

# Del “niño problema” al adolescente farmacodependiente: apuntes autoetnográficos de una trayectoria educativa socialmente estructurada desde el diagnóstico de TDAH

Bellatin-Torres, J. H. (2023). Del “niño problema” al adolescente farmacodependiente: apuntes autoetnográficos de una trayectoria educativa socialmente estructurada desde el diagnóstico de TDAH. *Revista Cultura y Droga*, 28(36), 80-103.  
<https://doi.org/10.17151/culdr.2023.28.36.4>

Jorge H. Bellatin-Torres\*

Recibido: 25 de febrero de 2023  
Aprobado: 7 de abril de 2023

## Resumen

En el presente artículo, el autor analiza su trayectoria biográfica como sujeto diagnosticado con trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y usuario de psicofármacos prescritos para tratar la sintomatología de su diagnóstico. Para ello, toma en cuenta el periodo temporal que va desde su inserción inicial en la vida escolar –3 años– hasta su ingreso a la vida universitaria –18 años–. La autoetnografía, método narrativo diseñado a partir de la crítica a la pretensión positivista referente a la formación del conocimiento, funge como recurso metodológico directriz de la presente propuesta. Como principales resultados, el autor muestra cómo las significaciones en torno a sus conductas comienzan a variar según el contexto espaciotemporal en el que se situó dentro de la escuela y la familia. La modificación del entendimiento social de tales conductas tuvo como resultado final la patologización de las mismas en el contexto de la educación secundaria por medio de la adjudicación médica de la etiqueta diagnóstica del TDAH. De la misma forma, se contempla cómo el consumo de psicofármacos empieza configurándose como una imposición disciplinaria externa al sujeto para, finalmente, devenir como un deseo aparentemente surgido libremente. La conformación de la subjetividad del individuo, en la medida en que su trayectoria biográfica lo demuestra, termina progresivamente por estar más condicionada por

\* Bachiller en Ciencias Sociales. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. E-mail: [jorge.bellatin@pucp.edu.pe](mailto:jorge.bellatin@pucp.edu.pe)  [orcid.org/0000-0003-0835-3217](https://orcid.org/0000-0003-0835-3217). **Google Scholar**



el consumo de psicofármacos que por el peso simbólico de la etiqueta diagnóstica. Se concluye la necesidad de efectuar acercamientos similares que tomen en cuenta profundizar en los resultados expuestos.

**Palabras clave:** trastorno de déficit de atención con hiperactividad, autoetnografía, psicofármacos, subjetividad, escuela, patologización.

## **From the “problem child” to the pharmaco-dependent adolescent: autoethnographical notes of a socially structured biographical trajectory from the diagnosis of ADHD**

### **Abstract**

In this article, the author analyses his biographical trajectory as subject diagnosed with Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD) and as a user of psychoactive drugs prescribed to treat the symptoms of his diagnosis. To do this, he considers the period that goes from his initial insertion in school life -3 years old- until his entry into university life -18 years old-. Autoethnography, a narrative method designed from the criticism of the positivist claim regarding the formation of knowledge, serves as the guiding methodological resource of this proposal. As main results, the author shows how the meanings around his behaviors begin to vary according to the spatiotemporal context in which he was located within the school and the family. The modification of the social understanding of such behaviors had the final result of their pathologization in the context of secondary education through the medical award of the diagnostic label of ADHD. In the same way, it is seen how the consumption of psychotropic drugs begin to be configured as an external disciplinary imposition on the subject to, finally, become an apparently freely arising desire. The conformation of the subjectivity of the individual, to the extent that his biographical trajectory demonstrates it, progressively ends up being more conditioned by the consumption of psychotropic drugs than by the symbolic weight of the diagnostic label. The need to carry out similar approaches that take into account delving into the results presented is concluded.

**Key words:** attention deficit hyperactive disorder, autoethnography, psychotropic drugs, subjectivity, school, pathologization.

## Introducción

Desde la mirada proveniente de la sociología médica, los diagnósticos psiquiátricos han sido estudiados como artefactos de inteligibilidad y organización de la enfermedad, como marcadores productores de subjetividad, como procedimiento médicos estandarizados, etc. (Jutel y Nettleton, 2011). El déficit de atención con hiperactividad (en adelante, TDAH), trastorno comúnmente adjudicado a infantes en etapa escolar, también ha sido un diagnóstico estudiado prominente desde diferentes perspectivas dentro de los estudios sociales sobre el diagnóstico psiquiátrico (Filipe, 2016; Metzger y Hamilton, 2021; Rafalovich, 2005).

El TDAH, cuya prevalencia se tasó en 36 millones de afectados en Latinoamérica (De la Peña *et al.*, 2010), se concibe como un recurrente comportamiento de inatención e hiperactividad/impulsividad que interfiere con el desarrollo y funcionamiento “normal”. Este manifiesta síntomas en al menos dos contextos diferentes y provoca “efectos adversos” en diferentes ámbitos (American Psychiatric Association, 2013). El diagnóstico suele catalogarse como una disfunción neurobiológica, lo que reduce al cuerpo individual como origen de este e impide el examen crítico del contexto sociocultural en el que emerge este diagnóstico (Rassoul, 2021). Comprendido desde esta perspectiva crítica, el TDAH puede vincularse con la noción de medicalización, la cual refiere al proceso en el cual anteriores condiciones entendidas como no-médicas comienzan a comprenderse bajo los lentes de la enfermedad y del tratamiento médico (Conrad, 2007). Con la medicalización, el discurso biomédico legitima la intervención farmacológica –subproceso denominado “medicamentación” (Iriart, 2008)– en aquellos individuos diagnosticados y, con ello, propicia la *normalización* (Foucault, 2009) de los mismos, a fin de encauzarlos a las formas de desarrollo individual socialmente prescritas (Rose, 2012). En el caso del TDAH, estos son principalmente infantes (Bianchi, 2010).

Si bien se han dado investigaciones críticas sobre el diagnóstico de TDAH en Latinoamérica –Cussianovich (2011), Leavy (2013), entre otras–, estas no han profundizado en metodologías en las que sea el propio investigador desde quien parta el testimonio empírico de la trayectoria del diagnóstico, con todo lo que ello puede aportar crítica y originalmente (Ellis *et al.*, 2011). Para suplir este déficit, la autoetnografía puede fungir como una herramienta para presentar reflexiones y elaboraciones que discutan o profundicen en la extensa literatura sobre el tema. De la misma manera, las pocas investigaciones autoetnográficas existentes abordan esta temática en el contexto de la docencia universitaria (Hoben y Hesson, 2021), los

deportes (Ing y Mills, 2017) o de manera generalizada a toda la biografía (Rassoul, 2021), pero no se centran específicamente en la trayectoria de formación educativa.

En este artículo, por tanto, propongo una aproximación autoetnográfica de la trayectoria que experimenté en mi niñez y adolescencia como individuo diagnosticado con TDAH y sujeto de los dispositivos de normalización médico-pedagógicos en la clase media de Lima, entre 2006 y 2018. El objetivo es mostrar cómo se tejió un tránsito a nivel de mí yo entre diferentes tecnologías de poder (principalmente, farmacológicas) relacionadas al diagnóstico de TDAH y acorde a la etapa de desarrollo en la que me situé a ojos institucionales.

