

---

4-30-2020

## El Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad (TDAH) según Apoderados de Escolares

Romina F. Ferretti Mg.

*Universidad Adolfo Ibáñez, Chile, romina.ferretti@hotmail.com*

Joaquín Gaete Dr.

*Universidad Adolfo Ibáñez, Chile, joaquin.gaete@uai.cl*

Follow this and additional works at: <https://nsuworks.nova.edu/tqr>



Part of the [Clinical Psychology Commons](#), [Quantitative, Qualitative, Comparative, and Historical Methodologies Commons](#), [Social Psychology Commons](#), and the [Social Statistics Commons](#)

This Article has supplementary content. View the full record on NSUWorks here:

<https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol25/iss4/16>

---

### Recommended APA Citation

Ferretti, R. F., & Gaete, J. (2020). El Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad (TDAH) según Apoderados de Escolares. *The Qualitative Report*, 25(4), 1107-1126. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2020.3882>

This Article is brought to you for free and open access by the The Qualitative Report at NSUWorks. It has been accepted for inclusion in The Qualitative Report by an authorized administrator of NSUWorks. For more information, please contact [nsuworks@nova.edu](mailto:nsuworks@nova.edu).



## El Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad (TDAH) según Apoderados de Escolares

### Abstract

El diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es el más frecuente en la población escolar de Chile. La búsqueda de ayuda profesional para esta condición es mayoritariamente gestionada por los apoderados de los escolares, quienes experimentan esta situación (y toman decisiones) a partir de su propia comprensión del TDAH. El objetivo de este estudio fue explorar la "situación" del apoderado TDAH, y en particular, cómo su experiencia se configura a partir de los discursos culturalmente disponibles acerca del TDAH. Mediante un análisis situacional (Clarke, 2005) se encontró que los apoderados toman cinco posiciones subjetivas a la hora de responder qué es el TDAH. Además, se observa que los apoderados "navegan" entre estas posiciones dependiendo de diversas demandas situacionales, que permiten gestionar responsabilidades/culpas y su propia identidad como apoderados. A partir de los resultados, discutimos también algunos de los desafíos que se le presentan a los profesionales de salud mental en este ámbito, sobre todo en relación a cómo manejar las atribuciones que generan los discursos disponibles en la cultura en torno a esta condición.

### Keywords

TDAH, Apoderados, Análisis de la Situación, Posiciones Subjetivas, Gestión de Culpa

### Creative Commons License



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-Noncommercial-Share Alike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

### Acknowledgements

Agradecemos a la Universidad Adolfo Ibáñez por su colaboración en la investigación.

## El Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad (TDAH) según Apoderados de Escolares

Romina L. Ferretti et Gaete S. Joaquín  
Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile

---

*El diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es el más frecuente en la población escolar de Chile. La búsqueda de ayuda profesional para esta condición es mayoritariamente gestionada por los apoderados de los escolares, quienes experimentan esta situación (y toman decisiones) a partir de su propia comprensión del TDAH. El objetivo de este estudio fue explorar la “situación” del apoderado TDAH, y en particular, cómo su experiencia se configura a partir de los discursos culturalmente disponibles acerca del TDAH. Mediante un análisis situacional (Clarke, 2005) se encontró que los apoderados toman cinco posiciones subjetivas a la hora de responder qué es el TDAH. Además, se observa que los apoderados “navegan” entre estas posiciones dependiendo de diversas demandas situacionales, que permiten gestionar responsabilidades/culpas y su propia identidad como apoderados. A partir de los resultados, discutimos también algunos de los desafíos que se le presentan a los profesionales de salud mental en este ámbito, sobre todo en relación a cómo manejar las atribuciones que generan los discursos disponibles en la cultura en torno a esta condición. Palabras clave: TDAH, Apoderados, Análisis de la Situación, Posiciones Subjetivas, Gestión de Culpa*

---

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los problemas de salud emocional más prevalentes en la población infantojuvenil en todo el mundo y está aumentando aceleradamente (Frigerio, Montali, & Fine, 2013a, 2013b; Laugesen & Gronkjaer, 2015; Thomas, Sanders, Doust, Beller, & Glasziou, 2015). Según el manual diagnóstico de la APA DSM-V (2013), la prevalencia internacional en la mayoría de las culturas es de un 5% de los niños y el 2,5 en adultos. Otros autores explican que se estima que la prevalencia mundial de este trastorno en niños y adolescentes es de un 5-7% (Thomas et al., 2015) y el manual de la OMS estima que es de un 7% (OMS, 1992). En Chile corresponde al grupo diagnóstico más prevalente para la población de 4 a 11 años, con un 23,9%, la cifra se eleva a 29,7% si se consideran otros trastornos del comportamiento disruptivo (Vicente et al., 2012).

La expresión “TDAH” para identificar trastornos hipercinéticos ha sido popularizada en el mundo hispanoparlante por la APA a través de su manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, que se encuentra en su quinta versión (DSM-5, por sus siglas en inglés; APA, 2013). En el DSM-5 el TDAH se presenta desde un discurso medicalizado: se ocupa como una etiqueta que permite nominalizar una familia de “síntomas” (i.e., comportamientos socialmente poco valorados) que incluye problemas relativos a la atención (e.g., descuidado o no presta atención a detalles; parece no escuchar; se distrae con facilidad), o a la hiperactividad/impulsividad (e.g., dificultad para permanecer quieto o sentado, correr o trepar en exceso, hablar en exceso) (APA, 2013). Estos síntomas son los “criterios diagnósticos” estandarizados para otorgar la condición de TDAH. A lo largo de la serie DSM, el TDAH se ha conceptualizado como un diagnóstico puramente descriptivo (i.e., un síndrome comportamental), que no pretende ser explicativo: no ayuda a entender el problema que causa la aparición de los síntomas, ni qué tratamiento debería ayudar, pero si da una descripción de

“problemas” comportamentales/conductuales que corresponderían a la descripción de dicho síndrome. Sin embargo, y en forma bastante controversial (Frances, 2013), la última edición parece apostar porque la naturaleza y etiología serían de carácter neurobiológico al definir el síndrome como un “trastorno del neurodesarrollo” (APA, 2013, p. 32); además de indicar en la introducción del manual el carácter neurobiológico de todos los trastornos del DSM-5 (APA, 2013).

A partir de la popularización realizada por la serie DSM, la expresión TDAH/ADHD ha dejado de ser un tecnicismo y es ya parte del acervo cultural con el que cotidianamente las personas interpretan su vida—incluyendo cómo la vida de los niños y niñas son interpretadas por sus apoderados (Illouz, 2007). Una búsqueda rápida en google de estas siglas (“TDAH”) arroja más de tres millones de resultados; si la búsqueda se realiza en inglés (“ADHD”), la cifra sube a 24 millones de resultados. Estas cifras contrastan con el número de resultados que se obtendría con expresiones afines, pero no tan populares (la búsqueda de “trastornos hiperactivos,” que es la expresión “oficial” utilizada en el sistema público chileno y europeo, arrojaría a lo sumo unos 7 mil resultados).

Los apoderados son probablemente quienes más influyen en qué se hace y qué no con sus pupilos luego de aprender a describir su situación con la popular etiqueta “TDAH.” Por otro lado, lo que los apoderados deciden y hacen con esta situación está probablemente influido por cómo entienden el TDAH. Lamentablemente la información culturalmente disponible para ellos, sobre qué hacer y qué no, está lejos de ser convergente. Existe una diversidad de discursos culturalmente disponibles, por ejemplo, para entender qué es el TDAH o cómo se origina (e.g., Rafalovich, 2015; Timimi & Timimi, 2015). Potencialmente, esta diversidad puede confundir más que clarificar a los apoderados en su tarea de gestionar la mejor manera de ayudar a sus pupilos. En este sentido, las madres de un estudio realizado por Peters y Jackson (2009) relatan que la información de los medios sobre el TDAH genera confusión respecto a las causas, el diagnóstico y las opciones de tratamiento.

Con todo, el estudio sobre qué entienden (y cómo experimentan) los apoderados de niños con este diagnóstico por “TDAH” es aún rudimentaria (e.g., Laugesen, 2017), y en Chile es completamente inexistente. En este contexto, para este estudio quisimos explorar la experiencia de los apoderados de escolares diagnosticados con déficit atencional e hiperactividad en Chile, enfocándonos en cómo los apoderados reportan qué es y cuál es la causa del TDAH.

### **Entrada en la investigación**

Yo, Romina Ferretti, soy mujer chilena, psicóloga y Mg. en psicología clínica. En el momento en que se realizó esta investigación, yo era estudiante de Magister psicología clínica con mención en psicoterapias contemporáneas. Entré en esta investigación principalmente por el gran interés que tengo en proteger la infancia y en generar conocimiento científico para ayudar a padres y apoderados en el desarrollo de una crianza no violenta que fundamente sus prácticas en habilidades parentales basadas en el amor. Creo profundamente que debemos repensar la infancia y que nuestra labor como profesionales de la salud mental es comprender las experiencias de los fenómenos que estudiamos, para así dar un servicio acorde a las propias necesidades de los consultantes. Es importante mencionar que esta investigación corresponde al reporte de los resultados de dos de los cinco objetivos de la tesis que me otorgó el grado de magister (espero realizar próximamente un segundo artículo que presente la otra parte de la experiencia de los apoderados en torno al TDAH que se investigó en este estudio).

