo en ocasión de juegos caracterizados por desafíos relativos a destrezas físicas y donde se adquieren posiciones de liderazgo. Precisamente, ellos lamentan no lograr acceder a dichas posiciones, en razón del estigma proveniente de los niños que lideran dichos juegos. Por ello, algunos niños prefieren, incluso, evitar establecer relaciones de amistad con compañeros de escuela. Además, se agregan otras experiencias de exclusión suscitadas por las bromas que, de manera cotidiana, se dirigen mutuamente los niños entre ellos. Cuando las bromas se concentran, para su gran molestia, mayoritariamente sobre ellos, los niños entrevistados dicen no atreverse a exigir sus derechos en la sala de clase, dado el temor que aquello sea eventualmente interpretado como una “acusación” y catalogado como una acción femenina de su parte. Consistentemente, sostienen no interesarse en mantener vínculos de amistad con compañeras, a quienes consideran molestosas y proclives a utilizar, ante cualquier conflicto, al expediente de la acusación a los profesores, los cuales los amonestan siempre a ellos por el sólo hecho de ser hombres. V. afirma -con cierta tristeza: “Yo prefiero jugar solo -indicaba V. con amargura-, porque no tengo ningún amigo en la escuela [...]: mi único amigo era mi abuelo”. “No me atrevo a acusar -señalaba B.-, porque me da miedo que me digan niñita acusetete”. “Me molestaban -protestaba A.-, me decían: ¡tómate la pastilla!”.

Al igual que los niños, las niñas manifiestan preferir establecer amistades con compañeras y compañeros de características semejantes a las ellas, aunque se inclinan, en mayor medida que los primeros, a establecer vínculos de colaboración con sus pares. De hecho, algunas llegan, incluso,

a considerar ser amigas de “todas” las niñas de su curso en la escuela, mientras que, en general, refieren llevar a cabo, de manera cotidiana, prácticas realizadas en común, como rallarse las manos, leer cuentos o ayudarse mutuamente, sin excluir de su círculo de amistades a niños varones con los cuales se identifican. “Nos sentamos juntas y nos rayamos la mano -comentó E. “Todas las niñas del curso son mis amigas -dijo L.- [...], nos gusta jugar y ayudarnos”, precisando: “Me gustaba ir al PIE [Programa de Integración Escolar] en la mañana: era divertido, estaba con unos de mis amigos del curso que eran iguales a mí [...], igual de hiperactivos”.

Sin embargo, también las niñas manifiestan diferencias con aquellas “otras niñas” que, al no compartir sus mismas características, son consideradas menos rápidas o perspicaces. Además, ellas igualmente expresan preferir no establecer vínculos colaborativos con niños varones, toda vez que, según denuncian, ellos las molestan con frecuencia y, en iguales condiciones, gozan de mayores privilegios que ellas. En ocasiones, ellas declaran, incluso, experimentar desagrado al compartir con sus compañeros y compañeras, optando por tomar distancia de su grupo de pares, aunque siempre en compañía de una amiga cercana. “Mis compañeras -comentó P., orgullosa- son un poco lentas, pero la F. y yo, no; por eso no nos pillan”. “[L]os niños pueden gritar y les dan más premios” -denunció L., indignada. “Ahora estoy muy feliz -exclamó E., entusiasmada- por ver los computadores y trabajar con mi compañera y no compartir; porque a mí no me gusta compartir”.

Por su parte, ante disputas con sus pares, los niños señalan recurrir a vínculos alternativos de reciprocidad con otros compañeros mediante videojuegos, los cuales les permiten soslayar los conflictos suscitados en los juegos cara a cara. Adicionalmente, ellos también buscan establecer relaciones de amistad con otros niños en lugares externos a la escuela, donde precisamente no resienten la marca negativa que, de acuerdo a su experiencia, ha traído consigo el diagnóstico respecto de la manera según la cual son vistos por el entorno en sus contextos cotidianos y, particularmente, en sus colegios. De acuerdo a lo anterior, tal como lo afirma A. “[N]os picamos,

peleamos y nos llevaban a la inspección -relató A. respecto de los juegos con sus compañeros durante el recreo, agregando por contraste en relación a los videojuegos- [...], porque es como más divertido". "Me gusta hacer amigos -prosiguió luego, señalando con orgullo- [...]; también he hecho cosas buenas [...]: en el metro, un niño me tocó [...], yo tenía un auto en el bolsillo [...], y se lo di [...]; una señora se puso a llorar por lo que hice".

