

COMPRESIONES Y FORMAS DE ABORDAJE ASOCIADAS AL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE DÉFICIT ATENCIONAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

*COMPREHENSIONS AND METHODS OF APPROACH ASSOCIATED
WITH THE DIAGNOSIS OF ATTENTIONAL DEFICIT DISORDERS IN
CHILDREN AND ADOLESCENTS*

Autor

CARLOS ANDRADE GUZMÁN*

CARLOS ANDRADE GUZMÁN

Académico del Departamento de Trabajo Social de la Universidad Tecnológica Metropolitana y del Departamento de Trabajo Social de la Universidad Alberto Hurtado. Es Doctorante en Trabajo Social y Políticas de Bienestar por la Universidad Alberto Hurtado (Chile) y Boston College (Estados Unidos) y Magíster en Gestión y Políticas Públicas por la Universidad de Chile.

Información de contacto: candrade@utem.cl

*Artículo recibido el 30 de agosto de 2017 /
aceptado el 14 de octubre de 2017*

Resumen

Este trabajo ha buscado responder, desde una primera aproximación, cuáles son las comprensiones y las formas de abordaje asociadas al diagnóstico de trastorno de déficit atencional en niños, niñas y adolescentes en Chile. Metodológicamente, se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas con informantes de la psicología y de la psiquiatría infantil que se han abocado, desde la primera línea de intervención, al apoyo de procesos de niños y niñas con este diagnóstico. Algunas reflexiones de este trabajo, ponen de relieve el que este diagnóstico se comprendería como un problema socialmente construido, producto de la tensión que se generaría entre las características de niños y niñas que no se ajustarían a las orientaciones de un sistema tradicional de enseñanza y que tendría, como principal medio de abordaje, a una medicalización para el control de la diferencia, en la lógica de un “disciplinamiento” o “adormecimiento” de determinadas características presentes en las niñas y los niños, en pos de un ajuste funcional a los lineamientos del sistema.

PALABRAS CLAVE

diagnóstico, medioambiente, medicalización, diferencia

Abstract

This work has sought to answer, from a first approximation, which are the comprehensions and the methods of approach associated with the diagnosis of attention deficit disorder in children and adolescents in Chile. Methodologically, semi-structured interviews were conducted with key informants coming from professions such as psychology and child psychiatry, whom from the first line of intervention, have focused on supporting the processes of children with this diagnosis. Some reflections of this work, highlight the fact that this diagnosis would be understood as a socially constructed problem, as product of the tension that would be generated between the characteristics of boys and girls that would not conform to the guidelines of a traditional teaching system and that would have, as the main means of approach, a medicalization for the control of the difference, in the logic of a "disciplining" or "numbness" of certain characteristics present in girls and boys, all of these in pursuit of a functional adjustment to the guidelines of the system.

KEYS WORDS

diagnosis, environment, medicalization, difference

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de diagnósticos asociados a trastornos hipercinéticos en la infancia en Chile es significativa. En este contexto, para el año 2012, De la Barra, Vicente, Saldivia y Melipillán (2012), mostraban en su trabajo cómo un 10,3% de las niñas y los niños, presentaban un diagnóstico de trastorno de déficit atencional con hiperactividad –en adelante mencionado indistintamente como TDAH o como trastorno de déficit atencional–, cifra que se ubicaba por sobre el promedio a nivel mundial (Peña, Rojas y Rojas, 2015).

En este contexto, este diagnóstico ha sido reconocido como un problema de salud pública, en tanto, en palabras del Ministerio de Salud, “su impacto sobre el niño, niña, familia, escuela y sociedad es altamente significativo y con consecuencias de largo plazo. Frecuentemente experimentan rechazo de sus pares y se involucran en una serie de conductas disruptivas que les traen consecuencias negativas” (Ministerio de Salud, 2008, pp. 10-11). Dentro de estas, se encontrarían dificultades en torno al rendimiento escolar, problemáticas de adaptación, disminución de la autoestima, dificultad para relacionarse con otras personas, por señalar solo algunas. En este marco, desde el aparato del Estado, se entiende que las niñas, los niños y los adolescentes que no cuentan con un tratamiento oportuno, enfrentarían a nivel individual, entre otras, mayores posibilidades de sufrir accidentes, así como también una mayor probabilidad de vivir episodios de fracaso en la trayectoria escolar.

A nivel familiar, por su parte, la población infantil que presenta este diagnóstico tendría tendencia a generar disfunciones al interior de la familia, así como también a ser susceptibles de presentar mayores episodios de maltrato físico y psicológico (Ministerio de Salud, s/f)

En diálogo con lo anterior, cabe relevar que en torno a las medidas de política pública que se han implementado específicamente para apoyar la trayectoria educativa de los niños y las niñas que presentan un diagnóstico de este tipo destaca el desarrollo del Decreto N° 170 el año 2009, el cual entrega subvenciones diferenciadas a los establecimientos educativos para apoyar el desarrollo académico de estudiantes que presentan determinados diagnósticos de salud (Ministerio de Educación, 2009).

Lo anterior pone de relieve como, al menos en términos de sentidos, medidas tanto educativas como de salud se articularían en el entendido de que para abordar los problemas vinculados con el diagnóstico de déficit atencional, sería igualmente relevante a la dimensión biológica el componente medioambiental, incluido el escolar y familiar de los niños y las niñas, en tanto se comprenderían como gravitantes para la expresión sintomatológica, para la permanencia del problema y para el desarrollo de trastornos reactivos (Ministerio de Salud, s/f).

Desde este marco de vinculación entre la dimensión de salud y la educativa que se ha puesto de relieve a la hora de abordar el diagnóstico de trastorno de déficit atencional se sitúa este estudio. A su vez, y reconociendo los avances que en el campo de conocimiento se han generado por diversos trabajos como, por ejemplo, a nivel internacional la contribución de, entre otros, Martínez-León (2006), quien reconstruyendo el estado del arte en la materia avanza en identificar diversos elementos asociados a la psicopatología o, para el caso chileno, así como los propios aportes presentes en la obra de De la Barra et al (2012) o en la contribución de Herrera (2005) quienes, cuantitativamente, han buscado dar cuenta de, entre otros, indicadores de prevalencia asociados al diagnóstico o, por su parte, las propias obras de Peña et al (2015) y Peña (2013) quienes con base en las propuestas de Fairclough, han analizado de forma crítica el discurso presente en instrumentos tanto de carácter internacional como el DSM, como de orden nacional en la figura del Decreto 170, se identifica un espacio de contribución a la comprensión del diagnóstico de déficit atencional, principalmente en materia de recopilación y análisis de relatos presentes en profesionales de la salud mental que se ubican en la primera línea de intervención en la materia.

Considerando lo anterior, este trabajo busca responder desde una primera aproximación, cuáles son las comprensiones y las formas de abordaje asociadas al diagnóstico de trastorno de déficit atencional en niños, niñas y adolescentes. Metodológicamente, recogiendo y analizando las narrativas de informantes tanto desde la psicología como de la psiquiatría infantil que se han abocado al apoyo de procesos de niños y niñas con este diagnóstico.

Dentro de este contexto, el presente trabajo se estructura en las siguientes secciones: una primera, constituida por esta introducción; una segunda, en la cual se presentan algunas reflexiones de orden conceptual en torno a, por un lado, el desarrollo de la medicina con base en las contribuciones de Foucault y, por otro, los aportes de la perspectiva del yo neuroquímico presentada por Rose. La tercera sección, la cual presenta el marco metodológico con base en el cual se ha construido el trabajo. La cuarta, en la cual se exponen los resultados del mismo para, finalmente, en la quinta sección, presentar algunas reflexiones finales, a la luz de los hallazgos de este trabajo.

II. MODELOS DE MEDICINA SOCIAL Y LA CONFIGURACIÓN DEL “YO NEUROQUÍMICO”

Los modelos de la medicina social de la perspectiva de Foucault

Foucault (1999), reflexionando sobre las implicancias de lo que entiende como el “despegue” del sistema médico en Occidente, pone el énfasis en tres categorías analíticas que posibilitan contar con un acercamiento al desarrollo del sistema de medicalización, en general, y a recoger claves de análisis para la comprensión del abordaje del diagnóstico de TDAH en particular. A saber: 1) biohistoria; 2) medicalización y, 3) economía de la salud.

En este contexto, para la teoría foucaultiana, la primera refiere a “los efectos en el ámbito biológico, de la intervención médica; la huella que puede dejar en la historia de la especie humana la fuerte intervención médica que comenzó en el siglo XVIII” (Foucault, 1999, p. 363). En su obra, el autor recupera cómo el desarrollo de la historia humana no ha estado indiferente al avance de la medicalización, por ejemplo, en las formas de enfrentar enfermedades de alto alcance como algunas infecciones, la tuberculosis o la peste.

La “medicalización”, por su parte, obedece en la perspectiva foucaultiana a un proceso que da cuenta de cómo a partir del siglo XVIII, determinadas dimensiones del cuerpo se han visto envueltas en un circuito o red de medicalización, la cual, densificándose en su extensión, ejercería control sobre el cuerpo humano.

En este contexto, como nodos integrantes de esta red, entiende Foucault que se encontrarían tanto los propios procesos investigativos como la extensión de los centros de salud, los cuales incidirían en el cómo se desarrollaría el proceso de medicalización y su funcionamiento en términos de extensión y control.