Yo, Joaquín Gaete Silva, soy un hombre chileno, que tuvo amplios privilegios oportunidades para desarrollarse humana y profesionalmente—cuestión que lamentablemente la mayoría de mis compatriotas aún no puede decir. Asistí al sistema de educación privado en

mi país, que me abrió las puertas para desarrollar estudios de pre y pos grado en psicología clínica en Chile, y que después tuvo el privilegio de poder realizar un doctorado en psicología en Canadá, financiado en parte por el gobierno de mi país. En mi rol de director de un centro de estudios, y junto a un grupo de estudiantes de magister, formamos un pequeño grupo de investigación, con el fin de hacer estudios que permitieran visibilizar diversas adversidades que los niños y niñas de nuestro país enfrentan para desarrollarse íntegramente como seres humanos. Romina (primera autora) fue parte de ese grupo, y al cabo de un tiempo acordamos avanzar en un aspecto de lo que habíamos realizado como grupo, ahora en el contexto de su tesis de magister (ella como tesista, yo como supervisor académico). Los resultados que reportamos en este artículo provienen de esta colaboración.

## Revisión de Literatura

### Discursos y Posiciones Explicativas en torno al TDAH

Desde el construccionismo social, entendemos el TDAH existe como una realidad conversacional: algo de lo que se habla y genera “experiencias” (sobre el TDAH) y otras realidades significativas para la vida cotidiana (Anderson, 2012; Berger & Luckman, 1968; Shotter, 1993). Desde este marco comprensivo, trataremos de evidenciar cómo se construye discursivamente esta realidad—o en qué sentidos existe esta realidad llamada “TDAH” (Pérez-Álvarez, 2017) considerando la diversidad discursiva en torno a esta condición (Bröer & Heerings, 2013; Rafalovich, 2015; Rose, 2007). Con frecuencia esta diversidad es agrupada en tres grandes narrativas o discursos explicativos del TDAH (ver e.g., Bröer & Heerings, 2013; Rafalovich, 2015; Rose, 2007). Básicamente, el discurso *bio* (o biomédico) propone que el síndrome se explica por una alteración neurobiológica a nivel cerebral (e.g., APA, 2013); el discurso *psico* (o psicosocial) invoca mecanismos psicológicos subyacentes, a veces incluso inconscientes, que emergen de la interacción temprana y/o actual con otros significativos (e.g., cuidadores, sistema educacional) (e.g., Rafalovich, 2015); o tal vez de la incidencia de variables sociales más amplias (e.g., pobreza) (e.g., Figueroa & Campbell, 2014); y el discurso *sociocultural* retrata al TDAH como un constructo que desempeña alguna función de control social, o como parte del capital simbólico/cultural que favorece la dominancia de algún grupo de interés (e.g., Ramos, 2016; Vargas & Perales, 2017).

Los aprendizajes/conocimientos y las experiencias que las personas tienen a lo largo de sus vidas manifiestan un modo de ser en el mundo y así mismo, los sitúa o “posiciona” en un modo de estar y actuar en él (Donoso, 2004). Por ejemplo, la experiencia de una madre-apoderado respecto del uso de fármacos (e.g., disminución de “síntomas” de hiperactividad), podría influir la posición o actitud que se tiene frente a la propuesta (o posibilidad interpretativa) de considerar la situación de su hijo como un asunto médico. Así mismo, la posición/experiencia de la madre-apoderado puede estar influida por el “conocimiento” que ella tenga o las experiencias de otros (experiencias tipificadas socialmente y comunicada a través del lenguaje; Berger & Luckman, 1968). Esta posición cobra sentido en el discurso o universo simbólico (Berger & Luckman, 1968) en el que la descripción empleada (e.g., “mi hijo toma remedios porque tiene déficit atencional”) se inscribe.

Por esto, una forma de explorar la experiencia es a través de posiciones (e.g., “apoderado”) y sub-posiciones discursivas (e.g., apoderado tipo “X” o “Y”) que se *invocan* al relatar o dar sentido a la experiencia para otro (e.g., para un investigador o entrevistador; Potter & Wheterell, 1994). Foucault (1969), explica que los discursos son herramientas para comprender las experiencias e interacciones sociales y que hablan de los objetos reflejando relaciones de poder. En este sentido, es necesario comprender que los discursos no son estables, y que operan de forma fluida y flexible reflejando cómo los sujetos comprenden dicha

experiencia y su contexto (Salazar, Goicolea, & Öhman, 2016). Drewery (2005), nos habla de los efectos que tienen las construcciones discursivas en la identidad de las personas, explica que en los intercambios conversacionales existen “llamados de posición,” en los cuales ocurren constantes invitaciones a tomar posiciones particulares a modo de posiciones subjetivas que se ofrecen y posiciones subjetivas que se ocupan y, esto se refleja en las diferentes formas de hablar que se toman en una conversación a modo de formas preferidas y no preferidas de identidad (Drewery, 2005, p. 314). Finalmente, se considera que las personas articulan su experiencia en términos de tensiones o dilemas que se forman entre diversos discursos disponibles para interpretar la experiencia (Donoso, 2004; Edley, 2001) y para entender una “situación” (también tipificable aquí como “experiencia como apoderado de escolar con diagnóstico de TDAH en torno a qué es y qué causa esta condición”).

**Discurso Biomédico.** Desde la perspectiva “bio,” el TDAH se entendería como una enfermedad médica: como algo que puede diagnosticarse, tratarse, y que en último término remite a una disfunción biológica u orgánica (e.g., del sistema nervioso central). El estudio del TDAH se ha basado principalmente en atribuir predominantemente la condición comportamental a factores neurobiológicos, heredabilidad genética y problemas del neurodesarrollo, debido a que este “trastorno” tendría una base genética (Frigerio et al., 2013b; Pérez-Álvarez, 2017; Ramos, 2016; Strong, Chondros, & Vegter, 2018).

Posiblemente debido a la inexistencia de marcadores biológicos para este trastorno (e.g., Greenberg, 2013; Illouz, 2007; O’Reilly & Lester, 2015; Price & Raffelsbauer, 2012; Rose, 2007), la hipótesis del sustrato neurológico ha continuado siendo aquello—una hipótesis. Sin embargo, el discurso opera con independencia de su “verdad científica” (Pérez-Álvarez, 2017) y, según Vargas y Perales (2017), existiría una preferencia social a las explicaciones neurofisiológicas de los problemas. La idea de que el TDAH corresponde a un desajuste neurobiológico a nivel cerebral que explicaría el síndrome mental/comportamental se ha hecho cada vez más dominante (y pese también a que esta idea ha sido problematizada desde dentro y fuera de la APA; ver e.g., Frances, 2013; Greenberg, 2013; Illouz, 2007; Strong & Sesma-Vazquez, 2015; Timimi & Timimi, 2015). El discurso bio ha “capturado” el amplio repertorio cultural no sólo para explicar el comportamiento de los niños (Strong & Sesma-Vazquez, 2015, p. 110), sino para tratarlo. De acuerdo a la revisión de Valverde e Inchauspe (2014), aún quedan guías clínicas para profesionales que recomiendan el uso extensivo de fármacos, pese a que la evidencia científica apunte a que los fármacos se utilicen como último recurso y por tiempo limitado. El enorme auge en las ventas de medicamentos asociada al TDAH (Ramos, 2016; Scheffler, Hinshaw, Modrek, & Levine, 2007) parece confirmar la enorme influencia del discurso bio.

**Discurso psicosocial.** A pesar de que tradicionalmente el TDAH desde los servicios de ayuda en salud mental ha sido abordado desde una conceptualización etiológica, causal y de tratamiento desde un discurso biomédico imperante (Rafalovich, 2015). Rafalovich (2015), realiza una revisión del punto de vista psicodinámico en torno al TDAH y concluye que, basándose en la ortodoxia freudiana desde este discurso, el entorno social del niño, la dinámica familiar y los primeros años del desarrollo psicosexual de los niños son descritos como la variable más importante a la hora de determinar un comportamiento adecuado y bienestar mental. En este sentido, la desregulación emocional y descontrol de impulsos se atribuye, desde esta perspectiva, a un desarrollo no óptimo de estas variables, incluyendo mecanismos psicológicos inconscientes del menor y las relaciones con sus significantes en la etapa temprana del desarrollo. Por otro lado, autores como Figueroa y Campbell (2014), realizaron un estudio en el cual asocian desventajas socioeconómicas y variables de vulnerabilidad social, como condiciones que reducen la capacidad de un desarrollo óptimo en la salud mental de los niños,

desde el desarrollo intrauterino y la infancia temprana, hasta la posibilidad de que cuando estos niños sean padres se transmitan estas desventajas de salud a sus propios hijos. Figueroa y Campbell (2014) indican que es indispensable considerar las condiciones de pobreza, imposibilidad de acceso a un trabajo estable, exclusión social y reducidos accesos a los servicios de ayuda y salud mental de los padres, como factores que afectan en el desarrollo de los niños. En este sentido, estos autores concluyen que las conductas indeseadas socialmente, llamadas “síntomas” del TDAH, son un efecto de las condiciones en las que viven los niños con falta de estimulación, precariedad y en algunos casos violencia (Figueroa & Campbell, 2014). Por ende, la propuesta desde este discurso se encuentra en mejorar las condiciones ambientales en las que nacen y se desarrollan los menores.

**Discurso sociocultural.** Debido a que la concepción del TDAH ha cambiado históricamente en las distintas versiones del DSM, producto del avance atribuido a los descubrimientos de la investigación científica, estos cambios también se pueden explicar por la cultura y las transformaciones sociales que ha habido (Vargas & Perales, 2017). En este sentido, Molinari (2003) explica desde el construccionismo social, que lo que es concebido como un trastorno mental, depende de lo que la cultura califica como conducta desviada a la norma y, de esta manera, indica que las versiones del DSM se basarían en la descripción de estilos de comportamientos no valorados, más que en hechos de enfermedad en sí mismos. Para algunos esto sugiere que la patologización del comportamiento humano depende, en gran medida, del sistema de valores que comandan a una cultura, de modo que lo que se considera dañino en un contexto puede no serlo para otro (Barclay 2008; Vargas & Perales, 2017). Por ejemplo, en Estados Unidos se consideran comportamientos bajo la etiqueta de TDAH que en el Reino Unido no son considerados como problemáticos (y podría explicar la diferencia en prevalencia; Jacobson, 2002).

