El Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD).
Indagaciones acerca de la normalidad estadística en el cuerpo del niño

Eugenia Bianchi
UBA (Fac. Cs. Sociales) – IIGG – CONICET.
eugenia.bianchi@yahoo.com.ar

Introducción.

En las páginas que siguen se intentarán exponer algunos núcleos de avances en relación a la tesis de Maestría en Investigación en Ciencias Sociales de la UBA, "ADHD y discursos de la salud. Articulaciones discursivas y efectos de poder". Por tratarse de una presentación preliminar de resultados, reviste sumo interés profundizar estas primeras argumentaciones y conclusiones, como así también generar nuevas hipótesis y líneas de análisis.

El desarrollo de la tesis se apoya en una propuesta: conocer cómo la medicina contribuye -a través del diagnóstico y del tratamiento- a establecer aquello que es considerado *enfermedad*. Y qué efectos de poder suscitan estas construcciones en las personas en las que recaen. El objetivo aquí se relaciona con una de esas construcciones: el *déficit de atención con hiperactividad* (ADHD por sus siglas en inglés) en la infancia, y consiste en exponer algunos lineamientos acerca de cómo se constituye como trastorno de conducta en la infancia, tomando como referencia general para realizar la exposición el lugar que ocupa en esta construcción la noción de *normalidad estadística*.

El *abordaje metodológico* es de tipo cualitativo; incluye un conjunto amplio de herramientas. Se analizan fuentes de diversa procedencia: manuales, escalas, cuestionarios y tests psicométricos utilizados para el diagnóstico de ADHD[1], libros y artículos de páginas web que circulan en Argentina en torno a la problemática, recurriendo marcada pero no exclusivamente a una perspectiva teórico-metodológica subsidiaria de los aportes de Michel Foucault.

Los discursos y las prácticas de la medicina como objeto de estudio.

[1] TRF (Teachers Report Form), ACTeRS (ADD-H Comprehensive Teacher Rating Scale) y SNAP IV (Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality), Manual DSM-IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), Manual Kaplan-Sadock de Psiquiatría Clínica.

Para avanzar en el objetivo propuesto, el acento está puesto en el análisis de diversos campos al interior de los discursos y las prácticas de la salud, que en sentido amplio podría denominarse "la medicina", incluyendo la psiquiatría, la neurología, la pediatría, etc., si bien estos discursos presentan diferencias sustanciales entre sí –acerca de las cuales no podemos extendernos en esta oportunidad-.

De cara a las transformaciones económicas, políticas, sociales y culturales acaecidas desde mediados de la década del '70 (Murillo, 2002), y tomando en cuenta la consolidación de procesos estructurales que tuvieron lugar en los '90 y su impacto en el sector de salud (Iriart, 2008) el análisis de estos discursos y prácticas presenta en la actualidad características particulares a considerar para el trabajo que aquí se propone.

El proceso de medicalización de la sociedad y la ampliación del accionar de la medicina.

El *proceso de medicalización de la sociedad* (Foucault 1976, 1990, 1997; Conrad 1982; Szasz, 2007) se presenta desde el abordaje elegido para llevar adelante el estudio, como un fenómeno histórico amplio, que resulta el horizonte de posibilidad analítica para adentrarse en el accionar y alcance actuales de la medicina. El proceso de medicalización de la sociedad aparece, siguiendo estas líneas de análisis, como proceso general a partir del cual en el siglo XVIII la medicina se convierte en medicina específicamente social (Castel, 1976; Rosen, 1974), se torna en estrategia biopolítica, ampliando su intervención hacia esferas distintas de las que la convocaban anteriormente (la enfermedad y la demanda del enfermo) (Foucault, 1990). Merced este despegue, la medicina toma a su cargo una multiplicidad de cuestiones que hacen a la constitución, normalización y control del cuerpo individual y social.

Este proceso es pues capital para conocer el modo en que el cuerpo (en este caso, el cuerpo del niño que ha sido diagnosticado y es tratado por ADHD) se vuelve objeto de saber, blanco de poder y campo de intervención de múltiples dispositivos, a la vez que brinda un marco adecuado y útil para reflexionar acerca del ADHD y su constitución como trastorno de la conducta en la infancia. Para ello, un punto de partida central consiste en tomar en consideración que así como los diversos discursos médicos construyen enfermedad, construyen asimismo subjetividades. Y que es merced a estas concepciones construidas socialmente, a este horizonte de lo visible y de lo enunciable que se establece en términos de la oposición entre lo normal y lo patológico -aunque esta oposición no sea la que predomina actualmente-, que se torna posible el diseño y la aplicación de un tratamiento como el que algunos de estos discursos de la salud ofrecen en relación al ADHD.

El ADHD como problemática susceptible de indagación sociológica.

De acuerdo con lo expuesto, las aproximaciones al área de interés que aquí se proponen presentan ciertas especificidades. En primer término, no están centradas en el estudio del ADHD en sí mismo, como entidad clínica. Es decir; no es la intención de este trabajo, ofrecer una definición concluyente del ADHD, ni un aporte para una "mejor" o "más adecuada" construcción del concepto en sí, o para establecer la jerarquía exacta que debería tener en el corpus de patologías, trastornos de la conducta o enfermedades neurológicas, en las que suele inscribírselo. Antes bien, se parte por problematizar la existencia del concepto ADHD, desde una perspectiva crítica que contemple su historicidad y las múltiples relaciones de fuerza que intervienen en su conformación.

En este sentido, tampoco se orientan a ofrecer a los maestros o padres una cantidad de herramientas útiles, en orden de lograr una aproximación también "mejor" o "más adecuada" para vincularse con quienes han sido diagnosticados con ADHD.

También de acuerdo con el abordaje elegido, estos primeros acercamientos eluden las descripciones que efectúan un mero recorrido histórico de aquello que hoy es definido como ADHD, o que se detienen en algunos de los casos más conocidos o resonantes -actuales o pasados- presentados frecuentemente como "exitosos". Y por último, aunque tienen presente el hecho de que una abrumadora mayoría de los casos en los que se diagnostica la patología son niños, no se trata específica o tradicionalmente de un abordaje "de infancia".