La “economía de la salud”, finalmente, obedecería a “la integración del mejoramiento de la salud, los servicios de salud y el consumo de salud en el desarrollo económico de las sociedades más privilegiadas” (Foucault, 1999, p. 364). Como ámbito de estudio, sería para el autor un foco todavía con amplias posibilidades de exploración.

En relación con estas tres dimensiones, Sibrian (2016), revisando la obra de Foucault, expone cómo todas configurarían “una forma de control social, esto es, una colaboración en el adiestramiento de los cuerpos por diversas vías que coinciden en desenvolverse más allá de la relación médico-paciente” (Sibrian, 2016, p. 29).

Cabe relevar que, para los efectos de este trabajo, la perspectiva foucaultiana contribuye inicialmente con elementos para reflexionar en relación con las

comprensiones y formas de abordaje que se generarían en Chile en materia de trastorno de déficit atencional, principalmente, desde un reconocimiento de la disputa sobre el carácter social o individual de la medicina moderna o científica que se ha desarrollado de la mano del sistema capitalista en Occidente. Ello, en el entendido de que los procesos de enfrentamiento de este diagnóstico han tendido a reconocer una vertiente individual y una ambiental que derivaría en formas de respuesta ante el fenómeno (Rose, 2012).

En este sentido, desde la perspectiva de Foucault (1999), sería un desacierto considerar que la medicina moderna o científica es, de modo absoluto, una ciencia individual. Para el autor, esta se trataría de una “medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social; la medicina es una práctica social, y solo en alguno de sus aspectos es individualista y valora las relaciones entre el médico y el paciente” (p. 365).

En esta línea, entiende que con el desarrollo del sistema capitalista no se habría transitado desde una medicina social a una de orden individual, sino que más bien, con el capitalismo que se desarrolla desde finales del siglo XVIII y a inicios del siglo XIX, se socializaría un primer objeto: el cuerpo. Ello, en función de la fuerza productiva. En sus palabras, “el control de la sociedad sobre los individuos no se operó simplemente a través de la conciencia o de la ideología, sino que se ejerció en el cuerpo, y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo más importante era lo biopolítico, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, 1999, p. 366).

En aras de contribuir a la comprensión de las etapas o fases que habría seguido el desarrollo de la medicina social, Foucault (1999) elabora tres estadios diferenciados, sobre la base de los casos de países que ilustrarían, en mayor o menor medida, el proceso vivido por cada uno de estos tres tipos de medicina: 1) la medicina de Estado, 2) la medicina urbana y, 3) la medicina de la fuerza de trabajo. El autor, si bien tiende a centrar su análisis en la Europa francesa, su perspectiva posibilita recoger claves de análisis para reflexionar sobre comprensiones y formas de abordaje del trastorno de déficit atencional. Se revisan brevemente a continuación.

a. La medicina de Estado

Para Foucault (1999), la medicina de Estado tiene su principal referente en Alemania, desarrollándose a comienzos del siglo XVIII. Para el autor, el Estado cobraría un papel fundamental en el abordaje de lo que entiende como “objeto de saber” y también como “instrumento y lugar de conocimientos específicos”.

Rescata que como elemento particular de este desarrollo de la medicina de Estado, Alemania habría implementado una práctica médica centrada en el mejoramiento de la salud pública –a diferencia de otros países de la región europea, como Francia o Inglaterra, en donde el énfasis inicial habría estado más bien puesto en el seguimiento de indicadores de natalidad y mortalidad–, la cual habría estado caracterizada por el desarrollo de programas específicos orientados al mejoramiento de la salud de las personas, práctica que a partir de 1764 comienza a ser conocida bajo la categoría de “policía médica”.

Este primer momento del desarrollo de la medicina moderna, en la figura de una medicina de Estado, se caracterizó para Foucault por la “organización de un saber médico estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una administración general y, por último, la integración de los diferentes médicos en una organización médica de Estado” (Foucault, 1999, p. 370).

Un elemento distintivo de su desarrollo es que no seguía como propósito la formación de una fuerza de trabajo orientada a la industria emergente. El énfasis no estaba puesto en el cuerpo de las y los trabajadores, sino que más bien centrado en los sujetos que conformaban el Estado. Ello, de manera de contar con un aparato estatal preparado para enfrentar los problemas económicos y políticos que los ponían en disputa con los países vecinos.

Desde este marco, para la teoría foucaultiana, sería incorrecto pensar que el desarrollo de la medicina de Estado tiene su base en un interés inmediato por la fuerza de trabajo al servicio de la industria o del mercado. En este sentido, advierte, su preocupación habría estado más bien en el impulso de una medicina con fuerte carácter estatal. Señala Foucault en torno a los sistemas médicos que devinieron a partir del siglo XVIII y XIX el que estos habrían sido más bien derivaciones de un modelo profundamente estatista de comprender la medicina, más que seguidores de modelos centrados en otro tipo de intereses.

b. La medicina urbana

Un segundo modelo que para Foucault (1999) ilustra el tránsito vivido por la medicina social, es el comprendido como medicina urbana. Desde su perspectiva, el ejemplo de este modelo estaría dado por Francia, en donde en el siglo XVIII emerge una medicina social, la cual no habría estado apoyada por el aparato del Estado, sino que más bien movilizaba por la expansión de la urbanización.

Desde la teoría foucaultiana, este proceso en Francia en la mitad del siglo XVIII se debió a diversas razones vinculadas con el crecimiento de las regiones y, en el marco de aquellas con grandes números de habitantes, particularmente, con la necesidad de unificar el poder político de gobierno.

Foucault recoge diversas razones asociadas con esta necesidad, primeramente, de tipo económico. Así, advierte que en la medida en que las regiones fueron creciendo y con ellas sus industrias, emergía la necesidad de desarrollar sistemas estatales de regulación unificados para gestionar el crecimiento de los espacios territoriales. Igualmente, se habrían entrelazado razones de orden económico. Ello, debido a que, con la urbanización, emergerían problemas sociales vinculados con lo que podría ser comprendido como un “temor urbano” y que respondería a una concatenación de temores relacionados con el avance de la urbe. En palabras de Foucault, este respondía a “un miedo a la ciudad, la angustia ante la ciudad, tan característica de la época: miedo a los talleres y a las fábricas que se están construyendo, al hacinamiento de la población, a la excesiva altura de los edificios, y también a las epidemias urbanas, a los contagios cada vez más numerosos y que se van extendiendo por la ciudad: miedo a las cloacas, a los sótanos sobre los que se construían las casas expuestas al peligro de desmoronarse” (Foucault, 1999, p. 373).

Este miedo urbano, para Foucault, tuvo aparejada una inquietud política y sanitaria que debía ser enfrentada en las grandes ciudades y que tomó una forma avanzada para la época de lo tradicionalmente conocido como cuarentena. Este tipo de medida, tomándose en torno a dos grandes casos: la lepra y la peste. La primera, teniendo como medida de enfrentamiento la exclusión de la persona enferma, en aras de “purificar” el espacio urbano.

La peste, por su parte, no contando como respuesta a la exclusión, sino que más bien, de acuerdo con Foucault, teniendo como medidas a la compartimentación, al aislamiento y a la individuación de quienes presentaban este tipo de diagnóstico. Asimismo, un elemento característico de este tipo de medidas obedeció a la vigilancia y al control personalizado de la persona, siendo este seguimiento acompañado de un registro acabado de las expresiones de la enfermedad. En esta línea señala Foucault que “la medicina urbana, con sus métodos de vigilancia y de hospitalización, no fue más que un perfeccionamiento, en la segunda mitad del siglo XVIII, del esquema político-médico de la cuarentena que había aparecido a finales de la Edad Media, en los siglos XVI y XVII. La higiene pública fue una variante refinada de la cuarentena, y de este momento datan los inicios de la gran medicina urbana que surgió en la segunda mitad del siglo XVIII, y que se desarrolló sobre todo en Francia” (Foucault, 1999, p. 375).

Así, en diálogo con este enfrentamiento al miedo urbano, esta medicina siguió como objetivos, primeramente, el estudio de los hacinamientos y de las zonas de desorden y de peligro en el interior de los espacios urbanos; segundo, el control y establecimiento de una buena circulación del agua y del aire, desde la comprensión de la época de que eran considerados como focos de enfermedad, por lo que contar con ciudades ventiladas, habría supuesto reducir posibilidades de riesgo. Tercero, tuvo como objetivo desarrollar seriaciones y distribuciones, por ejemplo, de pozos y desagües, de manera de evitar la contaminación del agua con residuos fecales.

Cabe mencionar que la perspectiva foucaultiana advierte la relevancia de la medicalización urbana en el siglo XVIII por diversas razones. Primero, debido a que el tránsito hacia una medicina científica se llevó a cabo a través de la socialización de la disciplina. Ello, no debiéndose a un movimiento desde la medicina privada a una científica, ni a un mayor interés en el sujeto, sino que más bien a través de un interés en la urbanización. Segundo, la etapa de medicina urbana puso énfasis en el componente medioambiental, incluso sin nominarlo como tal. Desde la teoría foucaultiana, “la medicina urbana no fue realmente una medicina del hombre, del cuerpo y del organismo, sino una medicina de las cosas, del aire, del agua, de las descomposiciones y de las fermentaciones; fue una medicina de las condiciones de vida del medio de existencia” (Foucault, 1999, p. 378). Así, esta medicina urbana habría operado como puente de vinculación entre organismo y medio, no transitándose de un estudio del organismo al análisis del medio ambiente, sino que más bien pasándose de un estudio del propio medio, al de sus efectos en el organismo. Tercero, con la medicina urbana, emerge la noción de “salubridad”, entendiendo por ella al estado del medioambiente y a los elementos que en ella habrían posibilitado mejorar la salud de las personas. Igualmente, vinculada a esta noción, surge el concepto de “higiene pública”, entendida como “técnica de control y de modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud” (Foucault, 1999, p. 379).