Desde el discurso sociocultural, Timimi y Coendorsen (2004) afirman que lo que se considera enfermedad mental nace de todo comportamiento que transgreda la norma establecida por la cultura que realice dicha etiqueta. De esta forma, se puede posicionar al sistema educacional como una cultura que considera, en la práctica educativa, ciertos comportamientos como permitidos y otros como inaceptables para el sistema (Brian, 2005). Del mismo modo, Brian (2005) afirma que las dificultades en el aprendizaje y la conducta disruptiva de los niños, se debe en gran medida a un sistema educacional con prácticas en las que el niño no encaja. Pérez-Álvarez (2017) explica que comportamientos como la atención, la impulsividad o la actividad, son conductas que siempre están en relación a lo que invoca—o no—el contexto circundante y que esto, según el autor, es parte del aprendizaje de autocontrol y, por lo tanto, se puede desarrollar la atención con estrategias conductuales (Pérez-Álvarez, 2017). Según Frigerio et al., (2013b) la disposición del TDAH no puede ser reducida a la influencia de un solo actor o causa, ya que cuando surge el diagnóstico, según estos autores, se encuentran involucrados tres actores sociales principalmente y, por ende, sus supuestos: la medicina, la familia y la escuela; y en conjunto representarían el proceso de socialización y educación de los niños con esta condición (Frigerio et al., 2013b).

Tomando en cuenta que el uso del fármaco como tratamiento posiciona a Chile dentro de los diez países que más anfetaminas (Ritalin) prescriben en el mundo (IPSUSS, 2016) y atendiendo a las altas tasas de prevalencia que presenta, según Ceardi et al. (2016) es el diagnóstico más frecuente en niños escolares que se atienden en servicios de atención primaria de Chile. Este estudio nace bajo el punto de vista de que los apoderados son probablemente quienes más influyen en qué se hace y qué no con los niños y niñas; y lo que ellos hacen está influido por cómo entienden/experimentan la situación del TDAH; y, considerando también que la experiencia de los padres viviendo con un niño diagnosticado con TDAH es compleja, vulnerable y afecta todos los aspectos de la vida cotidiana familiar (Laugesen, 2017); resulta

interesante constatar la escasez de literatura al respecto, salvo contadas excepciones (e.g., Laugesen, 2017). En este sentido, el estudio sobre la experiencia de los apoderados de niños y niñas con este diagnóstico aún es incipiente a nivel mundial, y en Chile es completamente inexistente. Por lo tanto, creemos que es urgente abordar el TDAH, tanto en su diagnóstico como su origen desde la experiencia de los apoderados.

### El Estudio Actual

Este estudio tiene un diseño cualitativo ya que busca explorar cualidades de la experiencia de los apoderados más que obtener la cantidad de estas. La investigación explora cómo es la experiencia, caracterizando las posiciones que toman al reportar qué es y qué origina el TDAH. Bajo el supuesto construccionista de que la experiencia se construye con los recursos discursivos disponibles para darle sentido (Berger & Luckman, 1968), investigamos cómo los participantes toman posición frente a las tensiones entre los diversos discursos disponibles. Para ello se realizó un análisis situacional (AS; Clarke, 2005), elaborado para investigar las distintas posiciones subjetivas que los participantes de una “situación” invocan y producen discursivamente al intentar tipificar (i.e., dar sentido para otro) su experiencia a través de la posición que toman entre diversos discursos disponibles para dicha tipificación. Además, el AS también es coherente con la noción construccionista de multiplicidad discursiva (Anderson, 2012) donde, en lugar de considerar la experiencia como *monolítica* (i.e., desde un solo discurso o repertorio interpretativo, Berger y Luckman, 1968; Drewery, 2005), se considera que las personas articulan su experiencia en términos de tensiones o dilemas que se forman entre los diversos discursos disponibles para interpretar la experiencia (Donoso, 2004; Edley, 2001). Entonces, esta investigación, cuando habla de la experiencia de alguien, hace referencia a que la experiencia se construye con estos recursos que hay para darle sentido; y estos recursos para darle sentido a la experiencia se llaman discursos. Por lo tanto, se investigó cómo los participantes experimentan *tensiones* entre diversos discursos tomando posiciones dentro de la situación aquí nominalizada como “Experiencia como apoderado en torno al TDAH.”

### Procedimientos de Recolección de Datos

Primero que todo, este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Adolfo Ibáñez. Se realizó un levantamiento preliminar de datos (fases 1 y 2) para realizar el proceso de mapeo inicial del análisis situacional (Clarke, 2005), y con ello orientar el diseño y ejecución de entrevistas en profundidad (fase 3), que constituye el foco de este reporte. Para dar contexto a la fase 3, resumimos los procedimientos relativos a las dos fases preliminares.

**Fase 1 (discursos en la academia y en internet).** Un equipo de investigación, compuesto por los autores y un grupo de cinco estudiantes de magister en psicología clínica, investigó la dominancia de algunos discursos sobre el TDAH que han sido documentados desde la literatura académica y luego, siguiendo la estrategia de Timimi y Timimi (2015), se exploró la incidencia de estos discursos dominantes en la información disponible para el público hispanoparlantes a través de la internet. La exploración consistió en un análisis simple de contenidos de 20 resultados arrojados en tres búsquedas consecutivas en Google para tres preguntas: (a) ¿Qué es el Trastorno Déficit Atencional Hiperactividad; (b) ¿Cuál es la causa del Trastorno Déficit Atencional Hiperactividad?; y (c) ¿Cómo se trata el Trastorno Déficit Atencional Hiperactividad?

**Fase 2 (encuesta en línea).** El objetivo más relevante de esta fase para este reporte es que la información allí obtenida permitió diseñar las preguntas para las entrevistas en

profundidad de la fase 3 y, sobre todo, reclutar a los participantes de las mismas. Es decir, se invitó a usuarios de internet, que se identificaran como apoderados de niños o adolescentes en edad escolar que hubieran recibido el diagnóstico de déficit atencional e hiperactividad, a contestar una encuesta breve on-line con el propósito de conocer mejor su “experiencia.” El proceso de difusión de esta fase consistió en publicar una invitación en línea para contestar la encuesta a través del correo electrónico, redes sociales y establecimientos escolares que voluntariamente quisieron distribuir la invitación entre los miembros de su comunidad. Se reclutó el mayor número posible de participantes voluntarios, siendo respondida por 125 personas. Además de indagar sobre los discursos preferidos por los encuestados para explicar la naturaleza, origen y forma de abordaje del TDAH, la encuesta incluyó algunas preguntas sobre información demográfica, y dos preguntas orientadas a solicitar la participación voluntaria del encuestado en una entrevista en profundidad.

**Fase 3 (entrevistas en profundidad).** La primera autora contactó telefónicamente a ocho participantes que en la encuesta en línea (fase 2) manifestaron deseo de participar en la investigación en profundidad. El sentido de recolectar información a través de entrevistas en profundidad en esta fase fue poder clarificar aspectos de la experiencia de los apoderados (relativa al TDAH), que pudieron no estar contenidas en las categorías pre-figuradas de la encuesta, en particular, cómo los participantes individuales experimentan *tensiones* entre diversos discursos tomando posiciones subjetivas dentro de la situación del estudio.

Se condujeron entrevistas semi-estructuradas en base a preguntas abiertas en torno a la experiencia subjetiva (Canales, 2006). La entrevista semi-estructurada fue diseñada teniendo en cuenta la información recabada en la investigación preliminar (fase 1 y 2) y en relación a los objetivos específicos de esta investigación. La entrevista se realizó de manera telefónica por factibilidad, debido a que la muestra de la fase 2 integraba participantes de diversas regiones de Chile. Se llamó a todos los que en la encuesta accedieron voluntariamente a participar de esta fase y se logró obtener un total de 8 participantes. A estos, se les informó mediante un llamado previo en qué consistía la investigación y el tiempo que duraría aproximadamente la entrevista, por lo que se le pidió a cada uno de ellos agendar una fecha y hora conveniente en la cual realizar la entrevista. La duración de cada entrevista fue de 45 minutos aproximadamente, estas fueron grabadas en audio y transcritas textualmente por la primera autora.

## **Análisis de Datos**

Tomando en cuenta todas las fuentes de información previamente descritas, y con un foco especial en los datos recolectados en la fase 3, realizamos un AS orientado a formular diversas posiciones discernibles en el discurso de los participantes respecto a la experiencia que han tenido como apoderados en torno al diagnóstico del TDAH en Chile. Siguiendo a Clarke (2005), elaboramos tres tipos de mapas analíticos. Primero, confeccionamos un *mapa situacional* ordenado, generado a partir de un mapa más bien “desordenado” (Clarke, 2003, p. 539); el mapa situacional ordenado contiene elementos culturales, materiales, humanos, no humanos, simbólicos, institucionales, actores, tipos de discursos; en el fondo, elementos potencialmente relevantes para la comprensión de la situación que se quiere indagar, a partir de los datos recolectados desde las diversas fuentes de información (Azpiazu, 2014). Este mapa tiene la función de captar y ordenar en categorías las distintas complejidades de la situación, incluir elementos claves y provocar el posterior análisis de las relaciones entre ellas (Clarke, 2005).