Discusiones y conclusión

Si bien la categoría TDA-H se encuentra fuertemente relacionada con el reparto entre los géneros, la experiencia subjetiva de los niños y las niñas entrevistados/as resulta ser múltiple en relación al diagnóstico y, en consecuencia, imposible de reducir a una simple dicotomía binaria. Por cierto, las niñas y los niños entrevistados(as) dan cuenta de tendencias generales que, articulando género y diagnóstico, conciernen el lugar donde son localizadas las dificultades asociadas a la marca diagnóstica, la manera de interpretar dichas problemáticas, la forma de abordarlas en atención a los requerimientos adultos y la interacción suscitada con sus pares al respecto.

De este modo, los niños tendieron a situar las complicaciones al exterior, como un problema para otros, mientras que las niñas se inclinaron a localizar los inconvenientes al interior, como un problema para ellas mismas. A su vez, mientras los niños interpretaron preferentemente las manifestaciones de sus comportamientos asociados al diagnóstico en tanto cualidades que, incomprendidas en el contexto escolar, los diferencian del resto y pueden encontrar otras vías de expresión, las niñas consideraron las expresiones de su comportamiento asociadas al diagnóstico al modo de características propias que, representando un defecto, requieren de rectificación. Además, si los niños se inclinaron a abordar las problemáticas asociadas al diagnóstico mediante prácticas orientadas a canalizar sus destrezas, las niñas recurrieron más regularmente a acciones dirigidas a conseguir un ajuste con las exigencias adultas. Finalmente, en tanto los niños usualmente establecieron, en el contexto escolar, relaciones conflictivas con sus compañeros, dando

lugar a vivencias de exclusión, las niñas se inclinan a configurar, principalmente con otras niñas, interacciones sociales de mutua colaboración en sus colegios.

Sin embargo, parte de las experiencias de los(as) niños y niñas participantes dislocan, de maneras diversas, estas tendencias generales. En ocasiones, las niñas también situaron en el exterior, en tanto problemas para los adultos, las dificultades asociadas al diagnóstico, aunque sus críticas hacia estos últimos se formulan al modo de justificaciones relativas a su comportamiento. A la inversa, cuando los niños localizan al interior de ellos mismos las complicaciones referidas al diagnóstico, ellos lo hacen en relación a la vergüenza sentida frente a la posibilidad de ser descubiertos con aquellos menoscabos por otros y, sobre todo, por sus pares. Además, si algún niño discierne cierto inconveniente atribuido a diagnóstico al modo de un defecto, éste sólo llega a ser una insuficiencia para los adultos, toda vez que su transformación entraña una habilidad incomprendida por estos últimos.

Por su parte, las niñas también consideraron algunos de sus presuntos defectos como capacidades, aunque para ellas se trata, en el fondo, de una suerte de compensación de sus insuficiencias. Asimismo, ellas igualmente manifestaron llevar a cabo prácticas que, implicando sus habilidades corporales, constituyen canalizaciones productivas. No obstante, en su caso, tales prácticas representan abordajes orientados a obtener el beneplácito de los adultos, conforme al ajuste de sus acciones a los requerimientos reclamados, según su experiencia, por estos últimos. Diversamente, cuando los niños recurrieron a expedientes tendientes a la autorregulación e, incluso, al ajuste respecto de las exigencias provenientes, a su juicio, de los adultos, ellos cuentan sobre todo eludir la posibilidad de recibir eventuales reconvenciones por parte de estos.

