



MAESTRÍA
EN FILOSOFÍA
DE LA CULTURA



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE FILOSOFÍA “SAMUEL RAMOS”
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FILOSÓFICAS “LUIS VILLORO”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

“MEDICALIZACIÓN DE LA INFANCIA PORTADORA DE RIESGOS. EL
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL
HORIZONTE BIOPOLÍTICO”

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN FILOSOFÍA DE LA CULTURA

SUSTENTA:

JOSÉ EDUARDO PALLARES CAMPOS

Asesora de tesis:

Dra. Ana Cristina Ramírez Barreto

Morelia, Michoacán, Agosto del 2013



MAESTRÍA
EN FILOSOFÍA
DE LA CULTURA



Acta de revisión de tesis de maestría

Después de revisar el documento que presenta José Eduardo Pallares Campos para obtener el grado de maestra en Filosofía de la Cultura, quienes abajo suscriben, lectores y miembros de su comité tutorial, consideramos que el trabajo reúne los requisitos para defenderse en examen de grado.

Dr. Federico Marulanda Rey

Lector

Mtra. María Rosales García

Lectora

Dra. Ana Cristina Ramírez Barreto

Asesora

Morelia, Mich., Agosto de 2013

Agradecimientos

A Cristina Ramírez por su lectura atenta y crítica.

A mis lectores, Federico Marulanda y María Rosales.

A todos mis compañerxs de la maestría, amigxs y familiares.

A Eugenia Bianchi por el apoyo bibliográfico y por compartir sus ideas sobre el tema.

Y muy en especial a Yuri por todo su apoyo.

Resumen

Se estudia el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) como un proceso de medicalización articulado y legitimado por diversos participantes (encargados de las políticas de salud, industria farmacéutica, medios de comunicación, consumidores, etc.).

Pensamos la medicalización desde la analítica foucaultiana del poder, como un ejercicio biopolítico de gobierno. Desde esta perspectiva la medicalización es una gestión de la vida y lo que se persigue es su mantenimiento y cuidado. Aquí el campo médico viene a ocupar un lugar central en tanto instauro normas, diferencia comportamientos ideales, parámetros de salud y bienestar que se convierten en una regulación que activa dispositivos como la prevención, el control de riesgos, la farmacologización de la conducta, etc.

Considerando lo anterior se analizan también los planteamientos del modelo neuropsiquiátrico suscritos por la Secretaría de Salud de México en torno a los riesgos asociados a la probable evolución de un TDAH no diagnosticado y medicado. Los señalamientos sobre los riesgos y la posibilidad de ser controlados (con un tratamiento farmacológico o conductual) refuerzan y legitiman las prácticas de medicalización de la infancia.

La operación de gestión y control de la vida que se despliega en las prácticas de prevención y señalamiento de riesgos está permeada por un clima de inseguridad social, miedo y angustia (característico del ejercicio biopolítico), ante lo que pueda resultar amenazante. Inseguridad e incertidumbre generan no sólo una aceptación de las prácticas precautorias que se establecen sobre el TDAH, sino que éstas son asimiladas como inevitables.

Abstract

We study the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) as a process of medicalization articulated and legitimized by diverse participants (policymakers health, pharmaceutical, media, consumers, etc.).

Following Foucault we think the medicalization as a biopolitical government exercise. From this perspective, medicalization is a life management and what is pursued is the maintenance and care. Here the medical field comes to occupy a central role in establishing both standards, unlike ideal behaviors, health and welfare parameters that become active regulation that devices such as prevention, risk control, the farmacologización of behavior, etc.

Taking into account the above, are also analyzed approaches of the neuropsychiatric model signed by the Secretary of Health of Mexico about the risks associated with the likely evolution of undiagnosed and medicated ADHD.

We argue that the management and control operation of life that unfolds in prevention practices and risk signaling is permeated by a climate of social insecurity, fear and distress (characteristic of biopolitical exercise), to what may be threatening. Insecurity and uncertainty generate not only an acceptance of precautionary practices are established on ADHD, but they are assimilated as inevitable.

Índice

Introducción	7
1. Conceptos esenciales y debates sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.....	22
1.1 Diagnóstico	22
1.1.1 Las diferencias en los criterios diagnósticos determinan la prevalencia	25
1.1.2 Sobrediagnóstico: Criterios de evaluación laxos y profecías autocumplidas	27
1.2 Etiología	32
1.2.1. A pesar de los esfuerzos de ya casi medio siglo, las causas del TDAH permanecen inciertas	35
1.3 Tratamiento	37
1.4 TDAH en México.....	42
2. TDAH como paradigma de la medicalización de la infancia.....	49
2. 1 Sobre el concepto de medicalización	49
2.1.1 La medicalización como efecto patógeno de la burocracia médica	50
2.1.2 La medicalización como proceso construido y aceptado colaborativamente.....	51
2.1.3 Medicalización y biopolítica	52
2.2 El avance de la medicalización en las últimas décadas.....	61
2.3. Medicalización de la infancia: TDAH como paradigma	71
2.4 La infancia medicalizada: entre el libre mercado y la utopía de la salud perfecta	77
3. La supuesta evolución del TDAH no medicado y la administración de la infancia portadora de riesgos. Una lectura biopolítica.....	84
3.1 Evolución de la infancia diagnosticada con TDAH según el “modelo neuropsiquiátrico” e instituciones mexicanas de salud.....	84
3.2 Infancia en riesgo. Del esencialismo genético a la susceptibilidad.....	88
3.2.1 El riesgo pensado desde un determinismo genético	91
3.2.2 Los riesgos desde los modelos previsionistas	94
3.3 El miedo y la seguridad calculadora.....	99
3.4 Prevención y pánico moral.....	102
Conclusiones	110
Anexos.....	115
Referencias.....	129
Notas.....	147

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH)¹ se establece como un agrupamiento de síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad, en la revisión de la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III-TR), instrumento diagnóstico publicado por la American Psychiatric Association (APA) en 1987. En 1988, había 500.000 niños diagnosticados con el TDAH en Estados Unidos (Tallis, 2004, p.191), en 2006 la cifra aumentó a 4.5 millones de niños de entre 3 y 17 años (Bloom & Cohen, 2007, p.11).² Si bien no todos los casos diagnosticados reportan estar tomando medicamentos, podemos señalar que el aumento en la prevalencia conlleva también un alza en el consumo de fármacos.

Según cifras de la “National Survey of Children's Health 2003”, de 4.4 millones de niños (de entre 4 y 17 años) con historial diagnóstico de TDAH, 2.5 millones reportaban (56%) estar medicados (Centers for Disease Control and Prevention, 2005).

Respecto al consumo de metilfenidato (MFT), principal medicamento prescrito para tratar el TDAH: En 1970 se indicaba que en E.U 150 mil niños estarían usando el fármaco; en 1987, 750 mil, aumentando en el periodo comprendido entre 1990 y 1997 en un 700%. En Brasil las ventas aumentaron de 71 mil cajas en 2000 a 739 mil en 2004, un incremento de 940% (Cabral Barros, 2000, p.583).

En México no se tienen cifras exactas sobre el número de diagnosticados con TDAH, ni de menores medicado. Con base en el porcentaje de las cifras internacionales, la Secretaría de Salud del país (SSA) considera que, de manera conservadora, 5% de la población escolar lo padece. Extrapolando esas cifras se podría suponer que “habiendo en

México más de 33 millones de niños menores de 14 años, estaríamos enfrentados a un problema que afecta a poco más de un millón y medio de niños...” (SSA, 2002, p.38).

La explicación más difundida sobre el origen y tratamiento del TDAH es la del denominado por Lasa y Zulueta y Jorquera Cuevas (2010) como “modelo fisiológico”. Esta interpretación del TDAH lo entiende como:

[...] un síndrome unitario caracterizado por una triada sintomática (hiperactividad, déficit de atención, impulsividad), no siempre presentada completa, afirma la naturaleza neurobiológica del trastorno y busca, hasta ahora sin éxito, marcadores biológicos que confirmen esta hipótesis etiológica. En consecuencia postula, aunque no descarta otras intervenciones, un tratamiento necesariamente farmacológico (exclusiva o muy mayoritariamente psicoestimulantes y, sobre todo...el metilfenidato) dirigido a disminuir los síntomas y a facilitar la aplicación de otras medidas terapéuticas. La coexistencia muy frecuente de otros problemas de índole psicológica es considerada como una comorbilidad de carácter psicopatológico, añadida o asociada pero no causal, que justifica secundariamente otras intervenciones de tipo psicológico o psiquiátrico (p.26).

Este modelo de explicación e intervención, que prefiero denominar como neuropsiquiátrico (MNP),³ es sostenido y difundido por diversas asociaciones de salud estadounidenses (National Institute of Mental Health, American Psychiatric Association, American Academy of Pediatric, entre otras) y ha tenido un fuerte impacto entre sus homólogos en el mundo; es suscrito también por investigadores encargados del desarrollo de los programas y guías de la SSA para atender el trastorno (SSA, 2002; Vásquez,

Cárdenas, Feria, Benjet, Palacios, De la Peña, 2010), por los adherentes a los diferentes consensos de expertos de México (Ruiz García, Garza Morales, Sánchez Guerrero, Loredo Abdalá, 2003) y de expertos Latinoamericanos en el tema (Barragán Pérez et al., 2007; Palacios Ortiz, De la Peña Olvera, Barragán Pérez, 2010).

Estos especialistas adscritos a diferentes instituciones de salud del país han conformado lo que podemos denominar como la “mirada oficial” sobre el TDAH en México (ver anexo 1).⁴ Además han participado en la creación de un grupo de profesionales de la salud (neurólogos y psiquiatras en su mayoría) de Latinoamérica consensuando criterios sobre el tema.

La Liga Latinoamericana Para el Estudio del TDAH (LILAPETDH) señala:⁵

La prevalencia promedio mundial del TDAH es del 5,29%. En Latinoamérica existen al menos 36 millones de personas con TDAH y menos de un cuarto de los pacientes se encuentran bajo tratamiento multimodal; entre estos, sólo el 23% tiene un apoyo terapéutico psicosocial y el 7% tratamiento farmacológico adecuado, lo cual enfatiza la problemática diagnóstica y terapéutica que tenemos en nuestros países (Palacios Ortiz et al., 2010, p.142).

Es decir, su perspectiva es que la situación en el continente respecto al TDAH es alarmante en tanto no se diagnostica y da tratamiento (farmacológico) oportunamente. Aunado a que:

Las personas alrededor de los pacientes con TDAH (padres y maestros) desconocen que las conductas son parte de una enfermedad, los médicos (no especialistas) y los psicólogos, quienes pudieran detectar los casos de manera temprana, no tienen los

conocimientos básicos sobre el TDAH, y por otra parte la comunidad latinoamericana entre mitos y creencias, estigmatiza y juzga erróneamente a estos pacientes. Como si fuera poco las políticas de salud y los entes gubernamentales de los países latinoamericanos no contribuyen de una manera activa para resolver este problema (p.142).

Los mitos y las creencias a los que hace referencia la cita anterior, así como el desconocimiento de la problemática que señalan, aluden a los planteamientos que han adoptado puntos de vista diferentes al suyo. Diversos estudios señalan un sobrediagnóstico y una sobremedicación del cuadro, además de apuntar que dichas acciones se ven favorecidas por la acción conjunta del campo médico, la industria farmacéutica, los medios de comunicación, los consumidores, los profesionales de la educación, los padres, los encargados de la elaboración de las políticas públicas de salud, etc. (Natella, 2008; Conrad & Schneider, 1992; Conrad & Potter, 2000; Arizaga y Faraone, 2008; Benasayag, 2011; Cabral Barros, 2008; Terzaghi, 2011; Untoiglich, 2005; Vasen, 2011).

En el mismo sentido conviene mencionar el trabajo generado en distintos países por algunos grupos que se han dado a la tarea de analizar y a veces replantear desde perspectivas interdisciplinarias lo que se está haciendo en torno al TDAH, entre ellos se puede mencionar:

El “Consenso Internacional de expertos de Italia. ADHD y abusos en la prescripción de fármacos a menores” (2005), a raíz de este documento las acciones y adhesiones a él se han propagado por Europa. Esta campaña por la defensa del derecho a la salud de los niños tiene como objetivo brindar a padres, docentes, adolescentes, etc., información sobre el

abuso en el suministro de psicofármacos a niños y adolescentes. Dicho tema compete a la comunidad científica y a la sociedad civil en general. Los adherentes al documento, expertos del ámbito clínico y experimental, pretenden que se debatan los resultados experimentales menos conocidos, pero científicamente acreditados. El documento señala que no hay una legitimación científica del trastorno que permita un diagnóstico que no deje dudas “medianamente razonables”; sostiene que los fármacos usados para tratar el TDAH actúan sobre los síntomas, pero no curan la supuesta causa del mismo; y pugnan, como un gran desafío, por el empleo de una metodología de investigación con una aproximación ética que genere confiables fuentes de información (Consenso Internacional de expertos de Italia, 2005).