Luego, elaboramos un *mapa relacional*, que permite dibujar los diferentes grupos involucrados en la arena social en cuestión, y las relaciones entre ellos, las tensiones, los puntos

de ruptura, observables en las construcciones discursivas (i.e., reportes) de los entrevistados en la fase 3. Para confeccionar este mapa, analizamos discursivamente aspectos normativos a los que los propios participantes se orientaron durante la entrevista (e.g., explicaciones, justificaciones, excusas, derechos y obligaciones; Scott & Lyman, 1968; Wooffitt, 2005) al momento de relatar sus “experiencias.” Así mismo, se consideró dónde y cómo aparecen las valoraciones, las resistencias o alternativas a discursos dominantes (Drewery, 2005; Edley, 2001). Finalmente elaboramos un *mapa de las posiciones* (Clarke, 2005) que, siguiendo experiencias anteriores que reportan AS (e.g., Salazar et al., 2016; Strong et al., 2018; Strong, Gaete, Sametband, French, & Eeson 2012) constituirá el foco del reporte de este artículo.

## Resultados

Se encontraron cinco posiciones subjetivas que toman los apoderados al lidiar con la tensión discursiva que se produce frente a la tarea de formular ya sea la naturaleza (qué es) o el origen (qué causa) el TDAH. En primer lugar, describimos y ejemplificamos las cinco posiciones subjetivas representadas en la Figura 1, y luego describimos parte de su dinámica.

- **El absolutista:** Desde esta posición, y tal como se ejemplifica en la Figura 1, un participante podría explicar la naturaleza del TDAH señalando que el TDAH “es como una forma distinta de desarrollar el cerebro” (participante N°4). En este ejemplo se puede observar cómo se le atribuye a la génesis del TDAH *a una sola causa*, en este caso influida por el discurso biomédico. En otros ejemplos, los participantes dieron cuenta del TDAH como causado exclusivamente por “la cultura.” Más genéricamente, entonces, desde esta posición que llamamos “absolutista,” un participante reporta la naturaleza del TDAH invocando su génesis o causa, a partir de un discurso único (típicamente, el discurso biomédico o, alternativamente, el sociocultural).
- **El priorizador:** Desde esta posición un participante puede invocar un discurso que acepta una naturaleza o causa principal del TDAH, pero no es exclusivo de ella. El participante reconoce que pueden influir también otros factores de menor peso o “coadyuvantes” que explicarían la naturaleza y/o génesis de la condición del TDAH. Típicamente, esta posición subjetiva está comandada por el discurso bio y se le suman otros factores “psico-socio” coadyuvantes. Es una posición subjetiva acorde a lo que se considera comúnmente como discurso biopsicosocial (e.g., Gaete, 2007; Hawthorne, 2014; Martin, 2017).

En la Figura 1, se ilustra esta posición con un participante señalando, frente a la pregunta sobre qué origen el TDAH, que “el problema era el colegio, porque había 40 alumnos en esas salas y yo siempre supe que eso influía en el comportamiento de mi hijo, porque al tener esto él no es como los demás...” (Participante N°3). Nótese cómo el apoderado construye al colegio (i.e., agente “socio”) como un actor relevante, que “influye” (pero no determina absolutamente) el comportamiento presentado por su hijo. Que ese comportamiento es construido como problemático (o desviado respecto de una norma social implícita; Scott & Lyman, 1968) se evidencia en que el participante lanza a continuación una excusa. En efecto, usa un pronombre indefinido (“al tener esto”), que presumiblemente se refiere al TDAH, para proyectar una excusa frente al desvío de la norma implícita. Es decir, habría un factor individual (“esto”), presumiblemente biológico y/o psicológico, que lo hace diferente (“no es como los demás”), que frente a determinadas condiciones socio (“40 alumnos en esas salas”), daría como resultado el comportamiento desviado. El hecho de ocupar el posesivo “tener esto,” pareciera que se

refiere a un factor individual de tipo biológico (gramaticalmente, las enfermedades o trastornos individuales son cuestiones que se “tienen”). Se presenta como algo además más estático que el factor socio (podría haber menos alumnos, pero es más difícil cambiar la biología de su hijo).

Con esta breve cita, resulta algo más difícil argumentar que el participante priorice el factor bio por sobre lo psico-socio. No obstante, el uso del pronombre indefinido (“esto”) para referirse a un factor explicativo del comportamiento, sin explicitar su referente específico mediante otra descripción, es consistente con esta interpretación de dominancia de discursos individualistas (biopsico) por sobre el sociocultural. Siguiendo a Edley (2001), es frecuente que los participantes exhiban la dominancia de un discurso mediante la naturalización del mismo, al considerar algo como obvio o “natural” (e.g., al comportarse como si la entrevistadora “debiera” entender a qué específicamente se refiere el “esto”; que su “obviedad” se da por sentada, y no requiere mayor explicación; Edley, 2001). Con todo, y más allá del ejemplo, desde esta posición hay un factor, típicamente bio, que se construye como teniendo prioridad, o mayor peso explicativo, pero hay otros factores coadyuvantes—de ahí que lo llamamos el *priorizador*.

- **El negociante:** desde esta posición un participante puede invocar un discurso dominante *bio*, por conveniencia. El apoderado anticipa que su conducta será aceptable desde ese discurso, y así le permite usar estratégicamente esta forma de hablar/entender la situación de su pupilo(a), para obtener resultados deseables. El apoderado busca desde esta posición obtener la tranquilidad psicológica del apoderado (“que no me molesten desde el colegio”), fuero escolar (e.g., poder justificar comportamientos desviados u otros requerimientos escolares no satisfechos por el pupilo) u otros “bienes.” Tal como se ejemplifica en la Figura 1, un participante podría expresar su experiencia desde esta posición de conveniencia señalando cuando le preguntan qué es el TDAH lo siguiente: “si te llaman del colegio para decirte que tu hijo se portó mal, uno puede decir, es que mi hijo tiene esto, ¿me entiendes?” (Participante N°2). En este ejemplo, el apoderado alude al fuero escolar al utilizar esta posición subjetiva desde el discurso bio frente al actor colegio.
- **El opositor:** desde esta posición un participante puede invocar un discurso en contra de una naturaleza o causa a la condición del TDAH. Principalmente, cuando se le pregunta qué es el TDAH, toma una posición donde deja claro lo que *no* es el TDAH. Esta posición subjetiva se encuentra influida por el discurso sociocultural, como resistencia frente al discurso bio que aparece como dominante (i.e., fácilmente aceptable y frecuentemente utilizado por) en el discurso atribuido al actor “colegio.” Tal como se ejemplifica en la Figura 1, un participante podría expresar su experiencia desde esta posición señalando frente a la pregunta de qué es el TDAH lo siguiente: “Una enfermedad biológica se puede tratar con antibióticos, esto no po... El déficit atencional y esas cosas no las considero enfermedad” (Participante N°8). En este ejemplo, se puede observar como el participante ante la pregunta de qué es el TDAH, responde lo que considera que no es el TDAH, indicando que no es una enfermedad, sin necesariamente agregar a continuación lo que sí es.
- **El confundido:** desde esta posición un participante puede invocar un discurso de confusión o desconocimiento sobre la naturaleza o causa a la condición del TDAH, sin poder dar una respuesta concluyente. Esta posición subjetiva pareciera emerger como respuesta frente a la

multiplicidad de información que manifiesta haber recibido el apoderado sobre la génesis del TDAH. Tal como se ejemplifica en la Figura 1, un participante podría expresar su experiencia desde esta posición, concluyendo frente a la pregunta de qué es el TDAH lo siguiente: “la verdad no sabría decirle qué es... he escuchado tantas cosas” (participante N°1). Otro participante podría decir: “me confundo porque recibí información muy diferente de distintos lados y yo veía que los remedios le hacían mal, entonces...no sé qué es en verdad” (Participante N°6).

Cada una de estas posiciones subjetivas se encuentra ejemplificada en el mapa posicional (ver Figura 1), con discursos que representan cómo un participante podría expresar su experiencia desde cada posición subjetiva y los actores que influyen en cada posición.

### Navegando entre Posiciones para Gestionar la “Culpa”

Durante el proceso de configuración de estas posiciones subjetivas, nos dimos cuenta que ellas no se correspondían uno a uno con nuestros participantes. Un mismo participante podía adoptar más de una posición en distintos momentos. En este sentido, nos parece relevante señalar que concebimos estas posiciones como dinámicas (fluidas). Quisimos representar esto en el mapa con la porosidad de las líneas que enmarcan las posiciones subjetivas (i.e., pentágonos de la Figura 1). Al proceso mediante el cual un participante toma distintas posiciones dependiendo de la situación en la que se encuentre, lo llamamos *navegar*. Esto, se encuentra representado con las flechas porosas del mapa, con las cuales se ejemplifican algunas de las direcciones de navegación que puede tomar un participante, pasando de una posición subjetiva a otra (ver Figura 1).

