



**FACULTAD DE HUMANIDADES  
INSTITUTO DE SOCIOLOGÍA  
CARRERA DE SOCIOLOGÍA**

**Medicalización, patologización e infancia: posicionamientos discursivos en  
torno al Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH)**

Memoria de Grado para optar al Grado de Licenciada/o en Sociología y  
Título Profesional de Socióloga/o

Isidora Catalina Álvarez Zamora  
Norma Francisca Vergara Arancibia

Profesora Guía:  
María Eugenia Domínguez Saul

Enero 2019

## Contenido

Siglas .....	3
Índice de Tablas .....	3
Índice de Imágenes .....	3
Resumen .....	4
Capítulo I: Antecedentes del problema .....	5
Capítulo II: Problema de investigación .....	10
Capítulo III: Pregunta de investigación y objetivos .....	12
3.2 Objetivo General .....	12
3.3 Objetivos Específicos .....	12
Capítulo IV: Marco Teórico .....	13
4.1 Estado del arte .....	13
4.2 Perspectiva Teórica .....	15
4.3 Conceptos clave: medicalización, patologización de la infancia, e infancia en la escuela .....	17
Capítulo V. Marco Metodológico .....	25
5.1 Tipo de diseño .....	25
5.2 Tipo de estudio .....	25
5.3 Técnica de producción de datos .....	25
5.4 Técnica de análisis de datos .....	26
5.5 Población y muestra .....	27
5.6 Decisiones muestrales .....	27
5.7 Pautas de entrevistas y observación etnográfica .....	29
Capítulo VI: Relevancia teórica, metodológica y/o práctica .....	33
6.1 Teórica .....	33
6.2 Práctica .....	33
Capítulo VII: Análisis de resultados .....	34
7.1 Resultados de observación etnográfica .....	34
7.2 Análisis de resultados: Los posicionamiento discursivos de la comunidad educativa .....	45
7.3 Análisis de resultados: Sistematización de posicionamientos discursivos .....	46
7.4 Análisis de resultados: Descripción de posicionamientos discursivos .....	47
Capítulo VIII: Conclusiones .....	59
Capítulo IX: Referencias bibliográficas .....	64

## **Siglas**

ACD: Análisis Crítico del Discurso

AD: Análisis del Discurso

CENABAST: Central Nacional de Abastecimiento

CIE-10: Manual de clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, versión 10

CORMUVAL: Corporación Municipal de Valparaíso

DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (por sus siglas en inglés)

MINEDUC: Ministerio de Educación

MINSAL: Ministerio de Salud

NEE: Necesidades Educativas Especiales

PIE: Programa de Integración Escolar

SDA/SDAH: Síndrome de Déficit Atencional y/o Hiperactividad

TDAH: Trastorno por Déficit Atencional y/o Hiperactividad

## **Índice de Tablas**

Tabla N°1: Población del Programa de Salud Mental del MINSAL

Tabla N°2: Criterios de selección de entrevistados

Tabla N°3: Pauta de entrevista a profesoras jefes y encargado de convivencia escolar

Tabla N°4: Pauta de entrevista a encargada PIE

Tabla N°5: Pauta de entrevista a apoderados

Tabla N°6: Pauta de observación

## **Índice de Imágenes**

Imagen N°1: Criterios y síntomas del diagnóstico de TDAH

Imagen N°2: Montos para NEE transitorias y permanentes

Imagen N°3: Protocolos de convivencia escolar

## Resumen

Esta investigación indagará en los posicionamientos discursivos de una comunidad educativa de Valparaíso respecto a los niños<sup>1</sup> diagnosticados con Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH). Los antecedentes de esta investigación apuntan a un aumento del diagnóstico en los últimos siete años, situación que coincide con la proclamación del Decreto 170 (MINEDUC, 2009) que triplica las subvenciones escolares para los establecimientos con niños diagnosticados con TDAH. Cabe señalar que el tratamiento principal de este trastorno es el suministro de fármacos.

De esta manera, nos interesa indagar en los posicionamientos discursivos de una comunidad escolar con respecto a los alumnos que se encuentran diagnosticados con este trastorno, posicionamientos que creemos son estigmatizadores y se encuentran atravesados por el diagnóstico del niño. La metodología por utilizar será de carácter cualitativo, empleando las técnicas de entrevistas semi-estructuradas y observación etnográfica.

Como señalamos, los resultados esperados hacen relación a que el diagnóstico configura al niño, atraviesa su identidad y cómo es percibido por su entorno.

**Palabras clave:** medicalización, comunidad escolar, infancia, TDAH

---

<sup>1</sup> Cuando nos referimos a niños estamos tomando en consideración niños y niñas.

## Capítulo I: Antecedentes del problema

El diagnóstico de Trastorno por déficit atencional y/o hiperactividad (TDAH) se ha caracterizado por la administración bajo prescripción médica de psicofármacos para los problemas de conducta infantil. Este es entendido como un trastorno que surge en los primeros siete años de vida y que se caracteriza por un comportamiento generalizado, con presencia clara de déficit de la atención, impulsividad y/o hiperactividad (MINEDUC, 2009). El DSM-V, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (por sus siglas en inglés) define criterios y características para categorizar el TDAH, como lo muestra la siguiente imagen:

Imagen N°1: Criterios y síntomas del diagnóstico de TDAH

### **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).

Fuente: DSM-V<sup>2</sup> (2014)

Autores como Conrad y Bergey (2014) sugieren una inminente expansión del diagnóstico a nivel global, así como un significativo aumento del consumo de medicación para este trastorno: el metilfenidato, medicamento psicoestimulante. De esta misma forma, la globalización del diagnóstico de TDAH se está configurando con la penetración en círculos no exclusivamente médicos, apuntando hoy además a la industria farmacéutica transnacional, la biotecnología, internet, los mercados de salud y los consumidores (Bianchi, Ortega, Faraone, Portugal, & Teixeira, 2016). El problema central abordado lo constituyen los modos en que la industria farmacéutica transnacional penetra en diversos espacios sociales, con diferentes estrategias de marketing, a fin de que los diferentes grupos y actores consoliden procesos medicalizadores en torno a este trastorno que se diagnostica principalmente a niños y niñas. Señalan así que este aumento tan llamativo no refleja un auge real del trastorno sino tan solo un cambio en el criterio de dónde está la frontera entre la dificultad normal de un niño para prestar atención en clase y estarse quieto, y una conducta verdaderamente calificable como enfermedad (Noticias de la Ciencia, 2014).

---

<sup>2</sup> Cabe señalar que también se utiliza el manual CIE-10 para el diagnóstico del TDAH.

Nuestro país parece haber entrado a este fenómeno globalizado de aumento del diagnóstico de TDAH. Cifras encontradas por los investigadores Sebastián Rojas del King's College de Londres y Mónica Peña de la Universidad Diego Portales señalan que el aumento del diagnóstico ha sido notorio entre el año 2009 y el 2013, pasando de 27.751 a 53.187 personas que padecen el trastorno, dándose un aumento del 191% (Sepúlveda, 2016). También es importante señalar que en tan solo un año la cantidad de niños diagnosticados con déficit atencional pasó de 7.940 a 28.095, aumento cercano al 354%, alcanzando una prevalencia nacional 10,3% al 2012 (Becerra, 2013). Cabe señalar que este diagnóstico se presenta más en hombres que en mujeres, donde de la población del Programa de Salud Mental del MINSAL, 21.644 son hombres versus un 7.432 son mujeres al año 2013 (Sepúlveda, 2016).

Tabla N°1: Población del Programa de Salud Mental del MINSAL

AÑOS/EDADES	0-9	10-14	15-19	20-24	25-64	65 y MÁS
2009	16.457	9.700	1.502	36	54	2
2010	19.893	12.134	2.046	65	81	22
2011	23.780	15.401	2.698	68	90	10
2012	26.880	18.443	3.579	261	90	68
2013	29.076	20.018	3.801	1.195	80	17

Fuente: Elaboración propia con datos del MINSAL

La chilena Mónica Peña (2013) apunta a que este aumento progresivo del diagnóstico se dio simultáneamente junto con la puesta en marcha del Decreto 170 del año 2009. En el año 2009, Michelle Bachelet promulga el Decreto 170, normativa que regula los requisitos para acceder a las subvenciones especiales, triplicando las subvenciones escolares en apoyo a los establecimientos que incluyen alumnos con Necesidades Educativas Especiales (NEE) los cuales son aquellos que precisan ayudas y recursos adicionales, mejorando las condiciones profesionales de atención de estos niños y niñas.

Imagen N°2: Montos para NEE transitorias y permanentes

**¿Cómo se financia un PIE?**

Si el PIE es aprobado por el Ministerio de Educación, el Estado entrega al Sostenedor del establecimiento (por cada estudiante incorporado) la Subvención Escolar denominada Subvención de Educación Especial la que tiene un monto aproximado de tres veces lo que es la Subvención regular.

En el presente cuadro se muestran los valores de subvención de educación especial mensual por estudiante de PIE, según presente NEE de tipo Permanente o Transitoria.

El valor se expresa en U.S.E (Unidad de Subvención educacional)

1 USE = \$ 20.055,498 al año 2013.

Tipo de NEE	Con Jornada escolar completa	Sin Jornada escolar completa
Transitoria	7,082 USE \$142.030	5,558 USE \$111.469
Permanente	8,14 USE \$163.252	6,39 USE \$128.155

Fuente: MINEDUC (2013)

El Ministerio de Educación define al TDAH como un trastorno de inicio temprano, el cual se caracteriza por un comportamiento generalizado, con presencia clara de déficit de la atención, impulsividad y/o hiperactividad. De origen en factores neurobiológicos, el TDAH se evidencia en diversos espacios sociales, tanto en el hogar como en la escuela u otras actividades sociales, donde el comportamiento inatento y a veces hiperactivo produce un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social o académico del estudiante (MINEDUC, 2009).

El TDAH es catalogado por el Ministerio de Educación como una NEE transitoria. Estas son “aquellas que no son permanentes y que requieren los alumnos en algún momento de su vida escolar a consecuencia de un trastorno o discapacidad diagnosticada por un profesional competente” (MINEDUC, 2009, pág. 2).

El Decreto 170 también señala precisiones diagnósticas de las distintas NEE, las cuales deben ser integrales, interdisciplinarias y avaladas en pruebas científicas. En el caso del TDAH, los profesionales competentes para realizar el diagnóstico pueden ser los neurólogos, pediatras y psicólogos, desde el área de la salud, así

como también los profesores de educación diferencial o los psicopedagogos del establecimiento. Cabe destacar también que estos profesionales acuden a pruebas o test con normas nacionales para poder diagnosticar, siendo el más común el test de Conners<sup>3</sup>.

Como requisito fundamental para la entrega de la subvención escolar para NEE como el TDAH, el decreto fija que los establecimientos deben tener incorporados el Programa de Integración Escolar (PIE). Esta estrategia educativa tiene un enfoque inclusivo, cuyo propósito es favorecer la participación y el logro de los objetivos de aprendizaje de todos los estudiantes, constituyéndose en un conjunto de recursos y apoyos para los establecimientos educativos. En el aula, estos recursos se traducen en estrategias pedagógicas diversificadas, recursos humanos especializados, capacitación para los docentes y materiales educativos pertinentes para aquellos alumnos (MINEDUC, 2016).

Esta subvención escolar diferenciada se inscribe dentro del sistema de subvenciones del sistema educativo chileno, en donde la subvención escolar ocupa un lugar central para el financiamiento de los establecimientos educativos. Es así como llama la atención el aumento progresivo que se señala en los antecedentes de diagnóstico del TDAH luego de la promulgación y puesta en marcha del Decreto 170.

Es llamativo también el aumento en las compras que realiza el estado a través de la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) de metilfenidato, el principal componente de tratamiento farmacológico para el trastorno por déficit atencional. El 2014 las compras efectuadas a través de este organismo estatal eran de 57.080 dosis, mientras que en el año 2015 esta cifra llegó a 199.595 dosis, aumentando más del doble (Sepúlveda, 2016).

---

<sup>3</sup> Escala utilizada para diagnosticar TDAH en base a la observación de profesores y neurólogo. Cabe destacar que con sólo una visita al neurólogo este puede diagnosticar el TDAH.

## Capítulo II: Problema de investigación

El sistema educacional chileno actual provoca competitividad, estandariza los conocimientos, provoca desigualdad, segregación e individualismo, situación que va generando que desde la niñez se deban seguir constantes cánones y normas sociales, encajando en estos sin tener la posibilidad de cuestionar su actuar. La escuela y su poder disciplinario realiza una serie de mediciones en el quehacer educativo y lo que está fuera de esa medición es considerado como lo anormal, por tanto, la función de la sanción es normalizar, homogeneizar los comportamientos: la escuela busca producir comportamientos estandarizados en la sala de clases (Valladares, 2010).

La construcción que se hace de la infancia está estrechamente ligada al saber pedagógico, donde gran parte de la identidad de este y de lo que es se forma en la escuela y en relación con los actores que forman parte de este espacio social. Allí se condensan una “multiplicidad de imágenes, representaciones y conductas definidas como ideales o esperables de las niñas y niños, que dotan de sentido a las significaciones de los discursos de los sujetos adultos en la escuela. El discurso pedagógico prescribe normativas sobre cómo deben ser los alumnos y las alumnas, mientras que la medicina y otros saberes científicos estipulan los modos “normales” de su crecimiento” (Leavy, 2013). De esta manera, en la escuela quedan muy bien establecidas las conductas que son correctas y las que no. Los niños que siguen las reglas actúan normalmente y los que no lo hacen, configuran una diferencia dentro del aula: la pedagogía construye normas, hace una explicitación usual de la normalidad y por ende una proclamación lisa y llana de lo que no es deseable (Bianchi, Ortega, Fareone, Portugal, & Teixeira, 2016).

La disciplina como tecnología del poder<sup>4</sup> produce relaciones de subordinación entre alumno y maestro, las cuales construyen identidades individuales de docilidad para ser incorporadas a la vida privada, pública y laboral. Para Foucault, es evidente que desde el momento que se descubre el cuerpo como objeto de blanco y poder, el sistema educativo lo manipula, le da forma, le educa para obedecer, para que responda y se vuelva dócil a las fuerzas que lo manipulan. Asimismo, mostrar que el cuerpo que se aparta de la disciplina es sometido a métodos de buen encausamiento por el panóptico u ojo del poder que se encarga

---

<sup>4</sup> Para mayor entendimiento revisar el libro de Michel Foucault “Vigilar y Castigar” (1975)

de someter al cuerpo a observación prolongada por métodos disciplinarios y procedimientos de examen (Valladares, 2010).

Como señalan algunos autores, la ponderación distintiva de la infancia reside en que es a la vez objeto de reglamentaciones y sanciones, y motoriza acciones preventivas y de protección de parte del conjunto social, tornándola un sector de la sociedad especialmente susceptible a estar en riesgo de medicalización (Bianchi, Ortega, Fareone, Portugal, & Teixeira, 2016).

El caso del TDAH quiebra la normalidad dentro de la escuela, pues la conducta de estos niños y niñas irrumpen la sala de clases. Cabe mencionar que las extensas jornadas de clases y cortos lapsus de recreo provocan que los alumnos no se mantengan quietos en su lugar, confundiendo muchas veces el diagnóstico con infantes que sólo son inquietos o tienen problemas familiares, por ende, se distraen de la clase y prefieren hacer otras cosas. Precisamente, aparece la medicalización como única opción para tratar un problema que se origina muchas veces en la misma sala de clases.