En Argentina, el “Consenso de expertos del área de salud sobre el llamado Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad” (2005), ha tenido un fuerte impacto en el país sudamericano y ha motivado la organización de eventos académicos internacionales y foros dedicados a analizar las problemáticas de la infancia actual, además de servir como difusor de la campaña internacional contra la patologización y medicalización de la infancia, organizada conjuntamente en Buenos Aires, Barcelona, Sao Paulo, Campinas, Santiago de Chile, Porto y París.⁶ El documento fue elaborado y suscrito por profesionales del campo de la psicología, la psiquiatría, la neurología, la pediatría, la psicopedagogía y la psicomotricidad. Señala falta de rigor científico en cuanto a la delimitación y diagnóstico del trastorno; el incremento exponencial de alumnos medicados por el trastorno; una difusión del tema en los medios de comunicación, en donde éste muestra una epidemia, a la par que se simplifica el ejercicio diagnóstico y el recurso de la medicación. Ante lo anterior proponen se acote la difusión en los medios de comunicación

la promoción de la medicación como favorecedora de la mejora en los aprendizajes. Se manifiestan por una evaluación conformada por distintos expertos que atiendan las dificultades específicas, y que contemple el contexto del niño en la evaluación. Además de que la medicación sea el último recurso y que sea consensuada entre diferentes profesionales.

Destacable es también el trabajo sobre la “Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias”, auspiciado por el Ministerio de Ciencia e Innovación y el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (2010). El documento señala que existe una desproporción entre la preocupación frente a la incidencia real del trastorno, aclaran además, que:

Sigue sin existir consenso ni claridad en muchos de los aspectos que conforman este trastorno y su abordaje... Se hace necesaria una lectura crítica y cautelosa de la evidencia publicada en torno al TDA/H...Se preconiza la conveniencia de seguir recomendaciones prudentes respecto a la prescripción de metilfenidato, para evitar medicalización y riesgos innecesarios en edades infantiles (Lasa Zulueta, Jorquera Cuevas, 2010, p.15).

Relevante también por sus alcances, el trabajo conjunto del Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR y el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, “La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos” (2008). El estudio indaga sobre la importación, facturación, consumo y distribución de metilfenidato y atomoxetina (principales fármacos empleados

para tratar el TDAH) en ese país, encontrando un incremento significativo en la importación y venta, lo que podría sugerir mayor consumo. El informe fue elaborado a partir de un trabajo interdisciplinario, y aborda en diferentes ciudades las representaciones del TDAH y de la medicación, en el campo escolar y de la salud, entre padres, en la industria farmacéutica y en los medios de comunicación.⁷ Algunas de las conclusiones a las que arriban son: El incremento de la incidencia del TDA/H desde los 90 y a inicios del 2000; confrontaciones en cuanto a la existencia y el diagnóstico del trastorno.

El informe también indaga sobre las estrategias de marketing de la industria farmacéutica dirigidas hacia la población sana y hacia la comunidad médica. Da cuenta además de diferencias en las estrategias terapéuticas, siendo los neurólogos los que con mayor frecuencia medican, y de manera más acotada pediatras y psiquiatras (p.256). Encuentran también diferencias en la concepción del consumo de psicofármacos entre poblaciones de diferentes sectores socioeconómicos, observándose una cierta naturalización del consumo de psicofármacos más marcada entre sectores sociales medios o altos (p.268). Otro tema que arrojan las entrevistas a diferentes profesionales de la salud es una frecuente alusión a una peligrosidad inherente al portador del TDA/H.

He presentado dos perspectivas sobre el TDAH. Una que pone en cuestión el diagnóstico y la medicación. Por otro lado, desde el MNP, suscrito por la SSA, se sugiere una carencia de diagnóstico y de tratamiento. Desde este modelo el incremento en el número de diagnosticados y de niños medicados puede ser explicado como resultante de una delimitación más clara de los síntomas que conforman el trastorno, así como del uso de diversos instrumentos (sistemas de clasificación de los trastornos mentales, escalas y cuestionarios) que permiten mayor pericia al realizarse una valoración que posibilita la

detección de casos que antes eran falsos negativos. El incremento en la prevalencia puede entenderse también como resultado de los avances en investigación y en un mayor conocimiento de las distintas características del TDAH por parte de los profesionales de la salud y la educación, así como entre la población; es decir, los casos existían, pero no se tenía una conciencia clara de que representaran problemas médicos, de que las conductas relacionadas con el TDAH estaban asociadas a componentes biológicos y que los síntomas podían ser tratados con psicofármacos.

Para esta perspectiva, la etiología, el diagnóstico y el tratamiento del TDAH son fundamentalmente un asunto que compete al campo médico (especialmente neurológico y psiquiátrico). Aún cuando aclaren que el tratamiento farmacológico debe acompañarse de una intervención psicoeducativa, ésta es complementaria. A pesar de que sostengan que existen factores psicosociales implicados, estos se ligan a la severidad del cuadro clínico, contribuyen a su aparición o a su persistencia, pero no son causales.

En el presente trabajo se sostiene que la divulgación de las tesis sobre el TDAH, sustentadas en el denominado modelo neuropsiquiátrico (MNP) ha generado un sobrediagnóstico de las características que conforman el trastorno. Lasa Zulueta y Jorquera Cuevas (2010) señalan que, en servicios de salud mental del País Vasco -en donde centran su análisis- “se confirma el diagnóstico de TDA/H sólo en un 24% de los casos que consultan o son derivados por sospecha de este trastorno. Aún así, la incidencia del diagnóstico en su consulta se triplicó de 2001 a 2009” (p.14). Si bien en México no contamos con estadísticas como éstas, como hemos dicho, la tendencia de menores en edad escolar con TDAH, según estimaciones de la SSA, corresponden al 5% observada en otros países, aunque algunos estudios de prevalencia en poblaciones mexicanas (por ejemplo

Cruz Alcalá et al., 2010) encuentran que 14% de niños en un rango promedio de 7.26 años, presentan las características del trastorno.

Sostengo que el aumento en la prevalencia de TDAH y en la medicación de problemas conductuales, se entienden como efecto de las transformaciones de la década de los 80, en una nueva orientación del campo de la salud en general y de manera particular de la salud mental. Una nueva racionalidad médica centrada fundamentalmente en las siguientes modificaciones: 1) la clasificación de los trastornos mentales con base en descripciones de conductas observables que en conjunto conformaran cuadros clínicos; 2) la explicación de una variedad de trastornos sustentada en causas biológicas, excluyendo en este movimiento las implicaciones de factores culturales y sociales, o adquiriendo estos una importancia secundaria. Lo anterior se da como resultante del desarrollo de las investigaciones biomédicas, los avances en la investigación del funcionamiento del Sistema Nervioso Central, y de los componentes genéticos implicados en la conducta; y 3) el desarrollo de múltiples fármacos o el descubrimiento de nuevos efectos en los medicamentos existentes. En ocasiones los efectos descubiertos permiten ser utilizados para tratar las nuevas nosografías psiquiátricas.

Los puntos mencionados crearon una concepción de salud, de “salud perfecta”, mirada que hace indeseable cualquier amenaza a un deseado estado de equilibrio; la angustia, el riesgo, la fragilidad, el sufrimiento, lo que atente contra la vida sana, lo que la trastorne se busca sea eliminado, y es preferible que sea en el menor tiempo y con el menor esfuerzo posible.

Los cambios en la orientación de la salud que se han señalado son el contexto y las condiciones que potencian el proceso de medicalización, mismo que puede ser entendido como la captación en el campo médico de problemáticas anteriormente ajenas a él, la expansión del ámbito de competencia médica a conductas que antes no eran consideradas enfermedades se hace mediante una atribución biológica como su causa, es decir, una hipótesis de organicidad de las enfermedades, malestares, etc. La medicalización tiene una pretensión normalizadora en tanto señala estados de vida saludables de otros que no lo son. El proceso de medicalización se articula por la acción de múltiples actores que legitiman e intervienen en él, entre ellos podemos mencionar a la industria farmacéutica, los prescriptores, los consumidores, los medios de comunicación, instituciones de salud y encargados de las políticas públicas, etc.

Siguiendo los planteamientos de Foucault (1989; 1999; 1999b; 2000; 2000b; 2006; 2012ab) y considerando el rumbo que toma su analítica del poder hacia finales de la década del 70, pensamos la medicalización como un ejercicio biopolítico de gobierno, como un “llevar a comportarse”, una administración de la vida, que no pretende fungir como coerción social o control de los individuos, sino como ejercicio de gubernamentalidad, cuyo objetivo es la seguridad y que opera sobre el cuerpo múltiple de la población.

Desde esta perspectiva la medicalización es una gestión de la vida que persigue su mantenimiento, cuidado y regulación; la medicina viene a ocupar un lugar central en tanto instaure normas, dota de instrumentos estadísticos, categorías diagnósticas que diferencian comportamientos ideales, parámetros de salud y bienestar que hacen que el imperativo de salud que señalamos antes, se convierte en una regulación que activa dispositivos como la prevención, el control de riesgos, la farmacologización de la conducta, etc.

En el presente trabajo se analiza el proceso mediante el cual las características que conforman al TDAH se convirtieron, mediante su agrupamiento, en una entidad clínica tratable con psicofármacos, tal como hoy se concibe desde el MNP y desde la mirada oficial. El análisis se realiza entendiendo el TDAH como un proceso de medicalización en el que participan distintos agentes. Se estudiará el modo en que esos participantes del proceso se articulan, haciendo hincapié en su modo de operación en el contexto mexicano.

Otra línea de análisis del presente trabajo, pero directamente relacionada con la anterior, es el análisis de los señalamientos sobre los riesgos asociados al TDAH, y que puede ser considerada como una de las estrategias que posibilita la medicalización del trastorno. Desde el MNP y en los consensos y programas de la SSA, se detalla la probable evolución de una infancia portadora de TDAH que no es diagnosticada y medicada oportunamente, al respecto comentan: durante la adolescencia existen mayores probabilidades de que se desarrollen comportamientos agresivos y antisociales; riesgos de fracaso académico, de consumo de drogas ilícitas, de deserción escolar, de sufrir y generar accidentes automovilísticos, embarazos no deseados, etc. A lo anterior se puede sumar, durante la edad adulta, mayores dificultades de adaptación en el campo laboral, mayor propensión a ser despedidos y a sobrellevar cargas de trabajo, entre otras. Ante lo expuesto, apuntan la necesidad de crear estrategias de prevención, detección y tratamiento temprano del trastorno.

Los señalamientos sobre posibles riesgos muestran el modo de operación de la gubernamentalidad, entendida como conducción de conductas, en tanto la prevención es animada por una latente y virtual inseguridad. En nombre de la salud y la protección de las posibles consecuencias para la sociedad y para el portador, se construyen múltiples miedos-

riesgos que la medicina, como tecnología de seguridad, se propone controlar, servir como soporte a la constante preocupación por la salud de un cuerpo permanentemente amenazado.

Considero importante que el debate sobre el TDAH en el país no se vea reducido al campo médico. Enriquecerían y podrían dar una perspectiva más clara en las discusiones sobre la salud mental y sobre los problemas del comportamiento infantil un diálogos entre disciplinas que podrían ayudar a pensar en nuevas posibilidades de afrontar y pensar la problemática.

Discutir sobre el TDAH no es solamente interrogarse sobre cómo diagnosticar, qué fármaco es mejor, quién está facultado para atenderlo, cómo debe comportarse en la escuela y en la casa un niño. Un abordaje sectorializado dificulta poder dar cuenta de las múltiples dimensiones implicadas en la problemática. La recuperación de trabajos de investigación provenientes de otros campos, en apariencia ajenos al médico, pues también a ellos compete las indagaciones sobre la salud (que es necesariamente un campo interdisciplinario), posibilitarían problematizar los fenómenos y abordarlos con una óptica más clara y sin conflicto de intereses. La sociología,⁸ la antropología,⁹ la historia,¹⁰ la psicología,¹¹ la educación,¹² etc. pueden contribuir a comprender los procesos que posibilitan la medicalización de la infancia, así como sus implicaciones y consecuencias.

Para la Filosofía de la Cultura la investigación interdisciplinaria de las problemáticas que afectan a las sociedades actuales es una necesidad ineludible, en este sentido, entiende la urgencia de analizar estas problemáticas desde su complejidad. La salud, la enfermedad, la infancia, la normalidad, la seguridad, el cuerpo, la disciplina, son

hechos culturales que atraviesan transversalmente los discursos sobre el TDAH y que han sido abordados mayoritariamente desde otras disciplinas, incorporar la filosofía a su análisis puede aportar elementos para una comprensión más amplia del fenómeno del TDAH.

