



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

ISSN: 1851-8265

Universidad Nacional de Lanús

Sánchez, Omar Bello

Infancias, diagnósticos y salud mental: discursos sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la región de Los Lagos, Chile (2020-2021)

Salud Colectiva, vol. 18, e4233, 2022

Universidad Nacional de Lanús

DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4233>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73170673020>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

UNL
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc


Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Infancias, diagnósticos y salud mental: discursos sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la región de Los Lagos, Chile (2020-2021)

Childhoods, diagnosis and mental health: discourses on the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in the Los Lagos region, Chile (2020-2021)

Omar Bello Sánchez¹

¹Magíster en Salud Colectiva. Psicólogo, Dirección de Acceso, Equidad y Permanencia, Universidad de Los Lagos, Osorno, Chile. ✉ 

RESUMEN El propósito del artículo es identificar las relaciones de poder-saber que constituyen el discurso sobre el diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la región de Los Lagos, Chile. A partir de una metodología cualitativa, centrada en el análisis del discurso foucaultiano, se obtuvieron tres categorías analíticas: a) los significados, b) las configuraciones y c) las implicancias de esta entidad neuropsiquiátrica. Estas categorías orientaron la realización de once entrevistas en profundidad a profesionales, familiares y adolescentes diagnosticados con TDAH, realizadas entre el año 2020 y 2021. A partir del análisis de los discursos, se concluye que: a) la biopolítica foucaultiana y la salud colectiva latinoamericana son matrices analíticas eficaces para aproximarse a los discursos sobre el TDAH, b) la diagnosis de este trastorno es un fenómeno medicalizado, y c) el diagnóstico funciona como herramienta clasificatoria, campo de controversias y estrategia modular del cuerpo y actividad infantil.

PALABRAS CLAVES Salud Colectiva; Salud Mental; Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; Infancia; Chile.

ABSTRACT The purpose of this article is to identify power-knowledge relationships that shape discourses surrounding attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) diagnoses in the region of Los Lagos, Chile. Employing a qualitative methodology based on Foucauldian discourse analysis, three analytical categories were defined: a) meanings, b) configurations, and c) implications of this neuropsychiatric condition. These categories guided eleven in-depth interviews with professionals, family members, and adolescents diagnosed with ADHD, which were conducted between 2020 and 2021. Based on the discourse analysis, the article concludes that: a) Foucauldian biopolitics and Latin American collective health are effective analytical approaches to discourses surrounding ADHD; b) the diagnosis of this disorder is a medicalized phenomenon; and c) diagnosis functions as a classifying tool, a field of controversies, and a strategy that modulates the body and childhood activity.

KEY WORDS Collective Health; Mental Health; Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Childhoods; Chile.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una patología psiquiátrica que, según la Asociación Americana de Psiquiatría, afecta al neurodesarrollo de la persona que lo padece, exponiendo un patrón persistente de hiperactividad, inatención e impulsividad que trasciende diversos espacios cotidianos de un individuo⁽¹⁾. Este fenómeno es el principal problema de salud mental que afecta a la infancia, exponiendo cifras de prevalencia diagnóstica entre el 5% y el 8% a nivel global⁽²⁾. En lo que respecta a Chile, estudios epidemiológicos demuestran que existe una prevalencia promedio del 10%, concentrándose en las edades de 4 a 18 años⁽³⁾. En este sentido, tan solo entre los años 2009 y 2013, este trastorno duplicó su presencia en el sistema público de salud⁽⁴⁾.

Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), en el año 2013, posicionan a Chile como uno de los países que más consume a nivel mundial metilfenidato (medicamento más utilizado para abordar los síntomas del TDAH a nivel neurofisiológico), declarando una demanda de 400 kg en ese año, lo que correspondía a la segunda sustancia psicotrópica más obtenida por el gobierno chileno en ese entonces⁽⁵⁾. Sin embargo, esta situación, se relaciona con la entrada del Ritalín® (uno de los nombres de mercado del metilfenidato) en territorio nacional en la década de 1980 con el objetivo de tratar a niños, niñas y adolescentes que expresaban comportamientos vinculados a distintos modos de desatención y/o hiperactividad pero que, en estricto rigor, no lograban constituirse como síntomas de un diagnóstico clínico tradicional⁽⁶⁾.

En este mismo sentido, Juan Sepúlveda redactó unos de los pocos análisis de esa época que criticaba el uso excesivo del metilfenidato y la ligereza con que los profesionales de la salud diagnosticaban la hiperactividad y/o desatención⁽⁷⁾.

Ahora bien, esta entidad psicopatológica no solo es una problemática a nivel epidemiológico, sanitario o farmacológico, sino también suscita un campo de conflictos, debates y controversias que trasciende a múltiples discursos, saberes y prácticas, tanto profesionales, institucionales, como familiares. Es por esto que el objetivo fue identificar las relaciones de poder-saber que constituyen al discurso sobre este trastorno en el territorio en la región de Los Lagos, Chile.

Biopolítica y salud colectiva: Matrices teórico-analíticas para una aproximación a los discursos sobre el diagnóstico de TDAH

En el libro *Historia de la sexualidad: Voluntad de saber*, Michel Foucault señala que las sociedades que se han conocido hasta el siglo XVII han establecido a la muerte como foco central de las políticas de gobierno, por lo que el poder sobre ella constituía un poder soberano que mantenía la ley como arma predilecta y destacaba el trabajo del sistema jurídico por sobre los otros sistemas civiles⁽⁸⁾. No obstante, cuando lo biológico empieza a reflejarse en lo político, es decir, cuando las sociedades occidentales de la última mitad del siglo XVII en adelante empiezan a aprender sobre qué consiste ser una especie viviente, tener un cuerpo, probabilidades de vida, condiciones de existencia, salud y enfermedades es que la vida se estableció como objeto de gobierno^(8,9). En este sentido, Foucault destaca:

Ya no se trata de hacer jugar la muerte en el campo de la soberanía, sino distribuir lo viviente en un dominio de valor y de utilidad... Una sociedad normalizadora fue el efecto histórico de una tecnología de poder centrada en la vida.⁽¹⁾

De esta manera, la sociedad de normalización establece sus propios objetos de apropiación, los cuales establecen diferentes disputas, debates y controversias a nivel cultural, científico, político y económico, como

lo es el diagnóstico de TDAH en la actualidad. Sin embargo, para comprender este fenómeno es necesario traer a colación a una forma particular del ejercicio del poder que se desarrolla en la modernidad y que, para efectos de esta investigación, sirve como matriz teórica-analítica del problema de estudio, es decir, la biopolítica^(10,11). Esta racionalidad nace gracias al aumento de la producción industrial y agrícola a comienzos del siglo XVIII y por el crecimiento del saber médico y científico sobre el cuerpo humano, buscando abarcar todas las estrategias y contestaciones más específicas sobre la problematización de la vida humana, tanto individual como colectiva, por lo que define las formas de conocimiento, los regímenes de autoridad y las prácticas de intervención que son deseables, legítimas y eficaces en un momento histórico determinado⁽¹²⁾.

A causa de lo anterior, el diagnóstico de TDAH cumple dos funciones fundamentales para la sociedad actual. Por un lado, busca disciplinar al cuerpo individual intentando definir los rasgos normales y patológicos del niño, niña o adolescente que es diagnosticado con este trastorno, forzando, además, a que se acople a los estándares funcionales de la sociedad y, por otro lado, se enfoca en resguardar la seguridad de la población, determinando que el conjunto de estos individuos afectará a los procesos económicos actuales y futuros, asignándoles cierta peligrosidad en su existir, esto es, factores de riesgo estadísticos^(13,14).