Como elementos diferenciadores entre el modelo francés de medicina urbana y el modelo alemán de Estado, se tiene el que el primero estaba mucho más cercano a los territorios que en el caso alemán. Ello, sin embargo, sin contar con un mecanismo específico de poder. Lo anterior, debido a la relevancia asignada a la propiedad privada en el caso de Francia, lo cual se habría contravenido con la posibilidad de dotarla de un poder estatal fuerte que apoyase su desarrollo y fortalecimiento.

c. La medicina de la fuerza de trabajo

Foucault (1999) recoge como referente de este modelo de medicina a Inglaterra. Desde la perspectiva foucaultiana, la situación de pobreza, debido a su contribución al desarrollo de la industria hasta el segundo tercio del siglo XIX, no se habría convertido necesariamente en un problema antes de este período. Así, comienza a ser comprendida como problema por diversas razones: primero, las personas en situación de pobreza suponían una fuerza política con posibilidad de relevarse o de participar en manifestaciones; segundo, el avance de la tecnología, por ejemplo, en la figura de servicios de correos que dejan de hacer necesarios los servicios prestados previamente por personas en situación de pobreza, generó focos de disturbio, en tanto se entendía que quitaban fuentes de trabajo a quienes se desempeñaban en ellos; tercero, la emergencia del cólera en 1832 materializó temores asociados con la población proletaria o plebeya.

En este contexto, en este período se fragmentan los espacios urbanos en barrios para “pobres” y sectores para “ricos”. Para Foucault (1999), en Inglaterra, dado un nivel de desarrollo industrial avanzado para el siglo XIX respecto a otros países de la región, emerge una nueva forma de medicina social, teniendo como elemento central el abordaje de la situación de pobreza. Señala cómo “la “ley de pobres” convierte esencialmente a la medicina inglesa en medicina social, en la medida en que las disposiciones de esa ley implicaban un control médico del indigente. A partir del momento en el que el pobre se beneficia del sistema de asistencia, queda obligado a someterse a varios controles médicos”(Foucault, 1999, p. 381).

Así, para Foucault (1999), con la “ley de pobres”, emerge un elemento relevante para el desarrollo de la medicina social: la asistencia fiscalizada. Ello, teniendo implicancias duales: por un lado, representando una forma de intervención médica como estrategia para ayudar a las personas en situación de pobreza a satisfacer necesidades de salud que no podían suplir de manera autónoma y, por otro, posibilitando mantener por parte de las clases poderosas y/o sus representantes en el aparato de gobierno, un control que les permitiese resguardar la salud de las clases en situación de mayor necesidad y, con ello, la protección de quienes se encontraban más acomodados o acomodadas.

Foucault (1999) menciona cómo de esta manera “se estableció un cordón sanitario autoritario en el interior de las ciudades entre ricos y pobres; con este fin se les ofreció a los pobres la posibilidad de recibir cuidados gratuitos al menor coste” (p. 382). Agrega: “así los ricos se libraron del riesgo de ser víctimas de fenómenos epidémicos surgidos en las clases desfavorecidas” (p. 382).

Desde la reconstrucción del caso inglés, Foucault menciona cómo a esta ley le acompañaron sistemas de control de salud, los cuales, en la lógica de prestación universal, estaban orientados a toda la población, incluyendo prestaciones similares al modelo francés de medicina urbana, por ejemplo, en materia domiciliaria, los que junto a otros, configuraron un abanico de prestaciones centradas en el control de las clases en situación de pobreza y vulnerabilidad.

Para Foucault (1999), este modelo de medicina centrado en la fuerza de trabajo, “permitió, por un lado, establecer tres cosas: la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza de trabajo, y el registro general de control de la salubridad pública, protegiendo así a las clases más ricas de los mayores peligros. Por otro lado –y en ello reside su originalidad–, permitió la realización de tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación, las epidemias, etc., y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía medios para pagarla” (Foucault, 1999, p. 384).

Señala, en este sentido, que desde una mirada general, “se puede afirmar que, a diferencia de la medicina de Estado alemana del siglo XVIII, en el siglo XIX, y sobre todo en Inglaterra, apareció una medicina que consistía esencialmente en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, con el fin de hacerlas más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases ricas” (Foucault, 1999, p. 384).

LA PERSPECTIVA DEL “YO NEUROQUÍMICO” DE ROSE

Rose (2012) reflexionando sobre biopolítica en el siglo XXI y siguiendo las contribuciones de Foucault, reconoce cómo “el cuerpo” es todavía hoy el foco de la mirada clínica, incluso cuando la enfermedad se problematiza y aborda en función de asociaciones espaciales y sociales” (Rose, 2012, p. 36).

Posteriormente, en su abordaje sobre la construcción de un ser o yo “neuroquímico”, Rose (2012), recoge cómo durante el siglo XX se consideraba que sería el computador el paradigma de la vida mental, lo cual actualmente perdería fuerza, en gran medida, debido a los avances que se han desarrollado en torno a la relación entre cerebro y mente por, entre otras disciplinas, la neurociencia, la psicofarmacología o la ciencia de la conducta.

En su reflexión, recupera la forma en que, en la primera mitad del siglo XX en Occidente, los seres humanos adquirieron una comprensión de sí mismos como poseedores de un espacio interior profundo de carácter psicológico,

actuando sobre sí en torno a esa percepción. Así, desde la perspectiva roseana, se habría transitado en los cincuenta años desde esta comprensión, a una vivencia de seres humanos significados como “somáticos”. En este sentido, teniendo una progresiva mayor comprensión de sí mismos, con percepción de facultad para hablar de sí y actuar en concordancia, sea sobre sí y sobre otros y otras, como seres definidos por los preceptos biológicos, elementos que habrían posibilitado, desde su perspectiva, la emergencia de un “yo neuroquímico”.

En este contexto, en diálogo con la perspectiva foucaultiana, advierte Rose que “si bien nuestros deseos, estados de ánimo y descontentos pueden haberse atribuido en el pasado a un espacio psicológico, ahora se asignan al cuerpo o más bien, a un órgano particular del cuerpo, el cerebro” (Rose, 2012, p. 371)

En diálogo con ello, en la segunda mitad del siglo XX –particularmente entre 1985 y 1995–, la psiquiatría habría puesto los cimientos neuronales y neuroquímicos de la vida mental de los seres humanos. Para ilustrar este elemento, Rose toma el trabajo de Trimble, de 1987, cuando señalaba que la psiquiatría, como disciplina, siempre habría estado interesada en la conducta en su más amplio sentido y habría buscado permanentemente generar conocimiento sobre las relaciones entre cerebro y conducta, así como sobre las bases somáticas de la psicopatología.

Dentro de los avances que en el campo de conocimiento habrían posibilitado sostener esta concepción, Rose (2012) recoge, entre otras, dos categorías: la de “diagnósticos” y la de “sujetos humanos”. En esta línea, su perspectiva aborda a los primeros como, en principio, “modos categóricos de caracterizar trastornos o estados de ánimo, emociones, cognición y voluntad, que hacen posible la selección y diferenciación de grupos de sujetos: depresión, esquizofrenia crónica, mal de Alzheimer, mal de Parkinson y trastorno de la personalidad” (Rose, 2012, p. 376), mientras que en relación con los sujetos, estos serían quienes “encarnan o sufren afecciones discretas y particulares, que dan cuenta de los síntomas conductuales y conducta patológica (estado de ánimo deprimido, ingesta excesiva, pánico, conducta impulsiva, ideas o actos suicidas), cada uno de los cuales es al menos candidato suficiente para una patología única” (p.376).

En este contexto, un giro ontológico característico de la comprensión de este “yo neuroquímico”, es que la psiquiatría ya no diferenciaría entre trastornos orgánicos y funcionales. Así, su foco no estaría puesto en la mente o la psiquis, sino que esta sería básicamente lo que conformaría al cerebro. En este sentido, se entendería desde esta nueva concepción del “yo”, el que la patología mental no sería nada más que la consecuencia de un fallo o

“anomalía identificable y corregible”, inicialmente, en algún elemento de los que la medicina identifica como aspectos o áreas de ese cerebro orgánico.

Rose (2012) agrega cómo este giro ontológico obedece a una forma de vivir la autoimagen como personas. Para él, y no alejándose de las contribuciones desarrolladas por Foucault, esto “implica un nuevo modo de ver y juzgar la normalidad y la anormalidad humanas, y de actuar sobre ellas. Permite que nos gobiernen de nuevos modos. Y nos permite gobernarnos de manera diferente” (Rose, 2012, p. 378).

Recupera Rose el que la práctica de la medicina clínica del siglo XIX comienza a poner fuerte énfasis en el ejercicio del diagnóstico en el entendido de interpretar sintomatologías en función de las disfunciones orgánicas internas que los provocan. En este marco, este tipo de ejercicio no habría podido ser logrado por la medicina mental, la cual habría seguido focalizada en los aspectos exteriores del cuerpo: posturas, movimientos de quien presentaba histeria, entre otros.