La medicalización tiene muchas aristas y el papel que cumplen las instituciones educacionales en los diagnósticos de las enfermedades o trastornos del aprendizaje es crucial. Asimismo, la medicalización no se da sólo en los niños, sino que en toda la sociedad. Actualmente, nuestra sociedad produce muchos desequilibrios psíquicos debido a la enorme presión y rapidez con la que se viven los días, en donde generalmente problemas no médicos pasan a ser definidos y tratados como problemas médicos, ya sea bajo la forma de enfermedades o desórdenes como señala Conrad (2007), situación que se repara con medicamento.

Estos procesos medicalizadores de la infancia están estrechamente ligados a una patologización de la infancia, donde al estudiante se le cataloga como enfermo debido a su condición y al entrar en esta categoría, toda su vida y sus procesos son vistos desde esta categorización. Por ende, las percepciones que se tienen de estos niños y los discursos que se tiene sobre ellos pasan también a estar atravesadas por esta categoría de anormal y enfermo.

Frente al tema de la medicalización de la infancia, específicamente del caso señalado del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, nos parece importante indagar en cómo son percibidos estos niños y niñas por su entorno.

## **Capítulo III: Pregunta de investigación y objetivos**

¿Cuáles son los posicionamientos discursivos que la comunidad escolar de la Escuela España hace de las niñas y niños diagnosticados con TDAH en la ciudad de Valparaíso durante el 2017?

### **3.1 Hipótesis**

El diagnóstico de TDAH genera que los distintos posicionamientos discursivos que tiene la comunidad escolar en torno a estos niños sean estigmatizadores.

### **3.2 Objetivo General**

Indagar los posicionamientos discursivos que realizan los distintos actores de la comunidad escolar de la Escuela España sobre las niñas y niños diagnosticados con TDAH en la ciudad de Valparaíso durante el 2017

### **3.3 Objetivos Específicos**

1. Identificar los posicionamientos discursivos que realizan los distintos actores de la comunidad escolar
2. Sistematizar los posicionamientos discursivos de los distintos actores de la comunidad escolar
3. Describir los posicionamientos discursivos de los distintos actores de la comunidad escolar

## Capítulo IV: Marco Teórico

A continuación, se indagará en algunos estudios que han tratado la problemática del TDAH desde distintos enfoques. En primer lugar, encontramos investigaciones que vinculan el diagnóstico de este tema con la influencia de las industrias farmacéuticas transnacionales; por otro lado, se revisarán publicaciones que asocian el diagnóstico con la normativa del MINEDUC que otorga subvenciones escolares especiales a este trastorno.

### 4.1 Estado del arte

#### Investigaciones que vinculan el diagnóstico con la industria farmacéutica

Gran parte de los estudios que abordan la problemática del TDAH sitúan a la industria farmacéutica mundial como una de las precursoras del tema. Silvia Faraone, Alejandra Barcala, Eugenia Bianchi y Flavia Torricelli (2009) apuntan al rol central de la industria farmacéutica en los procesos de medicalización en la infancia, específicamente en el caso del TDAH. Esta se hace parte mediante la construcción de estrategias de configuración diagnóstica, poniendo el énfasis en el consumo de fármacos como tratamiento único. Así también, las estrategias de las farmacéuticas configuran nuevos modos de comprensión de la subjetividad humana, transformando en enfermedades situaciones que antes pertenecían a otras dimensiones culturales y sociales de la vida cotidiana. De esta forma, el marketing farmacéutico juega un papel muy importante en la promoción de medicamentos para el abordaje del TDAH y en el aumento progresivo del diagnóstico en los últimos años (Faraone, Bianchi, Barcala, & Torricelli, 2009).

Siguiendo esta línea, las farmacéuticas también consolidan sus estrategias de marketing dirigiéndose hacia la comunidad médica, a través de incentivos; hacia los líderes de opinión en el tema, capacitándolos para que conozcan y difundan los últimos hallazgos acerca del TDAH; hacia las asociaciones familiares, donde Conrad (2007) señala que algunos de estos grupos están financiados por las farmacéuticas, u ofreciendo descuentos a las familias en ciertos medicamentos; y hacia la comunidad educativa, realizando charlas en colegios o entregando manuales a los docentes acerca de la detección del trastorno (Bianchi & Faraone, 2015).

Autores como Peter Conrad y Meredith Bergey (2014) responsabilizan a la industria farmacéutica transnacional como uno de los cinco actores que intervienen en la expansión del diagnóstico del TDAH: la psiquiatría occidental, la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V por su sigla en inglés) de la Asociación Americana de Psiquiatría, la internet y los grupos de defensa completan esta lista. Las grandes compañías farmacéuticas transnacionales eligen países donde el diagnóstico es creciente e impulsan estrategias de marketing para posicionar sus productos. Así también, expanden estas estrategias a nuevos grupos fuera del ámbito médico, tales como los grupos de padres y los colegios, haciéndolos partícipes a estos últimos de capacitaciones sobre cómo detectar el TDAH (Conrad & Bergey, 2014).

#### Investigaciones que vinculan el diagnóstico con la subvención escolar especial

Una investigación que vincula el diagnóstico con la subvención especial es la que realiza Mónica Peña en su artículo “Análisis crítico del discurso del Decreto 170 de Subvención Diferenciada para Necesidades Educativas Especiales: El diagnóstico como herramienta de gestión”. Los objetivos de este trabajo son aportar un punto de vista crítico a la discusión sobre los procesos de medicalización de la educación chilena, relacionando este fenómeno con los contextos de neoliberalización que el país y, específicamente su sistema educacional, han vivido los últimos 30 años. Se revisa desde una perspectiva de Análisis Crítico del Discurso (ACD) el Decreto 170 de la ley 20.201 promulgado el año 2009, que incluye elementos textuales como el diagnóstico, el aprendizaje, la medicina tradicional y el cuerpo infantil; que serán analizados desde una óptica que permita develar los efectos que una ley, es decir, un discurso de carácter eminentemente prescriptivo tiene sobre las prácticas educativas y los sujetos involucrados.

Superficialmente, el Decreto 170 se ve como una ayuda a la integración de los niños y niñas más vulnerables de las escuelas, pero ¿quiénes son estos niños y niñas? Los que no son aceptados por el sistema por bajar los resultados, los que no se pueden integrar en el modelo productivo de aprendizaje que propone el sistema chileno, que sólo se preocupa por “buenos resultados”, buenos puntajes en los test estandarizados, que miden desempeño a través de pruebas llamadas “objetivas” y que según se ha demostrado, tienden a castigar más a los niños y niñas vulnerables (Peña, 2013).

En el caso del Decreto 170, el contexto de ese individuo es clave para su buen rendimiento escolar y la subvención no se hace cargo de tal contexto, además en algunos casos puede generar aumento de diagnósticos para aumentar el financiamiento del establecimiento, consolidando procesos de “etiquetaje” del sujeto diagnosticado que puedan afectar finalmente en su tratamiento o “mejora”. Por último, agrega que este consolida procesos de neoliberalización que afectan a los estudiantes transformándolos en individuos cada vez más fragmentarios, y a la educación chilena en un proceso técnico cada vez más desapegado de las realidades sociales.

## **4.2 Perspectiva Teórica**

En esta investigación, como ya se mencionó, se indagará en los posicionamientos discursivos que realizan los distintos actores de una comunidad escolar sobre los niños diagnosticados con TDAH. Para estos fines, es necesario dejar en claro que en ella concurren distintas vertientes de la sociología, donde, por un lado, la sociología de la educación nos permite analizar las relaciones que se dan dentro del sistema escolar, específicamente la escuela escogida para el estudio. Así también, analizamos las normativas educacionales y como estas influyen en un diagnóstico y en estas relaciones ya mencionadas.

Por ende, los lineamientos teóricos de Foucault (1975) nos serán útiles para contextualizar el sistema educacional, el que busca docilizar y dominar a los cuerpos, mediante procedimientos disciplinarios que moldean y someten a los sujetos para que puedan ser transformados y perfeccionados; de esta manera, esta es la fórmula que se utiliza para decir que niño o niña es normal o anormal, si sigue los lineamientos o no, puesto que se produce competitividad y selección homogeneizando la conducta, siguiendo ciertos patrones. Como en el caso de TDAH, son niños (as) que están fuera de la regla, son “niños problema” no le sirven al sistema educacional chileno que se caracteriza por ser transmisivo, rompen con este esquema, por ende, se “quedan atrás” y quedan estigmatizados por el diagnóstico.

Otra corriente presente en esta investigación es la sociología de la salud, entendida como el estudio del concepto sociológico de salud, cuyo estudio indaga en diversos temas, tales como la percepción de la salud por los diferentes actores, profesionales de la salud y no profesionales, las diversas subculturas e ideologías que existen en distintos sectores de la población con respecto a esta. Esto tiene sentido en esta investigación, pues se estudia un diagnóstico médico y sus consecuencias en un espacio definido, así como las repercusiones familiares que tiene este mismo.

Otro elemento a considerar, el cual forma parte de la hipótesis de trabajo, es el concepto de estigma, que según Goffman<sup>5</sup> (1963) es entendido como una indeseable diferencia, un atributo profundamente desacreditador. Un atributo que estigmatiza a un individuo señala Goffman, lleva también a confirmar la normalidad de otro individuo, según sea el contexto. Este autor llama anormales a aquellos que se apartan negativamente de las expectativas particulares: construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona estigmatizada, señala Goffman.

De todas maneras, el estigma nos muestra a un individuo que podía haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos.

Este concepto es analizado en un contexto escolar, analizando un sistema de relaciones a partir de los discursos en que se expresan posicionamientos con respecto a un tema específico, el de los niños diagnosticados con Trastorno por Déficit Atencional y/o Hiperactividad.

De esta manera, lo sociológico de este proyecto radica en el modo en el cual logramos reconstruir y estudiar un tema que siempre ha estado en el ámbito de la salud y de la psicología principalmente.

---

<sup>5</sup> Para mayor entendimiento revisar el libro de Erving Goffman "Estigma: La Identidad Deteriorada" (1963)

### **4.3 Conceptos clave: medicalización, patologización de la infancia, e infancia en la escuela**

La presente investigación se estructura de forma que los tres conceptos principales se articulan, donde los procesos medicalizadores del TDAH en la infancia producen una patologización de esta, categorizando niños dentro de etiquetas, y es en la escuela donde se evidencian estos procesos.

#### Medicalización

La expresión medicalización fue difundida por algunos autores, especialmente por Iván Illich en el año 1982, en su texto “La expropiación de la salud: némesis de la medicina”, donde la ampliación del poder médico mina las posibilidades de que las personas lidiasen con el sufrimiento y con las pérdidas derivadas de la propia vida, transformando los dolores de la vida en enfermedades. Además, lo trata Michel Foucault en “Historia de la medicalización”, donde el control de la sociedad sobre los individuos no opera simplemente por la conciencia o la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo, por ende, el cuerpo es una realidad biopolítica y la medicina es una estrategia biopolítica.

En un artículo de Gisela Untoiglich (2014), se comenta que, en las últimas décadas, la medicalización se ve como un problema individual, atribuyéndolo a causas biológicas. Entonces, cuando problemas que están por fuera del área de la medicina son definidos en términos de trastornos y abordados como problemas médicos, estamos ante un proceso de medicalización de la vida. Esto trae como consecuencia que se exceptúen de responsabilidad las instancias de poder, en cuyas entrañas son generadas y perpetuadas, las más de las veces, tales dificultades (Moyses & Collares, 2011).

Donnangelo (1976) se refiere a que esta medicalización responde a la estructura económica, político-ideológica, y define la práctica médica en dos sentidos:

“en primer lugar, la ampliación cuantitativa de los servicios y la incorporación creciente de las poblaciones al cuidado médico y, como segundo aspecto, la extensión del campo de la normatividad de la medicina por referencia a las representaciones o concepciones de salud y de los medios para obtenerla, así como a las condiciones generales de la vida. (...) la extensión de la práctica médica no corresponde a un fenómeno simple y lineal de aumento de un consumo específico, y sin que ello se dé a través de una compleja dinámica económica y política, en la cual se expresarán los intereses y el poder de diferentes clases sociales” (Donnangelo, 1976, pág. 37).

Según Gabriela Dueñas, se habla de un nuevo giro del concepto, el de “biomedicalización”, debido a los nuevos procesos de medicalización de la sociedad, siguiendo la línea foucaultiana, acerca del biopoder. En su artículo “Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad” (2012) propone que la medicalización se centra en el padecimiento, la enfermedad, el cuidado y la rehabilitación; por otro lado, la biomedicalización se enfoca en la salud como un mandato moral que internaliza el auto control, la vigilancia y la transformación personal.

Enrique Carpintero (2011) evidencia que la medicalización es un término que se viene usando desde hace muchos años para demostrar los efectos en el acto médico de los factores políticos, sociales y económicos que intervienen en la producción, distribución y venta de las grandes industrias de tecnología médica y farmacológica. Dejando de lado la particularidad del sujeto y las posibilidades de realizar un trabajo pluridisciplinario.

Realiza una distinción, ya que medicar es un acto médico, es decir, el fármaco se transforma en un instrumento del equipo interdisciplinario, a veces necesario para trabajar con el padecimiento subjetivo. En cambio, la medicalización alude a los factores políticos, sociales y económicos que intervienen en la producción, distribución y venta de las grandes industrias de tecnología médica y farmacológica.

En la actualidad, se pretende hegemonizar la salud mental al servicio de las empresas de medicina y los grandes laboratorios, acorde a una subjetividad sometida a los valores de la cultura dominante, generando enfermos imaginarios de enfermedades creadas por los propios laboratorios. Su resultado es que el sujeto encuentra la solución en una pastilla, dándole felicidad transitoria (Carpintero, 2011). Una idea similar, pero aplicada a la industria militar, la sostiene Yuval Harari señalando que en la guerra de Irak y Afganistán se suministraban psicofármacos a los soldados para avanzar a pesar del cansancio.

“El principio está claro: las manipulaciones bioquímicas que refuerzan la estabilidad política, el orden social y el crecimiento económico se permiten e incluso se fomentan (por ejemplo, las manipulaciones que calman a los niños hiperactivos en la escuela o que hacen avanzar a los soldados en la batalla)” (Harari, 2015, págs. 764-776)

Peter Conrad (1982) toma como conceptos centrales la medicalización de la anormalidad y el control médico social acompañado del advenimiento de las modernas sociedades industriales, tratando a las enfermedades como construcciones sociales. Asimismo, problemas no médicos pasan a ser definidos y tratados como problemas médicos, ya sea bajo la forma de enfermedades o desórdenes, centra su interés en la medicalización del comportamiento anormal: la definición y la etiquetación del comportamiento anormal como problema médico, como enfermedad, que obliga a la clase médica a aportar algún tipo de tratamiento para el mismo. La intervención médica como control social pretende limitar, modificar, regular, aislar o eliminar el comportamiento anormal socialmente definido utilizando medios médicos y en nombre de la salud (Conrad, 1982)

En resumen, la enfermedad es una construcción social basada en el juicio humano de cierta condición existente en el mundo. La anormalidad es en esencia una definición social. Al igual que la enfermedad, es una construcción social. Por consiguiente, antes de que pueda medicalizarse la anormalidad, el comportamiento debe ser definido y reconocido como anormal.

Al igual que Carpintero, Conrad, Donnangelo y Untoiglich coinciden que las farmacéuticas frecuentemente son las promotoras de la medicalización y es la estructura económica la que permite que ocurran estos procesos, en base a los intereses de la clase dominante; además concuerdan en que se aborda la problemática no desde lo social, sino desde lo biológico. Cuando una definición y un tratamiento de la anormalidad se institucionalizan, se desarrollan intereses creados para mantener dicha definición.