Por último, así como las relaciones de las niñas no se limitaron únicamente a lazos de colaboración, tampoco las interacciones de los niños se restringieron exclusivamente a vínculos de rivalidad. Mientras las niñas también declararon sostener relaciones conflictivas tanto con compañeras que, según ellas, no comparten sus mismas características como con niños que, en general, consideran

comparativamente privilegiados respecto de ellas; los niños igualmente refieren establecer vínculos alternativos de colaboración tanto con compañeros por la mediación de videojuegos como con otros niños encontrados en espacios extraescolares liberados de la discriminación que, conforme a su experiencia, resienten en sus escuelas.

En consecuencia, de acuerdo a las expresiones de los y las participantes en este estudio, no sólo las experiencias de disconformidad relativas al TDA-H están lejos de ser uniformes, sino que, en atención a ello, adquieren formas diferenciadas de acuerdo al género, dando cuenta, a su vez, de modulaciones y variantes de éste. Dicho de otro modo, en mayor o menor grado, niños y niñas resisten, cada quien a su manera, a una completa sujeción enteramente uniforme a las prescripciones binarias de género, así como también a las exigencias que, igualmente de acuerdo al género, son reclamadas por los adultos, en especial a nivel de la escuela. De hecho, ello resulta particularmente sensible al observar el lugar otorgado por ellos y ellas al juego que, en contradicción con la normatividad adulta, subvierte el mandato escolarizante conforme a un orden heterónomo.

Sin embargo, tampoco el juego resulta, en la experiencia de los y las participantes, totalmente inmune a variaciones conforme a género, sobre todo en relación a los usos diferenciales conferidos a éste. Pues si ellos se valen del juego para crear mundos “propios”, vincularse con sus pares según modalidades alternativas soslayadas del conflicto y evitar la marca derivada del diagnóstico; las niñas tendieron a recurrir al juego para desarrollar habilidades diversas a las exigidas en la escuela, buscando desplazar el reconocimiento adulto hacia otras esferas, además de procurarse vínculos colaborativos con otras(os) niñas y niños. Incluso en el juego, las experiencias de los niños y las niñas entrevistados(as) muestran estar, de una u otra manera, regularmente en referencia a discursos y prácticas de adultos, en función de lo cual resulta relevante atender a la consideración de eventuales promociones de los discursos de niños y niñas como autónomos. Tanto en la aceptación, sometimiento o justificación de las prácticas escolares, familiares y/o médicas tendientes a regular y/o normalizar las

acciones consideradas disruptivas, así como en los diversos modos de crítica y de creación de universos alternativos contrarios a los requerimientos adultos, es posible constatar que aquello que los niños y las niñas entrevistados(as) hablan y realizan se articula, indefectiblemente, en referencia a contextos que, caracterizados por relaciones de dependencia, involucran una desigual distribución del poder con los adultos. En efecto, el discurso de los niños(as) se encuentra capturado en una gradiente discursiva asimétrica respecto del discurso adulto. De esta forma, dar lugar al discurso de los niños(as) sería, a su vez, la (re)producción de un discurso adulto sobre la infancia (Burman, 2017).

Lo anterior es, justamente, aquello que los estudios epidemiológicos desconocen, a saber, que los comportamientos que constituyen aquel “portarse mal”, en la experiencia de niños y niñas, se encuentra definido como tal conforme a lo que impide el desarrollo de las actividades escolares establecidas según la lógica del logro y del rendimiento, es decir, de acuerdo con un orden de performatividad adulto. En tal sentido, si bien las tendencias generales en torno al género encontradas en las experiencias de los niños y niñas, parecieran estar en continuidad con algunas de las observaciones emanadas desde campo de la epidemiología y la psiquiatría, tales coincidencias relativas a variaciones de género muestran no configurarse como cualidades intrínsecas de las niñas y los niños entrevistados.