En resumen: no se presenta en estas páginas la propuesta para la realización ni de una reseña histórica, ni de un diagnóstico preciso, ni de una recomendación pedagógica o familiar, ni de un abordaje de infancia; se trata de introducir una indagación sociológica. El desafío que se plantea implica de este modo, contemplar elementos antes no considerados en el abordaje de esta problemática.

En línea con estos argumentos, en este trabajo se designará con la noción de "infancia desatenta" o "niños desatentos" a aquellos niños/as que han sido diagnosticados y tratados por ADHD. Con esta noción se busca un apartamiento de consideraciones surgidas de otros discursos (como por ejemplo el de la salud, el de la educación, etc.) que también tematizan actualmente al ADHD. La intención es dar cuenta, desde una perspectiva sociológica, de las condiciones de emergencia y circulación de esta *formación discursiva* particular, que responden a objetivos estratégicos múltiples.

<u>El uso de documentos.</u>

De acuerdo con el esquema teórico y metodológico utilizado, el *documento* (Foucault, 1969; 1985) adquiere un valor medular. Muchos de los documentos analizados son expresión de un abanico de posicionamientos diversos con respecto a la diagnosis y a la terapéutica del

ADHD. Al interior de la masa discursiva que se considera se suscitan toda clase de controversias, vinculadas a una serie de discrepancias en relación, por ejemplo, a la administración de psicofármacos a niños (debatiéndose si tal administración es necesaria o no dentro de la terapéutica, y los efectos secundarios o adversos que su administración puede o no producir). Se expresan también diversas tendencias en torno al estatuto clínico del concepto ADHD y su etiología (los distintos discursos consideran desde una etiología genético-hereditaria, pasando por un síndrome, hasta posturas que no admiten cientificidad alguna en la noción de ADHD). En esta orientación, se plantean entonces preguntas como ¿Es científico el concepto de ADHD? ¿Es cierto que su origen es genético? ¿Es mentira que la medicación puede producir efectos adversos en los niños? ¿Es necesario medicar a los niños que son diagnosticados con este cuadro? ¿Es verdad que el ADHD es incurable?

Ahora bien, no será formulando preguntas como éstas que se abordará la problemática del ADHD. Consecuentemente con la perspectiva teórico-metodológica que se intenta seguir, el eje del análisis de los documentos no consistirá en desentrañar su sentido oculto, latente, que se volvería manifiesto a partir de la interpretación que de ellos se realice para revelar su significado.

Por el contrario, el trabajo sobre los documentos consistirá en concebirlos como *monumentos*. Esto implica: 1) no interpretar su sentido oculto, 2) poner en relación documentos que han circulado desde distintos dominios, que confluyen en la tematización, 3) colocar entre paréntesis las interpretaciones y las prenociones, suspendiendo los juicios previos, para atender a lo que dicen los documentos en su exterioridad material: cómo y dónde han circulado, qué efectos (de saber y poder) han producido, y a partir de ello qué construcción se puede elaborar, y 4) no abordar la cuestión desde una discusión acerca de la veracidad o calidad de apócrifo de los documentos, sino de las condiciones de su aparición, con el foco puesto en el hecho que el documento ha circulado en un momento determinado, ya que esa circulación habla de los efectos de poder del discurso, y de la multiplicidad de relaciones de fuerza intervinientes. (Foucault, 1969; Murillo, 1996).

En este sentido, un aspecto central de la propuesta apunta a reunir elementos que contribuyan a responder el interrogante acerca de cuáles han sido las condiciones para que la figura del *niño desatento* haya caído bajo la mirada médico-psiquiátrico-neurológica, constituyéndose como enfermedad, como trastorno de la conducta en la infancia. En términos de Foucault, se trataría de la formulación de una pregunta arqueológica.

La estadística y la curva normal.

En gran parte de las fuentes que aquí se analizan están presentes enunciados provenientes de la estadística y de la epidemiología. De la multiplicidad de enunciados que conforman esta formación discursiva, éstos se caracterizan porque "miden". Miden los casos de ADHD en la población, cuentan la cantidad de niños con ADHD, calculan el consumo de fármacos para el ADHD, suman las consultas de padres y maestros, separan las respuestas correctas e incorrectas en los test y formularios para el diagnóstico, etc.

Esta propuesta de tomar en cuenta enunciados con una fuerte impronta de la estadística para efectuar el análisis, tiene en cuenta que la normalidad estadística está en la base de las consideraciones de los discursos que, como los que aquí se presentan, conciben la salud y la enfermedad de la población en el marco de una estrategia biopolítica, recurriendo crecientemente a mecanismos de seguridad (Foucault, 2004).

Es de interés por lo tanto atender a estos documentos -con este marcado corte estadístico-, para rastrear cómo en ellos están presentes enunciados que cuando miden frecuencias; cuando ubican la media, la mediana y la moda de una distribución de casos; cuando calculan el desvío y trazan la curva normal; también están "diciendo" y "haciendo" sobre el ADHD y el cuerpo del niño.

Algunos hitos en la construcción del concepto "ADHD".

Antes de avanzar en el análisis propuesto, es pertinente repasar someramente algunos hitos en la conformación del concepto de ADHD, que permiten trazar líneas, en algunos casos de articulación, y en otros de divergencia, respecto del actual concepto de ADHD.