Ahora bien, tal adiestramiento, control y vigilancia sobre los procesos de la vida provoca, a su vez, resistencia y reivindicación por exigencias y reconocimientos que son arrebatados y usurpados por tecnologías de una sociedad normalizadora, provocando el surgimiento de múltiples luchas sociales por el derecho a la vida, al cuerpo, a la sexualidad y a la salud^(15,16). Justo en este momento, en el que es fundamental destacar la segunda matriz teórico-analítica que posee esta investigación, la cual surge en Latinoamérica en el siglo XX por los diferentes movimientos sociales que tenían como objetivo repensar, problematizar y proponer una salud

alternativa a la que se estaba desarrollando bajo el amparo del neoliberalismo en este continente. Aquella propuesta alternativa, se denominó “salud colectiva” y puede ser considerada como un campo donde convergen conocimientos y técnicas sobre lo que se denomina “salud” y en la que se presentan diferentes disciplinas y subdisciplinas provenientes de distintas ciencias⁽¹⁷⁾. Además, se le puede comprender como un ámbito de prácticas multisectorial, donde se generan variados puntos de encuentro entre profesionales, instituciones, organizaciones y actores sociales, tanto dentro como fuera del espacio comúnmente conocido como “sector salud”⁽¹⁸⁾.

En este sentido, la salud colectiva le aportó al fenómeno de estudio tres pilares fundamentales: a) la comprensión de la salud como eje articulador y problematizador de los procesos relacionados con la vida, en los que los límites analíticos no se restringen al “sector salud”, sino que transitan a otros sectores de la vida cotidiana, como la educación, la justicia, la administración pública, entre otras áreas; b) la inserción del componente histórico en el abordaje de los fenómenos establecidos en la infancia y la salud mental, como componentes indispensables en la reconstrucción crítica de los procesos salud-enfermedad, y c) el rescate la dimensión subjetiva en los discursos acerca de los saberes y prácticas sobre el diagnóstico de TDAH, como aspecto constituyente de las formas de resistencia que hacen frente a los modos de habitar y existir en la realidad social, propios del sistema capitalista-neoliberal^(17,19,20,21).

La infancia como campo de saber-poder en disputa desde los diagnósticos en salud mental

Según Rose, la gran y repentina preocupación de las sociedades modernas por la niñez y juventud, a través de las políticas y los programas estatales, se debió en realidad a un pánico moral, es decir, a numerosos y predecibles fenómenos sociales que simbolizaban un rango de ansiedad para el orden establecido por dichas sociedades, lo que significaba

una fuerte amenaza a los valores tradicionales, a la disciplina social y a las instituciones que aseguraban el bienestar colectivo⁽²²⁾. En este sentido, Murillo añade que el gobierno de la infancia comienza a fines del siglo XVIII con el surgimiento del capitalismo industrial y el advenimiento del liberalismo en Europa, lo que instauró una perspectiva de “cuestión social” sobre la reflexión, análisis e intervención gubernamental sobre la niñez; sin embargo, en América Latina, este gobierno no fue una mera réplica europea, sino que tomó matices propios y particulares, constituyendo no solo una perspectiva de “cuestión social”, sino también una perspectiva de “cuestión colonial”⁽²³⁾. Al respecto, Sofía Angulo, Adriana Cristóforo, María Noel Míguez y Lucía Sánchez señalan que, las demandas del mundo actual, contextualizadas en América Latina, exigen efectividad, rendimiento y productividad, creando la necesidad de “educar” a sujetos, desde los primeros años de vida, para que estos, además de adaptarse a un sistema preestablecido, también respondan rápida y satisfactoriamente en él, logrando visualizar el campo de la subjetividad infantil y su respectivo desarrollo, como un posible espacio en el cual no solo se debe castigar o excluir a lo diferente, sino se debe sacar provecho a esta supuesta diferencia, en términos de consumo y utilidad⁽²⁴⁾.

Ahora bien, no se puede dejar de mencionar un concepto que profundiza sobre la complejidad de un campo de saber-poder (como el de la infancia) y que enriquece la interpretación de ciertas condiciones que hacen posible la formación de vínculos entre enunciados, acciones y dispositivos, como es la gubernamentalidad. Foucault, en sus conferencias de 1977 y 1978 en el Collège de France, establece la formación de la gubernamentalidad como foco central del análisis biopolítico, la cual data de la Antigüedad hasta las aplicaciones de las teorías neoliberales contemporáneas⁽²⁵⁾.

Es aquí donde se pueden encontrar distintas formas de gobernar, partiendo desde una cosmología divina en la que Dios organiza un orden natural de las cosas, transitando hacia una razón de Estado, en la que se

concentraba la acción política de la época y se posicionaba la población como su objeto predilecto a intervenir, hasta llegar a la introducción del liberalismo que, en las conferencias de Foucault de 1978 y 1979 tituladas “Nacimiento de la biopolítica”, es comprendido no como una teoría económica ni como una ideología política, sino que es analizado como un arte específico de conducción de seres humanos, arte que introduce una nueva racionalidad en las formas sociohistóricas de gobernar^(26,27,28).

Dicha introducción liberal es fundamental para discernir las nuevas tecnologías de gobierno relacionadas con la gubernamentalidad, es decir, las tecnologías de dominación de los otros y las del yo, las cuales articulan enunciados y formulaciones discursivas que condicionan la comprensión teórico-práctica de los diagnósticos en salud mental infantojuvenil, como lo es el TDAH. Es por ello que, para efectos de esta investigación, estos diagnósticos representan tanto una categoría como un proceso, es decir, son producto de un sistema de clasificación proveniente de un saber médico-científico que busca agrupar, ordenar y reducir una variedad infinita de fenómenos desordenados y dispersos en conjuntos ordenados y codificables, buscando establecer un lenguaje compartido y traducible. De igual modo, significa un proceso por el cual la categoría diagnóstica se inscribe en “lo social”, sea como una construcción desde las instituciones y los profesionales que participan en ella o como una experiencia vivida desde los sujetos diagnosticados⁽²⁹⁾.

Los discursos como unidades fundamentales en la construcción de la sociedad contemporánea

Según Foucault, el poder no es único ni centralizado sino, por el contrario, el poder se ejerce en una multiplicidad de relaciones, se encuentra en un juego incesante de luchas y enfrentamientos que van constituyendo a sus objetos de apropiación, logrando construir una cadena, red o sistema con distintos niveles de interacción, ámbitos de acción

y eficacia⁽⁸⁾. En estas relaciones de poder, se sitúan los discursos sobre el diagnóstico de TDAH, es decir, las formaciones discursivas sobre este trastorno están atravesadas por el saber biomédico, el marketing farmacéutico, la escolarización de la infancia, entre otras fuerzas, las cuales actúan sobre lo que se dice y no se dice de esta entidad psiquiátrica^(30,31).

De acuerdo con ello, el discurso es un instrumento y efecto de poder, es un elemento táctico en el campo de las relaciones de fuerza (como en el campo de la infancia), ya que representa saberes y prácticas sociales concretas que determinan la cotidianidad de las personas⁽³²⁾. Por otro lado, el saber se imbrica profundamente con el poder en tanto ambos conforman discursos de verdad, esto es, la configuración saber-poder es la que hace posible que, en una época histórica determinada, ciertos enunciados logren el estatus de legítimos, verídicos y válidos a través de estrategias y códigos producidos por diferentes dispositivos de control social como la medicina, la escuela y la familia, en el caso del TDAH.