Contributivo de este elemento y de su instalación en el pensamiento colectivo, habría sido el papel de las imágenes como, por ejemplo, retratos de las personas que contaban con diagnósticos asociados a lo comprendido como patologías mentales.

Así, en el recorrido de la trayectoria de la medicina mental, la perspectiva roseana recupera el rol que habría tenido, entre otros, Freud, en transitar desde “la imagen” a “la escucha”, lo cual habría supuesto un movimiento desde una comprensión de una enfermedad recibida por la “visualidad”, a una recepción sostenida por la oralidad y la escucha, en el entendido de que “la voz del paciente suponía un camino real al inconsciente”.

En este contexto, y en relación con el reconocimiento de los elementos medioambientales en la comprensión y abordaje de determinados trastornos, el espacio interior del individuo, desde su acceso a través de la oralidad, comenzaría a ocupar un rol privilegiado. Señala Rose, que “esta no es la mente del siglo XIX [...] sino un espacio “moral” entre el cerebro orgánico, por una parte, y el espacio social de la conducta, por otra, un espacio en el que se superponían e inscribían los sedimentos de las relaciones familiares y humanas, incluso, quizá, los de la existencia colectiva en sociedad” (Rose, 2012, p. 381).

Así, entre 1900 y 1960 la medicalización a las situaciones consideradas como patológicas, cobraría fuerza, reforzada por la labor de instituciones centradas en personas comprendidas como en situación de “anormalidad”, particularmente, en la figura de tribunales. Rose rescata cómo en esta época, “los críticos argumentaron que los diagnósticos psiquiátricos no hacían más

que medicalizar el desvío y reforzar las normas del orden social patriarcal” (Rose, 2012, p. 381).

Para efectos de abordaje político, es relevante recuperar cómo la corriente de la antipsiquiatría de la segunda mitad del siglo XX argumenta críticamente el que los diagnósticos psiquiátricos se encontraban equivocados, transformando ilegítimamente la diferencia, los problemas y los desvíos sociales en enfermedad.

En este camino, contribuye el desarrollo de equipamientos tecnológicos para abordar la enfermedad, particularmente en la figura de la imagenología. En este sentido, y reflexionando desde las implicancias para la auto concepción de las personas, “los estudios por imágenes pudieron usarse para convencer a un paciente reacio de que se encontraba «realmente» enfermo, lo que al parecer debía significar que el órgano del cerebro era anormal” (Rose, 2012, p. 385).

En relación con las transformaciones vividas por la medicina mental, se habría transitado en materia de trastornos mentales desde un modelo de eugenesia, como la practicada originalmente con personas con diagnósticos asociados a la discapacidad (Martínez, 2011; Palacios, 2008), a una visibilización de “oportunidades vitales para la creación de beneficios privados y crecimiento económico nacional” (Rose, 2012, p. 407). Ejemplo de ello sería el aumento de la medicalización para el diagnóstico de trastorno de déficit atencional durante la última década del siglo XX. En este contexto, recupera Rose cómo se habría potenciado en Occidente, entre otros, en Estados Unidos, “el aumento de las recetas de psicoestimulantes, en particular Ritalín (metilfenidato) y Adderall (dexanfetamina) para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños. Desde mediados de la década de 1980 hasta fines del siglo XX, se registró un crecimiento notable del diagnóstico de esta afección y del uso de estos medicamentos” (Rose, 2012, p. 408).

Sostiene Rose, relevando las voces disidentes de la medicalización, el que “muchas críticas anteriores del uso de drogas psiquiátricas señalaban que se las usaba a modo de *cachiporras químicas* en las estrategias de control con el fin de pacificar y normalizar” (Rose, 2012, p. 409), lo cual sería desde su perspectiva una práctica que persistiría y que sería utilizada con, entre otros, fines de ajustar al individuo, independientemente de intervenciones orientadas a personas en situación de institucionalización o no. En sus palabras, “sin duda, los psicofármacos se usan, hoy como antes, en todo tipo de situaciones e instituciones coercitivas con el fin de normalizar la conducta y manejar a los internos. De manera similar, son incuestionablemente parte de las estrategias empleadas para controlar a los pacientes «en

la comunidad». En esas situaciones, quienes las toman, a menudo lo hacen bajo coacción explícita o implícita” (Rose, 2012, p. 410), lo cual sería blanco de críticas, por ejemplo, en los casos de sobremedicalización a niñas y a niños con diagnósticos asociados a determinadas problemáticas.

Vinculado a este elemento, en materia de diagnóstico del trastorno de déficit atencional, señala Rose, el que “el aumento del TDAH revela un proceso más complejo de producción entrelazada del trastorno y su tratamiento” (p. 410).

En este proceso se encontrarían, entre otros, los propios incentivos económicos por desarrollar una industria farmacológica orientada a este diagnóstico; lo que reconoce como “patrones de activismo” que se manifestarían en la forma de demandas de atención en torno a esta problemática, presiones por parte de padres y madres de niños y niñas con relación a este diagnóstico, alianzas entre padres, madres y especialistas; argumentación de la necesidad de atención para un problema que no habría sido abordado de forma adecuada, entre otros. Finalmente, se encontraría igualmente presente lo que plantea Rose, como una “economía política de la esperanza”, la que estaría ilustrada en la publicidad de fármacos para el abordaje del diagnóstico, promoviendo posibles “destinos de éxito” para quienes los consumirían.

Cita Rose, en este contexto, los trabajos de Singh de los años 2002, 2003 y 2004, para ilustrar cómo este crecimiento en el uso de fármacos habría estado ligado a un reconocimiento no poco frecuente por parte de padres, madres e hijas e hijos, respecto de que los efectos de estos fármacos no serían vividos ni significados como una restricción externa impuesta, sino que le brindarían a quien los consume, la posibilidad de tomar el control sobre su propia vida, “restaurando su verdadero yo”.

Lo anterior, en correlato con un yo “neuroquímico” que avanzaría hacia la promoción de una autoimagen de un ser “en control”, que actuaría en pos de resguardar su calidad de vida y la autorealización.

En esta línea, emerge lo que la perspectiva roseana reconoce como un “activismo biológico”, el cual, por lo general, ejercen las personas adultas en esta búsqueda de una auto imagen “controlada” y “realizada”. Para efectos de este trabajo, resulta relevante cuando este tipo de activismo es ejercido por los padres y las madres en el caso de trastornos asociados con la población infantil. Desde la perspectiva de Rose, “una de las características fundamentales del activismo parental en estas áreas es el cuestionamiento de las sugerencias de que las afecciones que aquejan a sus hijos se vinculen con condiciones sociales o la gestión paterna” (Rose, 2012, pp. 420-421) lo cual, en materia del diagnóstico de trastorno de déficit atencional, se manifestaría, por ejemplo en Estados Unidos, con padres y madres que se movilizarían para lograr que este se reconozca como una patología y que se conduzcan investigaciones genéticas y biomédicas en la materia.

En este sentido, desde la perspectiva de Rose, este “yo neuroquímico” ejerce la ciudadanía biológica de diversas maneras: por un lado, se asumiría el componente biológico vinculado a la persona, particularmente desde el reconocimiento de la importancia de su administración en torno a su diagnóstico de salud mental. Por otro, se exigiría progresivamente el control de la supremacía médica y particularmente de sus prescripciones de abordaje, “exigiendo que los médicos no actúen como los amos sino como los siervos en este proceso” (Rose, 2012, p. 423).

Así, el componente medioambiental toma fuerza para Rose, en tanto “el activismo de los individuos a quienes se les ha diagnosticado un problema de salud mental, se encuentra bajo tratamiento con psicofármacos y han sido sometidos a exámenes para detectar asociaciones genéticas suele tomar la forma de la denuncia enérgica del modelo biomédico, su reduccionismo, su dependencia de los tratamientos químicos y los excesos cometidos supuestamente en su nombre” (p. 424).

En este sentido, en términos medioambientales, se denuncia el rol que han tenido determinadas organizaciones o figuras de influencia en la naturalización de la práctica de “construir” niños y niñas como agresivos o disruptivos o en la exposición a riesgos nocivos vinculados con la práctica farmacológica, incluido el aumento a la tendencia de suicidios, por señalar solo un caso.

En una línea similar a la perspectiva foucaultiana y su comprensión de la biopolítica, en torno al “yo neuroquímico”, el enfoque de Rose aborda la categoría de neuropolítica. En ella, se reconocería como una práctica naturalizada el que muchos y muchas psiquiatras sostengan sus abordajes desde vinculaciones entre patología mental y cerebro.

En palabras de Rose, “todas las explicaciones de patología mental deben “pasar por” el cerebro y su neuroquímica: neuronas, sinapsis, membranas, receptores, canales iónicos, neurotransmisores, enzimas, etc. Ahora se considera que un diagnóstico es más exacto cuando puede vincular síntomas con anomalías en uno o más de estos elementos” (Rose, 2012, p. 429).

En este sentido, tanto el elemento biológico como el medioambiental se reconocen en el diagnóstico, pero, para Rose, se ha naturalizado para muchos y muchas investigadoras de la medicina, el que el puente se genera en ambos, desde sus impactos en el cerebro, lo cual abre la puerta para el desarrollo y prescripción de drogas para su enfrentamiento. Así, “sin duda, hoy día, las drogas psiquiátricas se conciben, diseñan y distribuyen en busca de biovalor. Pero se encuentran íntimamente entrelazadas con ciertas concepciones de lo que los seres humanos son o deberían ser, es decir, hay normas, valores y juicios específicos internalizados en la idea misma de estos fármacos” (Rose, 2012, p. 433).