La noción de ADHD vigente en la última versión, corregida, del Manual de Diagnóstico DSM IV-TR (APA, 1994) es resultado de variaciones en conceptualizaciones precedentes. Con el inicio del siglo XX, en 1902, G. F. Still efectuó la descripción de niños con *inatención significativa*, que afectaba su rendimiento escolar, y asoció esta circunstancia con un defecto mórbido en el control moral (Benasayag, 2007). Durante los años '20 se desarrollaron dos corrientes: la francesa y la anglosajona. Esta última sostuvo una concepción neurológica, de la que es subsidiario el diagnóstico de Strauss de *lesión cerebral mínima* (Santiago, 2006). Strauss atribuye a esta lesión un origen presuntamente infeccioso. La imposibilidad de detectar tal lesión y las críticas a esta concepción condujeron a la reformulación del cuadro, denominado en 1962 *disfunción cerebral mínima*. A principios de la década anterior, la OMS denominó el cuadro "desorden impulsivo e hiperactivo" (Benasayag, 2007).

En la década del '70, Wender describe la noción *disfunción cerebral mínima* a partir de una serie de aspectos: hiperactividad, trastorno de atención y percepción, dificultades de

aprendizaje, impulsividad y trastornos afectivos. La tercera versión del DSM, publicada en 1980, incorpora en su clasificación el *síndrome de déficit de atención.* La revisión del DSM III -el DSM III-TR- publicada en 1987, ensambla los dos grandes ejes que conforman el cuadro en la actualidad: *déficit de atención* e *hiperactividad.* El DSM IV -publicado en 1994- distingue al interior del cuadro tres formas predominantes posibles: con predominio de inatención, de hiperactividad-impulsividad, y un subtipo combinado. Incluye además la posibilidad de cuadros residuales en adultos (Tendlarz, 2006). Sobre la clasificación del DSM IV se sustentan gran parte de los tratamientos actuales del ADHD, ya sea medicamentosos o cognitivo-comportamentales, asentados en ocasiones en un mapeo cerebral (Mandil, 2006).

Tomando como punto de partida esta reseña, la propuesta es avanzar en el análisis de los documentos antes mencionados. Se pensó organizar la exposición en varios apartados, de acuerdo al aspecto que contemplan: la cuestión de grado en las conductas, las dificultades en el logro de un consenso acerca de la noción de trastorno mental, la noción de *falla*, la noción de *disfunción cerebral mínima*, el uso de fármacos, y la peligrosidad a futuro.

I- La cuestión de grado en las conductas.

Un aspecto importante que surge como resultado del análisis de los documentos es que cuadrar dentro de los patrones de diagnóstico de ADHD aparece como una *cuestión de grado*, de distancia con respecto a un patrón de regularidad. En las descripciones de los niños que padecen ADHD se especifican tres desórdenes posibles (combinados o no entre sí): desatención, impulsividad e hiperactividad. Para ilustrar estas posibilidades, se mencionan actividades, acciones o conductas que emprende el niño -o que no emprende cuando debiera hacerlo-. Estas acciones son descriptas a partir de parámetros observables y síntomas. Del artículo de Quirós y Joselevich (2003) se resaltan algunas:

Referidas a la *atención: "Se dispersa fácilmente", "No termina nada de lo que empieza","Parece no escuchar lo que le digo", "Cuesta mucho trabajo que se concentre en la tarea", "Pierde sus útiles escolares; este año le tuve que reponer tres veces su cartuchera", "Es totalmente desordenado y desorganizado", "Está en la luna".*

Respecto de la *impulsividad*: *"No tiene paciencia para esperar su turno", "Interrumpe las conversaciones o se entromete en juegos de otros", "Es impaciente, no soporta esperar", "Comienza a responder antes de que yo termine de preguntar", "Me parece que dice lo primero que le viene a la cabeza, por eso con frecuencia lo que dice suena fuera de lugar", "Todo lo quiere ya".*

Por último, en relación a la *hiperactividad*: *"Está todo el tiempo moviendo las piernas", "Mientras le hablo canta, silba o mueve permanentemente un lápiz", "No puede*

quedarse quieto, se mueve todo el tiempo en la silla", "Anda siempre de aquí para allá, es incansable", "Tiene un motorcito en los pies", "No se queda quieto, se retuerce en su pupitre", "Habla continuamente, parece un loro", "No le alcanza con mirar, necesita tocarlo todo".

Estas descripciones aparecen en el artículo como frases referidas por los padres y maestros de los niños, entendiéndose como indicadores de lo que podría denominarse *una situación irregular*. Sin embargo, esta multiplicidad de conductas que exhibe el niño, que no se diferencian demasiado de las de otros niños del entorno, y que pueden no ser preocupantes en sí mismas, de alguna manera -aunque confusa aun- denotan la existencia de un problema; pero se caracterizan porque tal problema aun no ha sido clasificado como *enfermedad*.

Es la introducción del discurso médico, como productor de saber y verdad, lo que permitirá codificar la masa confusa de acciones, pensamientos, situaciones que evidencia el niño -y que impactan también y principalmente en la familia y en el ámbito escolar-, otorgándole el estatuto de enfermedad.

Resulta posible identificar una *cuestión de grado* en los enunciados de los documentos, en tanto lo que merece la consideración de patológico no es que el niño no preste atención, o le cueste permanecer sentado en la silla, entre otras conductas. Lo que da la pauta de la existencia de una patología es, antes bien, la frecuencia y duración de estas conductas, que puestas en comparación con los parámetros *normales,* resultan en una desproporción. En este caso, la normalidad está asociada al "nivel de desarrollo normal" tipificado, por ejemplo, en la tabla 21-1 del Manual Kaplan-Sadock (Sadock & Sadock, 2001: 296-303).

También en algunos instrumentos de medición analizados se atiende a numerosas *cuestiones de grado* en las conductas que contribuyen al diagnóstico. Por ejemplo: *"muy apegado, dependiente", "llora fácil y frecuentemente", "demanda mucha atención", "es muy celoso", "se pelea frecuentemente", "grita/habla demasiado", "muy sensible a la crítica", "hace muchas bromas".*

Cabe resaltar en este último caso que se trata de *cuestiones de grado* en las conductas que *son inconmensurables*, y que deben ser respondidas, en la mayor parte de los instrumentos de medición, de acuerdo a una escala que gradúa la ocurrencia del comportamiento con opciones como las siguientes: 0= No, 1= Poco, 2=Algo, 3=Mucho (en SNAP IV); 0=Nada; 1=Un poco; 2=Bastante; 3=Mucho; o también 0=Nunca o no sé, 1=Algo o a veces, 2=Frecuentemente o casi siempre (según distintas versiones de CONNERS); puntuaciones que van de 1 a 5, donde 1 es "Casi Nunca" y 5 es "Casi Siempre" (en ACTeRS).