Que, en su experiencia, ellos tendieran a localizar las dificultades asociadas al diagnóstico como un problema para otros, interpreten las características vinculadas al diagnóstico como una habilidad o logren canalizar las problemáticas en prácticas orientadas a ellos mismos; y que, por el contrario, ellas localicen las dificultades en ellas mismas, las interpreten como un defecto o se orienten a cumplir con las expectativas del mundo adulto; todo ello podría, ciertamente, ser considerado en correspondencia con lo sostenido en tales estudios en cuanto a la percepción de las niñas sobre sí mismas como más ineficientes y con menor autoestima que los niños (Garza-Morales; Núñez-Villaseñor; Vladimírsky-Guiloff, 2007; Rucklidge; Tannock, 2001), y a su vez, con los estudios que sostienen que las niñas serían más propensas que los niños

a sufrir patologías psiquiátricas (Dalsgaard et al., 2002; Gershon, 2002; Rucklidge; Tannock, 2001). Sin embargo, tales experiencias estarían vinculadas a los modos en que los niños y las niñas descifran las problemáticas asociadas al diagnóstico y al lugar en el que sitúan las dificultades en relación a las prácticas y discursos de los adultos.

A su vez, niños y niñas no experimentan de manera diferenciada las dificultades vinculadas al diagnóstico en términos de mayor presencia de comportamientos desatentos o hiperactivos, en unos y otras, tal como lo sostienen los estudios previos (Gershon, 2002; Hasson; Fine, 2012; Rucklidge, 2006; Seidman et al., 2005; Vélez et al., 2008). Niñas y niños reportan dificultades en sus contextos cotidianos, tanto en relación a su hiperactividad como a su desatención. Lo que se expresa como diferencias son las formas en que los niños y las niñas entrevistados/as abordan las problemáticas asociadas al TDA-H en el contexto escolar, siendo las conflictivas en torno a los comportamientos disruptivos las que prevalecen. Incluso, los estudios epidemiológicos que sostienen que en la adolescencia las niñas serían más diagnosticadas con TDA-H que los niños (De la Barra et al., 2013) muestran que la hiperactividad o la impulsividad sigue siendo el contingente más prevalente en tal nivel etario, frente a la atención.

Las experiencias de los niños y las niñas entrevistados/as en términos de las interacciones sociales con sus pares, muestran estar caracterizadas tanto por conflictos como por colaboraciones, lo que conlleva a vivenciar experiencias de exclusión y estigma en unos y otras, sin embargo, el cómo experimentan tales interacciones en sus contextos cotidianos varían de acuerdo al género. De este modo, no podría sostenerse que las niñas tiendan naturalmente a establecer relaciones interpersonales de menor calidad, conflictivas y agresivas, tal como lo sostienen la literatura revisada (Biederman et al., 2002; Blachman; Hinshaw, 2002; Guerrero et al., 2017; Mikami; Lorenzi, 2011; Sciberras; Ohan; Anderson, 2012).

Lo anterior muestra que las diferencias de género presentes en el diagnóstico TDA-H se encuentran constituidas por dimensiones socioculturales que no pueden ser reducidas a una lista de condiciones naturales presentes o ausentes a comprobar. Las

diferencias de género sostenidas por los estudios epidemiológicos reduciría la experiencia subjetiva de niños y niñas a un conjunto de características preformadas, como condiciones naturales, frente a dimensiones culturales como variables “externas” al diagnóstico, desconociendo la condición constitutiva de las dimensiones socioculturales en la experiencia del diagnóstico. De este modo, tales estudios configuran un sesgo epistemológico de entrada que, además de naturalizar el trastorno configurando condiciones prejuizadas genéticamente, establece categorías de exigencia adulta como órdenes de realidad naturalizada -habilidades adultas cognitivas dentro de un contexto de evaluación de rendimientos-. Las experiencias subjetivas de los niños y las niñas expresan que las relaciones entre diagnóstico del TDA-H y género, no pueden ser reducidas a una experiencia binaria en donde lo masculino y lo femenino se corresponda a condiciones naturales. Niños y niñas se posicionan de manera diferenciada frente a las exigencias adultas, y son los contextos cotidianos los que regulan, normativizan o permiten el despliegue de las múltiples y singulares maneras de posicionarse -sometiéndose o resistiendo- de los niños y las niñas en relación a tales órdenes normativos. Tales formas de sujeción o subversión emergen cuando se atiende a la experiencia de los niños y niñas desde una perspectiva que comprende que sus discursos y prácticas están constituidos, aunque no absolutamente, por un sesgo performatizante de las exigencias adultas en el contexto de la sumisión al rendimiento y en donde las problemáticas de comportamiento prevalecen.