Estos elementos presentes en la reflexión de Rose posibilitarían reconocer cómo se ha avanzado en la elaboración de un “ideal construido”, que se ajustaría hacia nuevas formas de vida contemporáneas, en relación con cómo funcionar en los diversos microsistemas, por ejemplo, en el laboral, familiar o, particularmente relevante para la reflexión en infancia, en el campo educativo.

En este sentido, este proceso de elaboración requeriría a su vez de la participación activa del sujeto y de un control y monitoreo de su proceso, en pos de ajustes “virtuosos” en estos diversos sistemas que modularían expresiones de los diversos ámbitos del bienestar. En palabras de Rose, “las formas que está adoptando la yoidad neuroquímica contemporánea, el desdibujamiento de los límites entre tratamiento, recuperación, manipulación y mejoramiento se encuentran íntimamente entrelazados con las obligaciones de estas nuevas formas de vida. Son inherentes a la tarea continua de monitorear, administrar y modular nuestras capacidades que es la labor de la vida del ciudadano biológico contemporáneo” (Rose, 2012, p. 435).

II. Marco metodológico

Este trabajo ha buscado abordar la pregunta de investigación que lo ha movido a través de un estudio cualitativo con alcance exploratorio-descriptivo.

La estrategia de producción de información que se ha utilizado ha sido la entrevista semi estructurada.

En este contexto, y en tanto aproximación inicial, se han realizado dos encuentros con especialistas en la intervención clínica. Específicamente, se realizó una entrevista a un informante del campo de la psicología, con desarrollo profesional tanto en el ámbito interventivo como académico, y una segunda instancia conversacional con un informante de la psiquiatría igualmente especializado en el abordaje de este diagnóstico. En el caso de la primera persona informante, teniendo ella una aproximación más directa a la vivencia en el sector público y en el caso de la segunda, una aproximación que integra una trayectoria tanto pública como privada. En ambos casos se resguardaron aspectos éticos de investigación con base en la firma de consentimiento informado.

En ambos casos, un criterio de selección de las informantes fue, así como su experticia temática en el foco de esta investigación, el que se encontrasen especializadas en el trabajo con población infantil, en tanto eje central de este estudio.

Cabe relevar que la producción de información con las entrevistas se apoyó en la elaboración de una pauta de preguntas que posibilite indagar en diversos aspectos vinculados con la comprensión existente en torno a este diagnóstico, así como en las formas de abordaje tradicionalmente utilizadas al trabajar con niños, niñas y adolescentes que lo presentan. Igualmente, se ha intencionado reflexionar en materia de expectativas de cambio en relación a con el diagnóstico. En este contexto, la información producida ha sido estudiada en base a la técnica de análisis de contenido desde un sentido cualitativo (Andréu, s/f).

III. Análisis de resultados

Comprensiones y formas de abordaje asociadas al diagnóstico de TDAH en niños, niñas y adolescentes

El trastorno de déficit atencional en Chile, de acuerdo con los relatos de los informantes, comienza a abordarse desde el aparato público a partir de los años noventa. Ello, con lineamientos materializados en lo que se conoce como una primera experiencia de guía clínica para orientar su abordaje. Esta, siendo revisada en la primera década del 2000, pero sin lograrse consolidar como una guía clínica propiamente tal desde las formas de implementación a diferencia de lo que ocurriría con otros diagnósticos como, por ejemplo, el de esquizofrenia.

En este contexto, este diagnóstico sería comprendido como resultado de un conjunto de elementos vinculados con la trayectoria de vida de los niños y las niñas a quienes se les diagnostica su presencia y que se manifestaría en dinámicas como la desatención, dificultades en la forma de relacionarse con las y los pares, entre otras.

Para mí el déficit atencional es un conjunto de síntomas que se originan a partir de diversas vivencias de los niños... un ejemplo: un niño que fue abandonado por su padre o por su madre y está con su abuela, probablemente va a tener, [entre otros], un nivel de desatención en la sala de clases y que su profesor no va a poder entender lo que le ocurre porque no va a tener tiempo [para hacerlo]... porque está pensando en otra cosa (informante uno).

En este contexto, este diagnóstico constituiría un fenómeno en crecimiento explosivo que podría responder a un sobrediagnóstico y para el cual la demanda por atención estaría igualmente en progresivo aumento.

A nivel internacional, el déficit atencional correspondería más o menos como al 7% de la población infantil... en Chile se ha visto que es un poco

más alto, del orden del 10%, lo cual no sabemos muy bien si puede deberse a sobrediagnóstico (informante dos).

Este crecimiento, sería consecuencia de un proceso multifactorial vinculado, por ejemplo, con el aumento de la jornada escolar, la cual impondría a las niñas y a los niños la necesidad de permanecer actualmente durante largas horas en el establecimiento educativo, lo cual cambiaría la forma de vivir la niñez, respecto a cómo se hacía, por ejemplo, en décadas previas. Por su parte, las nuevas configuraciones de familia igualmente serían un factor de comprensión tanto en su alcance como eventual gatillante del diagnóstico, así como también en su forma de abordaje. A su vez, la crisis de los cuidados, por ejemplo, en la expresión de una mayor incorporación de la mujer al sistema laboral y no necesariamente un mayor involucramiento de los varones en las labores de cuidado implicaría igualmente una reducción de las posibilidades de poder acompañar mayormente a las niñas y a los niños en cada etapa de la vivencia de su niñez.

Por su parte, desde elementos de orden sanitario, el alto número que hoy día se tiene de profesionales de la salud mental igualmente favorecería el que se tenga actualmente una comprensión mayor del fenómeno sostenido, en parte, en la mayor cantidad de diagnósticos.

A su vez, como elemento de la comprensión del fenómeno, jugaría un rol preponderante la figura del actual DSM, el cual lo reconocería como un trastorno propiamente tal.

Asimismo, sería comprendido, en términos generales, como un fenómeno relacionado con las dinámicas de los espacios urbanos, lo cual podría encajarse al hecho de que, por ejemplo, el sistema escolar en los espacios rurales contaría con cursos con menor cantidad de estudiantes por sala. Igualmente, en las zonas rurales las dinámicas de vida tenderían a ser menos agitadas y con distintas exigencias que en las zonas urbanas, lo cual podría explicar la mayor prevalencia del diagnóstico en estas últimas.

En relación con las formas de abordaje, en Chile existiría una tendencia a usar la medicalización como primera estrategia, lo cual se diferenciaría de la práctica de otros países, en donde se tendería a iniciar el tratamiento con una intervención no farmacológica de orden familiar con las niñas y los niños, así como también con el entorno medioambiental como, por ejemplo, los espacios educativos.

[A nivel internacional] en último caso se utilizan los medicamentos... en Chile ocurre a la inversa, generalmente, la primera línea de intervención tiende a ser la medicalización (Informante uno).

La primera estrategia es el medicamento porque hace al niño más manejable... de partida, a mí me interesa que él se sienta bien con el colegio, que sienta que con los compañeros comparte más, que no lo retan tanto ni en el colegio ni en la casa, esa es la primera estrategia, pero después, tengo que agregar, si veo que hay dificultades, intervenciones a nivel psicoterapéutico con la familia, por sobre todo, psicoeducación: cómo hacer normas claras, explicar lo que es el síndrome, promover la disminución del castigo físico, entre otros... al igual que cuando son más pequeños, yo priorizo la terapia ocupacional para trabajar la utilización de los espacios, la motricidad fina, porque a veces eso también les cuesta en la relación con los pares, porque son “medios torpes”, se tiran encima de otros, entonces eso les ayuda a la coordinación motora (informante dos).

En el déficit atencional se pierde el foco del tratamiento integral que debiese ser con el colegio, con la psicóloga y se va al medicamento y listo y, a veces, se complementa con psicóloga, pero tampoco hay tanta preparación para los médicos en atención primaria sobre cómo trabajar con estos niños y, además, no tienen tiempo, dado que tienen aproximadamente como veinte minutos por paciente (informante dos).

Esta forma de abordaje sería independiente de la edad del niño y de la niña. Esto es, si se encuentra en etapa pre escolar o en otro momento de su trayectoria educativa. Asimismo, sería la primera estrategia independientemente de los efectos secundarios que la medicalización pudiese tener en ellas y en ellos como, por ejemplo, modificaciones en el apetito o en el sueño, por señalar algunas.

En este sentido, estos efectos secundarios serían significados por las o los principales cuidadores, generalmente, madres y padres de las niñas y los niños, como el “costo o precio a asumir” por su tratamiento, el cual sería vivido desde una presión o urgencia por acceder a él.

Esta forma de abordaje, a su vez, se vincularía particularmente en el sector público, con una forma de “hacer política” orientada por criterios de costo – efectividad y que sostendría la promoción del consumo de medicamentos, en tanto sería económico hacerlo, por ejemplo, respecto al trabajo con psicoterapia familiar. A su vez, sería asumido prioritariamente en tanto proveería de resultados comprendidos como efectivos en el corto plazo. Ello, sin embargo, requiriendo profundizarse el nivel de conocimiento respecto a cuáles serían los efectos para las niñas y los niños a futuro, desde la perspectiva de las personas informantes.

En este sentido, esta forma de abordaje pondría, en diálogo explícito con Foucault, el énfasis en el control de los cuerpos de las niñas y los niños en función de un sistema de disciplinamiento.