Se ha dividido el texto en cuatro secciones. La tercera plantea tres nodos cronológicamente ascendentes con respecto a mi trayectoria biográfica como sujeto de la pedagogía y la psiquiatría, en las que se enfatizan las diferentes instancias en las que estuve circunscrito dentro de la medicina, la familia y la escuela. Asimismo, profundizo sobre cómo los eventos desarrollados en estas circunstancias impactaron en la configuración de mi subjetividad.

## Metodología

Se puede definir a la autoetnografía como un método cualitativo cuyo principal atributo radica en establecer una convergencia entre la experiencia individual del yo etnográfico y los diferentes procesos en los que biográficamente se situó (Blanco, 2012). Lo que se busca desde este método es interpretar retrospectivamente una trayectoria biográfica individual que, al situarse socioculturalmente, se halla inscrita en un conjunto de experiencias, significaciones y emociones. Como Wall (2006) señala, la autoetnografía ostenta como un antecedente a la crítica “posmoderna” dirigida al entendimiento convencional del conocimiento: la producción del mismo no se escinde de los posicionamientos subjetivos en los que se sitúa todo agente cognoscente. En metodologías como esta, la subjetividad deja de comprenderse como un obstáculo epistemológico en la dinámica de elaboración del conocimiento y pasa a ser reconocida como una fuente del mismo (Hoben y Hesson, 2021).

Pueden identificarse dos tipos de autoetnografía. La *analítica* (Anderson, 2006) emplea experiencias personales para explorar temas amplios y conectarlos con teorías y categorías preexistentes en la investigación social. La *evocativa* (Gariglio y Ellis, 2018), por su parte, se enfoca en la historia personal como un fin en sí mismo,

permitiendo al autor transmitir su experiencia de manera auténtica y evocadora. El ejercicio que propongo pretende sintetizar ambas: incorporo tanto *análisis* como *narrativa personal* y, con ello, intento hacer categorialmente inteligible a mi trayectoria particular sin que ello suponga restar importancia a las emociones que viví. Con esto, pretendo realizar una “narración categorial” en la que ambos tipos de conocimiento, el categorial y el personal, operen juntos (Gariglio y Ellis, 2018). Tanto la voz personal como la voz académica (Wall, 2018) estarán sinérgicamente vinculadas.

Esto no implica dotar de algún sentido apriorísticamente definido por las teorías a las narraciones expuestas autoetnográficamente: estas también pueden expresar experiencias *contrarias* a las construcciones conceptuales prevalecientes, e incluso pueden cuestionarlas. Este método, por ende, permite tanto la *interpretación* como la *discusión* con diversas nociones teóricas que, en esta oportunidad y de manera similar al trabajo de Rodas-Gómez (2021), van a ir explicándose y problematizándose a lo largo del relato que presento.

Siguiendo a Rodas-Gómez (2021) es necesario resaltar que la elaboración de una autoetnografía requiere, por motivos metodológicos, del uso de la primera persona gramatical en su elaboración. Usar esto también supone, como alude Cornejo (2011), un intento propio de posicionarme políticamente frente a las constante interpelaciones hechas a mi persona (al “yo”) a lo largo de mi vida (siempre desde la segunda persona “tú” o desde la tercera persona “él”). Lejos de buscar defender la predominancia de un sujeto soberano o epistémicamente privilegiado correspondiente con el uso de la primera persona, busco ofrecer un nuevo sendero que sea diferente a la segunda y tercera persona, los cuales fueron predominantes en todo el proceso biográfico particular por el que pasé. Después de mucho, la “primera persona” puede emerger, quizás desde un presente más o menos lejano al pasado, pero finalmente capaz de solventar una voz al respecto.

Por último, a través de este ejercicio puedo identificar patrones y conexiones entre mi pasado y mi presente, lo que me permite tener una visión más holística de mi existencia como ser-social. Si bien mi contexto actual y mi trayectoria no-narrada son fundamentales en esta interpretación de mi historia del pasado, también reconozco que esta narración es solo una instantánea de mi experiencia y que mi vida sigue evolucionando y transformándose.

## Resultados

### **Preludio: la inserción en el sistema educativo y el surgimiento paulatino del “niño problema”**

Desde que tengo conciencia me desagradaba la escuela. Recuerdo cómo a los cuatro años me preguntaba por qué yo y otros/as de mi edad debíamos asistir a ese lugar: ¿por qué uso una ropa idéntica al del resto de infantes?, ¿por qué tengo que estar sentado?, ¿por qué no puedo estar en casa?, ¿por qué me ponen en una fila junto a otros para ver a una bandera y cantar una canción mientras esta se alza?

En una ocasión, pregunté a mi madre para qué servía la escuela. Ella, interpelada por el pequeño infante que era, atinó a responderme con un “para que los niños no estén aburridos en casa”. Esta fue la respuesta que llegó a satisfacerme en el momento: ella dio en el blanco, sobre todo porque, si bien no entendía y no eran de mi gusto varias de las prácticas educativas habituales en espacios como un jardín de niños, mal que bien las actividades con las profesoras no eran del todo monótonas y, sobre todo, sentía cierto agrado de jugar con otros niños en los recreos.

La situación cambió en la educación primaria, a la que accedí principalmente fuera de mi ciudad natal. La primera modificación que me impactó fue la del uso de uniforme: atrás quedaron las camisetas blancas y los pantalones deportivos oscuros; pasé directamente al uso de zapatos de cuero, camisa amarilla dentro del pantalón, cinturón negro, un corte de cabello casi rapado, y un abrigo marrón descolorido. Mi madre me cambiaba la ropa el primer año de la escuela primaria. Yo lloraba porque me incomodaba usar tal atuendo. Si anteriormente rechazaba el uso del uniforme escolar, tal repudio se radicalizó aún más en la primaria. No solo ello cambió: las horas de clase se duplicaron, se comenzaron a instalar mesas de trabajo individuales y, a su vez, se añadieron nuevas asignaturas que nunca en mi vida había visto. La maestra era la que dirigía la clase. Los/as niños/as debíamos prestar atención. La dinámica disciplinaria educativa se hizo más profunda.

En segundo grado de primaria tuve un descubrimiento: mi escuela era católica, por lo que en todo salón había un ejemplar de la Biblia disponible. Un día, producto del aburrimiento de una clase, salí de mi pupitre, me dirigí a ella y decidí abrirla. Así, mientras alguna/o docente dictaba una clase, yo me encontraba absorto leyendo atentamente Génesis, Apocalipsis y Éxodo, sin prestar atención alguna a lo que

decía. Este y otros hechos similares en los que estaba involucrado y mis indicios de padecer TDAH, lejos de ser eventos que hayan sido necesariamente mal vistos por los/as docentes, terminaron por suscitarles sentimientos de “gracia” y “curiosidad”. Mi madre se enteraba de que yo realizaba este acto y similares cada vez que iba a la escuela a recoger el registro de calificaciones bimestral; sin embargo, mi maestra principal y el resto de docentes se lo comentaban a manera de *anécdota*, hecho *risible*, gracioso y curioso, *no* como algo problemático.