La perspectiva que abordaremos sobre la medicalización en el TDAH, apunta a que estos procesos medicalizadores surgen como una alternativa que predomina como tratamiento, ya que este trastorno “molesta en clases”, es disruptivo; como señala Conrad (1982) por ende esto busca domesticar a los sujetos, como explica Carpintero.

### Patologización de la infancia

Autores como Daniel Korinfeld, Gabriela Dueñas y Gisela Untoiglich advierten que el diagnóstico de Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad se encuentra inscrito en operaciones patologizantes de la infancia.

Gabriela Dueñas (2015) indica que la medicalización ha tendido a hegemonizar los discursos sobre los malestares de la sociedad, avanzando también sobre la niñez y adolescencia, reduciendo para esto de manera científicamente injustificada, complejas problemáticas sociofamiliares y escolares a la idea de que todas ellas se tratan en realidad de “supuestas” deficiencias o trastornos neurocognitivos, donde se recurre a medicamentos para tratar estos problemas. Este fenómeno de hacerse de ciertos recursos propios de la medicina para intentar resolver rápidamente problemáticas de otro orden, operan disociando lo socio afectivo de lo cognitivo, y como consecuencia, promueven prácticas que terminan vulnerando, desde una perspectiva integral, no sólo la salud de las personas, sino también y desde distintos puntos de vista sus derechos en general.

“Podemos nombrar como patologizantes a un conjunto de operaciones: políticas, a programas, estrategias, dispositivos; intervenciones puntuales; campos argumentales; cuyos efectos ubican en un lugar de enfermo/a de, o de potencialmente enfermo, anormal, desviante; o pasible de traumatización o desubjetivización, a quienes son su objeto señalado” (Korinfeld, 2005, pág. 1).

De esta manera, la patologización de la infancia supone la tendencia a concebir como enfermas ciertas conductas, comportamientos pasados, presentes y futuros de un sujeto, o de un grupo, es decir comportamientos que expresan la presencia de alguna disfunción orgánica y/o psíquica. Es atribuir a ciertos comportamientos y modalidades subjetivas un origen en alguna razón de orden médico psicológico. Korinfeld señala que esta táctica patologizadora que ha hecho el diagnóstico y medicalización del TDAH, en manos de la medicina y la psiquiatría principalmente, finalmente invisibiliza una trama social-institucional de la que el sujeto es objeto, donde muchas veces se dejan de lado variables importantes como las relaciones familiares o dentro del colegio, y se le atribuye causalidad directa a un trastorno.

En este mismo sentido, Dueñas señala que estos procesos medicalizadores de los que hablábamos anteriormente centran su foco en una población vulnerable, tomando como objeto a los niños, quienes se encuentran en pleno proceso de construcción. “En este sentido, una de las cuestiones que resultan particularmente preocupantes, deriva de considerar que, con este tipo de intervenciones, se imprimen marcas en sus trayectorias de vida social, familiar y escolar, cuyos efectos los compromete incluso a futuro” (Dueñas, 2015, pág. 3).

¿Cuáles son los pasos que instalan el proceso de patologización en el campo de la salud mental? Untoiglich (2014) señala que los procesos patologizadores de la infancia suelen seguir los siguientes pasos: en principio, suele haber una búsqueda de causa unívoca y determinista, donde impera un paradigma fijo de normalidad y todo lo que queda por fuera se califica como anormal. Acto seguido, se produce un acto de nominación que construye una clasificación que da sentido a todo lo que le ocurre a ese sujeto y su vida pasa a ser leída desde esa única condición. Es a partir de allí que toda la historia de ese sujeto estará atravesada por dicha categorización.

“Cuando un niño fracasa en la escuela y este fracaso es atribuido exclusivamente a su TDAH, sin revisar toda la complejidad implicada que promueve dicho fracaso, entonces el proceso de patologización está en marcha. La mayoría de las veces esto ocurre sin que ninguno de los actores pueda percibirlo, generando una marca persistente en la subjetividad en construcción del niño, que va a determinar su presente, tanto como su porvenir” (Untoiglich, 2014, pág. 25).

### Infancia en la escuela

Otro de los conceptos claves que abordaremos es el de la infancia en la escuela, pero la infancia es un concepto complejo de definir y al conjugarse con la escuela se torna aún más difícil de precisar y delimitar, puesto que conllevan varias aristas.

En relación al concepto de infancia, Sandra Carli (1999) lo presenta vista desde la subjetividad y la historicidad del tiempo. Lo que se piensa del “niño” varía según la época, por ejemplo, desde la concepción del feudalismo o capitalismo se percibe de distinta manera. Además, esta percepción depende del “adulto”, de las lógicas familiares, políticas estructurales, etc. Por ende, no se habla de “infancia”, sino de “infancias” es decir, una “mutación de la experiencia infantil”. Asimismo, las estructuras externas permean la vida cotidiana infantil, por esta razón que no es fija. De la misma manera, agrega que el adulto, el cual como figura de poder, ve al niño como algo que se puede moldear.

Carli señala que:

Lo que sucede es que las infancias se configuran con nuevos rasgos en sociedades caracterizadas, entre otros fenómenos, por la incertidumbre frente al futuro, por la caducidad de nuestras representaciones sobre ellas y por el desentendimiento de los adultos, pero también por las dificultades de dar forma a un nuevo imaginario sobre la infancia (Carli, 1999, pág. 2).

Entonces, es posible concluir, que la historia de la infancia está atravesada por las luchas políticas, las ideologías y los cambios económicos del contexto, como cualquier otro objeto de interpretación historiográfica. Cabe destacar también la importancia de los procesos de socialización en el niño (constitución social de la identidad de los individuos), por medio de otros con grupos de referencia y/o pertenencia, instituciones, relaciones interpersonales, múltiples o personales, y también el género. El proceso de socialización se constituye como un elemento importante ya que:

Se trata de un proceso continuo en el que el o los individuos aprehenden, aprenden y transmiten aspectos sustantivos, significativos y simbólicos del mundo social que los involucra en un espacio y un tiempo específicos (político, social, cultural, histórico). En este proceso sucesivo y continuo, los niños irán edificando su propia historia y contribuyendo a la construcción social en los lugares más simples, como familias o en los más ampliados, como sus comunidades (Carli, 1999, pág. 9).

De la misma forma y siguiendo la línea de la construcción del concepto de infancia y de la importancia del contexto del cual se habla, Carmen Pérez (2004) rescata el aporte desde la sociología al tratar la infancia, temática “adueñada” históricamente por la psicología. De esta forma, señala que siendo este un objeto de estudio sociológico ha sido insuficientemente estudiado por esta disciplina. Aun así, la mirada sociológica ha develado el carácter no natural de la infancia, sosteniendo la premisa de la niñez como construcción social: “el niño no es una categoría natural ni universal, determinada por la biología; tampoco es algo inamovible. La infancia, por el contrario, es algo variable desde el punto de vista histórico, cultural y social” (Pérez, 2004, pág. 150).

Así también, esta premisa desecha la concepción que se ha tenido de la infancia como un estado previo a la sociedad, idea que ha sido defendida por Durkheim (1975) cuando al hablar de educación la plantea como el espacio donde los niños se preparan para la adultez, considerando la niñez como un tránsito hacia la adultez que no tiene mayor importancia y que no constituye un espacio social en sí; sino que esta forma parte, en palabras de Pérez, de una “cristalización de estructuras, de procesos e instituciones sociales que va a dar lugar a la materialización de un ser social” (Pérez, 2004, pág. 150): la infancia es en sí misma una categoría sociopolítica. Siguiendo esta línea, se debe tener en consideración que son los adultos quienes monopolizan el poder de definir la infancia, definiéndola como lo que no es, evaluándolo desde criterios exclusivamente adultos: racionalidad, moralidad, autocontrol, buenas costumbres.

Han fijado los criterios por los que hay que comparar y juzgar a los niños. Han definido los tipos de conducta adecuados y apropiados para ellos en diversas edades. Incluso cuando no han pretendido más que describir a los niños, o hablar en su nombre, los adultos irremisiblemente han establecido definiciones normativas de qué es infantil (Pérez, 2004, pág. 152)

La escuela es una de las instituciones claves en la construcción de la infancia, dedicada a la socialización de las normas, reglas y prácticas sociales que se necesitan en la vida social y en la adultez. Se trata de un espacio donde el poder se configura en torno a la figura del maestro, quien es autoridad moral frente al niño, y donde conocimiento y disciplina van de la mano.

Continuando con esta idea, en “Vigilar y Castigar” (1975) Michael Foucault apunta a la institución escolar como uno de los espacios donde la disciplina, como un tipo de tecnología de poder, está enfocada en producir subjetividades dóciles y obedientes, y entramadas en una relación de subordinación entre sujetos, que en el contexto escolar son entre el profesor y el alumno. De esta manera, Foucault señala que, en la escuela, el cuerpo es sometido a una manipulación mediante el disciplinamiento, valiéndose del control del tiempo, de las actividades y del cuerpo de los niños.

Este autor realiza una constante referencia al mundo militar para hablar de la escuela, donde la relación que se da entre alumno y maestro es de señalización, siguiendo pautas y códigos establecidos de antemano; tal como el soldado quien “disciplinado comienza a obedecer mándesele lo que se le mande; su obediencia es rápida y ciega; la actitud de indocilidad, el menor titubeo sería un crimen”<sup>6</sup>. En la escuela el panorama es muy similar:

“La educación de los escolares debe hacerse de la misma manera: pocas palabras, ninguna explicación, en el límite un silencio total que no será interrumpido más que por señales: campanas, palmadas, gestos, simple mirada del maestro, o también, el pequeño utensilio de madera que empleaban los hermanos de las Escuelas Cristianas; lo llamaban por excelencia la “señal” y debía unir en su brevedad maquinal la técnica de la orden a la moral de la obediencia” (Foucault, 1975, pág.194).

En resumen, puede decirse que el aparato disciplinario que se despliega en la institución escolar se basa en cuatro características: distribución espacial, debido al espacio utilizado en la sala de clases en este caso, ya que se ubica a los niños en hileras, por capacidad de aprendizaje, jerarquizando, ordenándolos; control de

---

<sup>6</sup> L. de Boussanelle, *Le bon militaire*, 1770, pág.2

las actividades, por el tipo de actividades y tareas que se les asignan y permiten a los niños las cuales son simples y repetitivas; control del tiempo, maximizando el uso del tiempo para no desperdiciarlo y utilizándolo en las tareas precisas; vigilancia jerárquica, donde se busca una vez más el control a través de la mirada de una figura de autoridad, en este caso está siempre en el frente de la sala el profesor vigilando la conducta; y la sanción normalizadora, donde dentro de todo sistema disciplinario existe un mecanismo penal, con sus propias leyes, delitos especificados y formas de sanción ante los incumplimientos.

El propósito de todo este aparataje llevado a cabo por la escuela tiene que ver con utilizar el aprendizaje como dispositivo de control, dice Foucault, y también lo dice Peña (2006), donde

“el sistema el aprendizaje en la escuela toma un lugar fundamental de control e incluso en ocasiones, de coerción. Esta hipótesis no la extraigo solamente de la observación de las mediciones de calidad, me refiero de hecho a los discursos que los propios escolares sostienen respecto a su experiencia en la escuela. Entonces, de manera más específica, quisiera sostener que para el niño como alumno el aprendizaje escolar es un dispositivo de control” (Peña, 2006, Pág. 3)

Para lograr este cometido, resulta esencial que los estudiantes acaten las reglas, estando atentos y concentrados. En relación con esto, es que el TDAH no es funcional en lo absoluto para la escuela.

## **Capítulo V. Marco Metodológico**

### **5.1 Tipo de diseño**

Esta investigación es de carácter cualitativa, ya que se busca indagar los posicionamientos discursivos que tiene la comunidad escolar acerca de las niñas y niños diagnosticados con Trastorno por Déficit Atencional y/o Hiperactividad (TDAH). Una tarea fundamental de la investigación cualitativa consiste en explicar las formas en que las personas comprenden, narran, actúan y manejan sus situaciones cotidianas, así como su finalidad es una descripción densa, una comprensión y obtener estas desde múltiples realidades (Álvarez-Gayou, 2003).

### **5.2 Tipo de estudio**

El estudio será de tipo descriptivo y transversal: “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 80). De esta forma, esta investigación es del tipo descriptiva, así también, el diseño será transversal ya que la información será recogida sólo durante un tiempo específico, el cual será mencionado más adelante.

### **5.3 Técnica de producción de datos**

Las técnicas de producción de datos utilizadas serán dos:

La observación etnográfica nos será útil para identificar la interacción entre los niños diagnosticados, sus profesores y compañeros de curso, es decir el clima escolar. “Esta plantea como propósito describir lo que las personas de un sitio como estrato o contexto determinado hacen habitualmente y explicar los significados que le atribuyen a ese comportamiento” (Álvarez-Gayou, 2003, pág. 77). Estas se realizarán tanto en la sala de clases como en los recreos, donde mediante una pauta se observarán a los niños con TDAH y a sus compañeros, así como las interacciones de estos con los profesores e inspectores. La observación etnográfica nos será útil para familiarizarnos con el contexto escolar, conocer la aplicación de los protocolos, a los alumnos y las interacciones entre los actores presentes. Así también, se usará para complementar las entrevistas que se realizaran posteriormente y poder así contrastar los resultados de ambas.

En segundo lugar, están las entrevistas semi-estructuradas a la comunidad educativa del colegio, las cuales tienen una secuencia de tema para la entrevista y algunas preguntas sugeridas (Álvarez-Gayou, 2003). Esta técnica nos permitirá acercarnos a los posicionamientos discursivos de los distintos actores que conforman la comunidad educativa. Asimismo, las entrevistas a informantes claves permitirán acceder a un conocimiento experto sobre la materia para acercarnos un poco más a la problemática. Estas fueron realizadas a un neurólogo infantil y a una encargada de una fundación especializada en TDAH en Valparaíso.

#### **5.4 Técnica de análisis de datos**

Los actores que rodean a un estudiante diagnosticado con TDAH tienen distintos posicionamientos discursivos en torno al niño y a su diagnóstico. Estas posiciones permiten emerger preguntas en torno a las implicancias de las construcciones que realizan estos actores, visiones que se plasman en estos discursos. Como señala Foucault (1971) el lenguaje no sólo describe la realidad, sino que también permite realizar acciones sociales, a la vez que deja entrever relaciones de poder que son asimétricas (Citado en Iñiguez & Antaki, 1994).

Se entenderá el discurso como “un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales. El análisis consiste en estudiar cómo estas prácticas actúan en el presente manteniendo y promoviendo estas relaciones: es sacar a la luz el poder del lenguaje como práctica constituyente y regulativa” (Iñiguez & Antaki, 1994, pág.63). Es importante analizar el discurso de los actores de la escuela, porque este es un lugar de construcción. Al nombrar y posicionarse con respecto a otros, se construye una visión, una perspectiva con respecto a estos.

Un posicionamiento discursivo “es el proceso discursivo donde las identidades se localizan en conversaciones en las que participantes, observable y subjetivamente coherentes, conjuntamente producen argumentos” (Davies & Harré, 2007, pág. 246). Los distintos actores que son parte de la comunidad educativa constituyen diversas posiciones en la trama discursiva, donde un elemento central de la investigación es indagar e identificar cada una de estas posiciones.