Con base en lo expuesto hasta aquí, este trabajo persigue los siguientes objetivos.

- Presentar los planteamientos sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento del TDAH enunciados desde el modelo fisiológico, además de identificar los principales debates que existen en torno a ellos.
- Analizar la conformación del TDAH en una entidad clínica tratable con psicofármacos, como un proceso de medicalización accionado y legitimado por múltiples participantes (IF, medios de comunicación, consumidores, etc.) y producido en un contexto de transformaciones en el campo de la salud dadas en la década del 80, consistentes en el auge de las ciencias biomédicas y de las investigaciones en genética y en farmacología.
- Discutir desde los planteamientos sobre la gubernamentalidad biopolítica las tesis de la SSA e instituciones cercanas a ella acerca de los riesgos de no diagnosticar y tratar oportunamente el TDAH. Entendiendo los señalamientos sobre la prevención de riesgos como un dispositivo de seguridad que potencia las prácticas de medicalización de la infancia.

El recorrido planeado es el siguiente, en el primer capítulo presentamos los principales planteamientos de lo que se considera el modelo fisiológico de explicación del TDAH, su diagnóstico, etiología y tratamiento. Podemos considerar dicho modo de

comprensión como el que ha servido para explicar y elaborar a la SSA sus diferentes programas y guías de intervención. En torno a estos planteamientos, instituciones de salud del país han establecido consensos que van del cómo entender el trastorno, cuáles son sus causas y la manera en que acuerdan tratarlo. Sin embargo existen divergencias e inconsistencias sobre estos puntos, señaladas desde los mismos planteamientos de la SSA y desde diferentes investigaciones que muestran que no hay resultados concluyentes e incontrovertibles sobre el problema. Este capítulo tiene el doble propósito de contar con la información necesaria para comprender con mayor claridad la discusión, a la vez que abre líneas de análisis a desarrollarse en los capítulos subsecuentes.

En el siguiente capítulo se explica la concepción de Michel Foucault acerca del proceso de medicalización, aunque será principalmente ésta la que se retome para realizar el análisis, también serán consideradas algunas tesis sobre el proceso planteadas por otros autores (Illich; Conrad y Schneider). Se hará especial hincapié en el crecimiento y la agudización del fenómeno en décadas recientes, haciendo énfasis en el contexto mexicano y en el modo en que los distintos actores (industria farmacéutica, consumidores, medios de comunicación, etc.) intervienen y se compenetran en el proceso de medicalización del TDAH.

En el tercer capítulo se muestran los planteamientos de la SSA sobre la posible evolución de un niño con TDAH que no sea diagnosticado y medicado oportunamente, con base en resultados de investigaciones fundamentadas en la estadística, se explican una serie de riesgos que probablemente se presenten durante la adolescencia o edad adulta, entre los que destacan mayor probabilidad de presentar comportamientos violentos, adicción a drogas ilícitas, dificultades escolares y laborales. Son analizados los riesgos señalados

como modos de acción de la gubernamentalidad biopolítica, en los que la medicación y la contención de los síntomas fungen como tecnologías reguladoras de la vida.

Finalmente conviene mencionar que en la búsqueda de enriquecer la discusión sobre el tema que nos ocupa, fueron realizadas diversas actividades entre las que se cuenta la organización del *1er Simposio Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a debate: diálogo interdisciplinario*, llevado a cabo en el marco del XIV Coloquio de Educación Especial del Instituto Michoacano de Ciencias de la Educación, en Morelia, Michoacán el 29 y 30 de Marzo del 2012. En dicho evento se convocó a especialistas del campo de la educación, neuropsiquiatría, paidopsiquiatría, terapia familiar, neuropsicología, psicoanálisis y filosofía, entre otros. El objetivo fue discutir las implicaciones sobre el tema desde diferentes ámbitos de trabajo.

Un avance de la presente investigación fue presentado en una mesa de trabajo sobre medicalización en las I Jornadas de ética y biopolítica en Junio de 2012 en Mar del Plata, Argentina. Otras actividades se dieron durante una estancia de investigación en la Universidad de Buenos Aires. Por un lado el diálogo sostenido con Eugenia Bianchi y Paula Rodríguez Zoya, investigadoras en el área de salud y población del Instituto Gino Germani, la primera dedicada a analizar el TDAH desde una perspectiva sociológica y la segunda al estudio de la medicalización de la vejez. Por otro lado la asistencia a las actividades de 2012 del equipo Laboratorios sociales Argentina, algunas convocadas conjuntamente con el departamento de Humanidades de la Facultad de Medicina de la UBA.

1. Conceptos esenciales y debates sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

En este capítulo se presentan las tesis más difundidas sobre el diagnóstico, la etiología y el tratamiento del TDAH, así como los debates que giran en torno a estos y que nos permiten entender los planteamientos de la Secretaría de Salud que discutimos en los capítulos siguientes. El objetivo es contar con los elementos que posibiliten comprender con mayor claridad los ejes de la discusión propuestos para el presente trabajo. Pretendemos resaltar que no hay consenso sobre el TDAH y que convendría atender las controversias para generar un verdadero debate sobre el tema.

1.1 Diagnóstico

El TDA/H es considerado por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM IV-TR), creado por la American Psychiatric Association (APA) (2002); y por la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE-10) publicado por la Organización Mundial de la Salud (1992), en su décima edición, como un agrupamiento de síntomas ligados a tres aspectos esenciales: desatención, hiperactividad e impulsividad. Las características asociadas a cada uno de estos aspectos en los sistemas diagnósticos citados son las siguientes.

Criterios para el diagnóstico de TDA/H	
DSM IV-TR	CIE-10
Desatención o déficit de atención	
(a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.	(a) Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
(b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.	(b) Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas y en el juego.
(c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla	(c) A menudo aparenta no escuchar a lo que se le

<p>directamente.</p> <p>(d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista desafiante o a incapacidad para comprender instrucciones).</p> <p>(e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.</p> <p>(f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).</p> <p>(g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p- ej.) juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).</p> <p>(h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.</p> <p>(i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.</p>	<p>dice.</p> <p>(d) Imposibilidad persistente para cumplir las tareas escolares asignadas u otras omisiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por un comportamiento deliberado de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).</p> <p>(e) Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.</p> <p>(f) A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.</p> <p>(g) A menudo pierde objetos necesarios para las tareas o actividades, tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.</p> <p>(h) Se distrae fácilmente ante estímulos irrelevantes.</p> <p>(i) Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias</p>
Hiperactividad	
<p>(a) A menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento.</p> <p>(b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.</p> <p>(c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).</p> <p>(d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.</p> <p>(e) A menudo “está” en marcha o suele actuar como si tuviera un motor.</p> <p>(f) A menudo habla en exceso.</p>	<p>(a) Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.</p> <p>(b) Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.</p> <p>(c) A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en los adolescentes; en los adultos puede manifestarse por sentimientos de inquietud).</p> <p>(d) Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultad para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.</p> <p>(e) Persistentemente exhibe un patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno</p>

	social.
Impulsividad	
(g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas. (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno. (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).	(f) Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas. (g) A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo. (h) A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros. (i) Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las consideraciones sociales.
El criterio diagnóstico en el DSM IV-TR se basa en 6 de 9 síntomas de inatención y 6 de 9 síntomas de hiperactividad/impulsividad	El déficit de atención se establece con un mínimo de 6 criterios y tres criterios del grupo de hiperactividad además de un mínimo de un criterio de impulsividad.

Ambos sistemas de clasificación consideran algunas directrices que deben ser tomadas en cuenta para el diagnóstico: a) aparición de síntomas de hiperactividad-impulsividad antes de los 7 años; b) que los síntomas se manifiesten en al menos dos contextos (escuela, casa o social); c) las conductas deben tener una interferencia clara en las actividades del diagnosticado; d) el trastorno no se explica con mayor claridad por los síntomas constituyentes de otro trastorno mental. Debe considerarse también, que los síntomas suelen ser más persistentes en actividades grupales, por lo que se recomiendan evaluaciones en diferentes escenarios y recoger información de fuentes variadas (padres, maestros) (APA, 2002: pp. 97-99).

La designación “a menudo” o “con frecuencia”, implican una presencia de los síntomas durante casi todos los días, la mayor parte del tiempo y en una intensidad por encima del nivel observado en otros sujetos de la misma edad o de desarrollo similar.

1.1.1 Las diferencias en los criterios diagnósticos determinan la prevalencia

Como puede observarse en el cuadro presentado arriba, CIE-10 y DSM IV-TR son coincidentes en la gran mayoría de los síntomas descritos. Sin embargo son más restrictivos los criterios diagnósticos del primero, lo que tendrá consecuencias notables en la cantidad de diagnosticados.¹³

Los criterios diagnósticos establecidos en el DSM IV-TR describen nueve síntomas relacionados con desatención y otros nueve con hiperactividad e impulsividad; si se observan seis o más en cada uno de ellos y están presentes al menos durante los seis últimos meses se puede suponer un TDAH con algún predominio.

A) TDAH tipo con predominio de déficit de atención. Seis o más síntomas de desatención. B) TDAH tipo con predominio hiperactivo-impulsivo. Seis o más características de las conductas relacionadas con impulsividad e hiperactividad. C) TDAH tipo combinado. Seis o más síntomas de ambas características.

La CIE-10 por su parte tiene criterios más restrictivos al exigir que se cumplan 6 síntomas de desatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad, lo que correspondería a un TDAH combinado del DSM. La CIE-10 no utiliza la designación exclusiva de un Trastorno por Déficit de Atención (TDAH con predominio de déficit de atención en el DSM) por considerar que no tiene suficiente validez empírica y porque la designación “llevaría a incluir a niños con preocupaciones ansiosas, apáticos y soñadores, cuyos problemas son probablemente de diferente naturaleza” (Organización Mundial de la Salud, 1999). Esta observación se vincula con otro aspecto, esta clasificación hace mayor énfasis en que se descarten otros trastornos que puedan explicar con mayor precisión las

conductas que conforman el trastorno, en otras palabras, busca, primeramente, descartar trastornos que expliquen de manera más sólida un aparente TDAH. En cambio el DSM, al admitir la comorbilidad, es decir, la coexistencia de patologías en el mismo paciente, hace más inclusivas y flexibles las coordenadas diagnósticas.

House (2003) observa una comorbilidad del TDAH con Trastornos del aprendizaje, Trastorno desafiante, y los Trastornos del estado de ánimo. Una alta concordancia también con el Trastorno negativista desafiante en niños que cumplen con los ítems especificados para el TDAH y una asociación entre los Trastorno del aprendizaje y el predominio de déficit de atención (p. 103). En cambio, para la CIE:

[...] una hiperactividad y falta de atención, pero de naturaleza diferente, pueden ser síntomas de un trastorno de ansiedad o de un trastorno depresivo. Así, la inquietud que es parte integrante de un trastorno depresivo agitado o de un trastorno de ansiedad grave no debe dar lugar al diagnóstico de trastorno hiperactivo (Organización Mundial de la Salud, 1999).

Para la CIE-10, la hiperactividad y el déficit de atención pueden ser síntomas de un Trastorno de ansiedad o un Trastorno depresivo. Señala Jara Segura (2009) que para la CIE-10, “no es fácil determinar si el niño ha desarrollado hiperactividad y falta de atención a causa de la ansiedad, o si la ansiedad ha causado la falta de atención e hiperactividad” (p.38). Usando los criterios del DSM se realizarían ambos diagnósticos, el T. de ansiedad aparecería como comorbilidades al TDAH. Resulta relevante esta distinción en tanto pone en evidencia que el modo en que son usados los criterios diagnósticos tiene un impacto en las cifras de diagnosticados y consecuentemente, medicados. En el DSM, se señala que la

prevalencia del trastorno “se ha estimado en un 3-7% de los niños en edad escolar” (APA, 2000, p. 102), mientras que en la CIE-10, usada principalmente en Europa, la prevalencia es 1.5 % entre la población infantil (OMS, 1999).

1.1.2 Sobrediagnóstico: Criterios de evaluación laxos y profecías autocumplidas

Existen dos posturas respecto a la prevalencia del TDAH, la que sostiene que el trastorno está infradiagnosticado y por lo tanto muchos casos dejan de ser detectados y tratados, la otra sostiene un sobrediagnóstico y una medicación excesiva. En los dos casos juega un papel determinante el modo en que se diagnostique. Lasa Zuleta y Jorquera Cuevas (2009) observan que la prevalencia dispar que se encuentra en diferentes países y entre estudios se motiva más por “la variabilidad de modelos teóricos y prácticas diagnósticas y terapéuticas que en la variabilidad de la epidemiología del trastorno”(p.29).