De esta manera, una sociedad normalizadora como la que existe actualmente no suprime o elimina la desatención, la hiperactividad o la impulsividad, sino lo opuesto, la administra, la gobierna y la hace funcional a una norma^(10,33). En este sentido, para Nietzsche, la verdad o los discursos que pretenden posicionarse como verdaderos, no provienen de ninguna facultad natural del ser humano, sino que son nativos de las luchas, rivalidades y dominaciones, por ende, las estrategias discursivas no son neutras por naturaleza, ya que siempre están atravesadas por la configuración saber-poder⁽³⁴⁾. De acuerdo con esto, fue oportuno, analizar los discursos sobre este trastorno desde dos perspectivas hermenéuticas; una de carácter arqueológico y otra de carácter genealógico.

Con respecto, al análisis arqueológico propuesto por Foucault, los discursos son considerados como prácticas concretas que se orientan a dar cuenta de sus condiciones de posibilidad y emergencia, permitiendo establecer modos históricos de constitución de ciertas positividades. Se trata de un trabajo archivístico sobre las formaciones discursivas que giran en torno

a un determinado objeto de apropiación, interrogando y cuestionando su historia efectiva⁽³⁵⁾. Este lineamiento analítico sirvió para problematizar, no solo cuáles eran los principales discursos sobre el diagnóstico de TDAH en la infancia, sino también ayudó a comprender cuáles eran las principales dinámicas de su construcción en dicho campo.

Por su parte, el análisis genealógico que Foucault recupera de Nietzsche plantea una problematización de la verdad y sus relaciones de poder que intervienen en la producción de los discursos modernos. Ambos pensadores instan a focalizar los esfuerzos analíticos en la procedencia de las formaciones discursivas, más que en el origen de ellas, porque no creen que las verdades oculten una esencia única y ordenada, sino múltiple, caótica y azarosa^(35,33).

Por lo tanto, los lineamientos interpretativos que aportó este análisis al abordaje de este fenómeno de estudio propusieron aproximarse a los diferentes sistemas de avasallamiento y dominación que ejercen los discursos de salud, educación e, incluso, justicia sobre la infancia y los diagnósticos infantojuveniles en salud mental⁽³³⁾.

MÉTODO

Diseño metodológico

Se utilizó un diseño de investigación proveniente de un enfoque cualitativo, de carácter flexible, no experimental e interpretativo, en el que el investigador desarrolla su capacidad de hacer inteligible "lo social", gracias a su formación teórica, experiencia vital y rol ciudadano⁽³⁶⁾. En este sentido, la unidad de estudio se compone de los discursos sobre el diagnóstico de TDAH, situados en la infancia y contextualizados en la región de Los Lagos, Chile.

Participantes

Los participantes fueron seleccionados siguiendo los principios del muestreo no probabilístico por conveniencia, estableciendo criterios

de inclusión y exclusión para cada categoría. En este sentido, el procedimiento de selección se realizó en una serie sucesiva de pasos: a) una vez que el proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Ético y Científico del Servicio del Salud del Reloncaví (región de Los Lagos, Chile), se solicitó la información de contacto de los establecimientos educativos de la zona a la Universidad de Los Lagos; b) cuando se logró tomar contacto con los establecimientos educativos, se logró establecer los posibles casos a entrevistar según los criterios ya delimitados; c) luego, se contactó a las personas apoderadas o tutoras legales para entrevistar a las y los participantes menores de edad (aplicando consentimiento y asentimiento informado según corresponda); d) posteriormente, una vez dialogado con las personas apoderadas y según la información de la entrevista, se tomó contacto con los posibles profesionales a entrevistar. La Tabla 1 resume las principales características de la muestra.

Recolección de información y entrevistas en profundidad

Se aplicaron once entrevistas en profundidad a profesionales, familiares y adolescentes diagnosticados con TDAH. Dichos actores

pertenecían a tres provincias de la región de Los Lagos: Llanquihue, Osorno y Chiloé. Estas entrevistas, se construyeron en relación con los objetivos de la investigación, y se establecieron tres aspectos relevantes a indagar: significados del diagnóstico, configuraciones del diagnóstico e implicancias del diagnóstico.

Se revisaron tres documentos institucionales relacionados con el fenómeno de estudio: la Guía clínica MINSAL Atención Integral de Niñas/Niños y Adolescentes con Trastorno Hiperactivo/Trastorno de la Atención⁽³⁷⁾; el Decreto 170⁽³⁸⁾ y la Guía Déficit Atencional⁽³⁹⁾ del Ministerio de Educación. En ellos, se buscó indagar los mismos tres aspectos que guiaron las realizaciones de las entrevistas abiertas: los significados del diagnóstico, las configuraciones del diagnóstico y las implicancias del diagnóstico.

Procesamiento y análisis de la información

Para analizar, la información recogida desde las técnicas cualitativas señaladas en el apartado anterior, se optó por un análisis del discurso con lineamientos del enfoque foucaultiano, en el que los enunciados y las proposiciones de los documentos y las

Tabla 1. Caracterización de las personas participantes, región de Los Lagos, Chile. 2020-2021.

Número de entrevista	Sigla de entrevista	Sexo	Categoría	Provincia
1	E1	Femenino	Profesional/Terapeuta ocupacional	Osorno
2	E2	Masculino	Profesional/Psicólogo educacional	Chiloé
3	E3	Femenino	Profesional/Educación diferencial	Osorno
4	E4	Masculino	Profesional/Médico psiquiatra	Llanquihue
5	E5	Femenino	Profesional/Psicóloga clínica	Llanquihue
6	E6	Masculino	Profesional/Profesor de aula	Osorno
7	E7	Masculino	Familiar	Llanquihue
8	E8	Femenino	Familiar	Osorno
9	E9	Femenino	Familiar	Osorno
10	E10	Masculino	Familiar/Persona diagnosticada*	Llanquihue
11	E11	Masculino	Familiar/Persona diagnosticada*	Osorno

Fuente: Elaboración propia.

*Los entrevistados con la categoría "Persona diagnosticada", al momento de la entrevista eran adolescentes (de 12 a 17 años) que relataron sus experiencias con relación a su infancia.

entrevistas analizadas fueron comprendidas como expresiones y/o efectos de relaciones de poder establecidas en el campo del diagnóstico de TDAH, en el cual se encontraban determinados regímenes de producción que regulaban la emergencia de ciertos discursos sobre el fenómeno de estudio. En este sentido, se estableció las siguientes etapas en el procesamiento analítico de la información a través del programa virtual ATLAS ti versión 9:

- Preanálisis: se ordenó y clasificó el material obtenido, en función de los objetivos de investigación y de las categorías analíticas especificadas previamente.
- Sistematización: se agruparon diversos enunciados y proposiciones provenientes de los documentos revisados y de las entrevistas aplicadas con el fin de construir y constituir las categorías analíticas previamente establecidas.
- Validación: se revisó el contenido de las tres categorías analíticas con el propósito de verificar su posible conformación y constitución.
- Articulación: una vez validadas dichas categorías se comenzaron a observar los vínculos, las contradicciones y las controversias entre el contenido de cada categoría relacionada a los actores que participaron en este estudio.