Mis calificaciones no se vieron afectadas en la primaria, a pesar de que constantemente me mantenía inquieto, aburrido y con pocas ganas de estudiar. Mis problemas fueron principalmente conductuales (el niño inquieto y distraído, pero que obtiene buenas calificaciones); la cuestión cambió nuevamente cuando accedí a educación secundaria.

Deleuze y Guattari (2002) definen al humano como animal segmentario. Del jardín de infantes a la educación primaria, y posteriormente de esta a la educación secundaria, experimenté tal carácter de segmentarización. “Ya no estás en el jardín de infantes” decía la profesora de primaria, “ya no estás en primaria”, decía el profesor de secundaria, “pronto estarás en la universidad”, este último añadía. Vivir de forma adecuada a las expectativas de la institución escolar era sinónimo de establecer un tránsito efectivo y exitoso por todos los grados educativos existentes. Concordando con Leavy (2013), la pedagogía *ya había* definido, en conjunto con el saber clínico y psicológico, un conjunto de expectativas con los cuales yo y el resto debíamos encajar acorde a la edad y la etapa vital en la que nos encontrábamos. Si bien la infancia es una construcción sociohistórica que legitima *ideales* a seguir, como también dispositivos de intervención para encauzar los “buenos” hábitos y conductas (Leavy, 2013), yo añadiría que la adolescencia, aunque con sus propias particularidades, también forma parte de esta lógica de poder.

En secundaria, lo anterior se hizo más explícito dentro del discurso familiar y educativo. Tanto mi familia como autoridades y algunos de los/as docentes o escolares depositaban cierta presión en mí a partir de los comentarios que proferían en torno a mi persona: yo era quien debía corresponder adecuadamente a los esfuerzos económicos parentales y al trabajo de los docentes por medio de mi *performance* académica.

La forma en cómo la adolescencia impactó en mi subjetividad fue problemática: además de comenzar a ser más grosero, esto vino materializado con la sintomatología propia del TDAH. En este contexto, las prácticas que anteriormente caracterizaron mi tránsito académicamente eficaz en la primaria se volvieron ineficientes dentro de un ambiente más exigente, como era la secundaria. Más horas de clase, más tareas y mayor dificultad en las asignaturas requerían más concentración, más interés en las actividades y más obediencia. Si previamente mi inatención y mi hiperactividad eran vistas por los/as adultos/as que me rodeaban como cuestiones curiosas, idiosincráticas y solo problemáticas en algunas situaciones, el *nuevo contexto* de la educación secundaria ofreció las condiciones para que comenzaran a concebir a tales factores como *inherentemente problemáticos*, tanto para mí como para el resto de personas con quien interactuaba.

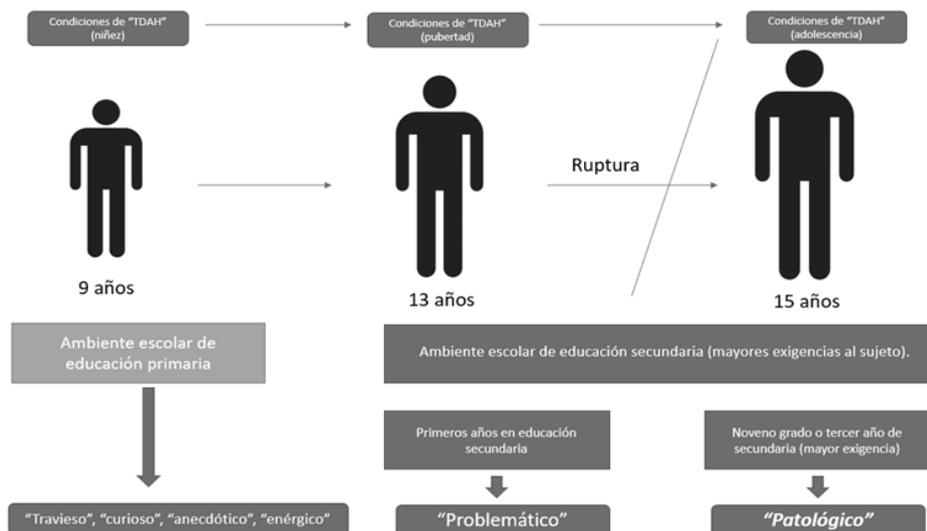
### **La cosificación del espacio escolar y la biologización de la problemática: dos caras inscritas en la trayectoria del adolescente con TDAH**

El punto de quiebre acaeció mientras cursaba el tercer año de educación secundaria. En este espacio, mis conductas de “hiperactividad” y “desatención”, las cuales aumentaron, no solo se concibieron como problemáticas, sino como *patológicas*: mi idiosincrasia en el aula, de forma más general, fue vista explícitamente como expresión de un trastorno mental subyacente: como una desviación psicológica objetivamente manifiesta que requería de la atención y cuidado no solo de mi familia y los docentes, sino de peritos cuya *expertise* era crucial tanto para detectar con precisión qué tipo de “malestar interno” padecía, como para encauzar mis conductas.

Un joven silencioso, estudioso, responsable y, sobre todo, *obediente*, eran estados necesarios de instaurar, aunque sea gradualmente, en mi persona. Era una necesidad no solo pedagógica, sino *médica*, la cual trascendía la lógica interna de la escuela para consolidar alguna solución y que requería de otros aparatos institucionales propios de la psiquiatría, la neurología y la psicología para poder solucionarse por medio de mi disciplinamiento subjetivo (Conrad, 2007). En este punto de mi experiencia, puede hacerse explícito el vínculo entre la pedagogía y los saberes médicos como instancias constitutivas en la conformación de un dispositivo específico (Leavy, 2013). Este opera a partir de identificar las conductas “anómalas” que interfieren en el desarrollo ideal del menor y en legitimar procesos de intervención terapéutica destinados a neutralizar las desviaciones a la norma establecida.

Dicho esto, es posible establecer una homología entre mi experiencia vivida (a nivel micro) con el modelo del “nicho ecológico” (de nivel macro) planteado por Ian Hacking, teórico canadiense que enfatizó en el carácter construido de las enfermedades mentales. Para que sea cognitivamente concebible la existencia de alguna enfermedad de este tipo, parafraseando a Hacking (1998), deben darse ciertos prerequisites o “vectores”: a) las conductas deben mostrarse como incongruentes con los modelos de pensamiento y comportamiento predefinidos como normativamente correctos; b) deben existir espacios institucionales que permitan la visibilidad de la conducta indeseable; y c) deben aparecer o ponerse en uso criterios clasificatorios que permitan dotar de inteligibilidad a tal conducta.

Estos elementos son los que definen cómo es que aparecen nuevas enfermedades mentales transitorias acorde a los cambios contextuales desarrollados históricamente, los cuales modifican los espacios institucionales existentes, los ideales normativos y la existencia de clasificaciones capaces de rotular a la conducta como una desviación del desarrollo normal esperable. Si bien no de forma totalmente exacta, soy de la idea de que esta dinámica no solo puede comprenderse a largo plazo, sino también en uno de carácter corto tal y como lo expongo en el siguiente gráfico desde mi experiencia narrada.



**Figura 1.** Proceso de patologización progresiva de la conducta en el ambiente escolar

Fuente: Elaboración propia.