La inexistencia de parámetros mensurables definidos con cierta precisión redunda en la persistencia de criterios de evaluación subjetivos. Además, como sostienen Tornimbeni *et al*, en términos generales, y de acuerdo con estudios realizados con escalas de Lickert de 7 y 10 ítems, *"los tests son más confiables a medida que aumenta el número de respuestas alternativas dentro de un rango limitado"* (Tornimbeni *et al*, 2008: 77) [2].

II- Las dificultades para consensuar una definición de *trastorno mental*.

Los análisis realizados desde la epidemiología tienen uno de sus fundamentos más marcados en su capacidad de identificar un caso en la población general bajo estudio. En esta temática en particular, se trataría de identificar un caso de trastorno mental infantil. En pos de la consecución de este objetivo, la epidemiología se sirve de diversas técnicas o instrumentos de medición, entre las que se encuentran las escalas de comportamiento, los tests, los cuestionarios, etc.

Sin embargo, previo al uso de las técnicas, es relevante que exista un consenso en la definición conceptual del atributo que los diversos instrumentos deben detectar. En este caso, la definición sería acerca de qué es considerado un trastorno mental en la infancia. Precisamente, en esta noción pueden identificarse por lo menos dos aspectos problemáticos:

- El primero consiste en que los trastornos psicológicos infantiles no constituyen -en su mayoría- entidades clínicas puras.
- El otro aspecto problemático reside en que la mayoría de los comportamientos atribuibles a un trastorno, también se verifican en el funcionamiento *normal* de los niños.

A este respecto, indica el Dr. Pedreira Massa que *"la principal dificultad en la definición de trastorno mental en la infancia se sitúa en la decisión sobre el cómo y dónde se ubica el área entre lo normal y lo patológico en la infancia"* (Pedreira Massa, 2000). También en el Manual DSM IV puede advertirse esta dificultad, cuando señala que: *"... a pesar de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto 'trastorno mental'. El término 'trastorno mental', al igual que muchos otros términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades."* (APA, 1994: XXI).

[2] En el caso de la anorexia, el discurso médico-psiquiátrico se vale de un instrumento con el cual cuantifica las distancias respecto de la media: el índice de Quetelet o IMC (Abraham y Llewellyn-Jones 1984: 28). Sirviéndose de este índice -entre otros elementos-, el establece cómo el *trastorno de la conducta alimentaria* se manifiesta en el cuerpo -en la relación entre un peso y una altura-, cuantificando y catalogando los desvíos de la media, ya sea por exceso: obesidad alta, obesidad, sobrepeso; o por falta: bajo peso, demacración (Bianchi y Portillo, 2007).

Las dificultades para arribar a una definición consensuada la noción de trastorno mental infantil, se trasladan a los instrumentos que buscan medirlo, planteando uno de los principales problemas de validez y fiabilidad de estas herramientas. El ADHD constituye, a nuestro entender, un ejemplo paradigmático para ilustrar estas dificultades.

III-La noción de *falla* en el ADHD.

Otro de los hallazgos resultantes del análisis de documentos consiste en la articulación discursiva que se advierte entre las conceptualizaciones del ADHD que se centran en la caracterización de la sintomatología clínica y conductual, y la noción de *falla*.

En estos enunciados, está presente en primer lugar la idea de que el *niño desatento* tiene una *falla.* Considerando el lenguaje estadístico, puede decirse que dicha falla se manifiesta bajo dos modalidades: como *des-orden* de las frecuencias, y como *desvío* o distancia de las frecuencias respecto de la media. Cabe aclarar que se entiende como *frecuencia* la ocurrencia o no de una acción o conducta determinada en el niño.

En la primera modalidad, se atiende al modo en que se efectúan las acciones o conductas, al *cómo* (desordenadamente); en la segunda, a *cuánto* se separan estas actividades (o la ausencia de ellas) de lo considerado *normal.*

Tomando en cuenta estas consideraciones, el enfoque del análisis se centra en la *normalidad* desde la *curva normal*. La curva normal es un tipo de curva perfectamente simétrica, basada en un número infinito de casos. Al ser una curva simétrica y unimodal, la media, la moda y la mediana coinciden en el centro de la distribución. Siendo la *moda* el valor que se da con más frecuencia en la distribución, y la *media* el valor promedio de esa distribución, en la curva normal aquello que se da con más frecuencia coincide el valor considerado promedio, y ambos conceptos operan como el parámetro en relación al cual pueden establecerse los *desvíos* de cada frecuencia bajo estudio (García Ferrando, 1996). La propuesta entonces es pensar el *desorden* y el *desvío* teniendo presente la noción de curva normal.

De acuerdo a la primera acepción de la *falla*, el desorden se advierte en aquellas conductas que se llevan a cabo de una manera diferente a lo que se espera un nivel de desarrollo normal, pero sin entrar en consideración el *sentido* de ese desorden, es decir los desvíos respecto de la media y de la moda. Esto se expresa en los documentos analizados como "*ausencia o dificultad para ordenar(se)":* ordenarse físicamente, emocionalmente, y también cultural y socialmente. La falla como desorden aparece también en nociones como "*distracción", "trastornos del sueño y del aprendizaje", "disgrafía", "disartria", "disforia", "dislalia", "desobediencia", "dislexia o disociación"* (Nani, 2007).