Las cifras internacionales de prevalencia fluctúan de un 2% a un 18%, en Colombia y España se han reportado cifras de 14% y 18% (SSA, 2002, p.38). No existe en México una epidemiología confiable que nos hable de la magnitud del problema. Algunos estudios investigan poblaciones específicas, Cruz Alcalá et al. (2010), indagaron la prevalencia de niños en edad escolar en un rango de edad entre 6 y 8 años, en tres poblaciones de los Altos de Jalisco, la prevalencia que encontraron en este grupo fue de 14.6%; señalan que los resultados obtenidos no muestran diferencias estadísticamente significativas conforme a lo reportado por otros autores. Lo relevante aquí está en el comparativo, ante señalamientos de una prevalencia alta encontrada en algunos estudios, puede no haber diferencia significativa, pero frente al 1.5% encontrado la OMS en la población infantil, resultan dudosas las cifras. Parecen dar cuenta de lo que llama Vasen (2007b) “el paradigma de la

profecía auto cumplida”, al documentar la aplicación de una evaluación (cuestionario de Conners) realizada por sus propios profesores a 1300 alumnos de diversas escuelas en una provincia argentina, según sus resultados, 48% padecía TDA (p.19).¹⁴

El DSM IV-TR advierte en su introducción que el diagnóstico basado en sus directrices debe ser una guía que se acompañe de una evaluación clínica más elaborada, sin seguirlo al pie de la letra (APA, 2002, p.XXXI). Esto con frecuencia no es tomado en cuenta; en otras, se hace uso de escalas clínicas para corroborar o ampliar el diagnóstico, éstas son cuestionarios para ser contestados por el clínico, los padres y profesores para conseguir una valoración del posible TDAH en distintos momentos y diferentes contextos. Las escalas atienden fundamentalmente aspectos conductuales muy cercanos a los descritos por los sistemas de clasificación referidos y tienen también como objetivo distinguir entre los niños “que tienen alta probabilidad de padecerlo y otros sirven para comprobar de forma estandarizada los cambios en los síntomas a través del tratamiento, sin que eso sustituya el criterio clínico” (Vásquez et al., 2010, p.18). Entre las escalas más reconocidas y utilizadas en México se encuentran el “Cuestionario para Escolares y Adolescentes Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (CEAL-TDAH)” (Comité CEAL-TDAH, 2009), la “Escala de Conners”, y la “Escala Autoaplicable para Adolescentes CEPO”.¹⁵ Estas consisten en una serie de preguntas que giran en torno a evaluar la observación de conductas asociadas con el trastorno, entre otras se encuentra: “tarda en dormirse”, “moja la cama”, “es inquieto o hiperactivo”, “hace berrinches y se enfurece”, “le cuesta trabajo aprender”, “es distraído, sueña despierto”, “le cuesta trabajo obedecer las reglas sociales”, “es inatento, se distrae fácilmente”, “no termina lo que inicia”, “parece faltarle liderazgo”, “demanda excesivamente la atención del maestro”, “es

un problema su cuidado”. Este tipo de preguntas deben ser contestadas con base en criterios que van de nunca a siempre, a los que se le asigna un criterio numérico, resultando del manejo de los datos obtenidos el apoyo para que en una valoración clínica se determine o presuponga la presencia o inexistencia de TDAH, además de brindar elementos para señalar su gravedad.

Consideramos que el uso de estas escalas arroja información que evita los diagnósticos “ligeros” sustentados exclusivamente en el DSM IV-TR, pero opera también bajo la lógica de la atención a parámetros conductuales, de tal forma que se puede incluir en un TDAH a niño que presente problemas de conducta o de adaptación escolar ocasionados por múltiples causas (y no precisamente un TDAH), o se puede dar respuesta a las demandas de profesores o directivos, o a la familia de un presunto TDAH. La valoración sustentada en conductas definidas como síntomas del trastorno tiene el inconveniente de que se olvide que “los síntomas característicos del TDAH, están presentes en la población general, variando en severidad y que por tanto no deberían considerarse un diagnóstico categorial” (Jara Segura, 2009, p.39).

Por otra parte, no existen hasta el momento pruebas de laboratorio o evaluaciones neurológicas que sirvan o funcionen como diagnóstico. “El diagnóstico es clínico, los marcadores biológicos como EEG, estudios de neuroimagen o pruebas neuropsicológicas, no son definitivos ni necesarios...” (Barragan Pérez, 2007).

Se sostiene que pese a los adelantos en instrumentos para el estudio del Sistema Nervioso Central (SNC), las técnicas para su observación sirven en la actualidad

únicamente para la investigación, no como instrumentos diagnósticos. En la evaluación clínica del TDAH:

Se ha observado que, en ciertas pruebas que requieren un procesamiento mental laborioso, los resultados son anormales en grupos de individuos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad comparados con los de sujetos de la misma edad, pero estas pruebas no han demostrado su utilidad cuando se trata de determinar si un individuo concreto sufre el trastorno. No se conocen los déficit cognitivos fundamentales responsables de tales diferencias de grupo (APA, 2002, p.101).

Las pruebas neuropsicológicas son otra vía para evaluar posibles alteraciones en diferentes funciones cognitivas y deficiencias en las funciones ejecutivas en los supuestos casos de TDAH. No es su objetivo determinar qué causa el trastorno, sino conocer y comprender los procesos cognitivos afectados para trabajar en la mejora de ellos. Sin embargo, defensores de la valoración centrada en los lineamientos conductuales planteados por los sistemas de clasificación descritos, suelen desestimarlas o minimizar su alcance para fungir como directrices diagnósticas.

Hemos señalado que el modo en que se diagnostica el TDAH va a propiciar variaciones en la prevalencia. La concepción que predomina respecto al diagnóstico en la SSA es que debe basarse en los criterios del DSM, y apoyarse en otros instrumentos que en lo fundamental se ciñen a la valoración de parámetros conductuales (SSA, 2002; Vásquez et al., 2010). Las pruebas de laboratorio, neurorradiología, neuroimagen, etc., tienen usos en la investigación, pero hasta ahora no dan evidencias diagnósticas contundentes.

Sostengo que existe un sobrediagnóstico del trastorno en cuestión, y que ello es propiciado cuando los criterios del DSM IV-TR o la CIE-10 son considerados herramientas diagnósticas y no solamente pautas directrices. Señalo a continuación algunas prácticas que favorecen el sobrediagnóstico.

- Las conductas que describen las clasificaciones señaladas son observables en una amplia mayoría de los niños en edad escolar, el DSM y la CIE advierten que se debe tomar el criterio de severidad de las mismas. No atender esto lleva a encontrar con mucha facilidad supuestos portadores del TDAH.
- La popularización del trastorno y la levedad con que se toman los criterios diagnósticos ha llevado a que maestros y padres – principalmente-, consideren que problemas conductuales provocados por diversas causas tengan una explicación en una etiqueta que aplica para una gran cantidad de escolares. A partir de estas consideraciones suelen darse sospechas que pueden marcar la inclusión en un TDAH a niños que se considere alteran la dinámica familiar o escolar, convertirse en “profecía auto cumplida”.
- El uso de escalas, aún cuando da un panorama más amplio de la situación escolar, familiar y social de sospechosos TDAH, y aunque incluyen la valoración multi-informante (de padres y maestros) para acompañar la entrevista clínica, presentan la dificultad de fundamentarse en criterios conductuales muy laxos y propios de una variedad de trastornos.

1.2 Etiología

Respecto a la etiología, a la forma de comprender el trastorno y de avanzar hacia su tratamiento, Laza Zulueta y Jorquera Cuevas (2010), señalan que pueden identificarse dos grandes modelos, el fisiológico (modelo neuropsiquiátrico MNP)¹⁶ y el psicopatológico.

Se puede caracterizar al “modelo fisiológico” o “modelo neuropsicológico” (MNP) como el que sostiene la hipótesis sobre la causalidad neurobiológica, busca (hasta ahora sin conseguirlo) por medio de marcadores biológicos la etiología. Considera central al tratamiento con fármacos buscando disminuir los síntomas asociados al trastorno. Para este modelo la aparición de otros problemas psicológicos son considerados comorbilidades; resaltando que estas dificultades no son causa del trastorno y requieren la intervención de otros profesionales que acompañen con una intervención psicosocial al tratamiento farmacológico.

El “modelo psicopatológico” considera que los síntomas del TDAH tienen causas múltiples, responden a organizaciones diversas de la personalidad y también que los factores psicológicos y psicopatológicos tienen un papel central en las manifestaciones del trastorno, y no son solamente comorbilidades de una alteración neurofisiológica. Entiende el TDAH como una complejidad clínica que requiere abordajes multidisciplinarios que no pueden restringirse a la administración de fármacos (p.26).

La hipótesis de la etiología neurobiológica que se describe a continuación es sostenida, principalmente, por diversas asociaciones e instituciones médicas norteamericanas: National Institute of Mental Health, American Psychiatric Association, American Academy of Pediatrics, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,

entre otras. La forma en que abordan y entienden el TDAH ha tenido un fuerte impacto en la elaboración de los planes desarrollados en México por instituciones gubernamentales de salud y en sus modelos de intervención (ver anexo1).

Si bien recientemente reconocen que los factores psicosociales también tienen una influencia, estos se relacionarán solamente con la gravedad del trastorno. Es decir, serán factores asociados, no causales. Por lo que entre más temprano se administre el tratamiento farmacológico, menos trastornos asociados se presentarán, facilitándose así la recuperación (Vásquez, Cárdenas, Feria, Benjet, Palacios, De la Peña, 2010, pp.7,16; Ruiz García, Garza Morales, Sánchez Guerrero y Loredó Abdalá, 2003, p.350).

Nos referiremos en lo subsecuente principalmente al modelo fisiológico ya que es el que se analiza en este trabajo. Desde esta perspectiva Ruiz García, Garza Morales y De la Peña Moctezuma (2005) y Campistol (2003) describen entre las hipótesis y líneas de investigación estudiadas las que se enfocan en el análisis de los siguientes componentes:

- El estudio de la disfunción de los sistemas noradrenérgicos y dopaminérgicos; unos de los principales neurotransmisores del sistema nervioso central asociados a las funciones ejecutivas y como reguladores del estado de atención y control inhibitorio de las respuestas.
- Estudios en ratas donde es inducida una disminución de dopamina y deprivación de noradrenalina, y administrando estimulantes para investigar los efectos en la hiperactividad, impulsividad, agresividad y deficiencias del aprendizaje.
- El estudio de genes candidatos, que se considera pueden estar vinculados a los síntomas del TDAH.

- El estudio de los síntomas asociados al TDAH y su relación con el funcionamiento de zonas del cerebro, por ejemplo, la corteza cerebral, los ganglios basales y los circuitos frontoestriados.
- Estudio de gemelos para indagar sobre la posible heredabilidad del trastorno.
- Comparaciones volumétricas del cerebro por medio de resonancias magnéticas a fin de comparar el tamaño del cerebelo, cortex frontal, ganglios basales, etc. de diagnosticados con TDAH.
- Estudios en pacientes que han sufrido lesiones y traumatismos de áreas del cerebro (lóbulo frontal, corteza prefrontal, etc.) relacionadas con síntomas del TDAH.

La heredabilidad del TDAH es sostenida bajo la consideración de que el riesgo que un hermano de un diagnosticado con TDAH también presente el trastorno se eleva en relación a la población general, lo mismo se sugiere para los casos en que el padre es el que padece el trastorno. El origen genético es sustentado también con base en el análisis de gemelos, señalando la existencia de mayores posibilidades de presentarse el trastorno en homocigotos que en heterocigotos. Otros estudios se centran en el mapeo genético intentando encontrar el origen y pretendiendo servir como instrumento diagnóstico. Se estudian piezas de ADN del mapa molecular cuya ubicación en el genoma humano se conocen previamente o son sospechosas (candidatos) de estar relacionadas con el TDAH, la idea es delimitar la búsqueda ciñéndose a la menor cantidad de genes. A partir de la observación de cientos de marcadores en familias con dos o más diagnosticados con TDAH se intentan localizar genes de riesgo, investigando cuántos de estos marcadores se repiten entre hermanos y parientes.