Con todo, los resultados de nuestro estudio abren interrogantes que, incluso más allá de la misma experiencia infantil en relación al TDA-H, conciernen las maneras conforme a las cuales la dimensión de género podría, incluso, participar en la experiencia subjetiva de adultos(as) diagnosticados con TDA-H durante la niñez. Específicamente, se vuelve relevante explorar la experiencia subjetiva no sólo en términos contingentes de la experiencia cotidiana de los(as) adultos, sino que también en términos de las eventuales huellas que, durante la infancia, dejaron los órdenes normativos de género movilizados en relación al TDA-H. Del mismo

modo, nuestra investigación invita a indagar en las relaciones que, tanto en la infancia como en la adultez, mantienen TDA-H y género en Chile, incluyendo además en ello la exploración de otras dimensiones socioculturales involucradas tales como clase social y raza/etnia.

Referencias

AIM - ASOCIACIÓN INVESTIGADORES DE MERCADO. *Nuevo modelo de grupos socioeconómicos*. Santiago, 2012. Disponible em:

<<https://bit.ly/2C3hEMk>>. Acesso em: 19 dez. 2018.

ALONSO, L. E. Sujetos y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. In: DELGADO, J. M.; GUTIÉRREZ, J. M. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis, 2007.

p. 225-240.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM IV: brevariario criterios diagnósticos*.

Barcelona: Masson, 2014.

APABLAZA, M. Prácticas “psi” en el espacio escolar: nuevas formas de subjetivación de las diferencias.

Psicoperspectivas, Vina del Mar, v. 16, n. 3, p. 52-63, 2017. Disponible em: <<https://bit.ly/2sjZEsw>>. Acesso em: 31 out. 2018.

BEHROUZAN, O. *The Prozac diaries: psychiatry and generational memory in Iran*. Stanford: Stanford University Press, 2016.

BERGEY, M.; CONRAD, P. The rise and transformation of ADHD in the United States. In: BERGEY, M. et al. *Global perspectives on ADHD: social dimensions of diagnosis and treatment in 16 countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2018. p. 9-33.

BIEDERMAN, J. et al. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *The American Journal of Psychiatry*, Arlington, v. 159, n. 1, p. 36-42, 2002.

BIEDERMAN, J. et al. Adult psychiatric outcome of girls with attention deficit hyperactivity disorder: 11-year follow-up in a longitudinal case-control study. *The American Journal of Psychiatry*, Arlington, v. 167, n. 4, p. 409-417, 2010.

BIEHL, C.; GOOD, N.; KLEINMAN, A. Introduction: rethinking subjectivity. In: BIEHL, C.; GOOD, N.; KLEINMAN, A. (Ed.). *Subjectivity*. London: University of California Press, 2007. p. 1-23.

BLACHMAN, D.; HINSHAW, S. Patterns of friendship among girls with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, New York, v. 30, n. 6, p. 625-640, 2002.

BLACKMAN, L. et al. Creating subjectivities. *Subjectivity*, Houndmills, v. 22, n. 1, p. 1-27, 2008.

BURMAN, E. *Deconstructing developmental psychology*. Abingdon: Brunner-Routledge, 2017.

CARLSON, C. L.; TAMM, L.; GAUB, M. Gender differences in children with ADHD, ODD, and co-occurring ADHD/ODD identified in a school population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, New York, v. 36, n. 12, p. 1706-1714, 1997.

CHILE. Ministerio de Salud. *Normas técnicas para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos hiperkinéticos en la atención primaria*. Santiago, 1998.

CHILE. Ministerio de Salud. *Guía clínica: atención integral de niñas/niños y adolescentes con trastorno hiperkinético/trastorno de la atención (THA)*. Santiago, 2008. Disponible em: <<https://bit.ly/2FndIt2>>. Acesso em: 5 ago. 2018.