La técnica a utilizar para el análisis de las entrevistas es el análisis del discurso (AD). Esta se enmarca en el giro lingüístico, una inflexión en las ciencias sociales que se tradujo en una mayor atención al papel que desempeña el lenguaje como un medio para representar la realidad: “este pasa de ser considerado como un simple medio para traducir o expresar nuestras ideas, a ser considerado como un instrumento para ejercitar nuestro pensamiento y constituir nuestras ideas” (Ibáñez, 2003, pág. 42).

Dentro del giro lingüístico como ya se señalaba, una de las técnicas más reconocidas es el Análisis del Discurso (AD), el cual es:

Una etiqueta común para definir una gran cantidad de métodos empíricos que son utilizables y utilizados para el estudio de una gran variedad de temas, que, sólo a título de ejemplo, podemos decir que van desde el estudio de las interacciones cotidianas cara a cara, hasta procesos como la memoria, el pensamiento y las emociones e, incluso, problemas sociales como la exclusión social, la diferenciación de género o el racismo (Íñiguez, 2003, pág. 43).

Por otro lado, para el análisis de la observación etnográfica, se procederá a una categorización de los resultados encontrados y un informe que detalla cada una de estas. Recordemos que la observación nos servirá como complemento de las entrevistas y para la familiarización con el contexto de la investigación.

## **5.5 Población y muestra**

La población por investigar serán los colegios de la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL) que tengan niños con TDAH, asimismo, que cuenten con el Programa de Integración Escolar (PIE). La muestra seleccionada será la Escuela España.

## **5.6 Decisiones muestrales**

El criterio de selección de la muestra es la incorporación del PIE al currículo escolar. Esto se debe principalmente a que para integrar niños y niñas con NEE, el establecimiento debe tener incorporado este programa. De esta manera, las entrevistas y observaciones se realizarán en dos cursos del colegio (2do y 5to básico). Esto último es debido a que, como ya se señaló anteriormente, la

administración de medicamentos para el tratamiento de TDAH comienza a los siete años.

La observación etnográfica se realizó durante el mes de noviembre de 2017 y la aplicación de las entrevistas fueron durante diciembre del mismo año y enero de 2018.

La siguiente tabla nos ilustra los criterios de selección de los sujetos a entrevistar:

Tabla N°2: Criterios de selección de entrevistados

<b>Entrevistas semi-estructuradas</b>	<b>Criterio de inclusión</b>
Profesoras jefes de ambos cursos	Estas docentes son los que más pasan tiempo con los alumnos
Encargada PIE	Son los profesionales que se dedican a las NEE
Apoderados de niños diagnosticados en ambos cursos	Estos sujetos aportaran con la visión de la familia de la niña o niño diagnosticado
Encargado de convivencia escolar	Este profesional se encarga de los protocolos de convivencia escolar

Fuente: elaboración propia

## 5.7 Pautas de entrevistas y observación etnográfica

Tabla N°3: Pauta de entrevista a profesoras jefes y encargado de convivencia escolar

Introducir a la entrevista y preguntar:

¿Percepción sobre el aumento del diagnóstico de TDAH?

Posicionamientos discursivos	
<p>Visión del TDAH</p> <p>Percepción del TDAH</p> <p>Perfil conductual de los niños diagnosticados</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué es para usted el TDAH?</li> <li>2. ¿Cómo lo define?</li> <li>3. ¿Cuál es el tratamiento adecuado?</li> <li>4. ¿Cuál es el comportamiento de estos niños?</li> <li>5. ¿Cómo cree usted que estos niños se desarrollaran en el futuro?</li> </ol>
<p>Abordaje en clases</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Cuéntenos un día normal de clases y como se incluye a estos niños</li> <li>7. ¿Podría decirme cuales son los tipos de problemas que se dan con los niños TDAH? ¿Uds. como los manejan? (tanto en clases como en recreos u otras instancias)</li> <li>8. ¿Hay protocolos frente a los problemas que surgen? ¿Cuáles? ¿Se ha tenido problemas con ellos?</li> <li>9. ¿Cómo se dan las relaciones entre los compañeros? ¿Y con los profesores?</li> </ol>
<p>Comunidad educativa</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Relátenos cuál ha sido la historia de la participación de la familia en el tratamiento de los niños</li> <li>11. ¿Cuáles son los roles de otros miembros de la comunidad escolar con respecto a estos niños? (inspectores, PIE, etc.)</li> </ol>

Fuente: elaboración propia

Tabla N°4: Pauta de entrevista a encargada PIE

Introducir a la entrevista y preguntar:

¿Percepción sobre el aumento?

Posicionamientos discursivos	
<p style="text-align: center;">Visión del TDAH Percepción del TDAH</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué es para usted el TDAH?</li> <li>2. ¿Cómo lo define?</li> <li>3. ¿Cuál es el tratamiento adecuado?</li> <li>4. ¿Cómo son estos niños?</li> <li>5. ¿Cómo cree usted que estos niños se desarrollaran en el futuro?</li> </ol>
<p style="text-align: center;">Abordaje en clases</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. ¿Cuál es el rol del programa PIE en estos casos? ¿En la sala de clases?</li> <li>7. Cuéntenos un día normal de clases y como se incluye a estos niños</li> <li>8. ¿Podría decirme cuales son los tipos de problemas que se dan con los niños TDAH? ¿Uds. como los manejan? (tanto en clases como en recreos u otras instancias)</li> <li>9. ¿Hay protocolos frente a los problemas que surgen? ¿Cuáles? ¿Se ha tenido problemas con ellos?</li> <li>10. ¿Cómo se dan las relaciones entre los compañeros? ¿Y con los profesores?</li> </ol>
<p style="text-align: center;">Comunidad educativa</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Relátenos cuál ha sido la historia de la participación de la familia en el tratamiento de los niños</li> <li>12. ¿Los roles de otros miembros de la comunidad escolar con respecto a estos niños?</li> </ol>

Fuente: elaboración propia

Tabla N°5: Pauta de entrevista a apoderados

Introducir a la entrevista y preguntar:

¿Percepción sobre el aumento?

Posicionamientos discursivos	
<p style="text-align: center;">Visión del TDAH Percepción del TDAH</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué es para usted el TDAH?</li> <li>2. ¿Cómo lo define?</li> <li>3. ¿De qué manera detectó que el niño tenía TDAH?</li> <li>4. Con respecto al tratamiento con medicamentos, ¿resuelve los problemas? ¿Han surgido otros problemas a raíz de este?</li> <li>5. ¿Cuál es el tratamiento adecuado?</li> <li>6. ¿Cómo es su hijo(a)?</li> <li>7. ¿Cómo cree usted que se desarrollara su hijo(a) en el futuro?</li> </ol>
<p style="text-align: center;">Desenvolvimiento en el hogar</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Cuéntenos un día normal en el hogar</li> <li>9. ¿Surgen problemas que le sean difíciles de manejar?</li> <li>10. ¿Qué hacer cuando la situación lo supera? (crisis, comportamiento hostil, suministro de pastilla S.O.S, etc.)</li> </ol>
<p style="text-align: center;">Comunidad educativa</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. ¿Cómo es la relación con el colegio?</li> <li>12. ¿Qué es lo que le cuenta su hijo(a) frente a su día a día en el colegio?</li> <li>13. ¿Cómo se lleva con sus compañeros?</li> <li>14. ¿Cómo es la relación con otros apoderados?</li> </ol>

Fuente: elaboración propia

Tabla N°6: Pauta de observación

<b>Capacidad del docente de concretar su función</b>	Si es que puede realizar el objetivo de la clase
<b>Actitudes de los niños con respecto a sus compañeros TDAH</b>	Cómo reaccionan los niños frente a las actitudes de sus compañeros TDAH
<b>Cómo se desenvuelven los niños TDAH</b>	Cómo interactúan en clases y en recreos
<b>Cómo se realiza la clase</b>	Continuidad o no de la clase, inclusión de todos los niños
<b>Protocolos</b>	Protocolos frente a crisis y frente a los niños TDAH
<b>Control del aula</b>	A qué recursos se recurre frente al desorden, la desobediencia de todos los niños
<b>Medicalización</b>	Uso y administración de fármacos en la sala de clases
<b>Interacción profesora con niño TDAH</b>	Alude a como interactúan y se relacionan las profesoras con los niños diagnosticados

Fuente: elaboración propia

## **Capítulo VI: Relevancia teórica, metodológica y/o práctica**

### **6.1 Teórica**

A diferencia de las investigaciones anteriores con respecto al tema, las que se enfocan en describir las causas o los actores que participan en el diagnóstico, esta investigación hace una innovación en el abordaje del TDAH, centrándose en el niño, más que en el diagnóstico o en el adulto, el médico o experto.

Las investigaciones generalmente se centran en la idea del niño proyectándolo con la adultez, por ende, se hace relevante un enfoque que se preocupe de los niños poniéndolos como centro y observando todo el entorno que lo rodea; tomando en cuenta cómo este entorno es el que lo forma, lo permea y lo construye.

### **6.2 Práctica**

Socialmente, el aporte de esta investigación radica en indagar las consecuencias del diagnóstico del TDAH en los niños y en la construcción que se hace de estos en su entorno, tanto educativo como familiar. Los resultados de este estudio serían un aporte para abordar de manera distinta el diagnóstico, y para que el sistema educativo tenga una nueva manera de hacer las cosas frente a estas situaciones.

## **Capítulo VII: Análisis de resultados**

El siguiente capítulo contempla la presentación de los resultados de la observación etnográfica y el análisis de los resultados de las entrevistas semi estructuradas. La estructura del capítulo responde a los objetivos específicos de la investigación, los cuales recordaremos:

1. Identificar los posicionamientos discursivos que realizan los distintos actores de la comunidad escolar
2. Sistematizar los posicionamientos discursivos de los distintos actores de la comunidad escolar
3. Describir los posicionamientos discursivos de los distintos actores de la comunidad escolar

### **7.1 Resultados de observación etnográfica**

Para preparar y enriquecer la aplicación de las entrevistas, se procedió a realizar un trabajo de observación etnográfica. Las observaciones obtenidas, efectuadas en el aula del segundo y quinto básico, permitieron enfocarnos en el comportamiento de los niños diagnosticados y las interacciones con su entorno, además fueron útiles para acercarnos a su vida cotidiana en la escuela.

Los resultados obtenidos fueron estructurados de acuerdo a las siguientes categorías de observación:

- Realización de la clase (continuidad de contenidos e integración de alumnos)
- Estrategias de control del aula
- Capacidad del docente para concretar su tarea
- Desarrollo de los niños con diagnóstico de TDAH
- Actitudes de los niños sin TDAH con respecto a sus compañeros con diagnóstico de TDAH
- Aplicación de protocolos
- Interacción profesora con niños diagnosticados con TDAH
- Medicalización

Previamente a la presentación de los resultados, se procederá a una descripción de ambas salas de clases, donde los planteamientos teóricos de Foucault con respecto al disciplinamiento nos serán útil para entender el funcionamiento de la escuela.

### **Sala segundo básico**

La sala es de color verde claro, tiene el abecedario pegado en la pared e imágenes de cómo debo comportarme en clases, así como una pizarra blanca de plumón y un data para proyectar, puerta de color blanco. Está muy decorada, tiene bastante luz, es grande, los niños se sientan en filas individuales, por lo general tienen las cortinas cerradas, ya que las ventanas de un lado de la sala dan a calle, por lo que distrae a los niños.

### **Sala quinto básico**

En general tienen las cortinas cerradas y muy desordenada, murallas color verde limón, pizarra blanca para plumón y una pizarra para el data (hay un data). Poseen casilleros para los alumnos, pero sin puerta, de madera y dos casilleros grandes con llave para la profesora. Respecto a la decoración, poseen murales: uno completo (que dice educación pública) y otros incompletos, un poco desprolija. Y el techo al parecer es de lata, la puerta es de color blanco, se golpea mucho por el viento. Con relación a las ventanas, algunas están malas y no se cierran. La sala es un poco más pequeña en comparación a la del segundo básico y los niños se ubican sentados de a dos.

Como describe Foucault, la disciplina es fundamental para el orden de los cuerpos, más aún la distribución que utilizan del espacio y en ambos cursos se puede apreciar este principio. Además, en ambos la profesora se ubica adelante en una esquina de la sala con su mesa y su silla, para que todos los niños puedan mirarla y para que ella se vea como la figura de autoridad. “La disciplina procede ante todo a la distribución de los individuos en el espacio” (Foucault, 1975, Pág. 164). Para ello se emplean varias técnicas:

“La disciplina exige a veces la clausura, la especificación de un lugar heterogéneo a todos los demás y cerrado sobre sí mismo. Lugar protegido de la monotonía disciplinaria” (Foucault, 1975, Pág. 164). Esto se ve expresado en los colegios actuales, antiguamente el caso de los conventos e internados en un principio contenían la más perfecta educación, eran considerados colegios modelos.

“El principio de "clausura" no es ni constante, ni indispensable, ni suficiente en los aparatos disciplinarios. Éstos trabajan el espacio de una manera mucho más flexible y más fina. En primer lugar según el principio de localización elemental o de la división en zonas. A cada individuo su lugar; y en cada emplazamiento un individuo”. (Foucault, 1975, Pág. 166). Esto se aprecia en la ubicación que toman los niños y la profesora en la sala de clases, por ejemplo al sentarlos de a dos o individualmente para que no conversen, sacando el provecho al máximo a su espacio y al orden. El espacio disciplinario tiende a dividirse en tantas parcelas como cuerpos o elementos que repartir haya, es por esto por lo que la disciplina organiza un espacio analítico. El espacio está pensado y analizado para que funcione de la mejor manera. De esta manera, la sala de clase conforma un gran cuadro único, de entradas múltiples, bajo la mirada cuidadosamente "clasificadora" del maestro: la profesora como autoridad que hay que obedecer. Por ende, la sala de clases está organizada para fabricar espacios disciplinarios complejos. “Al organizar las "celdas", los "lugares" y los "rangos", fabrican las disciplinas espacios complejos: arquitectónicos, funcionales y jerárquicos a la vez” (Foucault, 1975, Pág. 171). Esto permite, garantizar la obediencia de los individuos, pero también una mejor economía del tiempo y de los gestos. Para lograr un mayor aprendizaje en el menor tiempo posible, en el caso de los niños con TDAH, no logran encajar con estos parámetros, por lo que quedan atrás, no son funcionales para esta maquinaria.

Se evidencian “actividades múltiples, pero ordenadas; y por otra parte, el ritmo impuesto por señales, silbatos, voces de mando, imponía a todos unas normas temporales que debían a la vez acelerar el proceso de aprendizaje y enseñar la rapidez como una virtud”; (Foucault, 1975, Pág. 179) tal y como se describe anteriormente en las categorías de análisis cuando los niños tienen que obedecer las instrucciones de la profesora, ordenarse en filas, aplaudir para que terminen las actividades, etc. Entonces se busca, “habituar a los niños a ejecutar pronto y bien las mismas operaciones, disminuir en la medida de lo posible por la celeridad la pérdida de tiempo que supone el paso de una operación a otra”(Foucault, 1975, Pág. 180).

Esta estrategia “ha hecho funcionar el espacio escolar como una máquina de aprender, pero también de vigilar, de jerarquizar, de recompensar” (Foucault, 1975, Pág. 170). Por ejemplo: cuando se recompensa a los niños mediante stickers o puntos y se les castiga anotándolos en el libro de clases o agenda,

citando al apoderado, llevándolos al encargado de convivencia, dejándolos fuera de la sala de clases; debiendo seguir al pie de la letra los reglamentos.