Las autoridades escolares recomendaron encarecidamente a mi madre y mi padre que asista a un psicólogo, a un psiquiatra y a un neurólogo que estuviesen especializados en atender “casos” como el que yo presentaba. Recuerdo la primera vez que asistí a la cita psicológica, a mis 14 años y en compañía parental: entramos a una habitación llena de estantes, con sillas marrones y un diván de color oscuro. A la derecha de la puerta, estaba un computador y una silla más grande e imponente que las otras, que era justamente la del psicólogo. Él se sentó en esta, a la par que miraba a mis padres y a mí. A espaldas del psicólogo y su computador, se localizaba un gran estante de libros.

Luego de hablar con mis padres y después de hablar conmigo, me ordenó retirarme del consultorio por unos 20 minutos. Cuando ingresé nuevamente, sus ojos se posaron en mí. Me senté en el diván mientras mis padres me observaban. El psicólogo se puso de pie, acercó su mano a la estantería repleta de libros y, después de algunos segundos, extrajo un libro grande y grueso, de color azul oscuro, del cual leyó con atención lo siguiente: “trastorno por déficit de atención con hiperactividad, F90.2”. Concluyó diciendo “esto es lo que padece”, señalándome a mí.

*Eso era yo.* Mi verdad estaba contenida externamente a mi ser al estar escrita en un manual de la APA (2013), de entre muchos que el psicólogo tenía en su estante y entre miles de millones de libros que existían en el planeta. La incertidumbre se disolvió para mis progenitores, mientras que yo quedé absorto por la facilidad con la cual el psicólogo extrajo el libro del estante e indicó qué era finalmente lo que padecía. Identificarme como un sujeto con TDAH fue una cuestión impuesta hacia mi cuerpo desde coordenadas institucionales exteriores a mí. El poder, en efecto, fija identidades y hace del individuo un sujeto de intervención de diversas tecnologías a partir de la adscripción previa de tal identidad (Foucault, 2009).

Así, la necesidad del diagnóstico surgió como una exigencia de la institución escolar; esta se trasladó a una serie de profesionales y expertos distinguibles del sistema educativo, y finalmente devino en la adjudicación de la etiqueta hacia mi individualidad y en la subsecuente legitimación del uso de un conjunto de dispositivos terapéuticos destinados a regular mi conducta, moldear mis gestos, conformar patrones de atención y hacer de mí lo que la pedagogía, en tanto niño y adolescente, *requería que yo sea* (Leavy, 2013).

Evidentemente, las formas de intervención no solo requerían de psicólogos destinados a producir verdades continuas sobre mí. Como lo anoté, era necesaria la intervención de otros profesionales –en concreto, neurólogos y psiquiatras–. Por medio de psicómetros, “test” y otras herramientas, fui blanco del despliegue de una multiplicidad de instrumentos destinados a producir verdades discursivamente legítimas en torno a mi “padecimiento”. Es interesante notar cómo no solo los neurólogos y psiquiatras ostentaban una perspectiva marcadamente biomédica de mi problema: incluso los psicólogos que en su momento me atendieron enfatizaban en tal paradigma. Un claro ejemplo fue cuando, en medio de alguna cita terapéutica a la que asistí con el mismo psicólogo, este me aplicó una serie de pruebas psicológicas de atención y concentración con la finalidad de medir mi destreza en estas facetas.

El resultado de tales pruebas no solo demostró mi incapacidad para prestar atención, sino que permitió que el psicólogo, quien era un profesional de mediana edad, afirmase que este problema tenía como factor causal una suerte de “lesión cerebral leve” que, en algún momento de mi vida, habría tenido que sufrir ¿Cómo era posible que a partir de la ejecución de una prueba clínico-psicológica se elaborase un diagnóstico de mi cerebro? A diferencia de otros países, como Argentina, pareciese ser que la o el profesional clínico de psicología de Perú está más afianzado con la perspectiva biomédica, quizás en sinergia con las transformaciones del campo de la salud mental que se dieron a cabo en países como Estados Unidos (Strand, 2011), en donde la psiquiatría consiguió posicionarse como la autoridad predominante en este campo por encima del psicoanálisis y otras alternativas.

Desde este punto, tal como mi caso lo atestigua, se comienzan a tejer vinculaciones entre la presencia de síntomas, molestias o dificultades cognitivas con algún tipo de desviación neurológica presente. Mi hiperactividad, impulsividad e incapacidad para concentrarme, se debían *no* a la existencia de un ambiente social restrictivo cuyas pautas de interacción y estándares de evaluación se imponían homogéneamente a todas las personas participantes, sino que la causa subyacente de estos problemas era, según este discurso, la configuración específica de un órgano al cual mis problemas fueron significativamente reducidos, al menos desde esta perspectiva psicomédica: el *cerebro*. En este, en sus funciones propias, en su vínculo con neurotransmisores específicos, en su morfología, etc. *residía la patología*. Es por ello que el cerebro era precisamente el objetivo sobre el cual había que intervenir, sea esto mediante terapia cognitivo-conductual o, esperablemente, por medio de psicofármacos (Rose, 2012).

Desde esta perspectiva, pareciese que mi historia vital, mi biografía, mis vivencias pasadas, mis relatos personales, etc. importaban en la medida en que, finalmente, eran factores que explicaban la configuración final de mi cerebro. Ser un púber, menor de edad y un individuo etiquetado con este trastorno fueron condiciones que habilitaron la emergencia de cierto contexto de *injusticia testimonial* (Fricker, 2007): mi opinión y la perspectiva que tenía de mi problema eran cuestiones o bien ignoradas o bien tomadas en cuenta en la medida en que calzaban con la narrativa médico-psiquiátrica que se creó en torno a mí. Incluso, por más que tuviese otros problemas de salud mental necesarios de tratar (como la ansiedad, la depresión, el TOC, etc.) la institución educativa ejerció tal grado de presión en las decisiones de mi familia que mis padres decidieron llevarme a las instancias médicas y terapéuticas correspondientes *principalmente* por el problema interno que más afectaba a la escuela: el TDAH.

Por consiguiente, el proceso de patologización de mi subjetividad implicó dos dimensiones distinguibles entre sí: a) la ausencia de cuestionamiento a la lógica del sistema escolar, el cual apareció en la conciencia práctica de los agentes como un *espacio cosificado*; y b) la presencia de narrativas cuyo cariz biológico permitió la *individualización del* problema de la hiperactividad y la inatención, al hacer de este una cuestión *médica inherente a mí en tanto que sujeto*.

Con lo *primero*, los diferentes agentes que interactuaron alrededor de mí (tanto desde la escuela, la familia, la psicología o la medicina) desarrollaron una perspectiva *cosificada* del ambiente educativo: las prácticas, las narrativas y las dinámicas de evaluación del conocimiento y la conducta que están inscritas en la lógica escolar *aparecieron*, a los ojos de estas personas y grupos, como normales, naturales y razonables; imposibles de cambiar o de tan siquiera cuestionar. Esta cosificación del ambiente educativo no solo se restringe a presentar a las prácticas y a los discursos del mismo como realidades necesarias, fuera del control individual o hasta cierto punto naturales.