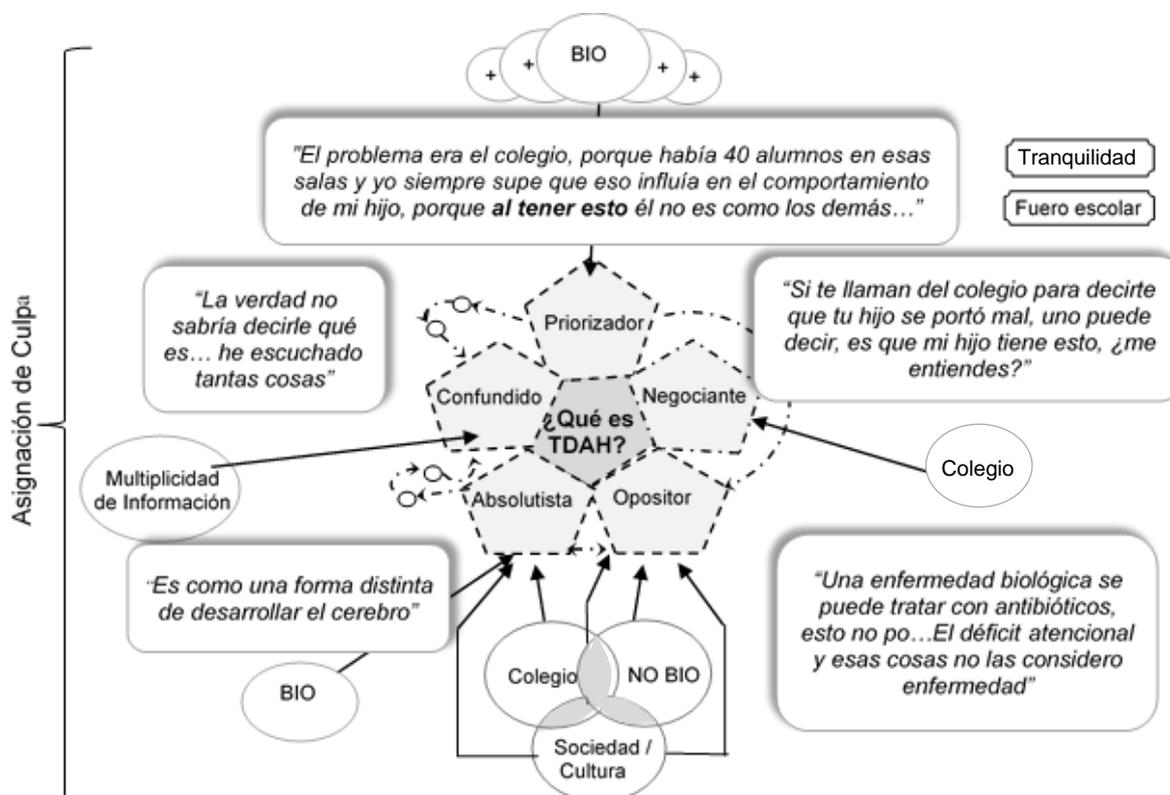


Figura 1. Mapa posicional: Posiciones subjetivas de ¿Qué es el TDAH?

Otro fenómeno importante que encontramos en el análisis, es que este movimiento de navegar presenta una estructura dialógica (Bakhtin, 1984; Billig, 1987). Es decir, la posición adquirida va dependiendo de la situación en la que se autocomprenda el sujeto, incluyendo el destinatario de su posición (i.e., a quiénes le habla y responde con lo que dice; frente a quién se encuentre). En la situación de entrevista, el destinatario aparece implícito y a veces explícito en el contenido del relato que el participante produce frente a las preguntas de la entrevistadora. Desde este punto de vista, parece que hay un cambio en las posiciones subjetivas que adopta el participante, en virtud de algo que va pasando en la situación conversacional de la entrevista.

Para comprender qué es lo que sucede en esta situación conversacional y qué es lo que está gestionando este movimiento posicional, a continuación, se presenta un ejemplo en donde se navega de una posición subjetiva a otra. En él se puede observar cómo en su diálogo con la autora (RF), la entrevistada N°7 (E7) pasa de una posición absolutista, a otra absolutista, finalizando con una posición de confundida:

RF: ¿Qué es el TDAH?

E7: *Yo siento que es culpa mía, por no haber tomado las medidas antes de seguir con el embarazo viviendo una situación que era complicada... ahí algo químico pasó en el cerebro, eso leí en un libro.*

RF: ¿Te atribuyes a ti la culpa del déficit atencional de tu hijo, más que a una causa externa?

E7: *No, no, yo creo que es el contexto, porque cuando él era guagua, yo vi que era inquieto y más inteligente que el resto, pero nadie lo acepta por ser mucho más inquieto. Pero es su esencia y el colegio no se adapta.*

RF: Entonces, ¿a pesar de creer que te paso algo en el embarazo, crees que es el colegio quién “crea” en el fondo el déficit atencional, al no adaptarse a tu hijo?

E7: *Me la pones difícil... yo busqué en internet y leí todo lo que hay y aún no sé qué es lo que es.*

Tal como se muestra en la Figura 2, interpretamos la primera respuesta de E7 como absolutista, ya que si bien se atribuye en primer término a sí misma el origen del TDAH (“yo siento que es culpa mía, por no haber...”), en definitiva se orienta a un discurso bio (“algo químico pasó en el cerebro”) para legitimar culturalmente su respuesta (“eso leí en un libro”), que se escucha como el “mecanismo” o causa eficiente y suficiente para dar origen al TDAH de su hijo. La entrevistadora, sin embargo, hace relevante la primera parte de su respuesta, preguntando si se atribuye a ella “la culpa,” en contraste a una “causa externa.” La entrevistada (E7) rechaza esta interpelación en el turno siguiente (“no, no”) y parece dar un giro en 180°: invoca un discurso sociocultural para situar *la* causa de nuevo en forma total o absoluta, pero ahora en el “contexto” o en “el colegio” que no se adapta a la “esencia” sana (pero diferente de la norma) de su hijo. En este sentido, clasificamos nueva posición que toma E7 como absolutista. Sin embargo, cuando en el turno siguiente la entrevistadora refleja esta postura, la entrevistada vuelve a rechazar esta formulación, y responde desde una posición de confundida (“me la pones difícil...aún no sé qué es lo que es.”)

El presente es un estudio exploratorio y no pretende generalizar el fenómeno de la navegación a partir de un solo episodio de entrevista. Sin embargo, este movimiento de navegación fue frecuente entre nuestros entrevistados, y lo consideramos un resultado relevante (que por cierto requiere más investigación). Desde el mismo espíritu del descubrimiento exploratorio, creemos que el ejemplo de la Figura 2 sirve para ilustrar otro fenómeno de potencial interés: que uno de los “motores” que interpretamos como dirigiendo la navegación fue la *gestión de la culpa*. Tanto las posiciones absolutistas como la posición de confundida de nuestra entrevistada, creemos, puede explicarse desde su interés en posicionarse como un

“buen” apoderado: sensato, responsable, diligente, y nunca “culpable” de la condición de su pupilo. En el ejemplo anterior, nótese que, si bien E7 parece en principio atribuirse la “culpa,” gestiona esta culpa mediante dos importantes “atenuantes.” Primero, sitúa su aparente negligencia (“no haber tomado las medidas antes...”) en un contexto adverso (estaba “viviendo una situación que era complicada...”). Segundo, se posiciona con desconocimiento de las presuntas consecuencias en el momento en cuestión: sitúa su conocimiento de la causa (“algo químico pasó en el cerebro, eso leí...”) en el *pasado*. Esta interpretación es coherente con el hecho de que frente a la interpelación de la entrevistadora (¿Te atribuyes a ti la culpa...?), E7 niega los cargos (“no, no”), y es *entonces* que invoca más claramente un discurso sociocultural desde una posición igualmente absolutista. Finalmente, E7 navega hacia una posición de confundida cuando la entrevistadora sugiere que según E7 sería “el colegio quien ‘crea’ en el fondo el déficit atencional.” Interpretamos que E7 se posiciona como confundida para gestionar esta aparente contradicción. En este caso, la culpable (de la contradicción) no sería ella, sino la información (contradictoria) disponible “en internet.”

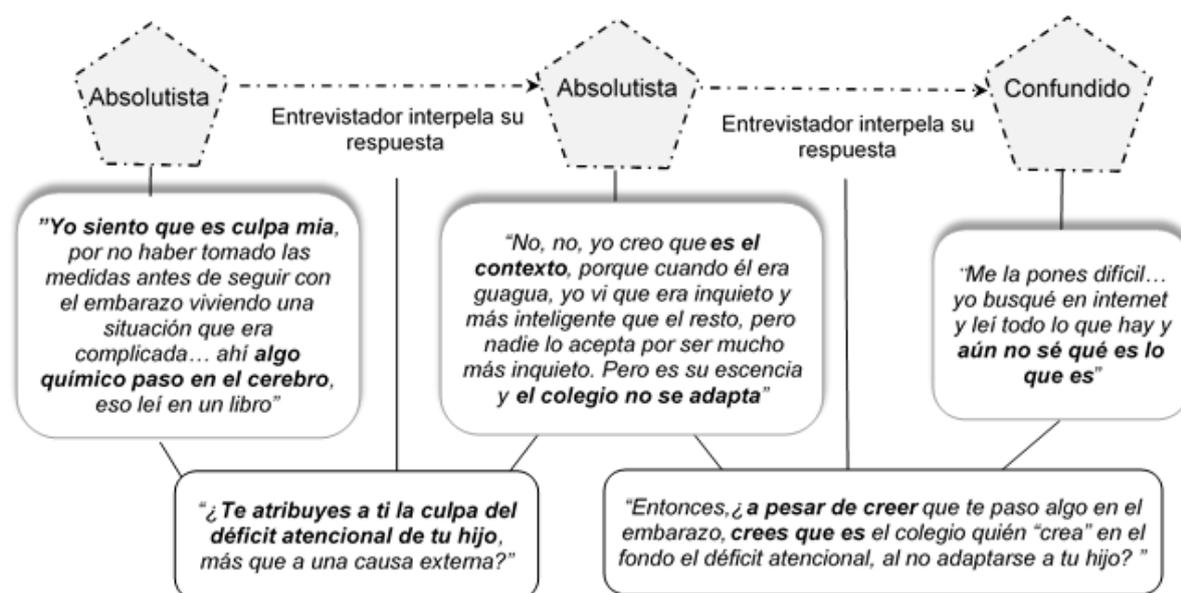


Figura 2. Ejemplo de navegar de una posición subjetiva a otra en la situación de entrevista

En síntesis, la participante parece navegar de una posición a otra, y parte importante de lo que transan (conversacionalmente) junto a la entrevistadora mientras navegan, es la asignación de “culpa.” Llama la atención que a pesar de que la entrevistadora no parece nunca sugerir que la participante fuera “culpable” del TDAH, es la propia entrevistada quien interpreta la pregunta sobre el “qué es (el TDAH)” como una pregunta por “a quién hay que culpar.” Más aún, pareciera que la entrevistada esta *por defecto* respondiendo desde una posición en que tiene que preparar su defensa.