Consideraciones éticas

El 22 de junio de 2020, la investigación fue aprobada por el Comité Ético-Científico del Servicio de Salud del Reloncaví de la región de Los Lagos (Chile), la cual contempló los criterios éticos de Ezekiel Emanuel et al.⁽⁴⁰⁾ para guiar los procesos y procedimientos investigativos correspondientes a este estudio. Estos criterios, se relacionan con: el valor de la investigación, la validez científica, la selección equitativa de los sujetos, la proporción favorable de riesgo-beneficio, la evaluación independiente, la obtención del consentimiento informado por parte de las personas entrevistadas y el respeto a los sujetos inscritos.

RESULTADOS

Discursos profesionales: Significados del diagnóstico

El caso del diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) permite aproximarse a distintas maneras de hacer efectiva una normalización transversal sobre las conductas y comportamientos en la infancia, la cual se puede verificar en cómo se comprende y aborda dicha entidad psiquiátrica. Por un lado, la calificación de estas conductas observables en los niños, niñas y adolescentes, como “diferentes” al resto de sus pares o compañeros, expresan modos de normalización disciplinaria, es decir, el punto de partida de la evaluación docente es una norma que se ordena según la distribución de casos existentes, y con relación a esta distribución es que se establece la llamada “normalidad” (o anormalidad):

...se lo explicaría que su hijo quizás tiene una concentración diferente a sus compañeros que dura, en cuanto a la prolongación de esta atención, es un poco más corta o reducida, que eso no implica que el niño no va a aprender, no tiene una dificultad de en cuando a... cognitiva digámoslo así, que le impida poder cursar la enseñanza normalmente, va a tener algunas dificultades, va a tener que esforzarse un poco más pero va a llegar al objetivo igual, que es un poco más inquieto que sus compañeros que necesita estar en constante movimiento y eso le va a permitir, de alguna forma, poder poner atención en las clases, porque si ellos necesitan estar moviéndose, tocando cosas para poder concentrarse, pero que en el fondo el niño va a poder rendir va a poder pasar de curso, va a poder aprender a leer y todo lo que significa estar en el colegio, o sea, el déficit atencional no es un impedimento para que pueda desarrollarse como un estudiante normal, entre comillas, llamando la normalidad. (E3)

No obstante, esta normalización no solo se enfoca en trazar una recta o un patrón único de conducta observable, separando los casos normales de los anormales en una determinada distribución diferencial, sino también persigue el objetivo de modular estratégicamente (psicoterapia, psicoeducación) ciertas aptitudes del infante como, por ejemplo, “la inmadurez neurofisiológica” presente en el TDAH:

E5: *porque desde mi paradigma es una inmadurez neurofisiológica que jamás se madura completamente, o sea, son como siempre lo aprendí como dos placas.*

Entrevistador: *ya...*

E5: *que están separadas de inmadurez y nunca llegan a... afiarse como debería ser, entonces siempre vas a tener un... un déficit que tú lo aprendes... uno enseña a manejar el déficit ya... uno con el...*

Entrevistador: *claro...*

E5: *con la psicoterapia, eh... con la psicoeducación a los padres... va enseñando y va modulando este trastorno o este déficit o este síndrome como le quieras llamar.*

En este sentido, la formación de los profesionales en salud mental pareciera estar fuertemente permeada por un enfoque biomédico, el cual hace considerar que solo las condiciones neuroquímicas del individuo son las que pueden definir la procedencia, evolución y el desarrollo de ciertas problemáticas en esta área.

Discursos institucionales: Configuraciones del diagnóstico

La configuración del diagnóstico de TDAH contiene dos procesos explícitos según los documentos revisados. El primero se relaciona con la construcción y determinación de la sospecha diagnóstica, la cual contempla

la detección escolar de ciertas conductas y comportamientos que se caracterizan como probables de constituir un cuadro clínico y, además, se considera un proceso de aplicación de instrumentos estandarizados. Según la Guía clínica MINSAL Atención Integral de Niñas/Niños y Adolescentes con Trastorno Hipercinético/Trastorno de la Atención⁽³⁷⁾:

Las Intervenciones que permiten la Sospecha Diagnóstica son:

- a. Detección en el sistema escolar. En las escuelas con programa “Habilidades para la Vida” se utiliza el cuestionario TOCA-RR para profesores y el cuestionario PSC para padres [...]
- b. En la población infantil y adolescente de las escuelas sin programa “Habilidades para la Vida” se puede utilizar además el test de Conners abreviado.⁽³⁷⁾

Según el Decreto 170⁽³⁸⁾ del Ministerio de Educación:

La detección y derivación por parte de la escuela debe considerar lo siguiente:

- a. Anamnesis.
- b. Observación directa del comportamiento y funcionamiento social del o la estudiante en el aula y fuera de ella, al menos por un semestre, a cargo del Profesor de aula y/o Profesor(a) de educación especial.
- c. Evaluación pedagógica realizada por el profesor(a) de aula.
- d. Entrevista a la familia o apoderado del o la estudiante o del estudiante adulto.
- e. Revisión de antecedentes escolares.⁽³⁸⁾

Luego de construir la sospecha diagnóstica con los antecedentes que se han mencionado, el establecimiento educativo puede solicitar y/o derivar al estudiante observado

y evaluado a una atención de salud con un médico general, neurólogo, psiquiatra infantojuvenil, entre otros profesionales con el objetivo de obtener una retroalimentación institucional sobre la información recopilada del alumno o de la alumna. En este sentido, dicha retroalimentación hace referencia al segundo proceso que se vislumbra en los documentos revisados, el cual se vincula estrechamente con la confirmación diagnóstica del TDAH, etapa que consta de las siguientes acciones. Según la Guía clínica MINSAL⁽³⁷⁾:

Las Intervenciones para confirmación diagnóstica son:

a. Consulta médica: Entrevista realizada por médico, para diagnóstico clínico. La evaluación de síntomas primarios debe incluir la información de fuentes múltiples tales como padres/cuidadores, el niño y personal de la escuela.

b. Incluye: u Evaluación de síntomas específicos del TDAH y comorbilidad tanto con padres/cuidadores como profesores/personal escolar y el niño/a.

c. Informe escolar, incluyendo cuestionario TOCA-RR o test de Conners abreviado (ver anexo 1).

Determinar si los síntomas están causando deterioro educacional, social y/o conductual en el hogar y la escuela u otro sitio.

Determinar si se reúnen los criterios diagnósticos del CIE-10/DSM IV o Revisión de la historia médica.

Examen físico o Diagnóstico diferencial.

Diagnóstico psicosocial: Realizado complementariamente por profesional asistente social, enfermera(o), médico, psicóloga(o) y /o terapeuta ocupacional, debe incluir la información de fuentes múltiples tales como padres/cuidadores, el niño y personal de la escuela. Puede ser realizada a través de consultas en

centros de salud y/o visitas al hogar o escuela, según necesidad.⁽³⁷⁾

Una vez, que se realiza la confirmación diagnóstica se establece un tratamiento médico y un acompañamiento educacional para el estudiante que fue diagnosticado con TDAH con el objetivo disminuir los síntomas característicos de este trastorno en la vida cotidiana de la persona evaluada.

Discursos familiares: Implicancias y configuraciones del diagnóstico

Las implicancias de todo proceso diagnóstico en salud mental infantil varían según la historia personal del sujeto, como también del contexto en el cual éste se desenvuelve, no obstante, se puede vislumbrar aspectos transversales en los entrevistados que fueron diagnosticados con este trastorno. En ambos casos, se puede destacar que sus relaciones sociales se ven afectadas, ya sea de manera intrapersonal como interpersonal.