“La minucia de los reglamentos, la mirada puntillosa de las inspecciones, la sujeción a control de las menores partículas de la vida y del cuerpo darán pronto, dentro del marco de la escuela, del cuartel, del hospital o del taller, un contenido laicizado, una racionalidad económica o técnica a este cálculo místico de lo ínfimo y del infinito” (Foucault, 1975, Pág. 163)

Es decir, se busca calcular y economizar al máximo los tiempos desde lo más pequeño, minucioso y detallado de manera infinita, perpetuamente.

Comenzando con el análisis de las categorías de observación, con respecto a la primera **“realización de la clase”** que hace referencia a la continuidad o no de la clase y a la inclusión de todos los niños, en segundo básico se forman en filas para entrar a la sala de vuelta del recreo. Al iniciar la clase, hacen ejercicios de relajación o cantan para calmarse luego del recreo, también inician las clases diciendo la palabra “actitud”, “yo me siento y tomo una actitud de clases”. Es muy difícil que la clase comience de inmediato, algunos niños no entran a la sala a la hora, se quedan afuera, cuando hay algún conflicto en los recreos se debe solucionar. Por ejemplo: hay desorden por una situación que pasó en el recreo, de que se les perdió una pelota a los niños, por ende hay muchas interrupciones que cortan el hilo de la clase, la mayoría de los niños son distraídos y conversadores. Tienen que esperar que todos terminen la actividad para continuar. Los demás que ya terminaron se aburren, se les pide que sigan avanzando, mientras los otros terminan. En la mañana tienen arte y música, entonces a las 11:30 am que les toca matemática o lenguaje están muy desordenados. Además, a los niños con NEE los dejan hacer las pruebas con sus compañeros y después se las repiten con ayuda de las encargadas del programa de integración escolar, para que no queden en desventaja de sus compañeros. Una encargada del programa de convivencia escolar le corresponde entrar a supervisar y apoyar algunas asignaturas algunas veces a la semana, cuando ella está presente hay un mayor control y continuidad de la clase.

En quinto básico, se forman en filas separadas por género para entrar a la sala luego del recreo, realizan ejercicios de relajación mientras están en la fila y también cuando ya están sentados en sus lugares. La clase se realiza con interrupciones, ya que se les llama reiteradas veces la atención a los que se

distraen y distraen a los demás. Este curso es más reactivo a la participación, por lo que se trabaja más con la estrategia de trabajos en grupo y aprendizaje audiovisual.

En ambos cursos se da la inclusión de los niños TDAH, pese a las interrupciones constantes que generan a lo largo de la clase. De todas formas, se ve que en todas las clases presenciadas en ambos cursos la estructura y el formato de la cátedra está diseñada para alumnos “normales”, y son los niños que con NEE quienes deben adaptarse a esta estructura estándar de clase, o las profesoras quienes deben variar su estrategia de enseñanza para lograr la inclusión y el aprendizaje de estos alumnos.

La segunda categoría **“estrategias de control del aula”** hace alusión a los recursos que se utilizan frente al desorden y desobediencia de los niños.

En segundo básico, en la sala de clases hay otra profesora que cumple el rol de profesora asistente, la que asiste en los casos de desobediencia o entregando materiales. Cuando están muy distraídos o tienen un comportamiento muy rebelde, los cambian de puesto generalmente y cuando la desobediencia ya es excesiva los dejan fuera de la sala a modo de “castigo” o los llevan al encargado de convivencia. Para un mayor control, utilizan estrategias, como por ejemplo: en la pizarra hay un panel donde están anotados quienes se portan mal y quienes se portan bien, al final de la clase se les da un sticker a los que se portan bien y se van acumulando en un librito y los que junten más se ganan un premio. Tienen imágenes de cómo debo comportarme en clases. Respecto al uso de uniforme, algunos niños asisten con uniforme (buzo o pantalón de tela gris) otros con ropa de calle, algunos están con cotona; no hay exigencia en este aspecto. Se pide repetidas veces que guarden silencio. Existe control de disciplina mediante caritas. Tienen una frase en una esquina de la pizarra que la utilizan cuando tienen que resolver problemas: “escuche, piense y hable”. Niños con TDAH interrumpen la clase, se les pide que se callen, se mueven en la silla, les llaman la atención, los sientan adelante, les piden que se concentren, se paran y se mueven de puesto en puesto, tiran cosas. Aunque en general le llaman la atención a todo niño que interrumpa, pero mayor énfasis y repetidamente a niños con TDAH.

En quinto básico, en general son muy desordenados y conversadores, las clases comienzan a la hora. Cuando la desobediencia es demasiada la profesora hace que se paren y hagan movimientos con las manos, luego les da una “charla motivacional” para que le hagan caso. También hacen ejercicios de relajación con las manos al inicio de la clase. Se les llama la atención a los niños que se “portan mal” y es generalizado, no solo a los niños con TDAH. En algunas asignaturas funcionan con un sistema de “puntos”, como estrategia para promover un buen comportamiento. Se hace callar a todo niño que hable o interrumpa (no sólo a los niños con TDAH). Los niños se distraen con facilidad, cualquier estímulo los desconcentra, por ejemplo cuando suena un celular. Se paran y se sientan para saludar cuando llega alguien a la sala. La profesora los ordena y los cambia de puesto, para que haya ambiente de clases y no conversen tanto, espera a que todos estén quietos para comenzar, se recurre mucho a la estrategia de trabajo de relajación con las manos y el cuerpo.

A modo general las profesoras utilizan los mismos recursos para lograr el control del aula, tanto para los niños TDAH como para los demás compañeros. Se evidencia que una de las metas dentro de la sala de clases es lograr el control y el orden de los distintos tipos de alumnos presentes.

La tercera categoría “**capacidad del docente para concretar su tarea**”, hace referencia a si el docente puede realizar el objetivo de la clase.

En segundo básico, a la profesora jefe se le dificulta su labor, porque está retando o ayudando a los niños que quedan atrasados, pero finalmente logra el objetivo de la clase. No lo logra al 100% porque menciona que no tiene todas las capacidades para hacerlo.

En quinto básico, a ratos la clase no avanza nada, reiteradamente se les dice a los niños (dependiendo del caso) que si no entienden o si les va mal, no es culpa de la profesora, es culpa de ellos. Esto ocurre en algunas asignaturas, no en todas.

En ambos cursos no siempre se lograba cumplir el objetivo de la clase, el aprendizaje esperado para ese día. Se hace difícil para las profesoras porque el desorden a veces era mucho y no todos los alumnos lograban concentrarse, independiente de si eran niños con algún tipo de NEE. Esto puede explicarse por el diseño del sistema educativo chileno, donde “el currículo escolar actual se

caracteriza por la extensión, el abultamiento de contenidos y exigencias de competencias cognitivas complejas y sofisticadas, muchas de las cuales no calzan con las competencias intelectuales esperadas para una determinada edad” (Céspedes, 2012, Pág. 106).

La cuarta categoría “**desenvolvimiento de los niños con diagnóstico de TDAH**”, alude a cómo interactúan los niños TDAH en clases y en recreos.

En segundo básico, se distraen con facilidad ante cualquier estímulo o buscan otras cosas que hacer, que les parecen más entretenidas. Hay veces que algunos niños TDAH están más tranquilos. En el recreo, algunos niños juegan taca-taca esperan su turno, juegan, aunque ocurren situaciones que generan conflictos, se relacionan de buena manera con los demás, también juegan a las peleas. Algunos tienen permitido entrar y salir de sala, cuando se demoran mucho una de las profesoras los va a buscar, van a buscar dibujos o deambulan. Son cariñosos. A algunos no les gusta jugar y deambulan por el patio. Repetidamente se les llama la atención, se señala que se sienten bien, que no salten, que saquen el cuaderno y trabajen, se paran e interrumpen reiteradamente, que se concentren, que no se balanceen en la silla. La profesora asistente colabora a que la clase pueda realizarse y se va a sentar junto a los niños con TDAH, sino los sientan adelante o los van cambiando de puesto. También, tienen momentos en los que ponen atención, participan, trabajan, se concentran y están tranquilos.

En quinto básico, los niños con TDAH molestan más a sus compañeros, juegan a las peleas durante el recreo o les quitan las cosas, también algunos no juegan y se quedan solos. Son distraídos, hacen otras cosas, se les llama la atención repetidas veces. En clases, algunos se sientan en el piso, se acuestan en el piso y comienzan a rayar el piso, toman y quitan cosas de sus compañeros y las botan al suelo. Algunos no trabajan, no hacen nada, se distraen y hacen otras cosas. Cuando hay pruebas, les cuesta mucho concentrarse, algunos no lo logran y hablan fuerte, distrayendo a sus compañeros, ensucian la prueba, la arrugan, se paran e interrumpen a sus compañeros.

El factor común, de los niños con TDAH es que son muy distraídos y no prestan atención en clases, no siguen instrucciones y se mueven mucho dentro de la sala. En general, están “molestando” a sus compañeros durante la clase, siempre tienen desordenados sus espacios, sus cuadernos, lápices, etc. Al no seguir las actividades de la clase van quedándose atrás y la profesora debe volver a

ayudarlos o repetir la actividad. Se puede decir que estos niños si son un elemento disruptivo para la clase y para el resto de sus compañeros.

La quinta categoría **“actitudes de los niños sin TDAH con respecto a sus compañeros con diagnóstico de TDAH”**, se refiere a cómo reaccionan los niños frente a las actitudes de sus compañeros con TDAH.

En segundo básico, los compañeros reclaman ante algunas diferencias que se hacen con los niños con TDAH, por ejemplo cuando un niño está tomando su medicamento con un jugo, los otros niños reclaman a la profesora que está tomando jugo en clases y por qué ellos no pueden “a él le toca un medicamento, por eso está tomando jugo” (Profesora 2° básico). Los niños hablan del caso de un compañero en particular que se pone loco si no se toma las pastillas y que tiene problemas en la cabeza. En recreo, le preguntan si quiere jugar y no responde, sólo camina, anda solo.

En quinto básico, son más crueles, por ejemplo: un niño de los que está diagnosticado se para a pedir corrector y la profesora le dice que busque con los compañeros que tiene cerca, no con los amigos que están más lejos, porque se pasea por toda la sala y una niña le dice ¿y tú? ¿Tienes amigos? Además, los mismos compañeros se encargan de hacer callar a los niños con TDAH.

Podemos decir que los problemas que se generan entre niños TDAH y sus compañeros tienen que ver mucho con la edad en la que se encuentran, donde los niños más chicos no están tan pendientes de los otros y no son crueles, mientras que los de quinto básico sí. Puede que tenga que ver con la entrada a la adolescencia.

La sexta categoría **“aplicación de protocolos”** hace referencia a los protocolos frente a crisis y frente a los niños con TDAH. En segundo básico, cuando ocurren situaciones complejas como en el caso del recreo el inspector es el encargado de velar por los niños, por ejemplo: el inspector trae a uno de los niños con TDAH a la sala para avisar a la profesora jefe de la situación que ocurrió en el recreo, para que tome medidas, por consiguiente lo sientan en otra parte de la sala junto a la encargada del PIE y como no le hace caso se lo lleva afuera para hablar con él, luego entran otra vez y nuevamente no sigue las instrucciones de la encargada

del PIE, por lo que se lo lleva definitivamente fuera de la sala y con la agenda, ya que lo anotará en el libro y lo mandará con comunicación a la casa.

Se utiliza la agenda como medio para sancionarlos o definitivamente hablar con el apoderado: “Profesora le dice a uno de los niños diagnosticados que hablará con la mamá a la salida, porque no ha parado de conversar en toda la clase” (Profesora jefe, segundo básico). También, se derivan al encargado de convivencia escolar, por ejemplo: uno de los niños muerde a otro, por lo que la profesora jefe lo lleva al encargado de convivencia.

En quinto básico, se utiliza como medio de sanción mandarlo al encargado de convivencia escolar y quedar anotado en el libro de clases “el que molesta queda anotado y lo mandan al encargado de convivencia escolar y suspendido si tiene muchas anotaciones” (Profesora jefe, quinto básico).

En ambos cursos, cuando los niños TDAH “se portan muy mal” se los llevan de la sala, las profesoras amenazan con mandarlos a la oficina del encargado de convivencia escolar. Respecto al protocolo de medicamentos, se les suministran pastillas a algunos niños TDAH a determinada hora (los compañeros saben de esta situación).

El protocolo correspondiente a todos los cursos es el siguiente. Cabe señalar que este es el conducto regular para todos los niños, pero es mayormente utilizado por los niños con TDAH.

Imagen N°3: Protocolos de convivencia escolar



Fuente: protocolo Escuela España

La séptima categoría “**interacción profesora con niños diagnosticados con TDAH**” alude a como interactúan y se relacionan las profesoras con los niños diagnosticados. En segundo básico, la profesora jefe tiene un buen trato con todos los niños y mayor comprensión con los niños diagnosticados, siempre buscando capacitarse y tratando de que todos pudiesen aprender.

En quinto básico, notamos una actitud en la que la profesora de una asignatura responsabiliza al niño diagnosticado de lo que pasa en la clase, por ejemplo: “me estas acosando”; “me estás molestando tú a mí y a mí nadie me viene a defender”; “que pasa cuando estamos todos tratando de tener un buen clima y tú rompes eso, ese momento de paz y amor”; “no te hagas el chistoso conmigo”; “es que él quiere llamar la atención”; “ponte a leer”; “boquita cerrada”. (Profesora de inglés, quinto básico). Respecto a su profesora jefe, no hace distinciones, trata a todos los niños de igual manera.

El trato que se da entre la profesora y el alumnos TDAH tiene que ver exclusivamente con la paciencia que tenga esta y el nivel de capacitación para manejar niños con NEE. De esta manera esto surge como un problema estructural, del cual se hablará más adelante, pues el nivel de capacitación de las profesoras para tratar NEE suele ser bajo o nulo.

La octava categoría “**medicalización**”, se refiere al uso y administración de fármacos en la sala de clases. En segundo básico, en general uno de los niños diagnosticados es medicado al inicio de la clase, ya que le preguntan si ingirió las pastillas, tanto la profesora jefe como la asistente y algunos de sus compañeros. Era rutinaria está situación, ya que las 12:00 pm ingería su segunda dosis del día. A simple vista puede verse como una situación “normal”, como ingerir cualquier fármaco, pero algunos de sus compañeros relatan que si él no se toma las pastillas “se pone loco”, por ende comprenden a su manera que ese medicamento es para evitar situaciones complejas y/o violentas, por eso se preocupan de que las tome, ya que sirven para que se concentre. Es habitual el estimular la participación de todos los niños, se logra una buena inclusión de todos frecuentemente.

En quinto básico, a las 12:00 pm algunos niños diagnosticados salen a tomar su medicamento. Algunos tienen hora con especialistas, como psicólogos. El tema de la medicación es algo cotidiano y normal para los niños, siendo este el tratamiento principal dentro de la escuela para los niños con TDAH.

## **7.2 Análisis de resultados: Los posicionamiento discursivos de la comunidad educativa**

Con respecto al objetivo específico *“Identificar los posicionamientos discursivos que realizan los distintos actores de la comunidad escolar”*, la codificación de categorías para realizar el análisis facilitó el proceso mismo y los posicionamientos discursivos identificados en las entrevistas son cuatro, los cuales serán descritos en el objetivo específico N°3.

- 1. Diagnóstico y medicamento**
- 2. Estigma del diagnóstico**
- 3. Papel de la familia**
- 4. Problemáticas estructurales**

### 7.3 Análisis de resultados: Sistematización de posicionamientos discursivos

Con respecto al objetivo específico N°2, “Sistematizar los posicionamientos discursivos de los distintos actores de la comunidad escolar”, la siguiente tabla ilustra la sistematización de los posicionamientos discursivos de los actores de la comunidad educativa.