CHILE. Ministerio de Educación. *Déficit atencional: guía para su comprensión y desarrollo de estrategias de apoyo, desde un enfoque inclusivo, en el nivel de educación básica*. Santiago, 2009.

CHILE. Ministerio de Salud. *Prioridad programática: niñas, niños y adolescentes con trastorno hiperkinético/de la atención (THA)*. Santiago, 2011. Disponible em: <<https://bit.ly/2FhcMaF>>. Acesso em: 1º nov. 2018.

CHILE. Ministerio de Desarrollo Social. *Región Metropolitana de Santiago: índice de prioridad social de comunas 2015*. Santiago, 2016. Disponible em: <<https://bit.ly/2gvXuoz>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

- CHILE. Ministerio de Educación. *Nueva Plataforma Programa de Integración Escolar*. Santiago, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2RhTNms>>. Acesso em: 8 set. 2018.
- COLES, E. et al. Exploring the gender gap in referrals for children with ADHD and other disruptive behavior disorders. *Journal of Attention Disorders*, Thousand Oaks, v. 16, n. 2, p. 101-108, 2012.
- CONRAD, P.; SINGH, I. Reflections on ADHD in a global context. In: BERGEY, M. et al. *Global perspectives on ADHD: social dimensions of diagnosis and treatment in 16 countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2018. p. 376-390.
- DALSGAARD, S. et al. Conduct problems, gender and adult psychiatric outcome of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, London, v. 181, n. 5, p. 416-421, 2002.
- DE LA BARRA, F. E. et al. Epidemiology of ADHD in Chilean children and adolescents. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*, Wien, v. 5, n. 1, p. 1-8, 2013.
- GARZA-MORALES, S.; NÚÑEZ-VILLASEÑOR, P. S.; VLADIMIRSKY-GUILOFF, A. Autoestima y locus de control en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Medigraphic Artemisa*, Ciudad de México, v. 64, p. 231-239, 2007.
- GAUB, M.; CARLSON, C. L. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, New York, v. 36, n. 8, p. 1036-1045, 2007.
- GERSHON, J. A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, Thousand Oaks, v. 5, p. 143-154, 2002.
- GUERRERO, R. et al. La personalidad eficaz en adolescentes diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): diferencias de género. *Revista de Orientación Educativa*, Valparaíso, v. 31, n. 59, p. 38-52, 2017.
- HART, N.; GRAND, N.; RILEY, K. Making the grade: the gender gap, ADHD, and the medicalization of boyhood. In: ROSENFELD, D.; FAIRCLOTH, C. (Ed.). *Medicalized masculinities*. Philadelphia: Temple University Press, 2006. p. 132-165.
- HASSON, R.; FINE, J. Gender differences among children with ADHD on continuous performance test: a meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*, Thousand Oaks, v. 16, n. 3, p. 190-198, 2012.
- HERRERA, J. F.; REYES, L.; RUIZ, C. M. Escuelas gobernadas por resultados: efectividad escolar y políticas educacionales de la transición democrática. *Psicoperspectivas*, Vina del Mar, v. 17, n. 2, p. 163-174, 2018.
- MATUS, C.; ROJAS, C. Etnografía de la normalidad. In: ASSAÉL, B.; VALDIVIA, A. (Ed.). *Lo cotidiano en la escuela: 40 años de etnografía escolar en Chile*. Santiago: Editorial Universitaria, 2018. p. 255-274.
- MIKAMI, A. Y.; LORENZI, J. Gender and conduct problems predict peer functioning among children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, London, v. 40, n. 5, p. 777-786, 2011.
- MONTIEL-NAVA, C.; MONTIEL-BARBERO, I.; PEÑA, J. Presentación clínica del trastorno con déficit de atención-hiperactividad como función de género. *Investigación Clínica*, Maracaibo, v. 48, n. 4, p. 459-468, 2007.
- NAKAMURA, E. Les problèmes de santé mentale durant l'enfance à Santos (Brésil) et Paris: l'interdépendance entre biologique et social dans les comportements des enfants. In: LEMERLE, S.; REYNAUD-PALIGOT C. (Coord.). *La biologisation du social: discours et pratiques*. Paris: Presses Universitaires de Paris-Nanterre, 2017. p. 161-180.
- NEWCORN, J. H. et al. Symptom profiles in children with ADHD: effects of comorbidity and gender. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, New York, v. 2, n. 40, p. 137-146, 2001.
- PEÑA, M.; ROJAS, P.; ROJAS, S. ¿Cómo diagnosticar un niño? Diagnóstico del trastorno de déficit atencional con hiperactividad desde una perspectiva discursiva crítica. *Athenea Digital*, Bellaterra, v. 15, n. 1, p. 91-110, 2015.