En los instrumentos de medición analizados también aparecen enunciados de este tipo, tales como "*dificultad para ordenarse o mantener la atención", "desorganización", "distracción", "descuido del aspecto o de las tareas", "disforia", etc.* Estos enunciados se presentan mayormente refiriéndose al aspecto del *déficit de atención,* dentro del cuadro general de ADHD.

En la segunda acepción de la *falla* se introduce la noción de desvío, de distancia respecto de la media y de la moda. El desvío puede presentarse como exceso, como exageración, desproporción o desmesura en las conductas; o por el contrario, como falta, insuficiencia, déficit o ausencia en las mismas. En las descripciones de los documentos se reproducen nociones como: "*inatención", "hiperactividad sensorial", "hiperquinesia", "hiperactividad motora y verbal", "baja tolerancia a la frustración", "enuresis y ecopresis", "ineptitud deportiva", "deficiente autoestima", "ansiedad y depresión", "incomprensión de órdenes y castigos", "repetición de la falta", "memoria deficiente"* y *"pobreza de la imagen corporal"* (Nani, 2007).

En consonancia con estas apreciaciones, en las herramientas de medición analizadas se reiteran argumentos del orden de la *desmesura*, como: "*mover manos o piernas en exceso", "hablar en exceso y producir demasiado ruido durante actividades tranquilas", "insistencia excesiva y frecuente en que se satisfagan sus peticiones", "correr o saltar excesivamente en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo", "llora demasiado", "muy olvidadizo",* etc. Y en términos de la *falta*, entre otras, se encuentran: "*no prestar atención suficiente a los detalles", "baja autoestima", "escaso sentimiento de responsabilidad", "baja tolerancia a la frustración", "bajo rendimiento", "no usa todo su potencial",* etc. Estos enunciados remiten casi exclusivamente al aspecto de la *hiperactividad*.

IV- ¿Hacia una etiología de la falla?. La noción de *disfunción cerebral mínima.*

Se ha trabajado hasta aquí cómo en la construcción del ADHD como enfermedad se entiende el desorden y se identifica el sentido del desvío, de la falla. Se reflexionó además, acerca de cómo se establece a partir de lo observable si se trata de un *exceso* o de una *falta* en el comportamiento, y en cómo está ausente en esta conceptualización un instrumento que permita cuantificar de manera más estilizada el comportamiento (o los efectos de éste) y sus distancias respecto de la media. La pregunta que sigue conduce a la interrogación ¿dónde está esta falla? ¿Dónde es posible ubicarla en el ADHD?

Si bien los diferentes discursos investigados difieren en el énfasis en este punto, casi todos aluden a la llamada *lesión o disfunción cerebral mínima*. Desde la medicina:

"La Oficina Nacional de Educación de los Estados Unidos, en el informe denominado "National Project of Nominal Brain Dysfunction in Children", reafirma la tendencia a interpretar que los términos: Disfunción Cerebral Mínima y los Trastornos de Aprendizaje por Alteraciones de la Atención, son caras de la misma moneda y pueden ser utilizados indistintamente. Adherimos plenamente en lo conceptual y terapéutico." (Nani, 2007).

Desde el psicoanálisis, Ana Lydia Santiago señaló algunas cuestiones relevantes en relación a los aspectos etiológicos del ADHD y la disfunción cerebral mínima, que se recuperan aquí:

(...) Strauss lanzó, en 1918, la hipótesis según la cual los disturbios de comportamiento de los escolares, y también algunos de los disturbios de aprendizaje, podrían ser consecuencia de una lesión cerebral mínima. Se trataría de una lesión suficiente para alterar el comportamiento y/o alguna función cognitiva, pero lo suficientemente mínima como para no ocasionar otras manifestaciones neurológicas. Esa hipótesis de Strauss no fue acogida en el medio científico ni divulgada en la época en que se presentó en sociedad. Con todo, veinte años más tarde, la lesión cerebral mínima resurge en el escenario de las investigaciones médicas, y en 1957, es equivalente al síndrome hiperquinético o de hiperactividad. En 1962, durante un simposio internacional realizado en Oxford, con la participación de grupos de investigación dedicados al estudio de la lesión cerebral mínima, se llegó a la conclusión de que no había ninguna lesión. (...). Los investigadores admitieron el error y para corregirlo rebautizaron el cuadro, pasando a llamarlo "disfunción cerebral mínima" (DCM). (Santiago 2006: 178-9)

Desde las Ciencias Sociales, Robert Castel también se detuvo en la noción de *disfunción cerebral mínima*:

"La noción de minimal brain disfunction apareció en los años veinte, cuando los problemas conductuales en la escuela empezaron a ligarse a una etiología neurológica en el marco de las investigaciones sobre la afasia. No se había oído hablar más de ello hasta 1965. Engañosa noción en cuya inconsistencia radica precisamente el mérito, por el hecho de que asocia un trastorno

funcional y una lesión cerebral 'leve'. Una etiología tal está todavía por probar, evidentemente". (Castel, 1979:200-1)

Finalmente, en el Manual DSM IV se indica, con referencia al ADHD, que*:*
"no hay pruebas de laboratorio que hayan sido establecidas como diagnósticas en la evaluación del trastorno (...) todavía no está definido qué déficit cognoscitivo fundamental es responsable de este fenómeno" (APA, 1994: 85).

El interrogante que sigue a la lectura de estos documentos se asocia a las dificultades para resolver la ambivalencia que se plantea, de acuerdo con la cual se asume como específica del síndrome la existencia de una disfuncionalidad cerebral de raigambre neurológica que no puede ser ubicada ni mensurada. En la sección de las conclusiones se planteará la propia postura a este respecto.

V- La utilización de fármacos en el ADHD. Acción paradojal y comportamiento anormal.

El uso de fármacos para tratar el ADHD es, aunque problemático en parte de la comunidad de profesionales de la salud, crecientemente extendido.

"El manejo medicamentoso del niño hiperquinético, nace con las observaciones de Bradley en 1937. Se basa en la acción paradojal de la respuesta clínica que presentan algunos niños ante la medicación estimulante cortical." (Nani, 2007).