Tabla N°5: Sistematización de posicionamientos discursivos

Discursos	Sub categorías	Teoría	Actores
<b>Diagnóstico y medicamento</b>	1.- Importancia de la categorización-diagnóstico 2.- Lo positivo del medicamento 3.- Falta del medicamento genera problemas 4.- Contradicción	Patologización Korinfeld Untoiglich	Escuela
<b>Estigma del diagnóstico</b>	1.- Diagnóstico-medicamento como negativo 2.- Prejuicios del medicamento 3.- Niños no son normales	Goffman	Escuela Familia
<b>Papel de la familia</b>	1.- Responsabilidad de las estrategias de abordaje 2.- Crítica al colegio v/s falta de estrategias	Céspedes	Escuela Familia
<b>Problemáticas estructurales</b>	1.- Falta de estrategias 2.- Programa PIE 3.- Neurólogos	Foucault Céspedes	Escuela Familia

Fuente: elaboración propia

La tabla N°5 ilustra los posicionamientos discursivos de la comunidad educativa. El primero de estos tiene relación con el diagnóstico del TDAH y la medicación de este, donde estos dos elementos surgen como categorías relevantes para la comunidad educativa del colegio. Este primer discurso aparece en los actores de la escuela principalmente. El concepto teórico que da sustento a este posicionamiento es el de patologización de la infancia, presentado por Gisela

Untoiglich y Daniel Korinfeld; así también Peter Conrad con su concepto de medicalización.

El segundo posicionamiento identificado tiene que ver con la estigmatización que se genera con el diagnóstico del TDAH, donde la teoría de Irving Goffman y su concepto de estigma es útil para entender este proceso que se da. Los actores que presentan este discurso son tanto la escuela como la familia de los niños.

Un tercer posicionamiento identificado en la comunidad educativa tiene relación con el papel y la responsabilidad que tiene la familia con los niños diagnosticados con TDAH, en donde tanto la escuela como la familia hablan de esto, generándose una contradicción entre ambos.

Finalmente, el cuarto posicionamiento discursivo hace referencia a las problemáticas estructurales, donde ambos actores sostienen que estas generan problemas en la cotidianidad de sus hijos. Con “Vigilar y Castigar” (1975), Foucault entrega el sustento teórico para complementar el trasfondo estructural de alguno de estos problemas, de la misma manera como lo hará la doctora chilena Amanda Céspedes.

#### **7.4 Análisis de resultados: Descripción de posicionamientos discursivos**

El tercer objetivo tiene como finalidad el “*Describir los posicionamientos discursivos que realizan los distintos actores de la comunidad escolar*”. Anteriormente ya fueron identificadas las posiciones discursivas de los actores de la comunidad educativa investigada. A modo general, los discursos nos muestran que sí es relevante tener un diagnóstico para la escuela, y que este generalmente está asociado al uso del medicamento; también está la existencia de un estigma asociado al diagnóstico de TDAH, vinculado a prejuicios con respecto al diagnóstico y al medicamento; la responsabilidad que tiene la familia en este tema es algo que aparece bastante en el discurso de la escuela principalmente; y por último, existe un trasfondo estructural que dificulta los procesos educativos, en especial en este caso de niños con déficit atencional.

## 1. Diagnóstico y medicamento

El primer discurso que aparece bastante en las entrevistas es el de la importancia que tiene el diagnóstico y la medicación de los alumnos. El tema del TDAH se aborda como una condición especial que tiene el alumno, la cual le permite ser un niño normal, pero que suele distraerse con mayor facilidad y no prestar atención a la clase y las órdenes que se dan en este contexto. Abiertamente se señala que estos alumnos generan un problema en la clase, ya que dificultan la labor del profesor y el llevar a cabo la clase con normalidad.

“(...) entonces frente a eso es complejo en clases cuando él está desconcentrado, porque él deambula por la sala, escucha, entiende, pero cuando él se descompensa la verdad es que provoca un caos en la sala, y finalmente yo ya no puedo estar en la sala, hay que salir y si le da la rabieta controlarlo fuera de la sala hasta que pueda bajar...” (Encargada PIE).

De esta forma, este escenario cambia y suele ser más favorable cuando el alumno está diagnosticado con el TDAH.

“mira, eh... son, en primer, si no están diagnosticados son difíciles, difíciles de gobernar de controlar de realizar la clase... son, sus impulsos, su atención, y suelen distraer al compañero también porque no es que lo hagan para sí mismos, empiezan a tirar gomas, a conversar, y no se pueden... si al final no es culpa de ellos, no es culpa de ellos, entonces lo que necesitamos ahí es conversar con el apoderado, pero una vez que estén diagnosticados...” (Encargado de convivencia escolar)

Se resalta bastante la idea de la necesidad de tener el diagnóstico del neurólogo, quien es uno de los varios profesionales que puede realizarlo. Aunque el medicamento no es el único tratamiento para este tipo de condición, sí es el más utilizado y el que la escuela finalmente busca tener, imponiéndose casi como un mandato hacia los apoderados.

“derivamos al neurólogo abiertamente y **nos colabora** bastante que los niños vengan medicamentados y nos hace considerarlo como cualquier otro niño más, porque una vez que están bien medicamentados tienen un buen diagnóstico eh son como cualquiera, como cualquiera, yo vi en muchos casos en muchos casos eran brillantes pero hay que saber diagnosticarlos” (Encargado convivencia escolar).

La escuela encarga a los apoderados la responsabilidad de llevar al niño al especialista, para que así puedan brindarles un buen un servicio a los niños, esto deja en entredicho que si no van al neurólogo no van a ser bien atendidos en la escuela.

“nosotros entendemos que ellos merecen ser bien atendidos, pero para eso **nos tienen que ayudar un poco**, y cuando se pide algún especialista que los lleven a algún especialista, algunos de ellos son reticentes, algunos lo entienden y con el tiempo lo agradecen” (Encargado convivencia escolar)

La escuela manifiesta reiteradamente la derivación al neurólogo a los apoderados. Esto deja claro que lo que se busca finalmente es la receta del medicamento, pues es el único profesional que puede recetar la medicación.

“Y también **me dijeron que tenía que tener un diagnóstico del neurólogo** eeh...lo llevé al neurólogo y no me gustó eh...el diagnóstico que me dio. Si bien fue déficit atencional con hiperactividad eh no me gustó en la forma...en que él me lo manifestó” (Apoderada 1, 2° básico)

Como se señaló, para el colegio cobra importancia tener el diagnóstico, y si bien cada niño es distinto, la visión de la escuela apunta a que la medicina complementaria o naturista no es lo más favorable para él, sino la medicina tradicional que vendría a ser el medicamento. Al buscar otro tipo de alternativas, el efecto de estas sería más lentas, o simplemente no se notaba un cambio en él.

“El...colegio me decía de que no hacía efecto, de que, que eh y para lo que la condición de él esto era muy suave y si bien iba a tener efecto, iban a ser efectos como eh..en más adelante...iba a ser como...más lento” (Apoderada 1, 2° básico).

En este caso, la apoderada ya con el diagnóstico no quiso acceder a la receta del neurólogo, puesto que se niega a darle este tipo de medicamentos, pero para el colegio esto se vuelve crítico, ya que para ellos este niño en “particular” si necesita el tipo de medicación “tradicional”.

“Eeh yo no accedí a la receta, lo llevé a su pediatra particular y su pediatra le dio medicina naturista” (Apoderada 1, 2° básico)

Para reafirmar la idea de la necesidad del medicamento, la escuela insiste bastante en lo positivo que resulta este para el alumno, utilizando estrategias para convencer de que tomar ese camino es algo positivo para el niño, porque una vez medicado, el niño ya “no se porta mal” y puede aprender.

“el caso del B es que la abuelita me conocía, yo le hice clases a su hijo y por eso confió en mí y lo llevó al médico y ahí nosotros le explicábamos que era el médico quien recetaba el medicamento no yo y después me encargue de explicarle todas las cosas buenas que el niño hace con la medicación, “mire, está poniendo atención”, cuando el niño ya está con medicamento nos preocupamos más de la parte pedagógica (...) entonces ahí hubo una ayuda grande...” (Profesora 2° básico).

De la misma manera, es el neurólogo que atiende a uno de los niños quien se encarga de señalar lo positivo que es la administración de este medicamento.

“Solamente yo eeh...cuando llevé a mi hijo, a mi otro hijo por déficit atencional me dijeron de que...que era un...me explicaron todo el tema y lo que perjudica que el niño no tome la pastilla, porque los baja el autoestima, se vuelven agresivos...” (Apoderada 2, 2° básico)

Es en este punto donde podemos identificar una contradicción en el discurso de los actores de la escuela. En un principio señalan que este diagnóstico no está asociado necesariamente a un medicamento y que eso no es lo más importante en el tratamiento del alumno, pero resulta bastante positivo para el funcionamiento normal del niño y de la clase, y es así como se impone la necesidad de contar con el medicamento.

El problema surge cuando algún apoderado se niega a este, no es capaz de entender esta situación o decide suspender el tratamiento.

“Y así como que, que onda yo no le di nunca más la pastilla, no más la pastilla que yo hablé y no me querían dar la...la...la el pase para que fuera sin pa que no tomara más la pastilla, hasta que me lo atendieran en el mm en el consultorio “ (Apoderada 2, 2°básico)

En este caso, una apoderada decide quitarle el tratamiento a su hijo y la buena relación que se tenía con la escuela cambia drásticamente.

“Apoderada: sí, me brinda apoyo, ha sido bien positivo, bien eh, debo decir, que en el primer semestre mientras estuvo medicado la profesora tuvo un trato muy amable y muy cordial hacia nosotros, en el segundo semestre ese trato fue fue distinto, se truncó, no hubo, eh, si bien en las reuniones se dirigía a mí con respecto al tema, ya no había ese trato como amable que había como en un principio, como que se rompió esa relación

Entrevistadora: cuando le quitó la pastilla

A: si, se rompió, noté que hubo como un, se rompió esa relación

E: ¿y usted cree que es como por eso?

A: sí, sí, por las pastillas” (Extracto entrevista apoderada 1, 2° básico)

Finalmente, y a modo de síntesis, podemos señalar que para la escuela cobra vital importancia la categorización del niño en el caso del TDAH. Esta importancia que cobra el diagnóstico del TDAH para la escuela finalmente categoriza al estudiante dentro de una condición médica desde la cual toda la vida y las cosas que le suceden a ese niño pasan a ser explicadas desde esa categorización. Esta patologización que se hace de los niños va también de la mano con la medicalización, la cual se torna necesaria para el tratamiento de este déficit.

Como señala Conrad (1982), las estrategias medicalizadoras penetran diversos círculos sociales para hacerse cargo de problemas que no siempre son de índole médico. En este caso, la institución escolar se convierte en uno de estos espacios donde la medicina trae una solución al problema de niños que no encajan en lo que se espera de ellos dentro de una escuela. Este comportamiento que escapa de la niñez “normal” debe ser tratado de una forma. Para ello tiene que ser definido como tal y es allí que el imperativo que se da dentro de la escuela con respecto al diagnóstico cobra importancia: “la intervención médica como control social pretende limitar, modificar, regular, aislar o eliminar el comportamiento anormal socialmente definido utilizando medios médicos y en nombre de la salud” (Conrad, 1982). Esta categorización de niños dentro de diagnósticos genera un problema, el cual ha sido identificado en el segundo posicionamiento discursivo de los actores de la escuela.

## **2. Estigma del diagnóstico**

Un segundo discurso que emerge bastante en las entrevistas es el de cierto estigma que se tiene con respecto al diagnóstico de TDAH, y también de la misma forma con el medicamento. Si bien, como ya se mencionó, existe esa persistencia de que el alumno tenga el diagnóstico, podemos vislumbrar una especie de rechazo frente a este tema, donde se ve como algo malo el estar categorizado como un niño con esta condición. Para entender de mejor manera esta idea, el concepto de estigma de Goffman (1964) deja en evidencia muchas cosas que suceden con esta situación. Este será utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador; pero lo que en realidad se necesita es un lenguaje de relaciones, no de atributos. Un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor puede confirmar la normalidad de otro y, por consiguiente, no es ni honroso, ni desacreditador en sí mismo.

“Profesora: No tampoco hago... un estereotipo, porque si no, tú puedes generar que "Ah es que él...es" y le pones una etiqueta

Entrevistadora: Sí

P: Entonces...evito poner una etiqueta, entonces ¿por qué él toma pastillas? porque la necesita, suficiente, si me hace otra pregunta se la contesto

E: Mmm

P: Pero no, no indago ni, ni coloco etiquetas, porque él puede quedar etiquetado para toda la vida de que es déficit atencional, evito eso, lo evito” (Profesora 2° básico)

Otra idea que reafirma este estigma del diagnóstico es la situación que ocurre bastante donde se oculta la hora de tomar el medicamento, se intenta que los demás no sepan que ciertos alumnos deben medicarse.

“Entrevistadora: ¿y los compañeros saben que toman medicamento?  
Encargado: hemos sido muy cuidadosos de cuidar eso, el “oye, te tomaste la pastilla o te toca tomártela” eso ya no lo hacemos así en público, porque entendemos que eso es parte de la vida privada y se puede prestar para un cierto bullying, entonces ese tipo de cosas, “anda arriba con la tía” sabemos que a las 12.30 el niño se toma su medicamento o a veces a las 9.30, pero lo hacemos en forma discreta porque en algún tiempo atrás esto se tomó para molestar al niño, “oiga profesor este todavía no se tomó la pastilla” (Encargado convivencia escolar).

De la misma manera, hay un prejuicio hacia el medicamento. Entre los apoderados principalmente, existe la creencia de que el medicamento es algo que a los niños los deja “drogados” o puede causar algún perjuicio. Las siguientes citas ilustran esta idea: “y es nada más porque...la mamá no quería darle la medicación, porque ella pensaba que el niño se iba a enfermar” (Profesora 2° básico).

“Porque... los medicamentos no no hacen siempre esté dormido, simplemente se concentraba, pero siempre fue inquieto y después...eh la mamá le cambió la dosis, porque él...cre seguramente creció...engordó un poquito...el neurólogo decidió...cambiarle la medicación, aumentarle la dosis y el niño como que le dio sueño y la mamá pensaba que lo estaba drogando” (Profesora 2°básico).

De la mano de ese prejuicio y estigma, está la idea que tienen tanto los actores de la escuela como los apoderados sobre sus propios hijos. Hay una percepción sobre estos niños que los sitúa como niños no iguales a los otros, no completamente normales. En el caso de los apoderados, estos señalan que estos niños necesitan las ayudas especiales por encontrarse en una posición distinta a la del resto y por estar medicados.

“Y eso... está, aunque tenga déficit atencional y saben que lo tiene, él está...él no está siendo evaluado distinto, igual que cualquier niño. Y esa es la parte la como que la encuentro fuerte po, que otros niños están completamente...yo sé que mi hijo es normal, pero está completamente...eh...diferente a los otros niños po, porque él toma un medicamento” (Apoderada 2, 2° básico).

En el caso de los actores de la escuela, esta percepción de anormalidad se da en el hecho de la persistencia del diagnóstico, el cual categoriza a estos niños y los posiciona de una manera distinta a la del resto de sus compañeros de clase.

El estigma que surge en esta situación tiene que ver con la categorización y patologización que se hace de estos niños, como señala Dueñas (2015) con este tipo de intervenciones que son el diagnóstico y medicalización de los niños, se imprimen marcas significativas que atraviesan sus trayectorias de vida social, familiar y escolar, dejándolos estigmatizados.