Siguiendo una noción foucaultiana retomada por Bianchi (2010), se puede aseverar que el espacio escolar funciona como un “lugar de veridicción”: desde la perspectiva de los agentes inmersos, este ambiente se presenta como un “espacio neutral” en cuyas condiciones se puede verificar una “verdad inherente” (susceptible de ser “patológica” o no) sobre los sujetos participantes (los/as estudiantes). Por ende, tal como expongo desde mi experiencia, la escuela fungió como un espacio en el que se

hicieron inteligibles “fallas” o “anormalidades” entendidas como “inherentes” a mí. *Yo* era descuidado, *yo* era inquieto, *yo* no podía concentrarme, *yo* no podía rendirse satisfactoriamente pruebas, *yo* era irresponsable, etc. El espacio escolar, similar a un catalizador, fungió como condición de posibilidad para que los anteriores atributos fuesen visibilizados como *verdades pertenecientes a mi ser*.

Así, es posible establecer un vínculo entre esta consecuencia derivada de la cosificación del ambiente escolar y lo que Latour y Woolgar (1986) señalaron como la producción de “enunciados sin modalidades” en el contexto paralelo de la investigación científica<sup>1</sup>. Los enunciados dichos en el espacio escolar que trataban sobre mi persona y mis conductas –expresados por docentes y autoridades, y visibles tanto en informes escritos como en comentarios dirigidos hacia mí o a mi padres– se presentaron *sin modalidades*: en efecto, es diferente decir “Jorge *es* hiperactivo” –comentario que era normalmente hecho sobre mí– que decir “Jorge *se muestra* hiperactivo, *dentro* de un salón de clases en cual debería estar sentado durante varias horas sin hablar y prestando atención a lo que diga el maestro”. La eliminación de las modalidades debe, en este caso, entenderse como un fenómeno derivado de la *reificación* de un ambiente social, hecho desde el cual *se asume* el aparente carácter neutral de este y, subsecuentemente, su supuesta capacidad legítima para otorgar validez cognitiva a los “síntomas” y a las etiquetas que las personas adultas adjudican a los/as estudiantes.

El borramiento de las modalidades, por tanto, no es más que una consecuencia de ciertos juicios y miradas inscritas en el contexto escolar, las cuales centralizan su atención en el “niño con hiperactividad/inatención” e invisibilizan el papel de otros actores y medios del contexto educativo en la producción de los síntomas.

Con respecto al *segundo* punto, los actores médicos, en coordinación con la familia y los agentes educativos que inicialmente intervinieron, terminan por *reforzar* discursivamente la reducción de la problemática del niño “hiperactivo e inatento” a una *cuestión inherentemente individual* al posicionarla como de raigambre orgánica.

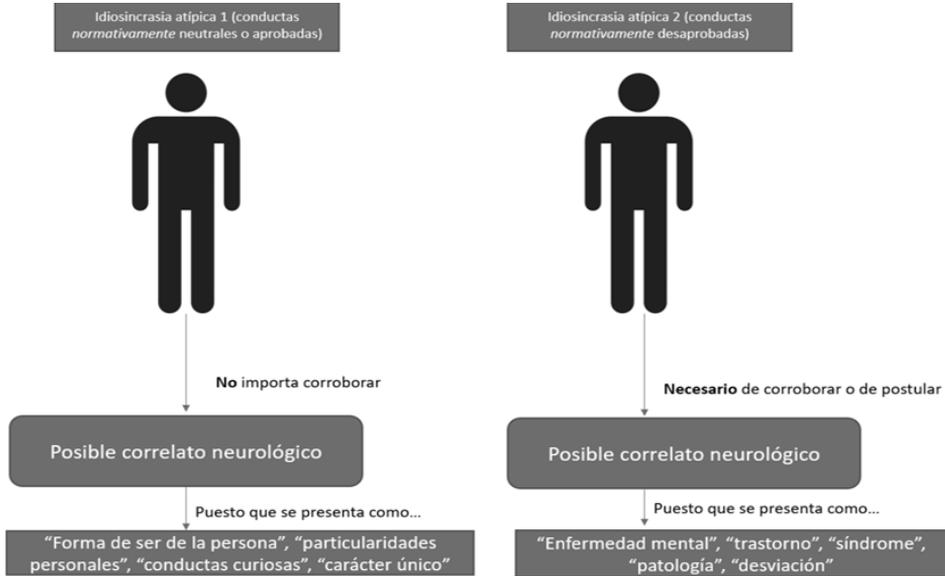
---

<sup>1</sup> Una “modalidad”, como los autores explican, es un enunciado que tiene como objeto otro enunciado; por ejemplo, una afirmación como “se informó desde las pruebas del laboratorio que la estructura molecular de X proteína era del tipo Y” adopta una forma diferente cuando se suprimen las modalidades que están inscritas en el mismo: “la estructura molecular de X proteína es Y”. Este enunciado que surge como resultado final, como puede apreciarse, *invisibiliza* ciertas características inicialmente contenidas en las modalidades, las cuales otorgaban una mejor contextualización de las condiciones temporales y espaciales en las cuales se produjo el enunciado original.

La segunda fase posterior a la “detección de los síntomas” desde el ambiente escolar es, en efecto, el diván psicológico, el centro psiquiátrico o, tal como también me pasó a mí, el consultorio neurológico. Los intentos de comprobación del origen “biológico” de las conductas de impulsividad, inatención e hiperactividad ocultan fetichistamente el *carácter social* detrás de tales.

Es menester anotar un punto importante: no pretendo afirmar con las anteriores líneas que aquellos fenómenos clasificados como “trastorno de déficit de atención con hiperactividad”, “trastorno obsesivo-compulsivo”, “trastorno de ansiedad”, entre otros posibles diagnósticos psiquiátricos, sean ficciones o etiquetas sin ningún tipo posible de base biológico-material que las sustente. Sin embargo, y esto es lo importante, es *crucial* preguntarse *por qué* existe la necesidad colectiva de tratar de explicar determinadas conductas e idiosincrasias individuales apelando a posibles desajustes bioquímicos, de origen neurofisiológico. En otros términos, ¿qué determina que una conducta atípica sea objeto del discurso médico y terapéutico, mientras que otras del mismo tipo *no* lo sean?

Como es de intuirse, la respuesta puede plantearse como sigue: la línea que divide a las conductas catalogadas como “peculiares”, “curiosas”, “idiosincráticas”, “propias de la individualidad de alguien” de aquellas consideradas como “incómodas”, “anormales”, “patológicas”, “trastornadas”, etc., está *trazada culturalmente*, según los juicios, valoraciones y perspectivas fundamentadas en el entendimiento compartido de lo bueno y lo malo, lo aceptable y lo rechazable, lo inofensivo y lo peligroso o, siguiendo a Canguilhem (1971), lo normal y lo patológico. Tras considerar esto, ambos grupos de conductas y estados *pueden tener algún correlato empírico en forma de alguna variación anatómica o bioquímica*; ahora bien, la patologización de tal posible variación, así como la justificación profesional en favor de la intervención terapéutica a fin de neutralizarla, dependerá de si es que la conducta o el estado subjetivo es entendido como *socialmente* pernicioso o no. La respuesta a esto es que solo aquellas pautas conductuales que son marcadamente disonantes con lo *socialmente exigido* son las que terminan por explicarse a partir de discursos biológicos, mientras que otras conductas y disposiciones no consideradas como social e individualmente perjudiciales, por más de que hipotéticamente *también puedan* explicarse en estos términos, *no* forman parte de tal interés al no oponerse con los valores, expectativas y formas de conducta ideales que se presentan como *imperativos sociales*. Esto puede ilustrarse de la siguiente forma.