1.2.1. A pesar de los esfuerzos de ya casi medio siglo, las causas del TDAH permanecen inciertas

No hay consenso desde partidarios del MNP sobre las causas del trastorno. Se infiere por la sintomatología que hay alteraciones en los mecanismos de inhibición conductual. Investigar estos procesos es una hipótesis viable en tanto es incuestionable desde hace muchos años, que a nivel cerebral existen procesos que están relacionados con la deficiencia en la atención y la inhibición de la conducta; sin embargo no hay alteraciones demostradas en todos los casos de TDAH que permitan con confiabilidad establecer su fisiopatología. Un señalamiento contundente al respecto lo hace la propia Secretaría de Salud:

A pesar de que los esfuerzos por conocer el origen del TDA se han extendido ya por casi medio siglo, la causa exacta del problema permanece básicamente desconocida; muy probablemente el TDA es una condición que se produce como una consecuencia final de varias causas o de la combinación de algunas de ellas (SSA, 2002, p.19).

Hasta la fecha los resultados de las exploraciones del genoma muestran resultados divergentes y no concluyentes, estudios en genética molecular permiten sospechar de la acción de una gran variedad de genes pequeños que tendrían que ver con el trastorno.

Benasayag (2011b), realiza una revisión sobre trabajos internacionales aparecidos hasta diciembre de 2010 enfocados en la investigación de genes candidatos. No encuentra resultados irrefutables y señala también que “los trabajos se superponen unos con otros..., en el caso del ADHD estaríamos hablando de muchas patologías, o de ninguna en

particular, o simplemente el ADHD serían características aisladas, sin una entidad clínica definida” (p.71).

Por su parte Faraone & Mick (2010) investigadores defensores de las tesis sobre la etiología genética, analizan los resultados de más de 150 estudios que tienen como hipótesis la búsqueda de componentes genéticos del TDAH. Señalan que no hay resultados concluyentes, además de apuntar la complejidad de la arquitectura genética del TDAH, y de que los datos que se tienen hasta el momento son escasos e inconsistentes.

The handful of genome-wide linkage and association scans that have been conducted thus far show divergent findings and are, therefore, not conclusive. Similarly, many of the candidate genes reviewed here (i.e. DBH, MAOA, SLC6A2, TPH-2, SLC6A4, CHRNA4, GRIN2A) are theoretically compelling from neurobiological systems perspective but available data are sparse and inconsistent” (p.1).

A pesar de las observaciones anteriores, distintos autores sostienen que hay elementos suficientes para considerar que existen bases biológicas del TDAH. Esta es la hipótesis predominante en México, avalada por lo que consideramos la “mirada oficial sobre el trastorno (Faraone et al., 2005; Ruiz García et al., 2005; Barragán Pérez et al., 2007; APA, 2002). Algunos señalan también la influencia de componentes ambientales, aunque con un menor impacto frente a la causalidad biológica.

En el Primer Consenso latinoamericano de expertos sobre TDAH (2007) se apunta que si bien el mayor factor de riesgo es genético, en la búsqueda por encontrar factores ambientales que contribuyan con el desarrollo del TDAH, se “han identificado numerosos

aspectos psicosociales, incluyendo disfunción familiar, status socioeconómico bajo y privación ambiental, violencia, estrés y depresión. La identificación de los fenotipos clínicos, el empleo de marcadores clínicos más objetivos y la búsqueda de endofenotipos permitirán en el futuro la mejor correlación fenotípica-genético-molecular.” (Barragán Pérez et al., 2007).¹⁷

Respecto a las investigaciones sobre genes candidatos (sospechosos de causar una patología), apunta Benasayag (2011b) que dichos señalamientos no justifican considerar la etiología del TDAH en la genética:

Se puede definir que el origen de una enfermedad es genética cuando la investigación básica ha demostrado una correlación fehaciente y constante entre determinados genes y un patrón clínico definido. No basta con la idea de los llamados **genes candidatos**, pues estos constituyen solo una aproximación insuficiente e insostenible científicamente para afirmar que dichos candidatos son en realidad los genes responsables de dicho cuadro (p.62).

En síntesis, el MNP reconoce los componentes ambientales y psicosociales ligados al TDAH como capaces de “ampliar, contener o perpetuar el padecimiento” (Ruiz García et al., 2005, p.147), o como “factores de riesgo” (SSSA, 2002, p.21); pero sigue dando una importancia capital a los factores biológicos como condicionantes de la etiología.

1.3 Tratamiento

Para diversos autores y para la SSA e instituciones cercanas a ella, la primera opción de tratamiento del TDAH es la administración de estimulantes, Metilfenidato (MFT) principalmente. En la actualidad también se usa la atomoxetina, un inhibidor selectivo de la

recaptación de noradrenalina, que ha ganado adeptos al anunciarse como un medicamento no estimulante. Las intervenciones psicoeducativas se consideran complementarias al tratamiento farmacológico (Ruiz García, 2005, p.149; Barragán Pérez, 2007, p. 329; Vásquez et al., 2010, p.19-20).

En 2002 la Academia Mexicana de Pediatría A.C., en tanto órgano asesor de la Secretaría de Salud (SSA), promovió el consenso de expertos sobre el tratamiento farmacológico del TDAH, tras una reunión en la que participaron 18 neurólogos, 12 psiquiatras y un pediatra internista de diversas instituciones y universidades del país, establecieron que para el TDAH los estimulantes de la atención son los medicamentos de primera línea y, considerándose según la severidad y comorbilidad,¹⁸ el uso asociado de otros medicamentos (entre los considerados de segunda línea se encuentran antidepresivos, y en otros casos se sugiere una combinación con potenciadores cognitivos). Se señala que los estimulantes tienen eficacia para mejorar el comportamiento, la adaptación social y el rendimiento académico afectados por la enfermedad, es decir, mejoran muchos de los síntomas del trastorno. Desde hace años se han desarrollado presentaciones farmacéuticas diversas, como la liberación prolongada, tendiente a facilitar la administración del fármaco (por ejemplo, una liberación prolongada de los componentes que permite dosificar el efecto del componente activo) (Ruiz García et al., 2003).

Sauceda García (2005) realiza una defensa de los psicofármacos utilizados como tratamiento del TDAH. Sostiene que las críticas a los medicamentos psicotrópicos carecen de fundamento científico. Rechaza que los estimulantes usados en niños predispongan al abuso de sustancias o creen adicciones o puedan ser causa de suicidio; en cambio aclara que “el tratamiento con estimulantes en los niños es un factor protector contra el desarrollo

posterior de adicción a drogas” (p.310). Señala además la probada seguridad de los estimulantes y los mayores beneficios frente a los menores efectos adversos (p.371).

Los autores que consideran el tratamiento farmacológico como la intervención más importante sostienen que el medicamento tiene una eficacia y una seguridad comprobada (Vásquez et al. 2010, p.19-20; Saucedo García, 2005; Bernaldo de Quirós, 2000; SSA, 2002, pp.30-31; Barragán Pérez et al., 2007, p.333; Ruiz García, et al., 2003, 2005, p.150; Castells, Ramos Quiroga, Escuder, Bosch, Casas, 2003, p.278).

González de Dios, Cardó y Servera (2006) hacen una revisión de artículos sobre los fármacos utilizados para el TDAH, con ello buscan indagar su eficacia y seguridad según reportan fuentes de información primarias (revistas biomédicas, libros de texto) y secundarias (guías clínicas, divulgación de resultados de investigación, revisión sistemática de fuentes, etc.). Algunas de sus conclusiones son: El MFT mejora los síntomas del TDAH, no existen estudios sobre su seguridad y eficacia en niños menores de 5 años para ser recomendado en estas edades, el tratamiento médico es más eficaz que otra intervención no farmacológica, además de que el tratamiento combinado (farmacológico y no farmacológico) tiene una eficacia similar con el tratamiento exclusivamente farmacológico. Los autores aclaran que es necesario fundamentar la práctica clínica con pruebas científicas que ayuden a la toma de decisiones basadas en evidencias y que es ineludible el análisis de los intereses entre la investigación científica y la industria farmacéutica (IF). Si bien la IF es clave en el desarrollo de proyectos de investigación, se debe evitar la opinión científica basada en intereses (convenios sobre la presentación de determinados resultados) y privilegiar la evidencia de las pruebas científicas (pp. 709-710).

Conviene transcribir aquí las aseveraciones del National Institute of Mental Health (referente mundial en investigación sobre salud e importante sostén del MNP) sobre la seguridad de los medicamentos estimulantes cuando son administrados bajo supervisión médica:

Advertencia de la FDA¹⁹ sobre los posibles efectos secundarios poco comunes

En 2007, la FDA solicitó a todos los fabricantes de medicamentos para el TDAH que desarrollaran Guías de Medicamentos para el Paciente que contuvieran información sobre los riesgos asociados con los medicamentos. Las guías deben alertar a los pacientes que los medicamentos pueden generar problemas cardiovasculares (corazón y sangre) o problemas psiquiátricos. La agencia adoptó esta precaución cuando una revisión de información descubrió que los pacientes con el TDAH que padecían afecciones cardíacas tenían un riesgo ligeramente mayor de sufrir apoplejía, ataques cardíacos y/o muerte súbita cuando tomaban los medicamentos.

La revisión también descubrió un aumento ligero de riesgo, alrededor de 1 en cada 1.000 personas que sufrieron problemas psiquiátricos asociados con los medicamentos, como escuchar voces, tener alucinaciones, sospechas sin motivos o convertirse en maníaco (un estado de ánimo extremadamente exaltado), incluso en pacientes sin antecedentes de problemas psiquiátricos. La FDA recomienda que todo plan de tratamiento para el TDAH incluya un registro inicial de antecedentes de salud, incluyendo los antecedentes familiares, y la realización de pruebas para detectar la presencia de problemas cardiovasculares o psiquiátricos.

Un medicamento para el TDAH, la atomoxetina no estimulante (Strattera), posee otra advertencia. Los estudios muestran que los niños y adolescentes que toman atomoxetina son más propensos a tener pensamientos suicidas que los niños y adolescentes que tienen el TDAH y que no toman ese medicamento. Si su hijo está tomando atomoxetina, vigile su conducta cuidadosamente. Un niño puede de repente desarrollar síntomas graves, de modo que es importante prestar atención a la conducta diaria de su hijo (NIMH, s.f., pp. 9-10).²⁰

Los medicamentos estimulantes tiene posibles efectos secundarios, entre los mencionados se encuentran: “disminución del apetito, insomnio, cefaleas, irritabilidad, ansiedad, retraimiento o euforia, mareos, aumento de la frecuencia cardiaca y la tensión arterial, tics y afectación del crecimiento, que por supuesto no siempre aparecen” (Tallis, 2004, p.219).

Respecto a los efectos de los medicamentos estimulantes Castells et al. (2003) señalan que mejoran los síntomas del TDAH. Disminuyen los comportamientos disruptivos como la impulsividad, el oposicionismo y la agresividad, al tiempo que aumentan la atención, la persistencia en las tareas que se están desarrollando y el cumplimiento de normas. También se ha observado, aunque no de forma consistente, mejoras en la memoria a corto plazo o en la realización de paradigmas de aprendizajes simples y complejos (pp.279-280). Sin embargo dichos efectos tampoco son generalizables. Estos efectos clínicos son bastante imprevisibles de modo que, entre un 20 y un 30% de los pacientes tratados no mejoran e incluso empeoran, y entre aquellos que mejoran, no todos lo hacen de igual manera, algunos sufren una mejora en algunas medidas de cognición y de comportamiento y no en otras. Es más, en ocasiones, se ha observado una respuesta

diametralmente opuesta entre diferentes estimulantes en un mismo paciente (p.279). Se estima que un 25% de los niños y adolescentes no responderán al tratamiento estimulante o presentarán efectos secundarios intolerables. Se reconoce sin embargo que el 75% de los pacientes podrán obtener beneficios de dicho tratamiento (Castells et al., 2003, p.285; SSA, 2002, p.30).

Otra característica sobre los efecto del fármaco es que mejora los comportamientos asociados al trastorno, aunque no es curativo, “al suspender la medicación, los síntomas vuelven a expresarse” (Tallis, 2004, p.219).

Los estimulantes han mostrado una seguridad y eficacia, si no total, al menos aceptable para el modelo neuropsicológico, que ha permitido que sean el eje rector del tratamiento del TDAH. Sin embargo esto no está exento de controversias. Es importante señalar que las discusiones y denuncias sobre el abuso en la prescripción de fármacos para el TDAH, no proviene únicamente de organizaciones antipsiquiátricas, o como señala Saucedo García (2005), por adeptos a la dianética que presentan argumentos que no tienen sustento científico (p.370). Lo anterior me parece un exabrupto que descalifica importantes trabajos que han mantenido una discusión sobre un tema que convoca a una verdadera reflexión interdisciplinaria (p.e Consenso Internacional de expertos de Italia, 2005; Consenso de expertos del área de salud sobre el llamado TDAH, 2005; Lasa Zulueta y Jorquera Cuevas, 2010)

1.4 TDAH en México

La concepción que del TDAH tiene la Secretaría de Salud (SSA), misma que es reforzada o legitimada por diversas instituciones ligadas a ella (Instituto Mexicano de Psiquiatría,

Academia Mexicana de Pediatría A.C., Instituto Mexicano del Seguro Social, etc.), señala que el TDAH es un patrón persistente de inatención, impulsividad e hiperactividad.