Esto provoca finalmente un rechazo, lo cual no es algo que se haga conscientemente, sino que se debe a “expectativas normativas inconscientes”, ya que es la sociedad la encargada de categorizar y fijar los parámetros de lo que es “normal” o “anormal”, entonces al enfrentarse a las personas y encontrar lo “distinto” generan expectativas, por ende, al no cumplir con lo que esperan de la persona es rechazada. En este caso, son niños que podrían “haber sido fácilmente aceptados en un intercambio social corriente poseen un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos, anulando el llamado que nos hacen sus restantes atributos” (Goffman, 1963, Pág. 15). Por ende, puede tener atributos muy buenos, pero este rasgo anula todo lo demás, de manera que lo que “molesta” es lo único que se ve de la persona, constituyendo su identidad social, atravesando su esencia, en lo único que nos fijamos. Lo que le ocurre al sujeto y su vida entera pasan a ser vistas desde este diagnóstico, es a partir de allí que toda la historia del niño estará atravesada por dicha categorización y estigmatización (Untoiglich, 2014).

### **3. Responsabilidad de la familia**

Un tercer posicionamiento discursivo de parte de los actores de la escuela tiene que ver con la falta de responsabilidad de la familia en el abordaje de sus propios hijos con TDAH.

“Pero esa regulación tiene muchos factores que tiene que ver con lo que... como...como son la rutinas de los padres por ejemplo, que los papás no saben colocar rutinas y también ellos improvisan, porque tampoco entienden...las condiciones de los niños eeh...igual aquí el nivel sociocultural igual es bajo entonces los papás no tienen como muchas estrategias...más funciona el garabato y el coschacho que...que una educación más...amorosa...eeh como...entonces eeh es complejo y si, siento eso” (Profesora 2° básico)

Esta irresponsabilidad también tiene que ver con el tema de no asumir la solución para el problema, es decir, acudir al neurólogo para que diagnostique al niño y aceptar la medicación.

“Profesora: Aunque los médicos se lo hayan dicho, a ellos les cuesta aceptar  
Entrevistadora: Aah ya  
P: Que el niño tiene una condición diferente, que no es una enfermedad, sino es que es una condición  
E: Aah les cuesta entender...  
E: Claro  
P: Entonces a ellos les cuesta...les cuesta asumirlo y no abordan la situación como corresponde  
E: Como se debe  
P: Entonces a uno le toca la parte fea de decirle las cosas que uno ve y las mamás a veces no entienden se molestan y son reticentes al cambio, entonces ellos son reticentes a no darles medicamentos o son reticentes a no seguir con las estrategias y ahí cuesta” (Profesora 2° básico)

Son las mismas apoderadas quienes señalan la falta de rutinas y horarios establecidos de estudio o recreación en sus hogares.

“Eeemm...pero no, así como que...hoy tiene que hacer esto, esto así como horarios así no tenemos” (Apoderada 2, 2° básico)

La familia cumple un rol fundamental en este tema, pues son los encargados de hacerse cargo del problema y establecer estrategias familiares eficientes para mejorar la vida escolar de los niños.

“... mira, ellos reciben ayuda, pero acá en la escuela, afuera no, entonces... eh... es como una mesa po, de tres patas, o sea, tiene que equilibrarse y acá hay una pata que no está funcionando y te digo, en la mayoría de estos niños, en el 99,9%, y no sólo con estos niños, sino que con todo el resto, con todo el resto... eso” (Profesora 5° básico)

“... el trabajo con la familia ahí es fundamental, porque a veces no lo tenemos o los papás dicen que lo hacen y uno se da cuenta que realmente no lo hacen, y papás que si lo hacen y ahí se ven los resultados” (Encargada PIE)

“(...) ellos también tienen obligaciones, los papás sobre todo tienen obligaciones, de hacernos caso, de llevar al niño al neurólogo, el neurólogo nos va a traer algunas recomendaciones, y se amerita también el medicamento, no es la única estrategia dejémoslo claro” (Encargado convivencia escolar)

Muy por el contrario, el discurso de la familia con respecto a este tema apunta a que la escuela no suele dar indicaciones de este tipo, siendo el medicar a los niños el único consejo. De la misma manera, los apoderados no establecen las estrategias necesarias para facilitar el proceso de sus hijos, tales como establecer rutinas y horarios de estudio, los cuales en los casos del TDAH ayuda bastante para estructurar la vida de los niños.

Como señala Amanda Céspedes, no se trata solo de la problemática del “niño”, sino que su entorno influye de igual manera y puede empeorar su diagnóstico. Es el adulto el encargado de contener y educar al niño, no se debe dejar de lado esta arista. Como señalan las entrevistas, las familias en su mayoría no tienen rutinas, ni hábitos de estudio que sean un pilar para organizar la vida de los niños, sumado a eso se dan problemas familiares que lo acentúan aún más. No puede entenderse esta condición sin antes indagar todo lo que atraviesa al niño y es lo que generalmente sucede al momento de diagnosticar, ya que el profesional a cargo no aborda esta perspectiva, debe ser un equipo multidisciplinario que haga seguimiento constante y a lo largo del tiempo.

Sin duda alguna que tales conductas pertenecen al niño, pero ellas son provocadas, mantenidas y empeoradas por el ambiente y por adultos que actúan ignorando o desconociendo que, allí donde hay niños, el papel fundamental del adulto es el de ser un educador para la vida. Si convivimos con niños, no podemos eludir nuestra responsabilidad: somos sus educadores, les estamos enseñando a cada instante cómo enfrentar los desafíos de la vida de manera socialmente adecuada, con miras a la adaptación, al crecimiento personal, al logro de una adultez plena y equilibrada. (Céspedes, 2012, pág. 76).

#### **4. Problemáticas estructurales**

El último discurso presente en las entrevistas tiene que ver con problemáticas estructurales que escapan de las manos de la escuela y de la familia, las cuales son tres. Una de estas tiene directa relación con las derivaciones al neurólogo, donde tanto la escuela como los apoderados reconocen una falta de prolijidad a la hora de diagnosticar a los niños.

“Porque él no le hizo exámenes, no, no le hizo algún test eh...como para decir sí a su condición, no él es un niño inquieto con condiciones especiales, es un niño con hiperactividad, pero no tiene déficit atencional no sé, algo que más me explicara, porque fue mi relato más informes del colegio y él aah ya: "es déficit atencional: receta" (Apoderada 1, 2° básico)

“desgraciadamente, derivamos a algunos neurólogos que hacen algunas evaluaciones muy simples, los papás nos cuentan que ni siquiera vieron al niño, ni lo atendieron, nunca levantó la vista el neurólogo para mirarlo y le dan el medicamento 5 minutos y chao...” (Encargado convivencia escolar)

Señalan que los doctores suelen guiarse solamente por los comentarios del apoderado y de la escuela, y diagnosticar rápidamente.

“(...) en esa oportunidad cuando me citaron en el consultorio y lo observaron...también me dijeron déficit atencional con hiperactividad, pero sin ningún test, nada, ninguna cosa” (Apoderada 1, 2° básico).

De la misma manera, el tratamiento que se indica suele ser únicamente el medicamento, sin dar mayores indicaciones para el abordaje de esto.

“Bueno eeh...en el consultorio no te dan ningún otro tratamiento, solamente te dicen la pastilla y, y, chao ningún consejo ni nada de eso” (Apoderada 2, 2°básico).

“Que se pone colorado, empieza a transpirar..., empieza a patear la puerta...,y querer el lápiz celeste, lápiz celeste, lápiz celeste; entonces esas cosas...eh...nosotros como profesores básicos no estamos (hace una pausa) capacitados para salir a abordarla” (Profesora 2° básico).

En la segunda problemática estructural, se evidencia una falta de capacitación de los profesores, que no tienen las herramientas para enseñarles a este tipo de niños, ni las estrategias para manejarlos, ni controlar su conducta, por lo que se trata de anticipar la conducta, solo están preparados para “los otros niños”. Por ende, al no tener las herramientas necesarias, se debe optar por seguir la clase o poner atención a estos niños, de esta manera se torna difícil lograr objetivos clase a clase o que esta misma tenga una continuidad, lo que les resulta muy frustrante a los profesores básicos

“Igual una las soluciona... y sale adelante, pero si estamos hablando de lo que me pasa a mí, a mí me pasa eso. Yo siento mucha frustración, porque por un lado me exigen cumplir con las planificaciones, con las clases, los objetivos de aprendizaje, las evaluaciones y toda la parte que corresponde...a lo técnico-pedagógico, pero cuando uno está en la sala, con niños con esta dificultad, no puede seguir ese ritmo que esperan de ti” (Profesora 2° básico)

Las dinámicas de clase son complejas, ya que hay niños que deambulan por la sala, otros que no ponen atención, se golpean, etc. Por esta razón, la profesora recalca que ella está preparada y acostumbrada “al otro tipo de niños” ese es el tipo de niño “estándar” para los que los profesores están acostumbrados, cualquier cambio en esto resulta problemático para ellos.

“Aparte que si andan deambulando afuera también...no es bueno, pueden tener un accidente..., que sé yo. Complejo, necesitamos más herramientas, nosotros los profesores, estrategias de manejo conductual con estos niños,

porque nosotros estamos preparados para manejo conductual con el otro tipo de niños” (Profesora 2° básico)

Es decir, los niños deben ser de determinada manera lo que no calza con nuestras expectativas de “niños normales”, de “niños estándar”, de “niños tipo”. Se rompe con lo que se espera y genera caos en el aula, en los profesores finalmente, quienes no tienen las herramientas para abordar este tipo de infancia.

Se reafirma la idea de que los profesores básicos no cuentan con las estrategias para el manejo conductual de estos niños, por ende el colegio se apoya en las educadoras diferenciales, pero ellas no están todo el tiempo en sala apoyando a estos niños, entonces el medicamento surge como la alternativa “más fácil” para mantenerlos tranquilos y que los profesores puedan realizar su clase.

“mira las estrategias los profesores básicos, debo decirlo que nos quedamos un poco atrasados, y las niñas que debiesen tener las estrategias que son las expertas las educadoras diferenciales, el tiempo que se les asigna a cada curso es el mínimo, entonces estos niños quedan como a la deriva... entonces, como es lo mejor, lo más fácil medicamentos, medicamentos para mantenerlos tranquilos y en cierta medida como están más tranquilos están más atentos, pero cuesta encontrar estrategias...” (Profesora 5° básico)

Además de que los profesores no cuenten con las estrategias necesarias, se agrega a la problemática otra mirada respecto a los profesores, ya que algunos se enfocan solo en el “niño problemático”, la culpa solo recae en estos niños con TDAH; siendo que ellos necesitan otras metodologías, otro tipo de atención y la solución más fácil es derivar a los niños con esta condición a un especialista que se encargue del “problema”. Niños calmados y tranquilos parece la solución perfecta para que ellos pongan atención en la sala de clases, resultado de esto es que los profesores también deberían cuestionarse si están utilizando todos los recursos a su alcance y no dejar como opción derivarlos a un especialista e ingerir solo el medicamento, deben tener una actitud crítica frente a estos problemas, cuestionarse que los niños tienen tales conductas debido a un trasfondo, más allá de su condición, más bien el TDAH actuaría como un gatillante a una serie de problemas que atraviesan los niños. Asimismo, es la educación chilena la que necesita de manera urgente una revisión exhaustiva de sus métodos y principios, la educación bancaria y orientada al lucro, no favorece en nada el panorama de los niños, más aún en niños con TDAH. Es imprescindible poner en el centro a los niños y ahondar en su realidad, puesto que también puede ser el entorno en el que se desenvuelven una parte esencial de lo que realmente les pasa.

Pero la condición para este cambio debe ser una apertura de los profesores a otra mirada: los problemas de conducta no deben ser livianamente adjudicados a “un SDAH<sup>7</sup>” y derivados a especialista, sino que deben ser leídos como lo que son: señales de un sufrimiento emocional profundo en un niño que nada puede hacer para revertir la situación; señales de pésimos hábitos de vida que, más temprano que tarde, “pasarán la cuenta” o señales de una forma socialmente burda y primitiva de vivir. (Céspedes, 2012, pág. 78)

Como tercera problemática estructural, la cual se refleja también en la cita anterior de la profesora, está que el programa PIE tiene deficiencias. Las educadoras diferenciales no tienen muchas horas en sala, lo que dificulta que los niños que necesitan el apoyo extra de estas profesionales no cuenten con ellas en todo momento. Estas suelen verse obligadas a utilizar mucho tiempo en trabajo de planificación.

Así también, el PIE tiene cupos limitados por curso, haciendo que algunos niños con NEE como el TDAH queden fuera de este, sin poder optar al acompañamiento que necesitan debido a sus dificultades para poder concentrarse.

“Entrevistadora: Claro ¿Y eso que que involucra que no esté dentro del PIE?

Apoderada: Si po, porque es evaluado como cualquier niño po

E: Aah no tienen como los...tratos preferenciales

A: Exacto

E: ...O evaluaciones fuera de sala

A: No tienen afuera de sala, no está a la profesora que... la niña que los ayuda afuera, ni tampoco la escala de, de evaluación en nota tampoco es distinta, bueno nunca la han hecho...” (Apoderada 2, 2° básico)

“Entrevistadora: ¿Y por qué? ¿No ha tenido apoyo en la escuela?

Apoderada: No po, desde que lo sacaron no tiene el apoyo... y más encima hay tanto niño en sala en este caso, porque todos los otros eh...cursos tienen veinticuatro-veinticinco” (Apoderada 2, 2°básico)

Las dos últimas problemáticas apuntan a un problema mucho más macro que tiene que ver con el diseño del sistema educativo chileno.

---

<sup>7</sup> Amanda Céspedes para referirse al TDAH utiliza la nomenclatura SDA (Síndrome de Déficit atencional) y SDAH (Síndrome de déficit atencional con hiperactividad).

## Capítulo VIII: Conclusiones

El objetivo general de la investigación fue indagar los posicionamientos discursivos que realizan los distintos actores de la comunidad escolar de la Escuela España de Valparaíso con sobre las niñas y niños diagnosticados con TDAH. De esta manera, a partir de las entrevistas es que identificamos los discursos de estos actores, profesionales de la escuela y apoderadas de niños con este diagnóstico.

La importancia del estudio de los discursos tiene que ver por cómo estos actores construyen a estos niños, al nombrar y posicionarse sobre una realidad, esta se construye. Es por esto que resulta interesante conocer cómo es esta construcción en el caso de los niños diagnosticados con TDAH.

Para lograr esto, los objetivos específicos apuntaron a la identificación, sistematización y descripción de los posicionamientos discursivos de los actores que rodean al niño. A modo de recapitulación de los discursos, estos fueron cuatro: 1) *Diagnóstico y medicamento*, el cual es posible identificar con las ideas de la importancia que tiene el diagnóstico para la escuela, de la mano con lo positivo de la presencia del medicamento para estos niños. Esta idea finalmente resulta necesaria para la escuela pues es beneficiosa para el desarrollo de las clases. 2) *Estigma del diagnóstico*, discurso que está estrechamente vinculado al primero. Los niños son estigmatizados con este diagnóstico y tratamiento, al no encajar en lo definido como niñez “normal”. De esta manera, la hipótesis planteada al inicio de la investigación resulta confirmada. 3) *Papel de la familia*, en este posicionamiento de los actores encontramos una responsabilización hacia los apoderados en el papel que deben cumplir para con sus hijos y con la escuela, aunque finalmente es con la escuela, pues su falta de involucramiento, como por ejemplo al no asumir la situación y no medicar a los hijos, termina perjudicando a la escuela misma. Este fue un elemento no considerado al principio de la investigación, no le dimos la importancia que tenía y los resultados de la investigación evidenciaron que es uno de los ejes fundamentales en la problemática del TDAH. 4) *Problemáticas estructurales*, este último discurso está presente tanto en la escuela como en la familia y tiene relación con problemas con los neurólogos, falta de estrategias en la escuela y el programa PIE.