Lo que queremos relevar aquí es que, y más allá de este ejemplo, este tema de la “defensa espontánea” (i.e., gestión de la culpa sin haber sido explícitamente culpada) apareció con bastante frecuencia entre nuestros participantes. Los entrevistados parecían responder defendiéndose de un ataque tal vez nunca nombrado, pero pesquisable desde el punto de vista discursivo (i.e., en la exhibición de excusas y justificaciones, como ilustramos en la Figura 2; ver Scott & Lyman, 1968). Por cierto, en este movimiento no sólo influyó la posición que el entrevistado parecía asumir por parte de la entrevistadora (i.e., presuntamente culpabilizando al apoderado), sino también en función de los actores relevantes que forman parte del relato de los participantes, tales como “colegio,” “profesores,” “profesionales de la salud.” El discurso

de nuestros participantes estuvo así marcado por una posición defensiva frente a una culpabilización (gestionada pero no nombrada) que deriva de estos actores narrados.

### Discusión

Nuestros entrevistados reportan sus visiones sobre el TDAH desde cinco posiciones que articulan tensiones entre discursos culturalmente disponibles para comprender el TDAH (absolutista, negociante, priorizador, opositor, y confundido). Hemos sugerido, tentativamente, que este movimiento se explica en buena parte en función de una culpa percibida que proviene de otros actores relevantes de la situación; una culpa que amerita extenderse en excusas y justificaciones para poder relatar a otro su “experiencia” como apoderado. Así, actores como “colegio” o “profesionales de la salud” son posicionados discursivamente como los agentes frente al cual el apoderado debe “defenderse.”

La gestión de culpa que sugerimos en la experiencia de los apoderados de este estudio, parece coherente con lo señalado hace más de medio siglo ya por Goffman (1959, 1967) en sus estudios de microsociología sobre “cara” (*facework*), y que ha dado origen a múltiples estudios sobre la *gestión de autopresentación* que sólo recientemente han cobrado relevancia para la comprensión de la experiencia de los apoderados con niños diagnosticados con TDAH. Por ejemplo, Frigerio et al. (2013a), mencionan la existencia del “juego de culpa” (p. 598) mediante el cual los apoderados negocian su propia subjetividad y la de los otros. En coherencia con lo mostrado en este estudio, Frigerio et al. (2013a) explican que el juego de culpa es una manera de reproducir las relaciones de poder frente al diagnóstico y los esfuerzos de resistencia ante éste. Este modo de relacionarse podría tal vez tipificarse como dos actividades que se gatillan mutuamente, formando un patrón interpersonal patologizante (de criticar y defenderse; Tomm, George, Wulff & Strong, 2014) influido por ideas culturalmente dominantes que se dan por sentadas y no requieren explicitación (“la culpa del TDAH es el apoderado”). Este patrón indica que es la experimentación de un ataque *internalizado* (no necesariamente explícito; Tomm et al., 2014) lo que gatilla una respuesta de defensa que podría parecer “espontánea” o sin gatillante aparente al observador externo. Dicho de otro modo, el apoderado percibiría un *llamado a posición* (Drewery, 2005)—a tomar la posición de culpable desde una interpelación que la cultura realiza en forma implícita. Esta posición de culpable de la condición de su hijo(a) no es una forma de identidad preferida, y ello motivaría la navegación hacia otras posiciones (cf. Goffman, 1959, 1967).

Estos resultados entonces son coherentes con entender la experiencia del apoderado TDAH como sub-producto de un juego de culpa mutua (Frigerio et al., 2013a), y con que los profesores con frecuencia consideran una negligencia paterna el que muchos padres decidan no continuar administrando fármacos en sus pupilos (Vargas & Perales, 2017) de modo que la experiencia de culpa es en parte respuesta a un patrón sociocultural que trasciende al individuo (Tomm et al., 2014), que da “forma” su experiencia (Shotter, 2008).

Los apoderados son culturalmente (y, si son sus cuidadores legales, además legalmente) los primeros responsables de la salud mental y desarrollo de sus pupilos, incluyendo el ver “qué hacer” luego de recibir la noticia de que su hijo/pupilo tiene un “trastorno” (mediada por el discurso biomédico dominante en la cultura; Frigerio et al., 2013a, 2013b; Rose, 2007; Uribe & Vásquez, 2008; Vargas & Perales, 2017). Son ellos actores/mediadores clave (Latour, 2008) en el abordaje del fenómeno connotado como “TDAH” en niños(as). No obstante, no parece claro que los profesionales de la salud (ni de la educación) consideren como variable crítica dentro de sus abordajes el hecho de que hay apoderados que podrían no sólo desconfiar, sino incluso resistir la ayuda ofrecida. De acuerdo a lo observado, suponer que *por defecto* muchos profesionales serán experimentados por muchos apoderados no como agentes de ayuda ni

aliados, sino más bien como obstáculos, “enemigos,” o parte de la adversidad ideológica (Johnstone & Boyle, 2018) en torno a la situación del TDAH.

Si bien nuestros resultados no son ampliamente generalizables, nos parece pertinente invitar a los profesionales de la salud y de la educación a mantener la curiosidad abierta para favorecer la empatía frente a lo que podría estar motivando defensas espontáneas (justificación o excusa), considerando aspectos normativos a los que los pacientes se pueden orientar al relatar su experiencia en la terapia (Potter & Wetherell, 1992; Wooffitt, 2005). Nuestra invitación a los profesionales es a desarrollar inteligencia relacional (Gaete & Sametband, 2017; cf. Greene & Bava, 2018) al hacerle cargo no sólo de sus intenciones y acciones individuales sino del efecto de sus (no)acciones en la cultura en la que ejercen sus actividades: estar dispuestos a hacerse cargo de la culpabilización culturalmente imperante *aun cuando no crean haber tenido la intención culpar*.

La terapia familiar ha sido pionera en proponer explícitamente los beneficios de conversar explícita y críticamente sobre las presuntas culpas del “paciente índice” (e.g., Minuchin, 1998; Weakland, Fish, Watzlawick, & Bodin, 1974). Se ha cuestionado la aspiración de presunta neutralidad terapéutica (e.g., Tomm, 1987) argumentando que abstenerse de tratar el tema puede incluso reforzar la culpabilidad (ver también Stancombe & White, 2005). Más recientemente, se ha visto cómo en situaciones donde el discurso médico es dominante y problemático en la construcción de la identidad de un paciente índice, el proceso terapéutico avanza cuando el cuestionamiento conjunto de este discurso y el juego de culpa que éste invita, permite que emerjan posiciones subjetivas menos problemáticas para la experiencia (e.g., Avdi, 2005; Marsten, Epton, & Markham, 2016; Patrika & Tseliou, 2016).

Por último, este intento deliberado por dismantelar el juego de la culpa resulta coherente en el horizonte más amplio de la investigación de procesos de cambio en psicoterapia. La percepción de quien busca ayuda acerca de quien provee la ayuda ha mostrado ser un elemento clave de uno de los predictores más estudiados y potentes del cambio terapéutico (i.e., *alianza terapéutica*; Flückiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018). En este sentido, trabajar deliberadamente por ser percibido como aliado (en vez de por defecto ser visto como potencial atacante), creemos hará una diferencia en aquellos padres que busquen ayuda no sólo en los profesionales de la salud, sino también de la educación.

### **Fortalezas y limitaciones**

Esta es la primera investigación en Chile en torno a la experiencia de apoderados de escolares diagnosticados con TDAH. Así mismo, es el primer proyecto en torno a esta temática que utiliza el análisis de la situación, sin pretensiones de generalizar nuestros resultados a la experiencia dominante de la mayoría de la población. Más que pretender reducir la heterogeneidad de la experiencia a una experiencia dominante (“frecuente,” “común”), hemos querido dar voz a las posiciones tal vez minoritarias y silenciadas que muestran las voces de nuestros ocho participantes, en el contexto de las fases previas de este estudio que describimos más arriba. Creemos que esto demuestra espíritu de innovación y apertura a explorar *toda* la experiencia de los participantes de la “situación.”

Una limitación de este estudio, es el hecho de haber realizado entrevistas telefónicas para las entrevistas en profundidad. Se hizo de esta manera debido a que la muestra de la encuesta en línea integraba participantes de 12 regiones y no era posible acceder a los que se ofrecieron de manera voluntaria a participar en la fase 3 del estudio de otra manera, ya que era imposible viajar a cada región para realizar una entrevista. Para manejar esta limitación se tomaron consideraciones que se explican en la sección de recolección de datos (fase 3) de este artículo. Creemos que al no ser una entrevista cara a cara, hubo mucha información no verbal sobre la experiencia de los entrevistados como apoderados de escolares diagnosticados con

TDAH, a la que no tuvimos acceso, y que probablemente nos habría servido para interpretar mejor las emisiones verbales de los entrevistados. A pesar de ello, creemos que fue una buena forma de reclutar participantes de forma cuidadosa para este primer estudio exploratorio, que esperamos motive a otros investigadores a ampliar, debatir, profundizar y co-construir nuestra comprensión sobre este emergente fenómeno social.