Desde la mirada de Foucault, explícitamente, yo creo que es una intervención más bien en la línea del cuerpo, en el sentido de que estamos educando niños que sean capaces de seguir las órdenes de una autoridad... que no vayan en contra de la norma, porque después esos van a ser cuerpos productivos para una sociedad capitalista, porque aquí el eje del cuerpo es un eje central porque es el cuerpo de un niño que no puede quedarse sentado, que es disruptivo, que es desafiante, que no se ajusta a la norma, que es distinto a sus compañeros y que, más encima, no logra los objetivos académicos y eso tiene consecuencias para las instituciones educacionales en términos de sus resultados en el SIMCE, de sus niveles de egreso, entonces hay muchas implicancias... y esa es la injusticia porque todo se le carga al niño: “el niño es el problema”, el niño no se concentra, pero no examinamos cómo este entorno tiene que adaptarse también a un niño con capacidades distintas en el sentido de que todos los niños son distintos (informante uno).

Este elemento se refuerza con el procedimiento diagnóstico el cual pondría el acento en la adaptación del sujeto al ambiente, y no del ambiente a las características propias del niño o de la niña.

Para uno poder diagnosticarlo como una patología, tiene que producir una disrupción y una dificultad, a lo menos, en dos ambientes: escolar, familiar o de relaciones de pares u otro (informante dos).

Este elemento, en función de sus sentidos orientados al aprendizaje formal del sistema educativo, no se distanciaría de los dispositivos que a nivel de política educativa se implementarían, por ejemplo, desde lo promovido por el Decreto 170, en términos de generar apoyos para las niñas y los niños que requerirían de acompañamiento para un adecuado funcionamiento en el entorno educativo formal.

[A nivel público] el ministerio lo que hizo es que los colegios que tienen [programa de] integración, que son solo los subvencionados, tienen dentro de su proyecto la posibilidad de que aquellos niños que tienen el diagnóstico de déficit atencional ingresen al proyecto de integración escolar por dos años, a lo menos, para tener un apoyo especial, pensando en que no son necesariamente niños con problemas de aprendizaje, pero la mayoría sí, pero pensando en que requieren de un apoyo especial, por ejemplo, para reforzar contenidos (informante dos)

Cabe relevar que, en torno al diagnóstico, los actores sociales conformarían un circuito de derivación en el cual los establecimientos educacionales, incluidos los de nivel pre escolar, constituirían un primer nodo en la detección del diagnóstico y en la construcción de una significación del mismo vinculado con una “diferencia problemática”. En este sentido, el rol del o la educadora,

particularmente de aquellos en etapa preescolar, sería relevante tanto en la propia detección, como en el interés y compromiso por acompañar y poder dedicar más recursos, por ejemplo, de tiempo, contención y dedicación al proceso vivido por los niños y las niñas. Esta forma de compromiso, por el contrario, sería poco frecuente en la etapa secundaria. Asimismo, en algunos casos, el establecimiento educativo tomaría un rol activo en la entrega del medicamento a las niñas y los niños que presentan el diagnóstico. Ello, bajo supervisión médica y con la autorización de las y los apoderados.

[En el diálogo con las madres y los padres, las educadoras les plantearían que] su niño tiene un problema... no se puede concentrar en clases, su niño no hace lo mismo que los demás y empieza a darse este fenómeno del “niño distinto”, o del “niño problema” (Informante uno).

El segundo nodo del circuito serían los centros de salud, públicos o privados, situación en la cual en el sector público, el médico general derivaría a un neurólogo, no presente, por ejemplo, en los consultorios y, sentido en algunos casos, como no con todas las herramientas técnicas para poder diferenciar si un determinado diagnóstico no estaría siendo producido por otros factores de mayor alcance como, por ejemplo, una eventual depresión o por elementos de orden familiar que podrían estar agravando el fenómeno.

Este actor elaboraría un diagnóstico, significado en algunos casos, como precario o insuficiente, en tanto con una breve entrevista, que podría tener una duración del orden de los cinco minutos en algunos casos y con muy poca participación del niño o de la niña, se establecería el diagnóstico y la derivada medicalización.

Por su parte, esta mayor presencia del neurólogo, por ejemplo, por sobre un psiquiatra en los procesos diagnósticos, se debería a elementos cuantitativos y cualitativos. Por ejemplo, en torno a los primeros, debido a que habría una mayor cantidad de ellos en los circuitos de atención y, en torno a los segundos, debido a una mayor aceptación social a la neurología, por ejemplo, debido al estigma que recaería en la atención psiquiátrica, entendida en algunos casos, como para personas con locura. Asimismo, cualitativamente se debería también a un mayor o menor conocimiento sobre la problemática por parte de los establecimientos educacionales quienes, de comprender mayormente el fenómeno, sugerirían la derivación a la especialidad psiquiátrica, por sobre la neurológica.

Cabe relevar que este diagnóstico, presente en sectores tanto de altos como de menores ingresos, sí discriminaría en términos de la variable socioeconómica a la hora de pensar en su abordaje. Ello, por ejemplo, en términos de detonantes del diagnóstico que estarían vinculados con la situación de vulnerabilidad que enfrentarían los niños y las niñas de menores ingresos.

Se ha visto que el nivel socioeconómico más bajo, tiene más porcentaje de déficit atencional: uno, porque los estreses prenatales son mayores, hay mayor consumo de droga, hay más estrés laboral, entonces el estrés en el embarazo hace que exista mayor riesgo de déficit atencional, hay mayores partos prematuros, hay más bajo peso al nacer y eso sí está asociado a mayor prevalencia de déficit atencional, hay mayor hacinamiento, mayor número de niños, es más tardía la consulta que en el sector privado, entre otros (informante dos).

A su vez, el diagnóstico presentaría diferencias en las formas de abordaje, vinculadas con la situación económica familiar. Ello, en términos de que quienes cuentan con mayores recursos, podrían optar por otras formas de intervención, por ejemplo, accediendo desde a la propia terapia psicológica particular la cual diferiría de la pública en calidad y cantidad de las prestaciones –por ejemplo, en relación con mayor cantidad y mayor frecuencia del acompañamiento profesional, mayor duración de las sesiones y en las formas de participación de las madres y los padres–; así como también en términos farmacológicos, en relación con la calidad y con la dosis del medicamento que se les otorga a los niños y a las niñas, los cuales serían de un nivel superior a los utilizados en el sector estatal, en el cual se priorizaría por la opción más económica y posiblemente de disímil calidad. Igualmente, quienes poseen más recursos podrían acceder a otro tipo de terapias, por ejemplo, de orden contemplativo, que no serían de fácil acceso para las niñas y los niños de situaciones más vulnerables.

Cabe relevar que en términos de las características que tomaría la relación médico-paciente, la participación de las niñas y los niños en este vínculo sería, salvaguardando excepciones, en términos generales, bastante pasiva en términos de cómo la población infantil se involucraría en su proceso de diagnóstico y abordaje del fenómeno. Lo anterior, particularmente desde reflexiones asociadas a la vivencia en el sector público.

La relación médico-paciente [en el sistema público], diría yo que casi no existe, en el sentido de que las visitas del niño al neurólogo son de cinco minutos, por lo que yo no sé qué relación se puede construir con eso... incluso ahí la relación ni siquiera es con el niño, sino que es con la madre o con la cuidadora, porque al niño “lo llevan”... les hacen hacer, por ejemplo, unos ejercicios de matemáticas con preguntas muy básicas, y “sería”... o sea, ningún tipo de relación, no existe (informante uno).

Asimismo, desde reflexiones que se han aproximado a la vivencia en el sector privado, en algunos casos, los profesionales de la salud mental promoverían una sensibilización y vinculación con los niños y las niñas, respecto a los beneficios de llevar adelante el tratamiento para abordar el diagnóstico, así

como también respecto a una significación sobre el rol que tendrían ellos y ellas en el proceso de administrar la situación que enfrentarían.

La idea es que los niños participen activamente... de hecho, uno [como psiquiatra infanto-juvenil] le pregunta al niño y lo otro, es importante que él se dé cuenta de los beneficios que le trae el poder tratar los síntomas... entonces, a mí me importa mucho cómo se siente el niño, de partida, sin el medicamento, o sea, de manera espontánea, me importa mucho cómo vive esta dificultad con los pares,... esto de que siente que es “tonto” o que “no puede”, o que los papás le pegan, porque muchas veces lo hacen, entonces, su vivencia para mí es súper importante porque eso va a ser categórico en el hecho de cómo lo trato y con qué, y luego, cómo vive el apoyo del fármaco, por ejemplo, si se siente más concentrado, si siente que le va mejor, o que es capaz, entonces desde mi punto de vista, a mí me interesa mucho cómo el niño participe, por ejemplo, si él me dice que se siente “más apagado” o si se siente “lento”, entonces, dosificamos, para que él pueda tener beneficios, pero no sienta que solo [el fármaco] lo controla (informante dos).

El preguntarles a los niños es para que también digan: “ah, tengo que hacer algo al respecto” (informante dos).

En este sentido, cabe relevar que esta, en términos generales, baja relación directa que se produciría entre el médico tratante con el niño o con la niña, aparejada a una poca participación en la toma de decisiones sobre su proceso de medicalización sería, en algunos casos, elaborada en términos de toma de conciencia, con posterioridad a la finalización del ciclo de farmacología por parte de los niños y las niñas.