**Figura 2.** Clasificación de las “idiosincrasias atípicas” según su aprobación o desaprobación sionormativa  
Fuente: Elaboración propia.

Desde esta experiencia, considero posible afirmar que el entorno institucional *necesita* recurrir discursivamente a lo biológico, a lo físico, a lo orgánico o a lo “natural” para poder justificar *trans-socialmente* no solo, como diría Douglas (1983), la estructura formal de relaciones sociales que ostenta, sino también la validez de lo que ha previamente conceptualizado como algún fenómeno “problemático” o “contrario” a su lógica de funcionamiento ideal (como el caso del “niño/a con hiperactividad”). De igual forma, en la medida en que los organismos naturales son *individuales*, el acto de recurrir a lo biológico consigue, con más fuerza que la simple apelación a la “mente”, *explicar* el problema remitiéndose principalmente a causas neuroquímicas y neurofisiológicas, las cuales son, por definición, *individuales*.

Así, como Rose (2012) lo afirma, la reducción de los problemas de salud mental a causas específicamente neurológicas permite la legitimación de la intervención farmacológica como una práctica médica de primera línea: los fármacos, en la medida en que modifican la dinámica neurofisiológica, inciden en la transformación de las disposiciones, facultades y estados de ánimo que precisamente han sido patologizados previamente. La patologización implica, de esta manera, un discurso

que reduce la salud mental a la detección clínica de supuestas desviaciones de origen orgánico, concebidas como necesarias de normalizar al identificar actitudes y estados “patológicos”. El correlato neurológico de lo anterior se *presupone* como presente en el individuo (Rose, 2012)<sup>2</sup>.

### **El consumo de metilfenidato: sobre la (auto)regulación biopolítica del adolescente con TDAH**

La presión de la escuela y la preocupación familiar derivó en que finalmente asista, ya de forma mucho más regular, al consultorio psiquiátrico. Había repetido el año escolar y se me había *estigmatizado*, usando la terminología de Goffman (2021), como un ser intelectualmente mediocre. Me sentí reducido a una persona médicamente incapacitada para poder incluso ejercer alguna profesión u oficio a futuro, mi yo era un foco de preocupación profundo para mis padres.

La *terapia*, desde todas sus posibles fuentes y en la medida en que los recursos económicos estuviesen disponibles, estaba justificada: comencé a consumir metilfenidato en 2014, pero es recién en 2015 que el uso de este fármaco en mí se generaliza, después de haber desaprobado el anterior año académico. Ni bien comencé a consumir el fármaco, a los pocos minutos, mis niveles de concentración se elevaron a un grado que solo sentía cuando se trataba de enfocarme en cosas que eran de mi interés. Por más que las clases fuesen completamente aburridas por cuestiones que sobrepasaban a mi voluntad (la didáctica del docente, el ritmo del dictado, etc.), *con poco esfuerzo consciente conseguía concentrarme*. Esto también se tradujo en una sensación de euforia que iba acompañada con la concentración: por algún extraño motivo que desconocía en ese momento, el químico que ingerí en forma de píldora *suscitaba en mí placer, alegría y una suerte de “adrenalina” interna que se originaba en mí, sin necesidad de buscar otros estímulos ajenos a la clase para obtenerla*. Obviamente, tales efectos se acompañaron de una serie de “efectos secundarios” necesarios de comentar: sentía fuertes palpitaciones en el pecho, las pupilas se me dilataban, me dolía el vientre, las manos me sudaban más de lo normal y, algunas veces, sentía un dolor que se irradiaba de mi pecho hasta mi brazo izquierdo.

---

<sup>2</sup> El diagnóstico de TDAH, TOC, entre otras afecciones psiquiátricas *carece* de marcadores biológicos que se ponen a disposición en la práctica diagnóstica. El juicio de adjudicación del diagnóstico supone criterios clínicos estandarizados, como a su vez la aplicación de una exégesis clínica por parte del profesional médico, quien interpreta la sintomatología que detecta y emite finalmente un diagnóstico.

Mi desempeño cognitivo, desde aquel momento, *cambió*: comencé a ser mucho más productivo y a tener una mayor focalización en mis tareas y objetivos; ya no me hacía falta ser inquieto porque, al tomar metilfenidato, *ya me sentía lo suficientemente estimulado como para dejar de buscar estímulos externos*. En un momento, pensé que el fármaco no era más que un mecanismo que permitía el surgimiento de mi verdadero *ser*: yo, tal y como pensaba, en el fondo siempre había sido una persona competente, brillante, cognitivamente apta para todo, rápida y sumamente eficiente en todos mis objetivos: creía que el metilfenidato me había convertido en el sujeto que *siempre fui*. El fármaco, pensaba, lo único que hacía era *eliminar* algo que en verdad era *externo a mí*, un defecto que obstaculizaba mi verdadera forma de ser oculta, una condición que necesariamente no representaba mi verdad. La verdad inherente a mí, inicialmente perturbada por una “enfermedad”, finalmente podía materializarse debido a la acción farmacológica en mi cuerpo. No importaba si es que ello implicaba los efectos secundarios narrados –males cardíacos, estomacales y respiratorios–, los cuales me fastidiaban circunstancialmente: ese era el precio que *tenía que pagar por ser realmente yo*.

Quizás uno de los “triumfos” de la industria farmacéutica transnacional sea este: el generar productos cuyos efectos en la modificación de las disposiciones individuales sean percibidos por los sujetos, tal fue mi caso, como cualidades inherentes a ellos/as que estuvieron anteriormente ocultas. Los fármacos dejan de ser simples objetos externos que provocan efectos al consumo para posicionarse como algo mucho más profundo: son instancias que permiten la producción de *verdades* sobre los sujetos; posibilitan la generación de disposiciones, estados y sensaciones que son concebidos por estos y por sus otros, como condiciones ocultas tras la maleza del trastorno mental.

En este respecto, los fármacos, además de fungir en varias circunstancias como dispositivos de control y de normalización, funcionan como “tecnologías del yo” (Foucault, 1988) capaces de producir subjetividades percibidas como “verdaderas”, “autónomas” o “auténticas”, mientras que a la par crea sujetos alineados con los mandatos performativos del *statu quo*. Tal como lo comenta Preciado (2008), desde un contexto similar, dentro de la sociedad de control contemporánea las anteriores tecnologías de encierro están siendo paulatinamente superadas para dar paso a formas de regulación subjetiva mucho más refinadas y elaboradas, tal y como funcionan a partir del uso psiquiátrico de fármacos como el metilfenidato: el sujeto consume el químico, el producto modifica sus acciones, pensamientos y disposiciones, y

conforma una forma de subjetividad con la que el individuo se concibe como libre o autónomo, a pesar de que finalmente se encuentre en sinergia estructural con los modos prescritos de ser y estar propuestos por el control social. Este efecto de “libertad” acaece porque las tecnologías de control biopolítico ostentan la posibilidad de volverse *indisociables* del sujeto mismo que crean:

Lo propio de estas nuevas tecnologías blandas de microcontrol [como las derivadas del consumo de psicofármacos] es tomar la forma del cuerpo que controlan, transformarse en cuerpo, hasta volverse inseparables e indistinguibles de él, devenir subjetividad. Aquí el cuerpo ya no habita los lugares disciplinarios, sino que está habitado por ellos, siendo su estructura biomolecular y orgánica el último resorte de estos sistemas de control. (Preciado, 2008, p. 67)

Una experiencia posterior que es clave para profundizar en mi trayectoria como usuario de metilfenidato se comenzó a dar cuando yo decidí aplicar a la universidad. Terminé la etapa escolar en un centro educativo “acelerado”, en el cual realicé dos años escolares en menos de un año y medio cronológico. Esta decisión fue mía, puesto que, desde un inicio, me negué rotundamente a aceptar la repitencia del grado escolar. Decidí, contra viento y marea, entrar a la universidad el mismo año que el resto de las personas que no habían repetido el grado y ostentaba un desarrollo académico susceptible de catalogarse como “normal”.