### Referencias

- Anderson, H. (2012). Relaciones de colaboración y conversaciones dialógicas: Ideas para una práctica sensible a lo relacional, *Family Process*, 51(1), 1-20.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales] (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Avdi, E. (2005). Negotiating a pathological identity in the clinical dialogue: Discourse analysis of a family therapy [Negociando una identidad patológica en el diálogo clínico: Análisis del discurso de una terapia familiar]. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 493-511. doi:[10.1348/147608305X52586](https://doi.org/10.1348/147608305X52586)
- Azpiazu, J. (2014). *Situational analysis: Grounded theory after postmodern turn*. [Análisis situacional: Teoría fundamentada después del giro posmoderno] Thousand Oaks, California: Sage Publications. *Athenea Digita*, 14(4), 375-379 RESEÑAS-ISBN: 0761930566
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoevsky's poetics* [Problemas de la poética de Dostoievski] (C. Emerson, Ed. & Trans.). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Barclay, A. (2008). Does Peter have attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? [¿Peter tiene trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)?] *Journal of Religion, Disability & Health*, 12(4), 330-346. DOI: 10.1080/15228960802515634
- Berger, P., & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Billig, M. (1987). *Arguing and thinking: A rhetorical approach to social psychology* [Argumentar y pensar: Un enfoque retórico de la psicología social]. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Brian, K. (2005). The risk society and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A critical social research analysis concerning the development and social impact of the ADHD diagnosis [La sociedad de riesgo y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): Un análisis crítico de investigación social sobre el desarrollo y el impacto social del diagnóstico de TDAH]. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7(2), 131-142.
- Bröer, C., & Heerings, M. (2013). Neurobiology in public and private discourse: The case of adults with ADHD [Neurobiología en el discurso público y privado: El caso de adultos con TDAH]. *Sociology of Health & Illness*, 35(1), 49-65. DOI:10.1111/j.1467-9566.2012.01477.x
- Canales, M. (2006). *Metodología de investigación social*. Introducción a los oficios. Santiago de Chile: LOM.
- Ceardi, A., Améstica, J., Núñez, C., López, V., López, V., & Gajardo, J. (2016). El cuerpo del niño como trastorno: Aproximaciones discursivas al abordaje del TDAH. *Athenea Digital*, 16(1), 211-235.
- Clarke, A. E. (2003). Situational analyses: Grounded theory mapping after the postmodern turn [Análisis situacionales: Mapeo de teoría fundamentada después del giro posmoderno]. *Symbolic Interaction*, 26, 553-576. doi:10.1525/si.2003.26.4.553
- Clarke, A. (2005). Situational analysis: Grounded theory after the postmodern turn [Análisis

- situacional: Teoría fundamentada después del giro posmoderno]. Sage *experiences, everyday life, and health care use*. Aalborg Universitetsforlag. Ph.d.-serien for Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aalborg, Universitet, DOI: 10.5278/vbn.phd.med.00093
- Donoso, T. (2004). Construcción social: Aplicación del grupo de discusión en praxis de equipo reflexivo en la investigación científica. *Revista de Psicología*, 13(1), 9-20. DOI:10.5354/0719-0581.2012.17459
- Drewery, W. (2005). Why we should watch what we say: Position calls, everyday speech and the production of relational subjectivity. [Por qué deberíamos ver lo que decimos: llamadas de posición, habla cotidiana y producción de subjetividad relacional] *Theory & Psychology*, 15(3), 305-324. <https://doi.org/10.1177/0959354305053217>
- Edley, N. (2001) Analysing masculinity: Interpretative repertoires, ideological dilemmas and subject positions [Analizando la masculinidad: Repertorios interpretativos, dilemas ideológicos y posiciones de los sujetos] In M. Wetherell & S. Taylor, *Discourse as a data. A guide for analysis [El discurso como un dato. Una guía para el análisis]* (1<sup>st</sup> ed., pp. 189-228). London, UK: Sage Publication.
- Figueroa, A., & Campbell, O. (2014). Determinantes sociales de la salud; su relevancia en el abordaje de los problemas de salud mental infantil. el caso del TDAH\*. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 31(2), 66-76.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis [La alianza en psicoterapia de adultos: una síntesis metaanalítica]. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>
- Foucault, M. (1969). *The archaeology of knowledge [La arqueología del conocimiento]*. Trans. A. M. Sheridan Smith. London, UK and New York, NY: Routledge, 2002.
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life [Salvar lo normal: una revuelta interna contra el diagnóstico psiquiátrico fuera de control, el DSM-5, la gran industria farmacéutica y la medicalización de la vida cotidiana]*. New York, NY: William Morrow.
- Frigerio, A., Montali, L., & Fine, M. (2013a). Attention deficit/hyperactivity disorder blame game: A study on the positioning of professionals, teachers and parents [Juego de culpa del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Un estudio sobre el posicionamiento de profesionales, maestros y padres]. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 17(6), 584-604 DOI: 10.1177/1363459312472083
- Frigerio, A., Montali, L., & Fine, M. (2013b). Risky and at-risk subjects: The discursive positioning of the ADHD child in the Italian context [Sujetos arriesgados y en riesgo: El posicionamiento discursivo del niño con TDAH en el contexto italiano]. *Biosocieties*, 8(3), 245-264. DOI:10.1057/BIOSOC.2013.19
- Gaete, J. (2007). La salud mental comunitaria en búsqueda de sentido: Nueva conceptualización crítica de la psiquiatría comunitaria. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 2(3), 273-276.
- Gaete, J. & Sametband, I. (2017). El uso del Píscopio en el trabajo terapéutico con problemas conductuales en niños y adolescentes. En E., Rasera, K, Taverniers, & O., Vilches (Eds.), *Construcción social en acción: Prácticas inspiradoras en diferentes contextos*. Recuperado de: <https://www.taosinstitute.net/construccionismo-social-en-accin-preticas-inspiradoras-en-diferentes-contextos>
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life [La presentación de cada uno en la vida diaria]*. New York, NY: Anchor Books.

- Goffman, E. (1967). On face-work [En el trabajo facial]. *Interaction ritual: Essays on face-to-face behavior* [Ritual de interacción: Ensayos sobre el comportamiento cara a cara] (pp. 5-46). London, UK: Taylor & Francis
- Greene, M., & Bava, S. (2018). *The relational book for parenting: Raising children to connect, collaborate, and innovate by growing our families' relationship superpowers* [El libro relacional para la crianza de los hijos: Criar a los niños para que se conecten, colaboren e innoven haciendo crecer las superpotencias de relación de nuestras familias] (1<sup>st</sup> ed.). New York, NY: Think Play Partners. ISBN: 978-1979378659
- Greenberg, G. (2013). *The book of woe: The DSM and the unmaking of psychiatry* [El libro del infortunio: El DSM y la desarticulación de la psiquiatría]. New York, NY: Penguin.
- Hawthorne, S. (2014). *Accidental intolerance: How we stigmatize ADHD and how we can stop* [Intolerancia accidental: Cómo estigmatizamos el TDAH y cómo podemos detenerlo]. New York, NY: Oxford University Press.
- Illouz, E. (2007). *Cold intimacies: The making of emotional capitalism* [Intimidades frías: La creación del capitalismo emocional]. Malden, MA: Polity.
- Instituto de Políticas Públicas en Salud (IPSUSS). (2016). Attention deficit doubles between 2009 and 2013 [El déficit de atención se duplica entre 2009 y 2013]. Retrieved from <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/deficit-atencional-se-duplica-entre-2009-y-2013/2016-06-05/230524.html>
- Jacobson, K. (2002). ADHD in cross-cultural perspective: Some empirical results [TDAH en perspectiva intercultural: Algunos resultados empíricos]. *American Anthropologist, New Series*, 104(1), 283-287. <https://doi.org/10.1525/aa.2002.104.1.283>
- Johnstone, L. & Boyle, M. (2018). *The power threat meaning framework: Overview* [El marco de significado de amenaza de poder: Descripción general] (con Eds., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J.). Leicester, UK: British Psychological Society.
- Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social: Una introducción a la teoría del actor-red*. [Reassembling the social – An introduction to actor-network-theory]. Buenos, Aires, Argentina: Manantial.
- Laugesen, B. (2017). *Children with ADHD: A mixed method study on parental experiences, everyday life, and health care use* [Niños con TDAH: Un estudio de método mixto sobre las experiencias de los padres, la vida cotidiana y el uso de la atención médica]. Aalborg Universitetsforlag. Ph.d.-serien for Det Sundhedsvidenskabelinge Fakultet, Aalborg Universitet, DOI: 10.5278/vbn.phd.med.00093
- Laugesen, B., & Gronkjaer, M. (2015). Parenting experiences of living with a child with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review of qualitative evidence [Experiencias parentales de vivir con un niño con trastorno de déficit de atención e hiperactividad: Una revisión sistemática de evidencia cualitativa]. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(11), 169-234. DOI: <http://dx.doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2449>.
- Marsten, D., Epston, D., & Markham, L. (2016). *Narrative therapy in wonderland: Connecting with children's imaginative know-how* [Terapia narrativa en el país de las maravillas: Conexión con los conocimientos imaginativos de los niños]. New York, NY: WW Norton & Company.
- Martin, D. (2017) ¿Estamos co-laborando? Micropolítica y salud mental comunitaria. *Revista De Familias y Terapias*, 26(42), 75-87.
- Minuchin, S. (1998). Where is the family in family therapy? [¿Dónde está la familia en terapia familiar?]. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 397-403.
- Molinari, J. (2003). Psicología clínica en la posmodernidad: Perspectivas desde el construccionismo social. *Psyche*, 12(1), 3-15.