Los niños lo hablan después... si se dan cuenta [de su proceso de medicalización] en el momento, no lo dicen... lo dicen después, cuando ya pasaron y son capaces de elaborarlo, reflexionarlo y verbalizarlo ya pasado un tiempo.... Yo los veo súper indefensos o con muy poca capacidad de decir “yo no quiero más esto” ... algunos te dicen: “yo ahora tengo una vida normal, porque antes [con la pastilla] yo iba a puro dormir al colegio (informante uno).

Por su parte, en términos de las significaciones e imágenes vinculadas a la categoría de “trastorno”, sería posible reconocer que esta categorización sería susceptible de revisión, en tanto la personalidad del niño o de la niña se encontraría todavía en desarrollo, por lo que aludir a esta categoría sería reproducir un error semántico con repercusiones materiales en el cómo se establecería la vinculación con los niños y las niñas.

Yo quiero enfatizar en que para mí los niños no tienen déficit atencional... yo creo que mi gran lucha profesional es deconstruir esto como un trastorno... ello, porque hablar de trastorno implica hacerlo desde que la persona tiene dieciocho años para adelante, justamente porque la persona ya tiene su personalidad más construida, independientemente de que la siga construyendo por el resto de su vida, pero jamás se podría hablar de un trastorno en la niñez porque se trata de una personalidad que todavía se está desarrollando (informante uno).

A su vez, se encontrarían significaciones que configurarían estigmas vinculados con elementos conductuales como, por ejemplo, la presencia de una conducta desorganizada, dificultad de atención, o la dificultad para establecer relaciones entre pares, características todas que serían parte de la propia etapa de niñez, más que expresiones de un trastorno propiamente tal. Estas, en sí mismas, serían características de la diversidad de las infancias y, en este sentido, de la heterogeneidad de intereses y aptitudes presentes en cada niño o niña, por ejemplo, habiendo quienes se encontrarían más interesados en las artes, quienes más en las ciencias, entre otros. Igualmente, esta heterogeneidad hablaría de la necesidad de tensionar las estrategias de enseñanza-aprendizaje las cuales debiesen ser ajustadas en función de las particularidades de cada niño o cada niña, en diálogo con el reconocimiento de su propia diversidad.

Yo creo que los chicos piensan como fuera de la caja... así en outside the box, entonces si tú los potenciaras, yo siento que podrían hacer cambios grandes en el mundo (informante dos).

En relación con las implicancias de ser diagnosticado y nominado con trastorno de déficit atencional, por ejemplo, por parte de sus docentes, desde las reflexiones de los informantes, se releva que, para la mayoría de ellos y ellas, esto no tendría un mayor impacto debido, primero, a que hay tantas y tantos que ya comparten el diagnóstico, que podrían pasar a ser considerados como “uno más”. Segundo, debido a que contarían con “una autorización de la familia para tener el diagnóstico”, en tanto sus cuidadoras y cuidadores lo considerarían relevante para su proceso de desarrollo. Asimismo, lo hablarían con sus hijos e hijas y, en este sentido, quienes contarían con este “permiso”, no tendrían problemas respecto a cómo se relacionarían con su diagnóstico. En este sentido, se presentarían casos de niños y niñas cuya trayectoria de vida, en una medida significativa, estaría vinculada a la medicalización pudiendo, eventualmente, no conocer otras realidades que no comprendan el consumo del fármaco. Asimismo, se presentarían casos de niños y niñas que reconocerían haber necesitado de la medicalización en algún momento, pero ya haber cumplido con, total o mayoritariamente, la etapa de dependencia y pudiendo, con posterioridad, adaptarse a los requerimientos del sistema de forma relativamente adecuada a sus exigencias.

Cabe relevar, por su parte, que significaciones y elaboraciones por parte de quienes han sido diagnosticados y, en algunos casos, medicalizados, se darían en mayor medida en el caso de los adolescentes. Ello, haciéndoles sentido, para algunos y algunas, el porqué de su experiencia de medicalización e, incluso, respecto a las propias dificultades vividas en el sistema académico.

A los adolescentes les hace mucho sentido... dicen: “ah, me va mal por esto, no es porque soy tonto” ... “ah, había algo que no me permitía rendir más” (informante dos).

Por su parte, se darían mayores resistencias a la medicalización cuando quien tiene la relación de cuidado con el niño o la niña, se opone al diagnóstico. A su vez, el niño o la niña se sentiría más estigmatizado y, a su vez, tensionado, en términos de que sus familiares o cuidadores les dirían que no es necesario que se medique, mientras que en el establecimiento educativo se les plantearía que sí sería necesario que lo hicieran. Ello, estando relacionado, en algunos casos, con propias vivencias del diagnóstico por parte de sus padres, madres o cuidadores. Así, las distintas formas de significar la relación con el fármaco por parte de los niños y las niñas, estarían relacionadas con el nivel de crítica y reflexividad presente al interior de sus propias familias y/o redes primarias de cuidado.

Expectativas de cambio desde las comprensiones y formas de abordaje del trastorno de déficit atencional

En relación con hacia dónde debiese avanzarse como sociedad en materia del diagnóstico de trastorno de déficit atencional, emergen desde los informantes elementos que relevan la importancia de la variable medioambiental en el proceso. Ello, primeramente, en torno a cambios respecto al sector educativo, en tanto primer nodo del circuito de derivación.

Así, la necesidad de reconocer la heterogeneidad de las infancias, en términos de que todas y todos los niños serían diferentes en sus características y preferencias, por ejemplo, habiendo quienes gustarían más de las artes o del humor, mientras que otros de contenidos de orden más humanista o científico y que, por tanto, debiese esta diversidad ser reconocida y validada socialmente con la misma prioridad con que cuentan, por ejemplo, otros contenidos como lenguaje o matemáticas-; en sus procesos y en sus habilidades –habiendo quienes tendrían más facilidad para explorar en el reconocimiento de su corporalidad y dimensión psicomotora, mientras que otros y otras con más facilidades para la planificación y orientación a la tarea, por señalar algunos casos–; en sus capacidades de vincularse, entre otros elementos que delinearían una pluralidad de niños y de niñas

con trayectorias y constituciones familiares diversas, sería prioritaria en términos de avanzar hacia un sistema mayormente inclusivo y respetuoso de la diferencia.

Los niños [que presentan el diagnóstico] son cabros, “híper focalizados”, estudian después, por ejemplo, publicidad, crean ellos sus computadores, porque el mundo les queda chico (informante dos).

En este sentido, contar con una comunidad educativa que sea capaz de abordar y acompañar el proceso de formación de los niños y las niñas desde marcos que trasciendan a la educación desde sus aspectos curriculares, promoviendo procesos de formación integrales e inclusivos, sería una condición a generar en torno a expectativas de cambio que reconozcan las particularidades de las infancias.

Asimismo, sería relevante hacer modificaciones en el número de estudiantes por docente en los establecimientos educacionales urbanos, de manera de que quienes realizan la docencia puedan tener la capacidad de atender a la diversidad presente en el aula. A su vez, contar con un sistema que acompañe y resignifique prácticas como la competencia que se produciría, en algunos casos, entre los niños y las niñas por ser “mejores”, sería igualmente una condición a promover.

Por su parte, mejorar las condiciones para la docencia, adicionalmente al ratio estudiantes/docente, emerge como un ámbito que sería relevante de reforzar, por ejemplo, en términos de que las y los profesores puedan contar con sistemas de contención a su labor, de disminución de la carga docente, entre otras, de manera de evitar que se produzcan descargas por parte de ellos y ellas con las y los estudiantes en el aula. En este sentido, la posibilidad de contar con estrategias de psico educación temprana para abordar la heterogeneidad de las niñas y los niños, sería un elemento relevante de impulsar para acompañar su ejercicio.

Desde una mirada amplia en términos sistémicos, por su parte, emerge el poder fortalecer los circuitos de protección para las niñas y los niños, acompañando las trayectorias de vida de las infancias.

Ello, en tanto en los casos de vivencias de vulneraciones de derechos, se producirían hitos en las trayectorias que podrían derivar en lo que, desde el diagnóstico de déficit de atención, es entendido como “problemático” o “disruptivo”.

A su vez, vinculado a este punto, desde los informantes emergen reflexiones sobre el rol que podría tener el establecimiento educativo, por ejemplo, al configurarse como un actor proveedor de cuidados para evitar que las niñas

y los niños estén solos y solas en sus casas. Ello, explorando las posibilidades que genera la propia jornada escolar completa en términos horarios pero, más que desde un sentido curricular formal, pensando en una re mirada de su rol, por ejemplo, en relación con poder generar talleres para las niñas y los niños que reconozcan sus intereses, habilidades y estilos de enseñanza aprendizaje. Elementos de este tipo, que estarían presentes en establecimientos particulares, debiesen ser promovidos igualmente en sectores de mayor vulnerabilidad lo que, en forma transversal, debiese ir acompañado de una disminución de la farmacología usada para abordar el diagnóstico.

Yo creo que se debiese disminuir el uso de fármacos, y aumentar todo lo que es el uso de talleres y actividades lúdicas (informante dos).

En los establecimientos públicos, no tienes nada que hacer porque no hay canchas, no hay pelotas, o están sin acompañamiento y esto debiese ser para los dos sectores, pero yo creo que el sector público sería el más beneficiado de todo eso (informante dos).

Respecto al ámbito de salud, se debiese reflexionar en relación con los efectos a mediano y largo plazo de la medicalización, profundizando en la generación de conocimiento respecto a las consecuencias que puede tener para los niños y las niñas.