Disponível em: <<https://bit.ly/2CeCUPq>>. Acesso em: 5 nov. 2015.

POLLACK, W. *Real boys: rescuing our sons from the myths of boyhood*. New York: Holt, 1999.

ROJAS, S.; ROJAS, P.; PEÑA, M. From problematic children to problematic diagnosis: the paradoxical trajectories of child and adolescent ADHD in Chile. In: BERGEY, M. R. et al. (Ed.). *Global perspectives on ADHD: social dimensions of diagnosis and treatments in sixteen countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2018. p. 310-321.

RUCKLIDGE, J. J. Gender differences in neuropsychological functioning of New Zealand adolescents with and without attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Disability, Development and Education*, Abingdon, v. 53, n. 1, p. 47-66, 2006.

RUCKLIDGE, J. J. Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, Philadelphia, v. 33, n. 2, p. 357-373, 2010.

RUCKLIDGE, J. J.; TANNOCK, R. Psychiatric, psychosocial, and cognitive functioning of female adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, New York, v. 40, n. 5, p. 530-540, 2001.

RUSSEL, B. H. *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches*. Oxford: Altamira Press, 2006.

SCIBERRAS, E.; OHAN, J.; ANDERSON, V. Bullying and peer victimisation in adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, New York, v. 43, n. 2, p. 254-270, 2012.

SEIDMAN, L. J. et al. Impact of gender and age on executive functioning: do girls and boys with and

without attention deficit hyperactivity disorder differ neuropsychologically in preteen and teenage years? *Developmental Neuropsychology*, London, v. 27, n. 1, p. 79-105, 2005.

SINGH, I. Doing their jobs: mothering with Ritalin in a culture of mother-blame. *Social Science and Medicine*, Oxford, v. 59, n. 6, p. 1193-1205, 2004.

SKOGLI, E. W. et al. ADHD in girls and boys: gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC Psychiatry*, London, v. 13, n. 1, p. 242-298, 2013.

TIMIMI, S.; TAYLOR, E. ADHD is best understood as a cultural construct. *British Journal of Psychiatry*, London, v. 184, n. 1, p. 8-9, 2004.

TIMIMI, S. et al. A critique of the international consensus statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, New York, v. 7, n. 1, p. 59-63, 2004.

VÉLEZ, A. et al. Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en escuelas de Bogotá, Colombia. *Acta Neurológica Colombiana*, Bogotá, v. 24, n. 1, p. 6-12, 2008.

VERGARA, A. et al. Childhood in children's eyes: analysis of a discourse among middle-income sectors in Santiago, Chile. *Children and Society*, Hoboken, v. 28, n. 2, p. 81-92, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2D1TrI8>>. Acesso em: 12 set. 2018.

WILLIAMSON, D.; JOHNSTON, C. Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a narrative review. *Clinical Psychology Review*, Tarrytown, v. 40, p. 15-27, 2015.

WODAK, R.; MEYER, M. (Ed.). *Methods of critical discourse analysis*. London: Sage, 2001.

Contribución de los autores

Uribe y Abarca-Brown revisaron la literatura y, con Radiszcz, escribieron el artículo. López-Contreras participó en el trabajo de campo y tradujo el artículo. Todos los autores analizaron el material de trabajo de campo.

Recibido: 08/12/2018

Aprobado: 03/01/2019