En ningún momento me resigné a seguir situándome en una posición estigmatizada de “mediocre”, tal y como lamentablemente se me había situado por medio de injurias”. Entendía que, al repetir de grado, se me había situado dentro de un “círculo de la vergüenza”, frente a la mirada de padres de familia, docentes y demás agentes, quienes me comparaban con personas “fracasadas”, “intelectualmente incapaces” o no lo suficientemente “normales” para seguir estudios. Ello tenía que remediarlo, cueste lo que cueste.

A mis 16 años, yo ya era consciente de que estas narrativas eran ficciones sociales y que distaban mucho de describir “quién era realmente”; sin embargo, sentía la necesidad de demostrarles a todos aquellos que me estigmatizaron por tener TDAH que, en efecto, *ellos eran el problema y yo no: la institución, la estructura, el sistema era el problema legítimo, mientras que yo siempre estuve bien*. Sabía que eran una ficción; sin embargo, actuaba *como si*, en el fondo de mi ser, creyera fervientemente en todas las narrativas de éxito y fracaso de mi contexto.

Por ende, creía que era necesario mostrarles fácticamente que yo podía estar a la par o incluso superar al resto de estudiantes que no pasaron por todo lo que pasé. Y así fue: el mismo año en el que varios excompañeros/as de la escuela aplicaron e ingresaron a la universidad, yo también terminé por hacerlo, aunque unos meses más tarde. Sin embargo, no me importaba: inicialmente, tenía que finalizar los estudios de la escuela en 2018 después de haber repetido, pero terminé por hacerlo en la mitad del 2017 y, tan solo un mes después, ingresé a la universidad y comencé a cursar los estudios casi a la par que las personas de mi edad académicamente “normales”.

En esta etapa seguía medicado con metilfenidato; sentía, sin embargo, que la dosis que consumía no era suficiente como para poder rendir efectivamente, tal y como quería. Ya había trazado, por aquel entonces, un fuerte *vínculo de dependencia con respecto al fármaco*, el cual yacía justificado en mi cabeza por la sencilla razón de que el metilfenidato “me hacía ser como en verdad siempre fui por dentro”. A pesar de que el psiquiatra me prescribió una pequeña cantidad condicional para el estudio, yo lo usaba casi en cada hora: sentía la necesidad constante de usarlo no solo para estudiar y “remediar” toda mi experiencia académica pasada, sino incluso para concentrarme en actividades de ocio y recreación. El fármaco, en un grado significativo, *había dado forma a mi subjetividad, la cual dependía del mismo para desplegarse tal y como deseaba*. El síndrome de abstinencia propio del fármaco se *apoderaba de mí* cuando el componente químico no circulaba por mis circuitos sanguíneos, cuando su ausencia impedía la estimulación de mi sistema nervioso central.

En cada día dentro de este periodo de mi vida, *deseaba y requería* de más y más metilfenidato. Como he comentado líneas anteriores, me sentía “libre” al tomarlo, a pesar de que, dentro de la lógica social que dota de sentido al uso de este fármaco, yo estaba siendo obediente con la prescripción social de mi contexto. El tipo de uso que le di a fármacos como estos no debe entenderse en el marco de una dicotomía dominación/opresión por parte del poder, sino como una reinención del mismo:

como un movimiento unidireccional en el que el poder, exterior, miniaturizado y líquido, infiltra el cuerpo dócil de los individuos. No. No es el poder el que infiltra desde fuera, es el cuerpo el que desea poder, el que busca tragárselo, comérselo, administrárselo, metérselo, más, cada vez más, por cada orificio, por cada vía posible de aplicación. (Preciado, 2008, p. 136)

Lo “paradójico” del asunto es que las primeras reflexiones críticas que yo elaboré sobre lo concerniente a mi condición de individuo diagnosticado con TDAH se hicieron, en un grado significativo, bajo los efectos de la medicación que consumía. Una vez que comencé a cursar estudios universitarios ya poseía cierto convencimiento de cómo ciertos fármacos fungían como dispositivos de control, así como también ya estaba cuestionando las experiencias relacionadas al diagnóstico y al tipo de tratamiento psiquiátrico del que fui objeto en mi niñez y adolescencia. Sin embargo, fueron varios meses en los que, a pesar de haberme convencido de esto, *seguía* consumiendo metilfenidato, incluso de forma ilegal una vez que el psiquiatra me retiró el fármaco y dejó de expedirme las recetas médicas reguladas por el Estado.

Con base en esta situación, huelga preguntarse si es que yo estaba siendo cínicamente obediente a las exigencias de una estructura que me sobrepasaba o, por el contrario, estaba usando las herramientas de tal estructura para fines contrarios a la misma. Con altas dosis de metilfenidato, comencé a leer durante días y semanas una cantidad abismal de literatura sociológica, antropológica y filosófica, así como psicológica y hasta neurológica, que cuestionaba la validez ontológica de mi diagnóstico, como también criticaban al propio proceso de medicalización mediante fármacos, en el que estaba situado en ese momento. Ya no creía en la validez de mi diagnóstico, *pero* estaba presto a aceptarlo públicamente si es que ello suponía crear una justificación y un posible acceso hacia el consumo de metilfenidato.

### **A modo de conclusión**

Pasaron cuatro años para que recién pudiese superar la dependencia al metilfenidato. Realizar una introspección de todo el proceso por el cual pasé finalmente devino en la realización del presente documento, sobre el cual puede colegirse, a manera de síntesis, una serie de consideraciones a manera de potenciales aportes a la temática general.

A diferencia de otros hallazgos o elaboraciones previas (Cussianovich, 2010; Leavy, 2013; Rassoul, 2021), el caso que presenté a manera de narración autoetnográfica muestra un patrón distinto: la patologización de mis conductas comenzó a desarrollarse, principalmente, desde la adolescencia. En efecto, había estímulos diversos que se conjugaron en la agudización de la sintomatología del TDAH; algunos de estos están vinculados a los nuevos estímulos provenientes de diversas lógicas sociales que se dan a partir de mi inserción en la adolescencia. Por ejemplo, el incremento

de la exigencia disciplinaria del ambiente escolar tuvo un papel significativo en este proceso. Si en etapas anteriores de la instrucción escolar las conductas típicas de la sintomatología del TDAH eran comprendidas, en la secundaria, coincidente con la etapa de la adolescencia, fueron menos toleradas, a tal punto de que se abrieron las condiciones para la medicalización de mi persona.