Entrevistador: *En primera instancia, me gustaría que me pudieras contar sobre tu experiencia con el diagnóstico de déficit de atención e hiperactividad.*

E10: *yo creo que lo más recalcable que he tenido en mi historia con este problema es que la gente cree que, primero, es una etapa, es decir, siempre tuve caleta de compañeros por lo menos diez que decían tener déficit de atención e hiperactividad, etc., y lo más duro es que fue que claramente ninguno de ellos tenía o muy pocos tenían y que por lo mismo yo seguí con los con las características. Todos me veían como el que no pudo hacer lo que todos hicimos y creo que, además de eso, el que te traten como a un otro, que cueste que te traten como a un común por estos factores, sobre todo cuando eres más pequeños y lo que eso me trae más de grande, por decirlo así, un trauma si lo queremos decir de una manera, aunque claramente no es algo*

que me quite el sueño, pero si hay veces con que choca con mi día a día.

En este sentido, niños, niñas o adolescentes no solo son observados y tratados como distintos al “común” de sus compañeros y compañeras, sino también la persona se siente diferente a ellos, generándose un proceso de determinación individual y relacional que es interdependiente entre sí:

Entrevistador: *si algo recuerdo y ¿por qué te hizo explotar la profe?*

E11: *porque me retaba por todo y igual todos los inspectores me tenían como fichao que yo era el desordenado y cualquier problema que pasaba siempre yo era el primero que iban a buscar para ver si fui yo.*

Entrevistador: *y ¿por qué crees que ocurría eso?*

E11: *porque cuando era más chiquitito hacía muchas leseras [travesuras] [silencio].*

Entrevistador: *y ¿cómo te sentías con que estuviese como tú dices fichado? ¿cómo te sentías con eso?*

E11: *mal, porque en todos los recreos siempre me llamaban y así y no me dejaban estar con mis amigos.*

En esta misma lógica, los padres y/o apoderados también comentan sobre los vínculos sociales que mantenían sus hijos o hijas en etapa escolar, destacando la difícil labor de explicar por qué es que ocurrían ciertos hechos que no eran comprensibles en ese momento y para su edad.

...entonces se empezó a alejar solo, no tenía amigos, no salía, no lo invitaban a fiestas, mira los primeros años de fiestas de séptimo u octavo, más encima no lo invitó nadie a un cumpleaños, nosotros sabíamos que había cumpleaños y este no estaba invitado, por supuesto

nosotros tratábamos que no se enterara por ningún lado que no lo invitaron al cumpleaños, pero siempre se enteran porque el lunes hablan del cumpleaños, del regalo, de lo que hicieron y este gallo ni siquiera supo que hubo un cumpleaños, entonces la pena hacia resto y también ya más grande se empezó a mesclar con rabia, porque era como que la impotencia se pasó a rabia, porque no podía hacer nada y no entendía po, o sea, entendía que era distinto ¿te fijas? (E7)

Por otro lado, los entrevistados destacan al establecimiento educativo como uno de los espacios donde más se establecen los conflictos y las controversias de estos niños, niñas y adolescentes diagnosticados con esta entidad psiquiátrica. De esta manera, el colegio, el liceo o la escuela se convierte en un dispositivo que disciplina y regula los comportamientos infantiles y parentales, debido a que establece las conductas que serán permitidas dentro de sus aulas de clases, exige el tipo de apoyo que requiere el estudiante y proyecta la red que se necesita para que la persona diagnosticada valide su diagnóstico:

...el colegio es el que te exige a ti tener un diagnóstico de este niño, que le pasa porque es así y que vas a hacer tú para que deje de ser así, porque más encima te piden una vez al semestre un certificado o algo del neurólogo que diga en qué etapa del no sé qué, no sé lo que ellos quieres escuchar, está este niño y tenis que llevarlo al neurólogo, mi hijo presenta déficit atencional con hiperactividad en el desarrollo, se encuentra tomando no sé qué y listo y con eso se quedan tranquilos, entonces encasillar a la gente en algún punto donde ellos se sienten tranquilos y eso es lo más difícil, o sea, tienes el diagnóstico, porque te lo exige el colegio y una vez que este colegio ya tiene el diagnóstico y está tranquilo que se (emitió) y bueno ya está bien, tenemos el diagnóstico pero ahora qué vamos a hacer para que este niño deje de ser como es, entonces el

diagnóstico no es solo el diagnóstico, no es sólo el que tú te enteras de que tu hijo tiene déficit. (E7)

DISCUSIÓN

Acerca del significado del diagnóstico

Los significados que giran en torno al TDAH dan cuenta de que su diagnóstico no sólo es la expresión de conductas desreguladas y/o comportamientos psicopatológicos pertenecientes a un niño, niña o adolescente, más bien, la diagnosis de esta entidad psiquiátrica representa una arena de conflictos y controversias donde distintos enunciados y prácticas discursivas se van superponiendo, interrelacionando o desarticulando en función de cómo se comprende y aborda la actividad infantil y sus (des)regulaciones en la actualidad⁽⁴¹⁾. Estos conflictos y controversias se producen por diversas circunstancias y factores que no se remiten exclusivamente a un nivel individual, sino también a un nivel de reglas enunciativas que conforman ciertos criterios de verdad y posibilidad para problematizar un fenómeno social como la atención y la actividad en la infancia a través de la circulación de discursos, saberes y sentidos sociales particulares⁽³¹⁾.

Esto se puede observar explícitamente en las definiciones sobre el diagnóstico de TDAH que emergieron desde las técnicas de recolección de información que se aplicaron, ya que en ellas se vislumbra una clara influencia del discurso médico sobre cómo entender las dinámicas cotidianas de una persona, familia e institución vinculada con este trastorno. Dicho discurso médico se expresa, en primera instancia, en la biologización y cerebralización de las explicaciones sobre el TDAH en las entrevistas realizadas a las y los profesionales, debido a que las determinaciones etiológicas de este cuadro clínico se remiten específicamente al neurodesarrollo del infante o a ciertas estructuras cerebrales afectadas por causas neurofisiológica^(2,42). En segunda instancia, particularmente en las entrevistas a los familiares y a las personas diagnosticadas con TDAH, el discurso médico

produce microcontroversias y/o microresistencias frente a la definición y esclarecimiento de este trastorno, ya que se concibe como una condición especial o estado de dispersión que no necesariamente hace referencia a aspectos psicopatológicos sino, por el contrario, se comprende como una forma distinta de relacionarse consigo mismo y con los demás.

En este mismo sentido, en los documentos institucionales revisados, se puede observar que esta entidad psiquiátrica es comprendida bajo el paradigma médico de la disfuncionalidad, morbilidad y/o discapacidad, aludiendo a una conducta desatenta, hiperactiva e impulsiva que trasciende los espacios cotidianos y sociales del niño, niña o adolescente que es diagnosticado con TDAH⁽⁴³⁾.

En consecuencia, el diagnóstico de TDAH es un fenómeno que se encuentra medicalizado actualmente, debido a que este trastorno se establece como un problema médico que suscita múltiples escenarios controversiales, tales como su alta prevalencia diagnóstica, la gran ingesta de fármacos asociada a su tratamiento, los distintos problemas educativos que se relacionan con él, entre otros. Por lo tanto, la coexistencia de dichos escenarios genera posibilidades concretas para que un diagnóstico infantojuvenil como este pueda problematizarse en términos médicos en tiempos presentes^(44,45).