La noción de *acción paradojal* se utiliza para designar a aquellos fármacos cuya administración en el paciente provoca una respuesta clínica diferente a la que su mecanismo de acción prevé. Se diferencia de las *reacciones adversas* a un medicamento, en que la acción paradojal puede tener una utilización terapéutica en sí misma.

A pesar de lo expuesto en el DSM IV y recuperado más arriba -en relación a la imposibilidad de establecer pruebas de laboratorio que fundamenten el diagnóstico de ADHD-, existen líneas al interior de los discursos médicos que sostienen que la particularidad del cerebro de los niños con ADHD consiste en que, ante la administración del fármaco, los pacientes no manifiestan una mayor estimulación, sino que evidencian un mayor control de la hiperactividad, una reducción de la impulsividad y una focalización de la atención. Explican Quirós y Joselevich que, en relación al *efecto paradojal*:

"El metilfenidato potencia la acción de la dopamina, inhibiendo su recaptación a nivel presináptico, lo cual produce activación del lóbulo frontal (región prefrontal). Esta activación no tiene un efecto sedante sino normalizador sobre la conducta: (...). Numerosos trabajos demuestran que reduce la agresividad

tanto física como verbal, mejora las relaciones interpersonales y disminuye la desobediencia. Así, la relación con los padres deja de ser negativa, ya que no necesitan seguir utilizando retos y castigos para controlar la conducta de sus hijos". (Quirós y Joselevich, 2003: 35-6)

Los análisis de Conrad acerca del funcionamiento del discurso médico, específicamente en relación a la construcción del ADHD, señalan que los factores orgánicos o fisiológicos suelen ser preferidos como fundamento explicativo por el discurso médico antes que los factores sociales, dado que aquellos suelen ser considerados como factores más específicos y mejores predictores.

Pero una de las dificultades que plantea el recurso a estas explicaciones causales de tipo fisiológico consiste en que abren la posibilidad de una inferencia de "*conexiones causales partiendo de variables fisiológicas de ciertas formas de comportamiento*" (Conrad, 1982: 148). En especial, debido a que las conexiones entre las variables fisiológicas y el comportamiento suelen ser ambiguas. Existen ocasiones en las que sí pueden encontrarse correlaciones entre factores orgánicos o fisiológicos y comportamientos. Pero cuando estas correlaciones fisiológicas se convierten en explicaciones etiológicas, se cae en la pretensión que al comportamiento anormal lo 'causó' la dificultad orgánica (Conrad, 1982).

Siguiendo este modo de concepción de la enfermedad, el tratamiento medicamentoso favorable opera *a priori* del diagnóstico, siendo este último corroborado merced esta respuesta paradojal frente a la administración de psicofármacos. Desde este funcionamiento argumental, aquellos que, recibiendo medicación estimulante, en lugar de incrementar su actividad motora, la han disminuido y encauzado, ejemplifican y permiten verificar la existencia de una falla neuronal que no detectan las pruebas de laboratorio.

Resulta interesante remarcar que el manejo medicamentoso y la terapia conductual (aunque no se haya tratado esta última en este trabajo) constituyen, desde los análisis de Castel (1979), las dos tecnologías que sirven de soporte principal a la medicalización en la actualidad, lo cual abre una sugerente línea de investigación para reflexionar acerca de esta temática en relación a las características de los mecanismos de seguridad, y de cómo se produce la normalización en las sociedades caracterizadas como "de seguridad" (Foucault, 2004).

VI- El ADHD y la anormalidad a futuro: la peligrosidad.

Como última línea de indagación se menciona una cuestión que aparece en parte del material analizado, y que circula de modo muy marcado en torno a la noción de ADHD.

Resultante del estudio de los documentos, se observa que otra de las articulaciones discursivas que se producen es aquella que anuda el desequilibrio fisiológico y conductual que presenta el niño con ADHD con su trayectoria vital, de manera que, de no mediar tratamiento, su actual condición es susceptible de continuarse en el futuro, pero con figuras de anormalidad diferentes (repitentes escolares crónicos, delincuentes, divorciados, desempleados reiterados, adictos a drogas, etc.) (Stiglitz, 2006).

El Manual Kaplan-Sadock ilustra esta continuidad. Seguido de una detallada instrucción acerca del manejo medicamentoso del ADHD, se extiende brevemente en el tratamiento psicológico del cuadro:

> *"b. Psicológico: tanto el niño como su familia suelen requerir tratamiento multimodalidad, probablemente con medicación, técnicas conductistas, psicoterapia individual, terapia familiar y educación especial (sobre todo si hay un trastorno específico del desarrollo coexistente). Estas intervenciones son cruciales en los casos moderados o graves, en vista del riesgo de delincuencia"* (Sadock & Sadock, 2001: 317).

Es dable considerar que la identificación de una potencialidad disruptiva del orden social en estos enunciados puede ser pensada tomando en cuenta la noción de *peligrosidad*. Aunque no resulta posible extenderse en este punto, se menciona solamente que esta noción reviste capital importancia en los análisis de Foucault y Castel en relación a las categorías de *peligrosidad* y de *riesgo*, como formas diferentes -por el campo de aplicación, y por las técnicas que exigen- de inscripción de prácticas reales en el gobierno de las poblaciones (Castel, 1981, 1986; Foucault, 2004).

Específicamente en relación a la norma, podría decirse que en esta puesta en consonancia entre el diagnóstico de ADHD y la trayectoria vital del niño, se reactualiza el cruce, la intersección de cuestiones de orden médico y de orden jurídico.

En su acepción *jurídica*, la norma es entendida como regla de conducta, como ley informal, como principio de conformidad. Y lo opuesto a la norma es lo irregular, lo excéntrico, lo extravagante, lo desordenado, que está desnivelado y distanciado de ella. En su variante *médica*, la norma es concebida como regularidad funcional, como principio de funcionamiento adaptado y ajustado. Y lo opuesto a lo normal es entendido como patología, morbidez, desorganización, disfunción (Foucault, 1999).