- OMS, (1992). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de la *Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- O'Reilly, M., & Lester, J. N. (Eds.) *The Palgrave handbook of child mental health [El manual de salud mental infantil de Palgrave]*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Patrika, P. & Tseliou, E. (2016). The 'blame game': Discourse analysis of family members' and therapist negotiation of problem definition in systemic family therapy [El "juego de la culpa": Análisis del discurso de los miembros de la familia y negociación del terapeuta sobre la definición del problema en la terapia familiar sistémica]. *The European Journal of Counselling Psychology*, 4(1), 101-122. <http://dx.doi.org/10.5964/ejcop.v4i1.80>
- Pérez-Álvarez, M. (2017). The four causes of ADHD: Aristotle in the classroom [Las cuatro causas del TDAH: Aristóteles en el aula]. *Frontiers in Psychology*, 8(928). doi: 10.3389/fpsyg.2017.00928
- Peters, K., & Jackson D. (2009). Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder [Las experiencias de las madres de criar a un niño con trastorno de déficit de atención e hiperactividad]. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 62-71 DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04853.x
- Potter, J., & Wetherell, M. (1992). *Mapping the language of racism: Discourse and the legitimation of exploitation [Mapeando el lenguaje del racismo: El discurso y la legitimación de la explotación]*. New York, NY: Harvester-Wheatsheaf.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1994). Analyzing discourse [Analizando el discurso]. In A. Bryman, & B. Burgess, (Eds.), *Analyzing qualitative data [Analizando datos cualitativos]*. London, UK: Routledge.
- Price, M., & Raffelsbauer, D. (2012). ADHD: A true neurodevelopmental disorder? [TDAH: ¿Un verdadero trastorno del neurodesarrollo?]. *Medical Writing*, 21(2), 114-122. DOI: [10.1179/2047480612Z.00000000023](http://dx.doi.org/10.1179/2047480612Z.00000000023)
- Rafalovich, A. (2015). ADHD: Three competing discourses [TDAH: Tres discursos en competencia]. En M. O'Reilly, & J. N. Lester (Eds.), *The Palgrave handbook of child mental health [El manual de salud mental infantil de Palgrave]* (pp. 79-95). New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Ramos, G. (2016). La cara oculta del TDAH. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(1), 226-253.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century [La política de la vida misma: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI]*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Salazar, M., Goicolea, S., & Öhman, A. (2016). Respectable, disreputable, or rightful? Young Nicaraguan women's discourses on femininity, intimate partner violence, and sexual abuse: A grounded theory situational analysis [¿Respetable, de mala reputación o legítimo? Discursos de las jóvenes nicaragüenses sobre feminidad, violencia de pareja y abuso sexual: Una teoría fundamentada análisis situacional]. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 25(3), 315-332, DOI: 10.1080/10926771.2015.1081662
- Scheffler, R., Hinshaw, S., Modrek., & Levine, P. (2007). The global market for ADHD medications [El mercado mundial de medicamentos para el TDAH]. *Health Affairs*, 26(2), 450-457. DOI: 10.1377/hlthaff.26.2.450
- Scott, M. B., & Lyman, S. M. (1968). Accounts [Cuentas]. *American Sociological Review*, 33(1), 46-62.
- Shotter, J. (1993). *Conversational realities: Constructing life through language [Realidades conversacionales: Construyendo la vida a través del lenguaje]*. London, UK: Sage.
- Shotter, J. (2008). *Conversational realities revisited: Life, language, body and world*

- [*Realidades conversacionales revisitadas: Vida, lenguaje, cuerpo y mundo*]. Chagrin Falls, OH: Taos Institute Publications.
- Stancombe, J., & White, S. (2005). Cause and responsibility: Towards an interactional understanding of blaming and 'neutrality' in family therapy [Causa y responsabilidad: Hacia una comprensión interactiva de la culpa y la 'neutralidad' en la terapia familiar]. *Journal of Family Therapy*, 27, 330-351. doi: [10.1111/j.1467-6427.2005.00326.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00326.x)
- Strong, T., Chondros., K & Vegter., V. (2018). Medicalizing tensions in counselor education? [¿Medicalizar tensiones en la educación de consejeros?]. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 20(2), 220-243. DOI: [10.1080/13642537.2018.1459765](https://doi.org/10.1080/13642537.2018.1459765)
- Strong, T., Gaete, J., Sametband, I., French, J., & Eeson, J. (2012). Counsellors respond to the DSM-IV-TR [Los consejeros responden a el DSM-IV-TR]. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy / Revue Canadienne de counseling et de Psychothérapie*, 46(2).
- Strong, T., & Sesma-Vazquez, M. (2015). Discourses on children's mental health: A critical review [Discursos sobre la salud mental de los niños: Una revisión crítica]. En M. O'Reilly, & J. N. Lester, (Eds.), *The Palgrave handbook of child mental health [El manual de salud mental infantil de Palgrave]* (pp. 99-116). New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist [Entrevistas intervencionistas: Parte I. Estrategias como cuarta guía para el terapeuta]. *Family Process*, 26(1), 3-13.
- Tomm, K., St. George, S., Wulff, D., & Strong, T. (Eds.) (2014). *Patterns in interpersonal interactions: Inviting relational understandings for therapeutic change [Patrones en interacciones interpersonales: Invitando a la comprensión relacional para el cambio terapéutico]*. New York, NY: Routledge.
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis [Prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Una revisión sistemática y un metanálisis]. *Pediatrics*, 135(4), e994-1001. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2014-3482>.
- Timimi, S., & Coendorsers. (2004). A critique of the international consensus statement on ADHD [Una crítica a la declaración de consenso internacional sobre el TDAH]. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), 59-63. doi:10.1023/B:CCFP.0000020192.49298.7a
- Timimi, S., & Timimi, L. (2015). The social construction of attention deficit hyperactivity disorder [La construcción social del trastorno por déficit de atención con hiperactividad]. En M. O'Reilly, & J. N. Lester (Eds.), *The Palgrave handbook of child mental health [El manual de salud mental infantil de Palgrave]* (pp. 139-157). New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Uribe, C., & Vasquez, R. (2008). *Historias de la Misericordia: Narrativas maternas de hiperactividad infantil*. Bogota, Colombia: ceso, Ediciones Uniandes.
- Valverde, M., & Inchauspe, J. (2014). Alcance y limitaciones del tratamiento farmacológico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y adolescentes y Guías de Práctica Clínica: Una revisión bibliográfica. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(121), 37-74. doi: 10.4321/S0211-57352014000100004
- Vargas, A., y Parales, C. (2017). La construcción social de la hiperactividad. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(2), 245-262. DOI: 10.15446/RCP.V26N2.59891
- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., Valdivia, M., & Melipillán, R. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: A community epidemiological study [Prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes en Chile: Un estudio epidemiológico comunitario]. *Journal of Child Psychology and*

- Psychiatry*, 53(10), 1026-1035. DOI: 10.1111/J.1469-7610.2012.02566.X
- Weakland, J. H, Fish, R. Watzlawick, P., & Bodin, A.M. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution [Terapia breve: Resolución enfocada del problema]. *Family Process*, 13, 141-168.
- Wooffitt, R. (2005). *Conversation analysis and discourse analysis: A comparative and critical introduction* [Análisis de conversación y análisis del discurso: Una introducción comparativa y crítica]. London, UK: SAGE.

### Notas de Autores

Romina F. Ferretti Loyola es psicóloga con Magister en psicología clínica con mención en psicoterapias contemporáneas de la Universidad Adolfo Ibáñez, con intención de seguir especializándose dentro de la academia y continuar con un doctorado en psicología clínica. Sus intereses en investigación son relativos a procesos en psicoterapia, habilidades y estrategias de crianza no violenta, experiencia de los consultantes, prevención en salud mental y protección a la infancia. Es miembro del Equipo Infancia, dedicado a investigar y apoyar procesos de cambio enfocados en problemas de comportamiento disruptivo en niños, niñas y adolescentes. En este momento trabaja como psicóloga infantojuvenil en un Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM), el cual entrega atención de especialidad para el sistema público de salud de Chile. La correspondencia relativa a este artículo puede dirigirse directamente a: [rominaferrettil@gmail.com](mailto:rominaferrettil@gmail.com)

Joaquín Gaete Silva es psicólogo y doctor en *Counselling Psychology* en la University of Calgary (Canadá). Es Profesor Asociado de la Escuela de Psicología de la UAI. Director del Centro de Estudios y Atención a las Personas – CEAP Viña del Mar. Es supervisor clínico en el Magister en Psicología Clínica UAI y miembro del Equipo Infancia, dedicado a investigar y apoyar procesos de cambio enfocados en problemas de comportamiento disruptivo en niños, niñas y adolescentes. La correspondencia relativa a este artículo puede dirigirse directamente a: [joaquin.gaete@uai.cl](mailto:joaquin.gaete@uai.cl)

Agradecimientos: Agradecemos a la Universidad Adolfo Ibáñez por su colaboración en la investigación.

Derechos de autor [Copyright] 2020: Romina F. Ferretti Loyola, Joaquín Gaete Silva, y Nova Southeastern University.

### Cita del Artículo

Ferretti, R. L., & Silva, J. G. (2020). El trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDAH) según apoderados de escolares. *The Qualitative Report*, 25(4), 1107-1126. <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol25/iss4/16>

---