Apuntan que es:

[...] el padecimiento neuropsiquiátrico más frecuente en niños y es el primer motivo de consulta en centros de atención neuropsiquiátrica...La evidencia científica actual apoya un claro sustento biológico en su etiología, en donde los factores ambientales pueden jugar un papel importante en algunos casos. Las bases biológicas se pueden agrupar en genéticas, alteraciones de las estructuras frontoestriadas y las obtenidas por imágenes cerebrales. El diagnóstico del TDAH se realiza con bases clínicas según los criterios vigentes emitidos por el DSM-VI [...] o el CIE-10, ya que al momento no existen pruebas de gabinete o laboratorio que confirmen o descarten esta entidad. La evidencia médica actual establece que el tratamiento médico para este padecimiento debe ser multimodal: farmacológico y psicosocial (Ruiz García et al., 2005, pp. 146-147).

Si bien pueden encontrarse ligeras variantes en la información y en los planteamientos sobre el TDAH, la SSA e instituciones cercanas a ella comparten los puntos señalados (SSA, 2002; Ruiz García et al., 2003, 2005; Vásquez, Cárdenas, Feria, Benjet, Palacios, De la Peña, 2010).

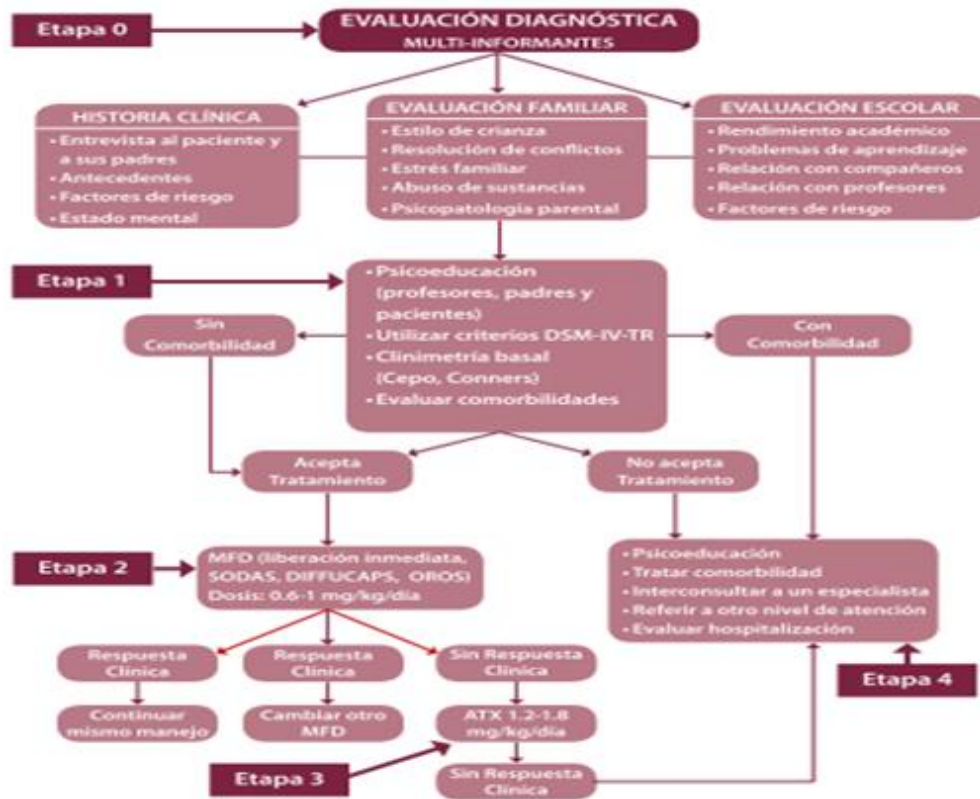
Esta concepción se instaló a partir de diversos trabajos que intentaron consensuar desde una perspectiva fundamentalmente neurológica y psiquiátrica, que se materializó en programas nacionales y en el establecimiento de guías y protocolos de intervención que vinieron a configurar la mirada oficial sobre el trastorno (ver anexo 1).

En 2001 en el “Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención” (PETDA), Se estimaba que existían en México 1.500 000 niños con TDA y de ser incluidos los adolescentes y adultos que continúan padeciendo el trastorno la cifra podría rebasar los dos y medio millones de personas afectadas; se calculaba que 5% de la población infantil lo padecía. El programa buscaba promover la detección temprana, la difusión de la problemática entre la población y el magisterio, brindar directrices sobre modelos de intervención para su tratamiento en la búsqueda de que estos se homogenicen en todos los estados de la república y entre los profesionales que se considera deben atenderlo (SSA, 2002, p.10, 38).

En 2002 consensuaron sobre la seguridad y eficacia de los medicamentos propuestos para tratar el TDAH y sobre sus modos de administración (Ruiz García et al., 2003).

Posteriormente el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, institución dependiente de la SSA, elaboró la “Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad” (2010), misma que pretende servir como herramienta para el diagnóstico, tratamiento farmacológico e intervenciones psicosociales, para los especialistas que atiendan el trastorno. En cuanto a la etiología guarda correspondencia con lo hasta aquí planteado, considerando factores genéticos, neuroquímicos, neuroanatómicos y fisiológicos, además de factores psicosociales implicados. Sobre la evaluación y el diagnóstico apuntan que siguen teniendo como base una valoración clínica que provenga de diferentes informantes, (profesores, padres y otros especialistas) y presentan también instrumentos para apoyar el diagnóstico. Respecto al tratamiento, el farmacológico sigue teniendo un papel central, se mencionan también la modificación conductual y la

orientación a padres y maestros. En la siguiente figura se representa un diagrama con las distintas etapas de intervención propuestas por la citada guía.



Algoritmo de tratamiento para el TDAH en niños y adolescentes. (Vásquez et al., 2010)

La perspectiva de la SSA sobre el TDAH ha desatendido los debates que en torno al trastorno y el tratamiento se han dado desde hace años y hasta estos días. Da la impresión entonces, en sus distintos trabajos, que hay fundamentales acuerdos en cuanto a los componentes neurobiológicos implicados en la etiología, en la efectividad e inocuidad del tratamiento farmacológico, así como con la evolución del trastorno. Esta postura ha sellado todo posible debate, ha desestimado o ignorado otras miradas que podrían aportar elementos para pensar y construir un nuevo camino al hasta ahora seguido. No es suficiente con que señalen que el TDAH necesita un abordaje multidisciplinario cuando las directrices

a seguir están ya establecidas desde su modelo de intervención, mismo que considera secundarias o accesorias otras intervenciones u opiniones de profesionales ajenos al campo médico.

Es necesario un abordaje interdisciplinario que tendría que estar dado desde el modo en que pensamos el trastorno, desde una interrogación y una construcción de alternativas a las dificultades que impone el mundo actual y el mundo adulto a los niños. La infancia de hoy, la infancia que se muestra dispersa, hiperactiva, irritable, desobediente, aburrida, abúlica, malhumorada, muestra una complejidad que vuelve insuficiente cualquier saber monodisciplinario que intente comprenderla. Me parece sustancial entender estas conductas como una red de la que padres, maestros, mercado, profesionales de la salud y otros forman parte.

Hay una necesidad imperiosa de salir del gremialismo y admitir los alcances y las limitaciones de cada práctica y de la evidencia científica. En el ejercicio cotidiano, en la premura por ver reducidos y controlados los síntomas que ocasionan un verdadero sisma escolar y familiar, en la carencia económica de las instituciones de salud del país y en su desbordada demanda de atención; en el trabajo fragmentado de especialistas; en la simplificación del trastorno, cuando es pensado como una disfunción biológica y hereditaria, negando múltiples implicaciones; con la presión de la IF dictando pautas a los modos de entender la salud; todo lo anterior ha llevado a ver como la salida más viable y rápida a las pastillas para atender a una infancia acelerada y dispersa.

Otro punto más. Aún cuando en México se cuenta con guías y programas para el manejo del TDAH elaboradas por la Secretaría de Salud (SSA, 2002; SSA, 2010, p.80-81;

Vásquez et al., 2010), mismas que contempla la creación de espacios institucionales especiales en los estados para atender la problemática, es difícil determinar cómo se le está afrontando. Por el aumento en la prevalencia del trastorno, acompañado de la tendencia creciente a su trato con psicofármacos, y en vista de que es señalado como el principal motivo de consulta en neuropsiquiatría infantil, podemos apuntar que existe un aumento de niños medicados. Sin embargo, hacen falta estudios que ayuden a comprender, evaluar y analizar el impacto y la efectividad de las políticas sanitarias de atención al TDAH sin que medien conflictos de interés.

Se ha planteado en este capítulo que el DSM y la CIE-10 consideran el TDAH como un trastorno compuesto por síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad; la SSA propone para su diagnóstico, además de las directrices marcadas por dichos sistemas, algunos instrumentos o escalas que contemplan la valoración de conductas y que pueden ser evaluadas por clínicos, padres y maestros. Se ha señalado también que la causa del trastorno es atribuida a diferentes causas biológicas y que se considera el tratamiento farmacológico como la principal intervención, pudiendo ir acompañada de otras estrategias psicoeducativas. Se ha hecho notar que respecto a la delimitación del trastorno como entidad clínica, sobre su causa, su diagnóstico y tratamiento existen discusiones y que no hay consenso respecto a las tesis suscritas por la SSA acerca de los puntos mencionados. Considero que la falta de atención que se ha prestado a las controversias, ha generado que se asuma en México la postura dominante sobre el TDAH, sostenida y legitimada por instituciones de salud norteamericanas. Dicha postura ha generado un sobrediagnóstico y una sobremedicación; se analizan en el capítulo siguiente algunas condiciones que pueden

explicar estos efectos y el modo en que se configura la explicación e intervención predominante sobre el TDAH.

2. TDAH como paradigma de la medicalización de la infancia

En este capítulo se desarrolla el concepto de medicalización, así como sus modos de operación en la infancia, haciendo especial énfasis en la expansión y en las características particulares del proceso en décadas recientes. Posteriormente se analiza la forma en que se articulan los diferentes agentes del proceso de la medicalización en la construcción del TDAH como entidad psiquiátrica y en el trato que se le da en la actualidad desde una mirada que privilegia los fármacos y concibe el trastorno como una entidad de origen neurobiológico. Sostendré que la medicalización de la infancia, -el TDAH como su figura paradigmática- tiene como contexto y como potenciadora una concepción particular de salud, una aspiración a la salud perfecta.

2. 1 Sobre el concepto de medicalización

Nadie dice: «Estoy harto de este dolor de cabeza, ahora me apetece un dolor de muelas», o «Lo único bueno para mejorar esta gripe rusa es un poco de de sarampión alemán», o «A través de este oscuro periodo de catarro, veo el brillante paraíso del reumatismo». Pero, precisamente la gran dificultad de nuestros problemas públicos es que algunos hombres pretenden imponer remedios que otros hombres contemplarían como la peor de las enfermedades; ofrecen como estados de salud unas condiciones definitivas que otros llamarían de buena gana estados de enfermedad.

G.K. Chesterton (1910).

Investigar, medicar, informar, promover, prevenir o planear en nombre de la salud parecen, a primera vista, acciones inobjectables, imposibles de criticar. Sin embargo, estos hechos pueden no estar exentos de intereses ajenos a la propia salud. Intereses políticos, económicos y sociales atraviesan estos procesos. La salud y la enfermedad no son únicamente hechos científicos, su condición trasciende los límites del laboratorio, de la

clínica, de la enseñanza universitaria, o de la investigación, son construcciones sociales cambiantes en cada época.

En décadas recientes vemos aparecer diversas “enfermedades” que tiempo atrás no eran consideradas como tales. Dicho surgimiento lleva aparejado un proceso de patologización, es decir, de transformación de una situación anteriormente considerada exenta de una connotación de enfermedad, trastorno, síndrome, disfunción, estado psicológico o condición corporal, etc., y su consecuente entrada en el campo médico, o de manera más amplia, en el campo de intervención de las disciplinas de la salud. A este modo de operación se le ha reconocido y estudiado como el proceso de medicalización. Muestro a continuación algunos planteamientos que explican en qué consiste y cuáles son las implicaciones de este proceso, para finalmente discutirlos y señalar el modo en que la medicalización será entendida en este trabajo, así como para mostrar su pertinencia para analizar el TDAH y las tesis sobre el riesgo de no diagnosticar y medicar oportunamente dicho trastorno.