La base de la psiquiatría post-alienista quedó conformada por esta doble acepción de la norma, constituyendo un campo mixto en el que se imbrican las perturbaciones al orden y los

trastornos del funcionamiento. Estas transformaciones introducidas en el discurso psiquiátrico pincelaron una manera particular de concebir a la enfermedad -como enfermedad de una conducta que está trastornada, desordenada-, que constituye una de las condiciones de posibilidad para que el ADHD pueda ser hoy día entendido por ciertos discursos médicos como *trastorno* de la *conducta* infantil.

Algunas conclusiones respecto del discurso médico y el ADHD.

Como se ha señalado, algunos de los puntos hasta aquí revisados (la cuestión de grado en las conductas, la noción de falla, la ausencia de consenso en la noción de *trastorno mental*, la noción de *disfunción cerebral mínima*, el uso de fármacos, y la peligrosidad a futuro) revisten gran importancia al interior del discurso médico -y científico en general-, y resultan problemáticos para una parte de la comunidad de profesionales de la salud.

Sin embargo, en consonancia con el enfoque teórico-metodológico que se intentó seguir en esta ponencia, el acento de la indagación y análisis no estuvo puesto en si el ADHD *existe* o no, en si su definición es científica o no. No fue la pregunta por la cientificidad del diagnóstico del ADHD (que ha sido extensamente cuestionado desde diversas posiciones) la que orientó este estudio.

El eje del abordaje consistió, por un lado y principalmente, en resaltar el carácter histórico-socialmente condicionado de la noción *trastornos de la conducta*, de la que el ADHD constituye un ejemplo de análisis particularmente complejo. En relación a ello, se enfatizó que esta formación discursiva llamada ADHD contiene elementos que pueden encontrarse en formaciones discursivas históricamente precedentes, como capas arqueológicas que también han tematizado el mismo objeto: el *niño anormal* (Bianchi, 2008).

A la vez, se remarcó la necesidad de poner de relieve que quien nombró y puso en circulación la noción de ADHD en la actualidad ha sido el discurso médico-psiquiátrico, que tomó para sí la intervención en este campo, en esta *infancia desatenta*. Discurso que, aunque quede por fuera de lo que puede exponerse aquí, ha atravesado a su vez profundos procesos de transformación (Russo, 2003, 2006).

Y por último, se intentó postular que este tomar para sí, este arrogarse el cuidado, la normalización, el control de los *niños desatentos* por parte del discurso médico-psiquiátrico, tiene efectos de poder concretos.

Para este estado aun preliminar de la investigación, es posible trazar algunas líneas de análisis acerca de los efectos del accionar del discurso médico psiquiátrico en relación al ADHD y al *niño desatento*.

La primera atañe a lo conductual y lo neurológico. Puede considerarse que estos dos elementos analizados son tenidos en cuenta de manera conjunta a partir de la noción de *falla.* El enlace que se produce entre ambas nociones se expresa en que la instancia del diagnóstico, tal como es entendida por los discursos considerados, está centrada en lo sintomatológico, en el conjunto de síntomas y conductas que manifiesta el niño. Pero estas conductas y síntomas a las que se atiende para efectuar el diagnóstico, son entendidas como la expresión clínica de un problema de anormalidad cuyo fundamento es de índole neurológica.

Es una misma concepción de *falla* (ya sea falla en la conducta, o falla neurológica) que está presente en los enunciados analizados la que permite al discurso médico enlazar analíticamente la dimensión conductual y la neurológica, tomándolas en cuenta manera conjunta para realizar la detección del ADHD (Bianchi, 2008).

Otra línea que abre este trabajo se relaciona con el análisis de una serie de manuales e instrumentos de medición (cuestionarios, escalas, tests) que se utilizan para el diagnóstico de ADHD. En este sentido, se retoman las consideraciones de Marradi *et al*, que señalan el uso laxo del término *medición,* corriente entre los investigadores norteamericanos de inspiración conductista. Esta laxitud contribuye a que se considere como medición *"cualquier procedimiento de registro de estados (ordenamiento, conteo, construcción de escalas, y a veces incluso para la clasificación)"* (Marradi *et al*, 2007: 140). Si bien se acuerda con estas afirmaciones, y además la propia labor de análisis de documentos permitió verificar que esto ocurre en ocasiones para el caso del ADHD, se considera aquí que el problema más general -aunque tributario de las consideraciones de Marradi *et al*- reside en la *ausencia de consenso acerca de la noción de trastorno mental*. De esta cuestión se desprenden la mayor parte de los problemas que impactan en la confiabilidad y validez de los instrumentos de medición analizados. Más ampliamente, es en este punto donde se encuentra una de las condiciones de posibilidad más importantes para las conceptualizaciones de tipo conductual y neurológico que se ajustan actualmente a las especificidades de la noción ADHD.

De cara a estos avances, se perfila la posibilidad de ampliar esta elemental tarea de análisis, para avanzar en los lineamientos generales de la tesis de Maestría. Dichos lineamientos se enfocan, someramente, en la consideración del ADHD como entidad privilegiada para conocer e identificar algunas características que posee en la actualidad el *proceso de medicalización*, indagando con especial atención en el rol que en dicho proceso cumplen los diversos discursos y prácticas de la salud.

La intención entonces se orienta en el sentido de alcanzar, con el decurso de la investigación, una mayor profundidad en el análisis de los efectos de este funcionamiento

argumental, de esta estructuración de los enunciados del discurso médico que tematizan y constituyen al ADHD, su diagnóstico y su tratamiento.

Referencias Bibliográficas.

Abraham S. y Llewellyn-Jones D. (1984). *Anorexia y bulimia. Desórdenes Alimentarios.* Argentina: Alianza. 1995.

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Manual DSM IV-TR de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales*. Ed. Electrónica.