Asimismo, surge la necesidad de pensar en un sistema que como en el caso de educación, reconozca la diferencia entre las infancias, en tanto, expresión de un Estado que abordaría de forma comprehensiva y sistémica las problemáticas de la niñez.

Finalmente, en términos del rol de los padres y las madres y otros cuidadores en torno a los procesos de los niños y las niñas, debiese avanzarse hacia una re-significación de la relación que con ellos y ellas se establece, en términos de, por ejemplo, aumentar la atención que estos y estas les brindan a los niños y a las niñas. Asimismo, en relación con validarlos y reconocerlos como sujetos con temas importantes que plantear, en términos de legitimar su heterogeneidad en relación a sus necesidades e intereses, entre otros que vayan en la línea de aumentar el status que sobre las infancias se tendría hoy en día en el país.

IV. Reflexiones finales

Este trabajo se ha orientado a responder, desde una primera aproximación, cuáles son las comprensiones y las formas de abordaje asociados al diagnóstico de trastorno de déficit atencional. Ello, con base en las reflexiones de profesionales de la salud mental abocados al acompañamiento de procesos de niños y niñas con este diagnóstico.

En este contexto, desde el análisis de sus relatos, es posible reconocer que este fenómeno se comprendería como un problema socialmente construido y que sería gatillado por elementos medioambientales, particularmente, desde la tensión que se generaría entre las características de los niños y las niñas que no se ajustarían a las orientaciones del sistema tradicional de enseñanza y las capacidades, en algunos casos limitadas, con las que los establecimientos contarían para acompañar la heterogeneidad propia de la etapa de niñez.

Así, el sistema educativo pondría, en primer lugar, un énfasis en el disciplinamiento, funcionando en este sentido, como un dispositivo que incluiría a quienes, por sus actitudes, se ajustarían a las orientaciones que este promueve y que, derivadamente, tendería a “dejar fuera”, en términos simbólicos, a quienes no lo hacen.

En este marco, este “dejar fuera” a quienes no se ajustan, se haría efectivo en términos operativos, principalmente desde una exclusión de las propias características innatas de los niños y las niñas a quienes se les diagnóstica con déficit atencional. Ello, en tanto estos seguirían participando en el sistema en marcos de una medicalización que, sin excluir en términos corporales efectivos a los niños y las niñas del establecimiento, sí lo haría en términos de, si no erradicar determinadas características inherentes a ellas y ellos, a lo menos, tenerlas bajo control, en la lógica de un disciplinamiento o adormecimiento que haga funcional su ajuste a los lineamientos curriculares del sistema.

Cabe relevar que estos elementos dialogan de forma explícita con la perspectiva foucaultiana (Foucault, 1999), principalmente desde su eje de medicalización. Por su parte, pueden ser leídos, en algunos casos, en diálogo con sus modelos de medicina social. En este marco, por ejemplo, al reconocer que como elemento diferenciador del modelo de medicina de Estado se habría encontrado una no-orientación hacia la industria o al mercado, sino que más bien a los objetivos del aparato público, al vincular los elementos que han surgido desde los relatos de los informantes de este trabajo, específicamente en relación a la promoción por parte de un sistema educativo orientado a cumplir, por ejemplo, buenos resultados en las pruebas de aprendizaje como

el SIMCE, sí sería posible reconocer que la necesidad de medicalización promovida en los niños y en las niñas, presentaría elementos de este modelo, desde su orientación a cumplir con los propósitos del aparato educativo, debiendo, aquellos y aquellas que potencialmente pueden hacer peligrar estos objetivos, ser medicalizados.

Lo anterior, igualmente, al ser en principio, un fenómeno particularmente de las ciudades lleva a pensar en la propuesta del modelo de medicina urbana que desarrolla Foucault con base en el caso francés. En este sentido, este modelo, contando como categoría relevante, con la idea de un “miedo” a la ciudad que se relacionaría con un abordaje de control y seguimiento, por ejemplo, en base a mecanismos de registro, permite reconocer lo que, en algunos casos, se encontraría presente en el abordaje del diagnóstico de déficit de atención, particularmente desde un sistema de monitoreo. Este, que no necesariamente sería aplicado en todos los casos en la figura de las prestaciones médicas dado los tiempos breves de atención que, por ejemplo, en el sector público se presentarían, sí, a lo menos, sería llevado a cabo, en algunos casos, desde el seguimiento que realizaría el propio establecimiento educativo.

Finalmente, desde los modelos de la perspectiva foucaultiana se observan, desde esta primera aproximación a las comprensiones y abordajes del diagnóstico de déficit atencional, elementos presentes en el modelo inglés de la fuerza de trabajo. En este sentido, y como ha sido relevado de forma explícita por un informante, existen apreciaciones de que este diagnóstico supondría el disciplinamiento de los niños y las niñas que lo presentan –homologable en algunos casos a la vivencia de la situación de pobreza expuesta por el modelo inglés– posibilitando mantener en el caso de los actores del sistema educativo, un circuito no disruptivo que permita resguardar o, a lo menos, contar con menos focos de desviación de los propósitos que se buscan, por ejemplo, en materia de rendimiento académico. Así, cambian las figuras de la “persona acomodada” y del “necesitado” que requiere ser controlado con el fin de hacerlo más “apto para el trabajo”, en el primer caso, por la de un actor que contaría con poder en el sistema educativo y, en el segundo, por niños y niñas que requerirían ser “aptos y aptas” para el logro de determinados resultados asociados a la gestión académica.

Cabe relevar que algunos de los hallazgos de este trabajo dialogan igualmente, en algunos casos, con las reflexiones de Rose. Así, principalmente la concepción de seres definidos por preceptos biológicos elaborada por el autor estaría presente en materia de déficit de atención.

En este sentido, se vuelve relevante recoger el rol que tendrían los procesos de autoimagen desde su vinculación con la utilización de fármacos. En este

marco, dada la participación más bien pasiva que, en términos generales, tendrían las y los niños en el proceso de abordaje del diagnóstico, serían más bien mayoritariamente otros quienes significarían eventuales ventajas de procesos farmacológicos en pos de personas “en control” de sí mismas o, incluso, “realizadas”, en la lógica de un biovalor.

Por su parte, es posible concluir desde esta primera aproximación, tomando elementos de la reflexión de Rose y que dialogan con los relatos de las personas entrevistadas, el que la dimensión medioambiental, en su más amplio alcance, sería preponderante a la hora de hablar del diagnóstico de déficit atencional y de abordarlo por medicalización, en tanto esta forma de intervenir estaría fuertemente asociada a concepciones respecto a cómo los niños y las niñas son o deberían ser.

En este sentido, sería posible reconocer, articulando con elementos que han surgido en relación con expectativas de cambio, el que todo tipo de estrategia que pueda ser impulsada para abordar este diagnóstico requeriría incorporar la variable medioambiental. Ello, sin embargo, reconociendo que, en muchos casos, ello podría ser significado no como lo más eficiente en términos de tiempo y de costos. No obstante, y cómo ha sido relevado desde los relatos de los informantes, avanzar hacia mejores condiciones para enfrentar este fenómeno, supone cambios relevantes en la forma de concebir los circuitos y espacios en los cuales se desenvuelven los niños y las niñas, destinando el máximo de recursos económicos, de tiempo y de contención, por señalar algunos, que posibiliten avanzar hacia mejores condiciones para el reconocimiento y la validación de las características específicas de las niñas y los niños.

Referencias

- Andréu, J. (s/f). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. *Hispania Revista Espanola de Historia*, pp. 1-34. En línea: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S. y Melipillán, R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Medica Clínica Las Condes*, 23(5), pp. 521-29. En línea: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70346-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70346-2)
- Foucault, M. (1999). *Estrategias del poder. Obras esenciales*. (Vol. II).
- Herrera, G. (2005). Prevalencia del déficit atencional con hiperactividad en niños y niñas de 3 a 5 años de la ciudad de Chillán, Chile. *Theoria*, 14(2), pp. 45-55.

- Martínez-León, N. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *International Journal of Clinical and Health*, 6(2), pp. 379-399.
- Martínez, B. (2011). *Pobreza, discapacidad y derechos humanos. Aproximación a los costes extraordinarios de la discapacidad y su contribución a la pobreza desde un enfoque basado en los derechos humanos*. Madrid, España: CERMI.
- Ministerio de Educación (2009). Decreto con toma de razón N° 170. Fija normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de las subvenciones para Educación Especial.
- Ministerio de Salud (s/f). Prioridad Programática: niñas, niños y adolescentes con trastorno hiperactivo / de la atención (THA).
- Ministerio de Salud (2008). Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hiperactivo/Trastorno de la Atención (THA). Chile.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid, España: CERMI.
- Peña, M. (2013). Análisis crítico de discurso del decreto 170 de subvención diferenciada para necesidades educativas especiales: el diagnóstico como herramienta de gestión. *Psicoperspectivas*, 12(2), pp. 93-103. En línea: <https://doi.org/10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL12-ISSUE2-FULLTEXT-252>
- Peña, M., Rojas, P. y Rojas, S. (2015). ¿Cómo diagnosticar a un niño? Diagnóstico del trastorno de déficit atencional con hiperactividad desde una perspectiva discursiva crítica. *Athenea Digital*, 15(1), pp. 91-110. En línea: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1304>
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*.
- Sibrian, N. (2016). El proceso de medicalización del embarazo en Chile: Siglos de posicionamiento y legitimación discursiva. *Revista Latinoamericana de Estudios Sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, pp. 27-38.