2.1.1 La medicalización como efecto patógeno de la burocracia médica

Iván Illich publica en 1975 su libro *Némesis médica*, en él va a realizar un ataque a la medicina institucionalizada, misma que percibe como una amenaza a la propia salud. Señala la acción patógena de los avances médicos, en tanto ocasionan iatrogenia (una afección provocada como consecuencia del acto médico) para el paciente y para la sociedad, un daño clínico individual y a nivel social derivado de las propias transformaciones económicas y políticas en el campo de la salud y operadas por la burocracia médica, principal blanco de sus ataques. La transformación de la salud en

artículo de consumo, la propia definición de ésta, convertida en “ítems estandarizados”, conlleva un monopolio médico sobre el sufrimiento y sobre el lenguaje en que éste puede expresarse. El planteamiento de Illich es antimédico y antihospitalario. Entiende la medicalización de la vida como el efecto iatrogénico a nivel clínico, social y cultural, como efecto contraproducente de la intervención médica:

La medicina iatrogénica refuerza una sociedad morbosa donde el control social de la población por parte del sistema médico se erige como actividad económica primordial... Cataloga a los impedidos como ineptos y genera una tras otra nuevas categorías de pacientes (Illich, 1987, p.30-31).

Para Illich, los médicos, la industria farmacéutica y los administradores de la salud, medicalizan y participan de un control médico social, crean estados de enfermedad y una interferencia en la libertad de elección del individuo sobre su propia salud. Las categorías diagnósticas funcionan como una desviación certificada. La prevención es mercantilizada y acarrea efectos patológicos. El autor considera necesaria la recuperación de la autonomía individual frente a la autoridad del sector médico.

2.1.2 La medicalización como proceso construido y aceptado colaborativamente

Conrad (2007) entiende la medicalización como “un proceso por el que un problema no-médico llega a ser definido y tratado como un problema médico, usualmente definido en términos de enfermedad o desorden” (p.4). Para el autor, la medicalización es una forma moderna de control social, y para que sea posible deben cubrirse algunas condiciones: 1) debe distinguir entre lo normal de lo anormal (la medicalización debe ser

analizada en el marco de relaciones de poder); 2) que formas previas o tradicionales de control social sean ineficientes o inaceptables; 3) que se disponga de una forma de control social que pueda sustituir o imbricarse con una ya existente; 4) existencia de datos orgánicos ambiguos; y 5) aceptación por parte del campo médico, de la expansión de su jurisdicción con nuevos padecimientos. A lo anterior debe sumarse una aceptación por parte del Estado, del monopolio médico sobre el territorio medicalizado, habilitando y designando a determinadas asociaciones o grupos, como instancias especializadas y competentes para atenderlo (Germain, 2007, p.19).

Para Conrad (2007) la fe inquebrantable en la ciencia, en la racionalidad y el progreso, el aumento de poder y prestigio de la medicina, la solución “técnica” e individualizante de problemas con alguna implicación social imbricada, son el contexto y no la explicación de la medicalización. Y apunta también que no recae exclusivamente en el médico la efectivización de la medicalización, no es ésta resultado del “imperialismo médico”, como lo piensa Illich; pacientes y otros pueden ser colaboradores activos en el proceso, e incluso estar ansiosos de medicalización (p.9), entre ellos considera a la IF, los medios de comunicación, los consumidores, etc.

2.1.3 Medicalización y biopolítica²¹

Foucault (1999; 1999b; 2000b; 2012ab) identifica el despegue de la medicalización con la política de salud del siglo XVIII, que consistió fundamentalmente en una integración de la gestión económica y política de la enfermedad, una estatización de la medicina, y la entiende como una transformación del ejercicio del poder, como una captación por el pensamiento médico, de la conducta, del cuerpo humano, de la existencia (Foucault, 1999b,

p.364). Al investigar la historia de la medicalización de la sociedad, el autor identifica tres etapas operadas en el siglo XVIII y XIX que están en la base del surgimiento de una medicina social y que representan el fundamento del ejercicio de la medicalización actual. La medicina deja de ser esencialmente clínica, es decir, abocada a las demandas del enfermo y sus enfermedades y comienza a adquirir un carácter social con la atención a los espacios urbanos y a las condiciones de vida. Las tres trayectorias son las siguientes:

1. En 1764, en Alemania, se crea el concepto de “policía médica”, que tenía como fin la observación, el registro y la organización de tablas de natalidad y mortalidad, el intercambio de información entre hospitales; la práctica y formación médica, la verificación de los tratamientos, la organización y la designación de los médicos para administrar diferentes regiones. Esta burocratización de la salud puede ser designada como “medicina de Estado”.

2. La “medicina urbana” desarrollada en Francia, como modelo de organización médico-política busca distribuir, aislar, individualizar, vigilar y verificar el estado de la salud por medio de la inspección y el registro. Sus objetivos son el análisis de los espacios urbanos como cementerios, hacinamientos, desagües entre otros, que podían ser causantes de enfermedades. Persigue el control de los factores de enfermedad, haciendo patente la preocupación por la relación del organismo con el medio ambiente. Con esta medicina aparece la noción de salubridad e higiene pública, “[...] no fue realmente una medicina del hombre, del cuerpo, del organismo, sino una medicina de las cosas, del aire, del agua, de las descomposiciones y de las fermentaciones; fue una medicina de las condiciones de vida del medio de existencia” (p.378).

3. Otro ejercicio que marcará el proceso de medicalización, es la “medicina de la fuerza laboral”, misma que implicaba la protección y asistencia a la población, el control médico de los estratos más menesterosos, la supervisión y obligación de la vacunación, la declaratoria de enfermedades peligrosas, el registro de epidemias, la identificación y destrucción de lugares insalubres. Esta medicina “[...] permitió, por un lado, establecer tres cosas: la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza de trabajo, y el control de la salubridad pública, protegiendo así a las clases más ricas de los mayores peligros” (p.384).

Para Foucault (1999) con la elaboración en Inglaterra del Plan Beveridge de 1942, se puede ver una organización de la salud que servirá como modelo en diversos países en los años posteriores a la segunda guerra mundial. En cierto sentido de lo que trata el Plan es de una articulación propia de las tres vertientes de la medicina social. Entre sus implicaciones menciona: 1) El Estado se hace cargo de la salud, se pone al servicio del individuo de buena salud. 2) En la segunda mitad del siglo XX se habla del derecho a estar enfermo, lo que no es solamente un viraje jurídico, sino una nueva relación con el cuerpo, una nueva moral del cuerpo, “la obligación de los individuos de conservar su salud, la de su familia, etc.” 3) La salud se convierte en planeación macroeconómica, en cálculo de gastos en el presupuesto estatal, y se vuelve también objeto de lucha política (pp.344-345).

El surgimiento de la estatalización de las funciones médicas lleva aparejado un proceso de medicalización generalizada e indefinida, al espacio de intervención médica le incumbirá no solamente la enfermedad, sino que se ampliarán sus redes, más allá de la propia demanda del enfermo y de la existencia misma de enfermedad. Como se dijo antes,

la medicina se entrecruza con la economía, en épocas pasadas mediante la consecución de individuos sanos para el trabajo, en la actualidad:

[...] porque puede producir directamente una riqueza, en la medida en que la salud representa un deseo para unos y un lujo para otros. La salud, convertida en objeto de consumo que puede ser fabricada por algunos laboratorios farmacéuticos, por los médicos, etc., y consumida por otros –los enfermos posibles y reales-, adquiere una importancia económica y se introduce en el mercado (p.357).

El autor señala que en la sociedad capitalista el cuerpo y la medicina ocupan un lugar de suma importancia, lo primordial será lo corporal, ya no en el ámbito privado, sino que lo somático se convertirá en un asunto de cálculo público. Es el pasaje del control del cuerpo en lo individual al control de un nuevo cuerpo: la población. Esta socialización del cuerpo humano va más allá de su reconocimiento como fuerza productiva, el cuerpo pasa a ser un asunto público, es decir, pasó a ser terreno de una medicina social (Foucault, 1992, 1999).

La transformación en el ejercicio del poder, que –como hemos dicho- representa la medicalización, da cuenta de la aparición de la biopolítica, un poder que tiene como objeto la vida, que es propio del capitalismo y opuesto al dictado del poder soberano. Un breve repaso de la analítica foucaultiana del poder nos sirve para entender su noción de medicalización.

El ejercicio soberano se identifica como el sistema de poder del siglo XVI y XVII, que encarna una decisión de la voluntad del soberano hacia el súbdito, este último está a merced de la decisión de aquél que tiene el “derecho de *hacer* morir o de *dejar* vivir”.

Poder asimétrico que lleva implícito un desequilibrio práctico siempre ligado a la posibilidad de dar muerte (Foucault, 2000, p.218). En el siglo XVII y principios del XVIII tenemos una nueva mecánica y economía del poder, un ejercicio de soberanía del Estado sobre los cuerpos, con técnicas centradas en la vida y operando en dos niveles: en lo individual y sobre el conjunto de la población.

El primer nivel es denominado como poder disciplinario, saber-poder dirigido al cuerpo en lo individual, mismo que se deberá vigilar y adiestrar. Lo acompañan una serie de sistemas de racionalización, la búsqueda de un modo más económico de conseguir control, cuerpos dóciles y útiles. Esta anatomopolítica es para Foucault la posibilidad de que el poder opere a un nivel más amplio, por ejemplo, la cárcel no permite solamente castigar al delincuente, sino que dicta socialmente modos permitidos de conducirse, la construcción de estereotipos además de signar en lo individual es internalizado y opera socialmente, la clasificación y el examen en el ámbito educativo demarcan terrenos que funcionan como norma; en este sentido el poder ejercido en lo individual es a la vez la posibilidad y una transposición de un ejercicio más amplio, que el autor designará como biopoder, un ejercicio globalizante que opera a nivel de la masa global, destinado a la multiplicidad de la especie, que actúa “sobre el hombre en cuanto ser viviente, una especie de estatización de lo biológico, o al menos, cierta tendencia conducente a lo que podría denominarse la estatización de lo biológico” (Foucault, 2000, p.217). La biopolítica tiene que ver entonces con una administración de la vida, ésta entra en los cálculos del poder que interviene en su mantenimiento, multiplicación, cuidado y regulación.

Avanzada la década del 70 la analítica foucaultiana del poder tomará un nuevo rumbo, la biopolítica será pensada desde el modelo del gobierno. Gobierno y

gubernamentalidad son conceptos que permiten escapar a una concepción de dominación y aplastamiento de la libertad o del control social y de los individuos. “El ejercicio del poder consiste en ‘conducir conductas’ y en preparar la probabilidad. En el fondo, el poder se encuentra menos en el orden del enfrentamiento entre dos adversarios o en el compromiso de uno frente a otro, que en el orden del ‘gobierno” (Foucault, 1989, p.30). La biopolítica desde el modelo del gobierno puede entenderse, como un “llevar a comportarse”, un modo de acción y cálculo sobre otros individuos, y no como relación física de coerción. No representa esto un abandono al tema de la soberanía o las disciplinas. Estas, junto con la gubernamentalidad tienen como principal dispositivo la seguridad y como objetivo a la población, entendida esta última no como la suma de sujetos de derecho, sino como un “conjunto de procesos que es menester manejar en sus aspectos naturales y a partir de ellos (Foucault, 2006:93).²² Ese cuerpo múltiple de la población constituye “una multiplicidad de individuos que están y sólo existen profunda, esencial, biológicamente ligados a la materialidad dentro de la cual existen” (Foucault, 2006, p.42).

Desde esta perspectiva los mecanismos del biopoder ya no son solamente instrumentos de vigilancia y exclusión propios de las instituciones cerradas, sino modernas formas de control de los individuos en los espacios abiertos, operando con tecnologías de previsión y estimación mediante, los usos de la estadística, el cálculo y las mediciones globales. El biopoder no se ejerce desde una centralidad plenamente identificable, ni por el Estado, aunque su ejercicio adquiere su forma, no le pertenece a un médico o funcionario:

“se trata de un ejercicio anónimo [...], su efecto se difunde a través de una retícula compleja [...], que atraviesa por igual, no sólo a quienes se lo aplica, sino también a quienes se encargan de aplicarlo. No obstante, esta gran maquinaria anónima posee

ciertas jerarquías, ciertos grados, por lo que es posible generar efectos de supremacía y dominación en el ejercicio del poder” (Albano, 2005, p.59)

A medida que la esa maquinaria de ejercicio del poder se hace más compleja, se expande y diversifica, también se tendrá una nueva distribución que conlleva la aparición de nuevos saberes y especialidades. El poder ejercido sobre la vida apunta a las determinaciones generales o lo que presentan los fenómenos de constantes y globales, y lo que se pretenderá es mantenerlos en un estado de equilibrio. Una homeostasis de la población, “[...] en síntesis, de instalar mecanismos de seguridad alrededor de ese carácter aleatorio que es inherente a una población de seres vivos” (Foucault, 2000, p.223).