Por otro lado, el TDAH se define teórica y clínicamente desde un paradigma médico-psiquiátrico, en el que se puede observar un lenguaje que es propio de un discurso que históricamente ha ido traduciendo y codificando distintas problemáticas sociales en situaciones individuales verificables en el cuerpo y en sus diferentes manifestaciones. Para ejemplificar lo anterior, se puede traer a colación el caso de la hiperactividad infantil y la manera en cómo esta ha sido comprendida e intervenida desde el siglo XIX, categorizándola como inquietud mental, deficiencia en el control moral, daño cerebral mínimo, entre otros términos⁽⁶⁾.

Luego, existe un marco contextual en el cual (incluyendo las condiciones históricas ya mencionadas en los párrafos anteriores) este trastorno no solo se mantiene y se

reproduce clínicamente, sino también logra expandirse e institucionalizarse como fenómeno médico en diversas esferas de la sociedad⁽⁴⁵⁾. Por ejemplo, este diagnóstico se ha posicionado en la salud mental infantojuvenil de Chile a través de distintos hechos que han ocurrido durante estos últimos 30 años, iniciando por las distintas modificaciones conceptuales que ha sufrido en los manuales de clasificación diagnóstica como el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), hasta la creación de políticas públicas estatales en el ámbito sanitario y educativo, las cuales materializan la comprensión e interpretación médica de este fenómeno.

Por último, tras considerar al TDAH como un problema, definirlo con un lenguaje propio y comprenderlo desde un marco o contexto médico, hace que esta entidad psicopatológica posea un tratamiento específico, en el que se espera que no solo el cuerpo de la persona diagnosticada se regule en función de ciertos parámetros y estándares normativos, sino también, las mismas relaciones familiares más próximas de dicha persona. De esta manera, la familia es intervenida como un cuerpo que, al igual que el sujeto diagnosticado, necesita una regulación de conductas, costumbres, relaciones y afectos, con el fin de desarrollar un equilibrio u homeostasis que proporcione más factores protectores que factores de riesgo, alcanzado así, un “bienestar” que aleja al individuo y a su círculo más próximo de cualquier situación “vulnerable”.

Acerca de las configuraciones del diagnóstico

Los procesos diagnósticos en salud mental infantojuvenil han sufrido múltiples transformaciones, reconfiguraciones y expansiones desde el último tercio del siglo XIX, debido al incremento de aspectos técnico-burocráticos y a la incorporación de nosologías vinculadas a las emociones, a la idiosincrasia y a las conductas disruptivas en la niñez.

Posteriormente, en el siglo XX los diagnósticos fueron incorporando, de modo experimental, diversas pruebas de validación provenientes de enfoques como las neurociencias, genética y biología. Ya en el siglo XXI, las categorías diagnósticas no limitaron su accionar al sector salud, sino que migraron a otras áreas de la cotidianidad de los niños, niñas y adolescentes como, por ejemplo, la escuela⁽⁴⁶⁾.

En este sentido, y según la información recogida, el diagnóstico de TDAH aparece, en un primer momento, como una herramienta clasificatoria que organiza el cuadro clínico, identifica opciones de tratamiento, predice resultados próximos y brinda un contexto explicativo a las diversas situaciones, conductas y comportamientos de la persona en cuestión que provocan conflicto y controversia en los distintos espacios sociales en los que se desenvuelve, lo cual se puede observar en las entrevistas realizadas tanto a los profesionales, familiares y adolescentes con TDAH⁽⁴⁷⁾.

En un segundo momento, la diagnosis de esta entidad psiquiátrica destaca como un campo en el que convergen distintas problemáticas que no solo hacen referencia a los aspectos comportamentales del individuo, sino también a situaciones y circunstancias familiares y educativas relacionadas con él, tales como el flujo de la actividad estudiantil en un aula de clases, las responsabilidades parentales frente a un posible diagnóstico, el rol del programa de integración escolar, entre otras situaciones. Luego, en un tercer momento se puede apreciar que este diagnóstico se utiliza como estrategia que justifica, explica y promueve la modulación del cuerpo infantil y sus manifestaciones, como también intenta gestionar y regular el flujo cotidiano de una clase, escuela, familia, entre otros colectivos^(8,43).

Ahora bien, estas tres formas de considerar al diagnóstico permiten reflexionar no solo acerca de los comportamientos desajustados o desregulados en la niñez, sino también frente a la salud, enfermedad, padecimiento, ideologías y modalidades de normalización en la infancia, congregando

a diferentes actores e instituciones en un mismo espacio. Es por ello que el TDAH, como categoría diagnóstica, es relevante no solo para la medicina en cuanto a la identificación y explicación de los síntomas característicos de este cuadro clínico como lo es la impulsividad, hiperactividad e inatención, sino también es fundamental para la salud colectiva en cuanto a que el diagnóstico configura el orden social, tanto de las personas, familias y escuelas, como también de los proyectos ideológicos o civilizatorios inmersos en estos sujetos e instituciones^(21,48).

Es en esta configuración, en la que Foucault inscribe el análisis de los diagnósticos psiquiátricos y médico-clínicos, destacando que existen regímenes de veridicción que conforman un conjunto de reglas con las que se determinan los criterios de verdad de ciertos enunciados y formulaciones discursivas^(26,49). No obstante, estos regímenes de verdad en las entrevistas realizadas y en los documentos institucionales analizados, no solo determinaban qué discursos o gramáticas serían consideradas como verdaderas o válidas, sino también dirigían los procesos de configuración del diagnóstico, es decir, determinaban qué acciones se consideraban propicias para una etapa u otra y los límites de dichas etapas, de tal manera que se podían observar múltiples coordenadas donde los actores involucrados mantenían un rol particular en la construcción de la sospecha diagnóstica o de su confirmación.

Acerca de las implicancias del diagnóstico

Al comprender el diagnóstico de TDAH en sus múltiples facetas señaladas anteriormente, es posible deducir variadas implicancias que suscita este fenómeno, las cuales se sitúan a un nivel individual, familiar, institucional y social. No obstante, las que más se destacaron en las entrevistas realizadas eran las problemáticas vinculadas a la autoestima y a las relaciones intra e interpersonales que establecía la persona diagnosticada con este trastorno.

Ahora bien, es necesario explicitar que estas implicancias no se producían exclusivamente por la confirmación diagnóstica de esta entidad psiquiátrica, sino también por el proceso que conlleva configurar una diagnosis como la de este cuadro clínico. En este sentido, la autoestima aparece como un punto de intersección entre las consecuencias que devienen de los comportamientos y las conductas de niños, niñas o adolescentes hiperactivos, impulsivos o desatentos y las exigencias individuales y sociales que se establecen en los espacios cotidianos donde la persona se desenvuelve⁽⁵⁰⁾.

Generalmente, este fenómeno es abordado educativa y clínicamente desde un enfoque individual-relacional, donde la autoestima representa un rasgo propio del individuo, pero que está determinada, en gran medida, por las relaciones más próximas que tiene una persona⁽⁵¹⁾. Es por ello que, si se ve afectada en algún momento del ciclo vital del infante o adolescente, en la mayoría de los casos, se convierte en una problemática que requiere una mayor atención y cuidado en el proceso terapéutico del sujeto y se logra establecer como un desafío para los profesionales tratantes.