Benasayag, L. (2007). Deconstrucción neurológica del llamado 'ADDH'. En Benasayag L. (Comp). *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario* (pp. 13-34). Argentina: Noveduc.

Bernaldo de Quirós, G. y Joselevich, E. (2003). Qué es el síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (AD/HD). En Joselevich, E. (Comp.) *AD/HD. Qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y maestros* (pp. 17-42). Argentina: Paidós. 2005.

Bianchi E. y Portillo M. S. (2007). *ALUBA y el discurso médico. La tríada enfermedad–enfermo–tratamiento.* VII Jornadas de Sociología de la UBA. Bs. As. Mesa 44 *Jóvenes y Salud. Identidades y experiencias. Aportes sociológicos hacia la construcción de un campo complejo.*

Bianchi, E. (2008). *ADHD y discursos de la salud. La construcción del ADHD como enfermedad.* V Jornadas de Sociología de la UNLP y I Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales. Mesa 39 *Sociología del control social. Estrategias de reproducción y construcción de subjetividades en las sociedades contemporáneas.*

Bianchi, E. (2009). *Tests psicométricos y construcción de la infancia anormal. Aproximaciones desde el análisis del Déficit de Atención e Hiperactividad.* VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto Gino Germani. Mesa *Salud Mental*.

Castel, R. (1976). *El Orden Psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid: La Piqueta, 1980.

Castel, R. (1979). *La sociedad psiquiátrica avanzada: El modelo norteamericano*. Barcelona: Anagrama. 1980.

Castel, R. (1981). *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis.* Barcelona: Anagrama. 1984.

Castel, R. (1986). De la peligrosidad al riesgo. En Álvarez-Uría F. y Varela J. (Eds.) *Materiales de Sociología crítica* (pp.129-243). Madrid: La Piqueta. 1986.

Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En Ingleby D. (Ed.) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental* (pp. 129-154). Barcelona: Crítica-Grijalbo. 1982.

Donzelot, J. (1990). *La policía de las familias.* España: Pre-Textos. 1998.

Foucault, M. (1969). *La arqueología del saber.* Argentina: Siglo XXI. 2002.

Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad.* T. I. Argentina: Siglo XXI. 2002.

Foucault, M. (1988). *Nietzsche, la genealogía, la historia.* España: Pre-Textos. 2004.

Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames*. Argentina: Altamira. 1996.

Foucault, M. (1991). *Saber y verdad.* Madrid: La Piqueta. 1991.

Foucault, M. (1997). *Defender la Sociedad.* Argentina: FCE. 2000.

Foucault, M. (1999). *Los Anormales*. Argentina: FCE. 2001.

Foucault, M. (2003). *El Poder Psiquiátrico.* Argentina: FCE. 2005.

Foucault, M. (2004). *Seguridad, territorio, población*. Argentina: FCE. 2006.

Mandil, R. (2006). Biopolítica del déficit de atención. En Stiglitz G. (comp.) *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran. El mal real y la construcción social* (pp. 91-98). Argentina: Grama.

Marradi, A. *et. al.*. (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales.* Bs. As.: Emecé.

Murillo, S. (1996). *El discurso de Foucault. Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno.* Argentina: CBC.

Murillo, S. (2002). La cuestión social en Buenos Aires. La condición trágica de los sujetos. En Susana Murillo (comp.) *Sujetos a la incertidumbre. Transformaciones sociales y construcción de subjetividad en la Buenos Aires actual* (pp. 29-92). Argentina: CCC..

Nani J. F. (2007). *Trastornos de la atención. Su relación con el aprendizaje. Aspectos medicobiológicos del síndrome A.D.H.D.* [en línea]. [consulta: 20 de diciembre 2008]. Disponible en: <http://www.adhd.com.ar/publicaciones2.htm>

Oates Turner, M. (2007). *Detección precoz del déficit de atención con y sin hiperactividad.* [en línea]. [consulta: 20 de diciembre 2008]. Disponible en: <http://www.adhd.com.ar/publicaciones5.htm>

Pedreira Massa, J. L. (2000). *La evaluación de los trastornos mentales en la infancia en atención primaria.* [en línea]. [consulta: 20 de diciembre 2008]. Disponible en: <http://www.comtf.es/pediatria/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/JL_Pedreira_Massa.htm.>

Rosen, G. (1974). *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud.* México: Siglo XXI. 1985.

Russo, J. y Venâncio, A. T. (2003). *Humanos demasiadamente orgánicos: Um estudo comparativo de diferentes Versões de um Manual Psiquiátrico*. Ponencia presentada en el GT19 *Corpo, Saúde, Doença e Sexualidade*, V Reunião de Antropología do Mercosul, 2003, Florianópolis.

Russo, J. y Venâncio, A. T. (2006). *Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III*. En *Revista Latinoamericana de Psicopatología.* Fund., IX, 3, 460-483.

Sadock, B. y Sadock, V. (2001). *Kaplan-Sadock. Psiquiatría Clínica. Manual de Bolsillo*. España: Lippincott Williams & Wilkins. 2003.

Santiago, A. L. (2006). *Algunas consideraciones sobre el trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad*. En Stiglitz G. (comp.) *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran. El mal real y la construcción social* (pp. 175-184). Argentina: Grama.

Stiglitz, G. (comp.). (2006). *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran. El mal real y la construcción social.* Argentina: Grama.

Szasz, T. (2007). "The medicalization of everyday life", *The Freeman*, 57: 18-19 (December). [en línea]. [consulta: 20 de diciembre 2008]. Disponible en: <http://www.szasz.com/freeman23.html.>

Tendlarz, S.E. (2006). La atención que falta y la actividad que sobra. Reflexiones sobre el ADD-ADHD. En Stiglitz G. (comp.). *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran. El mal real y la construcción social* (pp. 75-82). Argentina: Grama.

Tornimbeni, S.; *et. al.* (2008) *Introducción a la psicometría*. Bs. As.: Paidós.