La trayectoria que he narrado también permite revelar cómo, en su desarrollo, se refleja un paso por diferentes lógicas de ejercicio del poder, las cuales se yuxtaponen, pero entran en convergencia a partir de un componente fundamental: los psicofármacos. Así, en la etapa escolar los diferentes agentes institucionales de la escuela, la familia, la psicología y la medicina intervinieron torno a mi persona con la finalidad de moldearme acorde a lo normativizado por el sistema escolar y el discurso psicopedagógico. El consumo de metilfenidato comienza a hacerse habitual en este periodo, inducido principalmente por agentes externos a mí.

Sin embargo, al pasar los años la exigencia externa se volvió una *necesidad interna*: mi subjetividad, interpelada y reconocida por el imperativo de la *performance*, requería de tal sustancia para producir, crear, divertirse, despertar y hasta gozar. La concentración y la necesidad de tener un desempeño óptimo eran imperativos que yo cumplía mediante el trance eufórico que el metilfenidato me suscitaba. De esta forma, mi trayectoria en el uso de este psicofármaco empezó inicialmente en forma de disciplina escolar para devenir en un deseo de consumo “libre”, orientado por mi reconocimiento subjetivo en las exigencias propias del ambiente social. Ahora, era *yo* quien, por *mi* propia cuenta, me autodisciplinaba alterando mi cuerpo mediante el consumo de metilfenidato.

Finalmente, si bien en la primera etapa la etiqueta de diagnóstico jugó un rol como mecanismo de producción de mi identidad, tal énfasis es posteriormente desplazado a la acción del *psicofármaco*: el metilfenidato era, aquello que “me permitía ser yo mismo”. Si bien es cierto que es relevante el estudio de cómo las categorías diagnósticas influyen en la conformación de la subjetividad, lo cierto es que es necesario no abandonar, sobre todo en nuestra región, los mismos esfuerzos indagatorios en el estudio de los efectos de subjetivación relativos *principalmente* a los fármacos. En última instancia, por los efectos que los mismos suscitan directamente en los cuerpos, estos se vuelven incluso de mayor impacto no solo para el control biopolítico de la existencia, sino para la producción misma de la identidad y su aparente estabilidad.

Reflexiones similares deben plantearse desde diferentes posiciones de sujeto. Reconociendo mi posición de varón, mestizo y de clase media, creo que preguntarse cómo otras personas, en sus trayectorias particulares, habrán experimentado, a nivel micro, patrones macrosociales como los de la medicalización a raíz del TDAH.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association.
- Anderson, L. (2006). Analytic Autoethnography. *Journal of Contemporary Ethnography*, 35(4), 373-395
- Bianchi, E. (2010). La perspectiva teórico-metodológica de Foucault: Algunas notas para investigar al" ADHD". *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(1), 43-65. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-715X2010000100002&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2010000100002&lng=en&tlng=es)
- Blanco, M. (2012). Autoetnografía: una forma narrativa de generación de conocimientos. *Andamios*, 9(19), 49-74. <https://www.scielo.org.mx/pdf/anda/v9n19/v9n19a4.pdf>
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.
- Cornejo, G. (2011). La guerra declarada contra el niño afeminado: Una autoetnografía "queer". *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, (39), 79-95. <https://www.redalyc.org/pdf/509/50918284006.pdf>
- Cussianovich, A. (2010). *Dificultades, retos y satisfacciones: los procesos de “normalización” de niños con TDAH en Lima* (tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica de Perú.
- De la Peña, F., Palacio, J. y Barragán, E. (2010). Declaración de Cartagena para el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Revista Ciencias de la Salud*, (8), 93-98.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (2002). *Mil Mesetas. Capitalismo y Esquizofrenia*. Pre-Textos.
- Douglas, M. (1983). *How Institutions Think*. Syracuse University Press.
- Ellis, C., Adams, T.E. y Bochner, A.P. (2011). Autoethnography: an overview. *Historical social research/Historische sozialforschung*, 273-290. <https://www.jstor.org/stable/23032294>

- Filipe, A.M. (2016). Making ADHD Evident: Data, Practices, and Diagnostic Protocols in Portugal. *Medical Anthropology*, 35(5), 390-403. <https://doi.org/10.1080/01459740.2015.1101102>
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1988). Technologies of the self. En Martin, L., Gutman, H. y Huttonm, P. (Eds.). *Technologies of the Self. A seminar with Michel Foucault* (pp. 16-49). The University of Massachusetts Press.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Gariglio, L. y Ellis, C. (2018). «Good ethnography is autoethnographic, and good autoethnography is ethnographic». A dialogue with Carolyn Ellis. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 59(3), 555-580. DOI:10.1423/91084
- Goffman, E. (2021). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Hacking, I. (1998). *Mad Travellers: Reflections on the Reality of Transient Illnesses*. University Press of Virginia.
- Hoben, J. y Hesson, J. (2021). Invisible lives: Using autoethnography to explore the experiences of academics living with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *New Horizons in Adult Education and Human Resource Development*, 33(1), 37-50.
- Jutel, A. y Nettleton, S. (2011). Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities. *Social Science & Medicine*, 73(6) 793-800. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.07.014
- Ing, C. y Mills, J.P. (2017). “Hey, look at me”: An {auto}ethnographic account of experiencing ADHD symptoms within sport. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 1-10. doi:10.1080/2159676x.2017.1405362
- Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Cienc. Saude Colet.*, 13(5), 1619-1626.
- Latour, B. y Wooglar, S. (2013). *Laboratory Life. The Construction of Scientific Facts*. Princeton University Press.
- Leavy, P. (2013). "¿Trastorno o mala educación?" Reflexiones desde la antropología de la niñez sobre un caso de TDAH en el ámbito escolar. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(2), 675-688. doi:10.11600/1692715x.11215101012
- Metzger, A.N. y Hamilton, L.T. (2021). The stigma of ADHD: teacher ratings of labeled students. *Sociological Perspectives*, 64(2), 258-279.
- Preciado, P.B. (2008). *Testo Yonqui*. Espasa Calpe.

- Rafalovich, A. (2005) Exploring clinician uncertainty in the diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Sociology of Health & Illness*, 27, 305-23. doi: 10.1111/j.1467-9566.2005.00444.x
- Rassoul, R. (2021). *A Life of Ambivalence: Exploring ADHD through Autoethnography* (tesis doctoral). American University of Lebanon.
- Rodas-Gómez, A.M. (2021). Reflexiones autoetnográficas sobre el uso de heroína en Colombia y su relación con los mundos delictivos. *Revista Cultura y Droga*, 26(32), 137-151. <https://doi.org/10.17151/culdr.2021.26.32.7>
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIFE.
- Strand, M. (2011). Where do classifications come from? The DSM-III, the transformation of American psychiatry, and the problem of origins in the sociology of knowledge. *Theory and Society*, 40(3), 273-313. <https://doi.org/10.1007/s11186-011-9142-8>
- Wall, S. (2006). An Autoethnography on Learning about Autoethnography. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(2), 146-160. doi:10.1177/160940690600500205
- Wall, S. (2016). Toward a moderate autoethnography. *International Journal of Qualitative Methods*, 15(1), 1-9.