Por su parte, las relaciones intra e interpersonales que se establecen en la niñez y adolescencia son fundamentales para la construcción del mundo subjetivo de la persona, las cuales logran permear la manera en cómo los sujetos se conciben a sí mismos y a los demás⁽⁴⁸⁾. En esta lógica, las entrevistas realizadas demuestran que dichas relaciones se ven afectadas por diversas circunstancias cotidianas, destacando el rechazo, la exclusión y la observación constante como un patrón que comúnmente se repite en sus espacios vitales donde se desenvuelven.

Al igual que la autoestima, el foco terapéutico y educativo para abordar este fenómeno está depositado en el individuo y sus vínculos sociales más próximos; por ende, el cuidado y el mejoramiento de ellos se logra establecer como un objetivo profesional e institucional a alcanzar. Ahora bien, estos fenómenos, antes de ser cuestiones personales y privadas, también pueden ser comprendidos

como problemáticas que hacen referencia a la gubernamentalidad y salud colectiva, en tanto estrategias de intervención sobre las subjetividades infantiles^(9,52).

Al respecto, en la autoestima no se busca imponer un gobierno sobre la subjetividad de la persona, sino por el contrario, se intenta que ella misma se autogobierne en función de determinados intereses vinculados a la utilidad y productividad del cuerpo y sus manifestaciones. Al mismo tiempo, el fortalecimiento de este autogobierno es apoyado por distintos discursos que hacen referencia al mejoramiento de la salud, en tanto condición indispensable para el mantenimiento de la vida^(17,49).

De mismo modo, ocurre con las relaciones intra e interpersonales que mantiene una persona que es diagnosticada con TDAH, ya que si se ven afectadas no solo se busca que niños, niñas o adolescentes se adecuen al contexto o resignifiquen dichas relaciones, sino que se aboga por que sea el mismo niño o adolescente quien realice estos procesos en función de determinados enunciados y formulaciones discursivas, que no necesariamente son producción autónoma del sujeto⁽⁴¹⁾.

En definitiva, estos fenómenos pueden ser abordados no solo desde una perspectiva teórico-práctica que deposite su foco de atención en las relaciones de causa y efecto, sino también pueden ser comprendidos desde enfoques que destaquen la producción de condiciones sociopolíticas de posibilidad y emergencia para que determinadas problemáticas se establezcan en el plano de lo social, familiar, educativo, sanitario, entre otras dimensiones.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de TDAH suscita diversas controversias, conflictos y debates que se materializan en las relaciones de poder-saber que se establecen dentro de ciertos espacios sociales y cotidianos de determinados actores sociales. Es por ello que, para la presente

investigación, fue de gran utilidad abordar este fenómeno desde la biopolítica foucaultiana y la salud colectiva latinoamericana debido a que estos enfoques permitieron identificar dichas relaciones de poder-saber inmersas en los discursos vinculados a esta entidad psiquiátrica.

Por su parte, la biopolítica proporcionó el análisis e interpretación necesaria para comprender cómo es que dentro de una sociedad de normalización, la infancia y los diagnósticos en salud mental infantil se constituyen como objeto de tecnologías centradas en el gobierno, preservación y producción de condiciones vitales y existenciales de los sujetos. Del mismo modo, la salud colectiva latinoamericana proveyó un abordaje pertinente sobre cómo los discursos sobre este trastorno registran una doble inmanencia de la salud en lo colectivo y lo colectivo en la salud, demostrando que los enunciados y las formulaciones discursivas asociadas a esta relación interdependiente, no restringen su accionar exclusivamente al ámbito sanitario, sino que su funcionamiento se vincula con la articulación de espacios cotidianos de las personas y comunidades. Es aquí donde ambos enfoques encuentran su punto de intersección hermenéutica: la vida como objeto biopolítico y asunto de salud colectiva.

Por otro lado, en cuanto a los objetivos de investigación, los primeros tres hacían referencia a la caracterización de las representaciones profesionales, familiares e institucionales sobre el diagnóstico de TDAH, las cuales se operativizaron al establecer tres focos de atención fundamentales para este estudio: los significados, las configuraciones y las implicancias del diagnóstico de este trastorno. Este acto permitió una vital relevancia a la hora de articular estas representaciones en el proceso constructivo y constitutivo del discurso sobre este cuadro clínico en la región de Los Lagos, ya que dicha articulación posibilitó la riqueza interpretativa para identificar las relaciones de poder-saber que se buscaban.

Ahora bien, en relación con el diseño metodológico, cabe destacar que el carácter flexible y analítico de este, brindó la posibilidad de realizar adecuaciones y/o modificaciones

durante la etapa de recolección y análisis de la información, las cuales fueron sumamente necesarias y pertinentes al considerar al objeto de estudio y su respectivo problema, como un fenómeno sociopolítico dinámico, no estático en constante transformación y producción de nuevas condiciones de preservación.

En este sentido, los resultados obtenidos se posicionan en un momento histórico determinado, donde dichas condiciones suministran cierto tipo de caracterizaciones a fenómenos emergentes en la infancia y adolescencia, como también en el campo de la salud mental infanto-juvenil. Es por ello que la construcción de las tres categorías analíticas detalladas anteriormente puede ser comprendida como puntos de intersección, donde distintas problemáticas biopolíticas y de salud colectiva (entre otras) convergen, generando procesos de subjetivación sobre los individuos y colectivos.

Para concluir, se sugiere profundizar aún más en los discursos de las personas y comunidades frente a un fenómeno médico-social que les afecte o los determine en sus vidas

cotidianas (como lo son los diagnósticos infantojuveniles en salud mental), debido a que existen múltiples etapas del ciclo vital de los seres humanos que están intensamente gobernadas e intervenidas y que, no necesariamente, generan un lugar preponderante para estos aspectos en sus análisis e interpretaciones. De la misma manera, se insta a establecer coordenadas concretas que establezcan un mapa de relaciones no solo descriptivas sino también explicativas sobre distintas aristas que están contempladas en la configuración del diagnóstico de TDAH, ya que de esta forma se podrían rastrear ciertas condiciones histórico-sociales que dan vida a problemáticas como la diagnosis de este cuadro clínico. Finalmente, se promueve la problematización como proceso indispensable en la articulación de situaciones, conflictos y desacuerdos que se pueden observar o extrapolar de un fenómeno en particular, como lo es el TDAH, de manera que en su abordaje no solo se consideren las situaciones observables en su superficie, sino también la producción de condiciones de posibilidad para su emergencia.

FINANCIAMIENTO

Fondo Nacional de Desarrollo, Científico y Tecnológico N°1201981 "Gramáticas de las microcontroversias a propósito del Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad: Un estudio sobre los diferendos normativos suscitados en el marco de los actuales procesos civilizatorios en Chile", Universidad de Chile, Laboratorio transdisciplinar en prácticas sociales y subjetividad (LAP-SOS), Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación de Chile, 2021.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener vínculos o compromisos que condicionen lo expresado en el texto y que puedan ser entendidos como conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
2. Aboitiz F, Schröter C. Síndrome de déficit atencional: antecedentes neurobiológicos y cognitivos para estudiar un modelo de endofenotipo. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 2005;43(1):11-16.

3. De la Barra F, Vicente B, Saldivia S, Melipillan R. Epidemiología del TDAH en niños y adolescentes chilenos. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*. 2015;26(1):34-46.

4. Rojas-Navarro S, Rojas P, Peña M. From problematic children to problematic diagnosis: The paradoxical trajectories of child and adolescent ADHD in Chile. In: Bergey M, Filipe A, Conrad P, Singh I. *Global Perspectives on ADHD: Social Dimensions of Diagnosis and Treatment in 16 Countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2018. p. 310-331.