Tras conocer esto, son varias las reflexiones que quedan y que es necesario dejar en evidencia. Una de ellas es acerca del aumento del diagnóstico del déficit atencional. Las cifras que despertaron el interés de esta investigación tienen que

ver con un aumento significativo en nuestro país del diagnóstico del TDAH desde mediados del 2010, donde en tan sólo cuatro años el aumento fue de 191% (Sepúlveda, 2016). Este fenómeno se encuentra inscrito en el panorama mundial, donde el aumento también fue significativo. Mucho tiene que ver con la política pública de educación chilena, donde muy casualmente este aumento se da en conjunto a la puesta en marcha del Decreto 170 que entrega subvenciones especiales a los colegios.

Esto cobra vital importancia en la educación primaria y secundaria chilena, pues debemos tener en consideración que el financiamiento de esta se hace en gran parte gracias a las subvenciones que otorga el Estado a los establecimientos educacionales, ya que desde su implementación las subvenciones, se comenzaron a utilizar como mecanismo de control que estandariza a los estudiantes, los docentes y a las escuelas provocando que las escuelas compitan para tener mejores “índices de calidad” por ende mejores resultados mayor subvención y a deficientes resultados menor subvención. Pasa a un segundo plano entregar una buena educación.

De esta manera, el otorgamiento de subvenciones no refleja el nivel de calidad del establecimiento educacional, ni de sus estudiantes. Con el sistema de subvenciones queda la idea de que los establecimientos educacionales recurren muchas veces a el diagnóstico desmesurado del TDAH para obtener la subvención especial de parte del Estado.

Una segunda idea, con respecto a la estigmatización y los conflictos que se dan entre los apoderados y la escuela, tiene que ver con la idea misma de que el sistema escolar está enfocado exclusivamente a un tipo de niñez. La institución escolar se basa en la idea de que los niños aprendan todos los conocimientos que deben tener al finalizar el año, de esta forma, la disciplina y el orden dentro de la sala de clase se transforman en aliados esenciales para lograr este cometido. Asimismo, se busca exclusivamente un tipo de niño, un alumno ideal que logre obedecer y seguir las instrucciones que se le dan. Cuando esto no sucede, como en el caso de alumnos con TDAH, se da paso a una estigmatización de los niños. El problema aquí no es de los niños que no logran encajar en las exigencias del sistema escolar, sino más bien el problema radica en el sistema escolar mismo que busca estandarizar a los distintos estudiantes.

Así también, el problema tiene que ver con que las escuelas ya no se enfocan en que los alumnos aprendan de una manera integral, sino que nuevamente estandarizan un tipo de enseñanza, buscándose solamente un acumulamiento de conocimientos, sin un mayor cuestionamiento.

“Un sistema escolar que se centra de modo prioritario en el desempeño académico por sobre el desarrollo integral del alumno; un sistema que es sometido a pruebas nacionales de logros en aprendizaje diseñados para alumnos estándar. Cuando el objetivo de la enseñanza pasa a ser obtener buenos puntajes en las pruebas nacionales de logro, se pierde el norte de lo que es enseñar y, lo que es peor, aquellos chicos que se apartan de lo que es el ideal de alumno se transforman en “alumnos problema”. En cierto sentido, el sistema escolar “se lava las manos” y elude toda responsabilidad, negando el apoyo a niños que son indudablemente talentosos” (Céspedes, 2012, Pág. 107).

En tercer lugar, llama bastante la atención el discurso sobre las problemáticas estructurales en la escuela. Por una parte, está el problema de la educación misma y la deficiente gestión de programas para las escuela como el programa PIE. Por ejemplo, al cumplir los cupos por curso, hay niños con NEE que necesitan el apoyo que este programa brinda y que simplemente quedan fuera de este y de sus ayudas, y nos preguntamos ¿Qué pasa con estos niños? De la mano también está el problema de la sobrecarga administrativa que tienen las y los profesionales que son parte de este, debiendo destinar gran parte de sus jornadas a esto y dejando de lado su labor como docentes en aula, entregando el apoyo pedagógico necesario para los alumnos con distintos tipos de NEE, como el la discapacidad intelectual, trastorno de espectro autista y el TDAH entre ellos.

Así también, tal como las mismas profesoras entrevistadas manifestaron, está presente la problemática de que los profesores básicos no están capacitados para tratar con distintos tipos de estudiantes. Esto va de la mano con lo mencionado sobre la educación estandarizada, y que provoca un gran problema para los docentes, pues simplemente no tienen las estrategias adecuadas para enseñar a otro tipo de niño. Las profesionales del PIE debieran ayudar a sus colegas, pero como ya mencionamos, este espacio no suele ser tan recurrente debido a la labor administrativa que deben llevar a cabo dentro de las escuelas.

Por otro lado y siendo muy relevante, está el problema que se da con el diagnóstico del TDAH. El programa PIE señala que el diagnóstico del TDAH lo puede realizar tanto un médico general, médico pediatra o un psiquiatra, pero son los neurólogos los únicos con la autoridad médica para recetar el metilfenidato. De esta manera, las consultas se llenan de apoderados que muchas veces son presionados indirectamente por los colegios para la obtención del diagnóstico y

medicamento. Este es uno de los problemas. El más importante tiene relación con el procedimiento para diagnosticar finalmente el TDAH, donde tanto las apoderadas como los profesionales entrevistados concordaron en que el diagnóstico es algo muy simple, donde no se ahonda mucho en la historia del niño y se diagnostica con facilidad, muy a la rápida, fijándose simplemente en los problemas que ocasiona el estudiante hacia la escuela al no poder concentrarse y finalmente indicando la medicación como tratamiento único para solucionarlos. Podemos recordar lo que señalaban algunas autoras con respecto a que esto pudiese deberse a la penetración de la industria farmacéutica en diversos círculos sociales, uno de ellos las escuelas, para consolidar estrategias de marketing, es decir, ganar dinero en base a la medicalización de niños (Bianchi, Ortega, Faraone, Portugal, & Texeira, 2016; Conrad, Bergey, 2014).

En lo relativo a la observación etnográfica y los resultados encontrados con ella, nos permitió interpretar las distintas realidades del objeto estudiado. Esta técnica fue muy provechosa para que como investigadoras lográramos posicionarnos de una manera diferente frente a los niños y la cotidianidad de la escuela, siendo un complemento muy importante para las entrevistas. Con ella se revelan todos los procedimientos estructurados que se viven día a día en una escuela y que van moldeando a los alumnos, dejando en evidencia de una manera totalmente transparente las cosas, muy por el contrario con lo que pasa con las entrevistas, donde es más manejable lo que se quiere decir o mostrar.

Al cierre de esta investigación, se comenzó a problematizar el uso de fármacos en los colegios públicos, ya que una diputada del Partido Por la Democracia (PPD) Cristina Girardi puso en la discusión nacional esta disyuntiva. Hoy la ley sólo impide a colegios públicos condicionar la matrícula al uso de fármacos en niños con TDAH. El proyecto de la diputada consiste en “busca prohibir que los establecimientos educacionales condicionen la matrícula a la medicación de los niños. La iniciativa fue respaldada de manera transversal por los miembros de la Comisión de Educación de la Cámara, aprobándose la idea de legislar sobre esta materia” (Muñoz, 2018).

Creemos que esta iniciativa marcará un precedente en el tema del diagnóstico excesivo que se ha dado en los últimos años, y que se amplíe a todos los establecimientos educacionales ya sean públicos o privados. Por fin la autoridad y las políticas públicas están reconociendo el problema y poniendo interés en legislar este tipo de prácticas que terminan perjudicando a muchas familias y niños

De la misma manera, consideramos que los procedimientos para diagnosticar debieran ser más minuciosos y exhaustivos, ya que no existe un examen médico para certificar si un niño tiene TDAH. Esto debiese mejorarse y optar por un método de diagnóstico integrativo desde lo neuropsicológico a lo psicológico y desde allí a lo pedagógico y familiar, por ende el diagnóstico de TDAH no debe recaer en un sólo profesional o sólo en la mirada clínica. Amanda Céspedes (2012) señala que se está sobrevalorado el modelo médico, pues empodera a los neurólogos y deja de lado al equipo de profesionales de apoyo. El filtro que derivara de un mayor rigor permitirá que se identifiquen aquellos niños que efectivamente pertenecen al Espectro SDA/SDAH, ofreciéndoles todas las medidas de apoyo que por derecho les corresponden. (Céspedes, 2012, pág. 80). Es decir, contar con equipo de profesionales de apoyo significará un diagnóstico más certero.

Con respecto al déficit atencional en sí, creemos que para superar esta condición se hace necesario contar con factores de protección que apoyen al niño como una familia dispuesta, acogedora y protectora, que cuente con las herramientas y estrategias necesarias, que lo contengan emocionalmente. Otro factor importante es la presencia de una comunidad escolar preparada que le brinde apoyo, ya que no basta con derivar al niño a un especialista, por ende se debe cambiar el foco, cambiar la mirada de como se está abordando esta problemática presente en cada colegio de nuestro país. Asimismo es un factor protector y completamente necesario contar con un equipo multidisciplinario de profesionales integrales de apoyo a la educación que tengan los conocimientos y las herramientas para apoyar a los niños, donde como ya se mencionó, es responsabilidad del sistema educativo en su totalidad brindar los apoyos necesarios a los profesionales de las escuelas.

En lo que respecta a la labor investigativa, la realización de esta memoria fue de suma importancia, pues nos permitió investigar sociológicamente un tema de nuestro interés, además de acercarnos a este oficio por primera vez de una manera muy independiente y en profundidad. Ha sido un proceso largo y lleno de cuestionamientos con respecto al tema investigado, pero sobre todo cuestionamientos en torno al quehacer sociológico. Sin duda alguna hemos crecido como personas y futuras profesionales al término de esta memoria de grado.

## Capítulo IX: Referencias bibliográficas

- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. México D.F.: Paidós.
- Antaki, C., & Iñiguez, L. (1994). El análisis del discurso en psicología social. *Boletín de Psicología*, 57-75.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios de diagnóstico del DSM-V*. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría . (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*.
- Becerra, M. (enero de 2013). Ritalin: una sociedad que droga a sus niños.
- Bianchi, E., & Faraone, S. (2015). El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA/H). Tecnologías, actores sociales e industria farmacéutica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(1), 75-98.
- Bianchi, E., Ortega, F., Faraone, S., Portugal, V., & Texeira, R. (2016). Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014). *Saúde Soc*, 452-462.
- Carli, S. (1999). La infancia como construcción social. En S. Carli, A. Lezcano, M. Karol, & M. Amuchastegui, *De la familia a la escuela. Infancia, socialización y subjetividad*. Editorial Santillana.
- Carpintero, E. (2011). La medicalización de la subjetividad. El poder en el campo de la Salud Mental. En E. Carpintero, P. Coupechoux, J. Pundik, & A.J.Frances, *La subjetividad asediada. Medicalización para domesticar al sujeto*. Topía.
- Carpintero, E. (s.f.). *Revista Oficio*. Obtenido de <http://revistaoficio.org/pruebaidep/medicalizacion-para-someter-al-sujeto/>

- Céspedes, A. (2012). *Déficit atencional en niños y adolescentes*. Santiago: Vergara.
- Conrad, P. (s.f.). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En D. Ingleby, *Psiquiatría Crítica* (págs. 129-154). Barcelona: Editorial Crítica.
- Conrad, P., & Bergey, M. (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medical disorder. *Social Science & Medicine*, 122, 31-43.
- Conrad, P. (2007). *La medicalización de la Sociedad*.
- Davies, B., & Harré, R. (2007). Posicionamiento: la producción discursiva de la identidad. *Athenea Digital*, 242-259.
- Donnagelo, M.C. (1976). Medicina en la sociedad de clases. En M.C.Donnangelo, *Salud y Sociedad*
- Dueñas, G. (2015). La biomedicalización de los malestares en las Infancias Actuales. *Biomedicalización de los Malestares Infantiles Actuales y sus Derechos en Juego* (págs. 1-10). Buenos Aires: ICAP.
- Durkheim, E. (1975). *Educación y Sociología*. Barcelona
- Faraone, S., Bianchi, E., Barcala, A., & Torricelli, F. (2009). La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia. *Margen*, 54(1), 1-10.
- Foucault, M. (1975) *Vigilar y castigar*. Siglo XXI Editores
- Goffman, E. (1963) *Estigma: la identidad deteriorada*.
- Harari, Y. N. (2015). *Homo Deus: Breve historia del mañana*. España: Penguin Random House.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F: Mc Graw Hill.
- Ibáñez, T. (2003). El giro lingüístico. En L. Í. Rueda, *Análisis del discurso* (págs. 21-42).

- Íñiguez, L. (2003). El lenguaje en las ciencias sociales: fundamentos, conceptos y modelos. En L. Í. Rueda, *Análisis del Discurso. Manual para las ciencias sociales* (págs. 43-82).
- Korinfeld, D. (2005). Psicopatologización de la infancia y la adolescencia. En V. Llobet, J. Garaventa, S. Darré, B. Calvi, E. Langer, A. Alcántara, . . . P. Fainsod, *Sexualidad, salud y derechos* (pág. 112). Buenos Aires: NOVEDUC.
- Leavy, P. (2013). ¿Trastorno o mala educación? Reflexiones desde la antropología de la niñez sobre un caso de TDAH en el ámbito escolar. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 675-688.
- MINEDUC. (14 de Mayo de 2009). Decreto 170. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional.
- MINEDUC. (2016). *Manual de Implementación PIE*. Santiago de Chile.
- Moyses, M., & Collares, C. (2011). O lado oscuro da dislexia e do TDAH. En s. Tleski, S. Tleski, M. Meira, & M. Facci, *A exclusão dos incluídos : Contribuições da Psicologia da Educação para uma crítica à Patologização e à Medicalização*. Sao Paulo: Casa do Psicólogo.
- Muñoz, D. (22 de Agosto de 2018). *La Tercera*. Obtenido de <https://www.latercera.com/nacional/noticia/diputados-buscan-sacar-ritalin-las-salas-clases/291516>
- Noticias de la Ciencia. (noviembre de 2014). *Noticias de la Ciencia*. Obtenido de <http://noticiasdelaciencia.com/not/12005/trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-la-ambigua-frontera-entre-forma-de-ser-y-enfermedad/>
- Peña, M. (2013). *Análisis crítico de discurso del decreto 170 de subvención diferenciada para necesidades educativas especiales: El diagnóstico como herramienta de gestión*. *Psicoperspectivas*, 12(2),9-103. Recuperado el [07] de [septiembre] de [2017] desde <http://www.psicoperspectivas.cl> doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL12- ISSUE2-FULLTEXT-252
- Pérez, C. (2004) *La construcción social de la infancia. Apuntes desde la Sociología*. *Tempora*, pág. 149-168

Sepúlveda, P. (junio de 2016). Casos de déficit atencional en el país se duplicaron entre los años 2009 y 2013. *La Tercera*.

Untoiglich, G. (2014). Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en latinoamérica. *Nuances: estudos sobre Educação*, 20-38.

Valladares, E. (2010). Foucault y educación. Una mirada desde vigilar y castigar

.