5. Organización de Naciones Unidas. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Precursores y sustancias químicas frecuentemente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas [Internet]. Nueva York: ONU/JIFE; 2014 [citado 16 dic 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2vfmyp7c>.

6. Rojas-Navarro S, Rojas P, Castillo-Sepúlveda J, Schöngut-Grollmus N. Reensamblando la medicalización: hacia una pluralización de las explicaciones del TDAH en Chile. En: Bianchi E, Faraone S. *Medicalización, salud mental e infancias*. Buenos Aires: Teseo; 2018. p. 335-367.

7. Sepúlveda J. Visión crítica del Síndrome de hiperactividad y con déficit de atención. *Boletín Sociedad de*

- Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. 1995;6(2):9-18.
8. Foucault M. Historia de la sexualidad I: la voluntad de Saber. Madrid, España: Siglo XXI Editores; 2007.
9. Rose N. Políticas de la Vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. La Plata: UNIPE, Editorial Universitaria; 2012.
10. Bianchi E. La perspectiva teórico-metodológica de Foucault. Algunas notas para investigar al "ADHD". Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2010;8(1):43-65.
11. Bianchi E. Biopolítica: Foucault y después: Contrapuntos entre algunos aportes, límites y perspectivas asociados a la biopolítica contemporánea. Astrolabio. 2014;(13):218-251.
12. Rabinow P, Rose N. Biopower Today. BioSocieties. 2006;1(2):195-217.
13. Bianchi E. "El futuro llegó hace rato". Susceptibilidad, riesgo y peligrosidad en el diagnóstico y tratamiento por TDAH en la infancia. Revistas de Estudios Sociales. 2015;42:185-199.
14. Reyes P, Cottet P, Jiménez A, Jauregui G. Repensando la Medicalización: posiciones discursivas de los niños y de sus cuidadores sobre el diagnóstico y tratamiento del TDA-H en Chile. Saúde e Sociedade. 2019;28(1):40-54.
15. Weinstein L. Salud y autogestión: la anti-medicina a examen. Buenos Aires: Tupac; 1978.
16. Lemke T. Introducción a la biopolítica. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 2017.
17. Almeida-Filho N, Silva-Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médicos Sociales. 2000;75:5-30.
18. Liborio M. ¿Por qué hablar de salud colectiva? Revista Médica de Rosario. 2013;79:136-141.
19. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? Revista Cubana Salud Pública. 2004;30(2).
20. Stolkner A, Ardila Gómez S. Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría. 2012;23(101):57-67.
21. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2013;31(1):13-27.
22. Rose N. Governing the Soul: The shaping of the private self. London: Free Association Books; 1999.
23. Murillo S. El gobierno de las infancias. En: Faraone S, Bianchi E. Medicalización, salud mental e infancias. Buenos Aires: Teseo; 2018. p. 27-59.
24. Angulo S, Cristóforo A, Míguez M, Sánchez L. Inmediatez y Conflicto: Medicación con psicofármacos en las infancias y adolescencias del Uruguay. En: Faraone S, Bianchi E. Medicalización, salud mental e infancias. Buenos Aires: Teseo; 2018. p. 401-424.
25. Foucault M. Seguridad, territorio y población. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2004.
26. Foucault M. Nacimiento de la Biopolítica. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.
27. Rose N, O'Malley P, Valverde M. Gubernamentalidad. Astrolabio. 2012;48:113-152.
28. Botticelli S. La gubernamentalidad del estado en Foucault: un problema moderno. Praxis Filosófica. 2016;(42):83-106.
29. Jutel A. Diagnosis: a critical social reflection in the genomic era. Ciência & Saúde Coletiva. 2019;24(10):3619-3626.
30. Míguez M. La sujeción de cuerpos dóciles: medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora; 2012.
31. Bianchi E. Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a)normalidad? Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2016;14(1):417-430.
32. González C, Martel L. El análisis del discurso desde la perspectiva foucaultiana: método y generación del conocimiento. Ra Ximhai. 2013;9(1):153-172.
33. Dalmau I. Michel Foucault y la genealogía del saber. Eikasía: revista de filosofía. 2019;(85):25-37.
34. Nietzsche F. La genealogía de la moral. 3a ed. Madrid: Alianza Editorial; 2011.
35. Foucault M. La arqueología del saber. 6a ed. Ciudad de México: Siglo XXI Editores; 1979.
36. Minayo MCS. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
37. Chile, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Guía clínica: Atención Integral de Niñas/Niños y Adolescentes con Trastorno Hiperkinético/Trastorno de la Atención (THA) [Internet]. Chile: MS/SSP; 2008 [citado 10 nov 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yvmtu2db>.
38. Chile, Ministerio de Educación. Decreto 170: Fija normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de las subvenciones para educación especial [Internet]. 21 abr 2010 [citado 10 nov 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/bpap2d38>.
39. Chile, Ministerio de Educación. Déficit Atencional: Guía para su comprensión y desarrollo de estrategias de apoyo, desde un enfoque inclusivo, en el nivel de Educación Básica [Internet]. Chile: MINEDUC; 2009.

[citado 10 nov 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/27vu9u2m>.

40. Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical? *JAMA*. 2000;283(20):2701-2711.
41. Bello O. Biopolítica y salud colectiva: Algunas consideraciones para investigar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista Central de Sociología*. 2020;10(10):75-94.
42. Rose N, Abi-Rached J. *Neuro: The new brain sciences and the management of the mind*. Oxford: Princeton University Press; 2013.
43. Ceardi A, Améstica Abarca JM, Núñez CG, López V, López V, Gajardo J. El cuerpo del niño como trastorno: aproximaciones discursivas al abordaje del TDHA. *Athea Digital*. 2016;16(1):211-235.
44. Conrad P, Potter D. From hyperactive children to ADHD adults: Observations on the expansion of medical categories. In: Conrad P, Leiter P. *Health and health care as social problems*. United Kingdom: Rowman & Littlefield; 2003. p. 39-65.
45. Bianchi E. ¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización?: Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*. 2019;9(1):e052.
46. Bianchi E, Faraone S. Diagnósticos y fármacos en la infancia. En: Bianchi E, Faraone S. *Medicalización, salud mental e infancias*. Buenos Aires: Teseo; 2018. p. 61-92.
47. Jutel A. Classification, disease and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2011;54(2):189-205.
48. Bustelo E. Notas sobre infancia y teoría: un enfoque latinoamericano. *Salud Colectiva*. 2012;8(3):287-298.
49. Foucault M. *Del gobierno de los vivos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2014.
50. Traversini CS. Autoestima e alfabetização: o que há nessa relação? *Cadernos de Pesquisa*. 2009;39(137):577-595.
51. Rodríguez M, Moreno JE, Resett S. El autoconcepto y la autoestima en la niñez escolar. Diferencias según sexo. En: IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR; Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA. 2012. p. 126-129.
52. Duarte E. Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión. *Salud Colectiva*. 2014;10(1):57-65.

FORMA DE CITAR

Bello Sánchez O. Infancias, diagnósticos y salud mental: discursos sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la región de Los Lagos, Chile (2020-2021). *Salud Colectiva*. 2022;18:e4233. doi: 10.18294/sc.2022.4233.

Recibido: 25 ago 2022 | Versión final: 1 nov 2022 | Aprobado: 3 nov 2022 | Publicado en línea: 16 nov 2022



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0). Atribución — Se debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. Sin restricciones adicionales — No se pueden aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras personas a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

<https://doi.org/10.18294/sc.2022.4233>