Para Foucault, la discusión sobre la medicalización no se agota en una valoración antimédica, la iatrogenia no es problema de ignorancia profesional y en ese sentido el debate no debe centrarse en si conservamos o no la medicina, o si ésta requiere un modelo individual o colectivo –como es planteado por Illich-. Lo que le va a interesar es dar cuenta de las transformaciones técnicas y epistemológicas que llevaron a la medicina moderna a implicarse en nuevas prácticas sociales y en generar un nuevo ejercicio del poder (Foucault, 1999, p.347). Es en este sentido que entendemos el modo en que un problema de conducta como el TDAH, o las características que lo conforman, pasaron a engrosar las filas de las clasificaciones modernas de la psiquiatría, como resultante de transformaciones técnicas en la medicina y como el efecto de éstas en un nuevo modo de operación del ejercicio médico.

La perspectiva hegemónica sobre el TDAH opera desde un modo de comprender la salud y la enfermedad cuyas características se van a asentar en las transformaciones técnicas de la medicina de la década del 70 al 90: el auge de la biomedicina, la

hiperespecialización, los desarrollos en tecnología de observación del funcionamiento del SNC, el descubrimiento de la acción de diversos psicofármacos, y con las anteriores, nuevos ejercicios diagnósticos en psiquiatría. La recuperación de la confianza en la promesa del desarrollo de la nueva tecnología médica hizo figurar al médico nuevamente como gestor e ingeniero del cuerpo social, al menos respecto a las nuevas posibilidades de terminar con las enfermedades o una confianza en conocer los componentes asociados a ellas, de lo que se esperaba generara mayores probabilidades de prevenirlas. Estas promesas crearon una confianza que si bien se va desvaneciendo o cobrando -para el campo de la salud- la conciencia de sus propios límites, ha dejado una impronta, la firme convicción de que un comportamiento deseable puede conseguirse por la acción de una molécula.

A partir del breve acercamiento a las tesis sobre la medicalización que han sido expuestas, consideramos que ésta no tiene que ver únicamente con la invención de enfermedades o con una farmacologización de los estados de ánimo. Hablamos de una expansión del ámbito de competencia médica en la que lo designado como problemas médicos se vuelve cada vez más vasto y dúctil, es decir, abarca mayores cantidades de población. La inclusión de comportamientos en los diagnósticos clínicos se da de manera conjunta con las hipótesis acerca de la organicidad (la etiología de base biológica) de las enfermedades o de diversos malestares psicológicos.

La medicalización pensada en su vertiente actual, como ejercicio de gobierno, como conducción de conductas, más allá de ser una intervención terapéutica individual que persiga o tenga efectos de control sobre los cuerpos, se trata de la puesta en funcionamiento de estándares, prescribe ideales y aspiraciones, fluctuaciones permitidas respecto a determinados parámetros; pone de manifiesto la importancia de la medicina como dictamen

de la norma, como conducción de los comportamientos. Esta pretensión normalizadora demarca los estados de vida saludables de otros no saludables, instauro la jerarquización de individuos que permanecen cercanos o alejados a la norma, que no es solamente aquí la distinción entre lo normal y lo patológico, es también y en lo fundamental un instrumento de comparación (estadístico, probabilístico) dado desde el terreno médico : “la norma no produce un sujeto universal como la ley, sino que hace aparecer, como objeto de perpetuo examen, sujetos a los que diferencia entre sí; opera como común medida a través de la cual cada uno es producido como sujeto que puede adquirir identidad, encontrar su lugar y su valor social” (Germain, 2007, p.12). La norma escapa al ámbito clínico, en relación al valor “salud”, es planteada actualmente en términos sociales de ideales y aspiraciones: salud-belleza, salud-bienestar, salud-bienestar-felicidad, salud-productividad.

El análisis de la medicalización en su vertiente contemporánea conlleva conocer los modos en que se articulan las expectativas de salud y sus políticas; el imperativo de salud actúa como una racionalidad a la que responden los dispositivos de regulación biopolítica: prevención, farmacologización de la conducta, control de riesgos, etc.

La medicalización no debe ser pensada como proceso conformado en exclusiva por el campo médico. Si bien éste va a tener un peso fundamental en la conceptualización o en lo dicho sobre la enfermedad, será necesario que operen distintos agentes que legitimen su ejercicio, que avalen los datos de investigación (no cualquier grupo puede imponer los modos de ver la enfermedad o la salud), en síntesis, que hagan posible la expansión de la jurisdicción médica.

2.2 El avance de la medicalización en las últimas décadas

El proceso de la medicalización comprende prácticas que se dan desde distintos frentes que la refuerzan: Industria farmacéutica, medios de comunicación, profesionales de la salud y del ámbito escolar, consumidores, y organizaciones creadas en torno a alguna enfermedad. Señalamos a continuación el modo en que se presentan en el TDAH.

1. La industria farmacéutica (IF) y su mercadotecnia. La IF puede participar en la construcción de consumidores-usuarios, con prácticas que van desde: la invención de enfermedades; injerencia en la elevación de enfermedades inofensivas a la categoría de pandemias; patrocinio de investigaciones que den sustento a la necesidad del uso de los medicamentos que quieren promover; asignación de recursos a medios de comunicación, académicos o médicos para que creen condiciones de necesidad de sus productos, o para que participen en los procesos de creación o transformación de criterios diagnósticos de enfermedades.

También se incluye aquí la organización de encuentros académicos, de presentación de sus productos donde dan cita a médicos, investigadores y periodistas, siendo esto uno de los inicios de la cadena de comercialización cuyo objetivo es llegar al consumidor.²³

Las estrategias publicitarias de la industria farmacéutica refuerzan las creencias sobre los trastornos y sobre los medicamentos, resaltando los beneficios de estos últimos por encima de sus beneficios reales (Cabral Barros, 2008, p.580).

En una publicidad de TraDeA®, medicamento utilizado para el tratamiento del TDAH se observa un sonriente niño con un cuaderno en sus manos que muestra un diez de calificación en atención, conducta y sueño, acompaña esto la frase: “El 10 de sus pacientes... está en sus manos”. La idea de que la perfección en las áreas señaladas está al alcance y en la inmediatez de una pastilla no corresponde a los resultados de los estudios que demuestran dificultades en la adaptación a los estimulantes o en las respuestas a los mismos. Desde hace años se ha señalado que los fármacos utilizados en el TDAH tienen una incidencia sobre la atención, la impulsividad y la hiperactividad, pero no directamente sobre las dificultades en el aprendizaje.

Publicidades como la descrita apuntan a sobreestimar los alcances de la terapia farmacológica, además de que hace ver a una pastilla como solución que no precisa de trabajo con maestros, psicólogos, neurólogos y otros profesionales para incidir no solamente a nivel de modificación de los comportamientos, sino en tratar de comprender las diferentes causas del malestar infantil y trabajar en las afectaciones en el área educativa y social.



Conviene resaltarse que, en general, los directores de estas empresas no son médicos, sino administradores financieros que dirigen anteponiendo la búsqueda de ganancias y no buscando generar avances en salud (Benasayag, 2011, p.35).

El binomio mercado-salud es uno de los principales operadores del proceso de medicalización.²⁴

Brudon (1987) señala que en México, Ritalin® ya estaba incluido desde 1979 en el cuadro básico de medicamentos del sector público, aún cuando no figuraba en la lista de medicamentos esenciales sugeridos por la OMS (p.147). El estudio de Brudon me parece muy relevante para comprender la forma en que la atención sanitaria se convierte en tema económico y político. Dicha investigación, publicada en francés en 1983 analiza la penetración de las farmacéuticas suizas en el tercer mundo. Muestra la instalación en México, después de la segunda guerra mundial del oligopolio farmacéutico trasnacional. Entre algunos puntos estudiados se encuentran: la introducción acelerada en el mercado de nuevos medicamentos, la concentración de las ventas, la producción y comercialización entre unas cuantas empresas; el decremento en la investigación y las estrategias para mantener sus productos en el mercado. Si las diferencias en cuanto a las patologías dominantes en el tercer mundo no coincidían con la investigación de países ricos en ese momento, se dificultaba la comercialización, el objetivo –y es éste una de las líneas de análisis del autor- y gran reto, fue comercializar productos innecesarios.

Otros elementos analizados son las estrategias publicitarias destinadas al incremento de las ventas y hechas pasar como información médica. Además, muestra la transformación de la práctica médica como resultante del papel protagónico que viene a ocupar la IF en el campo de la salud. Una de las líneas de análisis es la introducción del Ritalin® en México, de tal forma que la investigación resulta una pieza clave para entender el despunte que tendrá el TDAH en el país.

2. Los medios de comunicación. La participación aquí puede darse de diversas formas. Acrecentando las necesidades de salud en algún rubro, difundiendo los beneficios de los fármacos por encima de los beneficios de estilos de vida que provean mejores condiciones de salud. Pueden tener participación en la preparación de la creación de una enfermedad al señalar necesidades o remarcar lo nocivo de los síntomas para los que ya hay medicamentos.²⁵

Habría que señalar también el valor de los enunciados puestos a circular por los medios de comunicación y tener en cuenta su alcance. Desde aquí se puede sostener que la pereza, el aburrimiento, la homosexualidad, la ira y casi cualquier conducta son ocasionadas por genes. Frecuentemente esto es aseverado sin bases científicas o sin que lo planteado sea comprobado; por un lado podemos discutir la tergiversación de la información presentada, pero habría que poner también atención al modo en que el impacto de su participación hace que sus aseveraciones penetren socialmente y se encarnen en prácticas de aceptación de los fármacos.²⁶

Arizaga y Faraone (2008) analizaron 50 notas sobre el TDAH publicadas en diarios argentinos entre 2001 y 2008. Les interesaba estudiar la forma en que se construía la “noticia” y analizar de qué manera se presentaba la problemática ante la población. Respecto al diagnóstico encuentran una fuerte tendencia a señalarlo como problema médico, que en muchos de los casos no se encuentra correctamente diagnosticado o atendido. Las notas periodísticas muestran que existen controversias sobre la medicación y los efectos del fármaco, cuando se justifica su uso es porque se define la problemática como enfermedad de causa neurológica o genética.

A fin de comprender el posible impacto de los discursos circulantes sobre el TDAH en los medios de comunicación masiva de México, resultaría conveniente un estudio como el descrito.

3. La acción de distintos grupos de profesionales de la salud.

Algunos, que participan como voceros, como grupos de especialistas, pueden participar en la elaboración de criterios diagnósticos e inclusión de enfermedades, trastornos, síndromes, etc. Estos grupos son muy reducidos, pero sus alcances son inmensos, son una clave para entender la medicalización.

Otra forma de participación y que involucra también al grupo anterior, es el ejercicio médico en diferentes instituciones de salud o en práctica privada, trabajando desde la firme convicción de proveer salud, pero sin cuestionamientos a diagnósticos o centrándose en una función de intermediarios entre empresas farmacéuticas y pacientes-clientes. La IF ha irrumpido de tal forma en el campo médico que ha transformado y desplazado la labor del médico, orillando a tener cada vez menos a un clínico y cada vez más a un proveedor de productos. Evidentemente también las condiciones económicas del país tienen que ver con esto. La saturación de los servicios públicos de salud obligan a dar una pronta respuesta sin detenerse para verificar si se marcha en dirección correcta. La salud está atravesada por ideales de época, atenderla en los términos que se expresa, sin cuestionamientos, lleva a reforzar medicalización; imposibilita sacar la salud del circuito mercado-enfermedad.

4. Los responsables de las políticas sanitarias de salud. Cooptados por la industria farmacéutica o por un análisis no exhaustivo de la investigación científica, suelen privilegiar el uso de fármacos para atender las demandas de salud.

La fuerte tendencia a medicalizar los problemas de la vida cotidiana y asumir que su solución primera involucra el tratamiento médico, genera que los hacedores de políticas, en el mejor de los casos, pongan el foco en aumentar el acceso financiero y geográfico a los servicios de salud para las poblaciones vulnerables, descuidando atender causas sociales y económicas de la vulnerabilidad y disparidad en salud (Natella, 2008, p.41).

En México, las estrategias y los programas de atención al TDAH elaborados por las SSA tienen entre algunas de sus estrategias: dotar a los servicios de salud del país los medicamentos necesarios para tratarlo, la búsqueda de una detección temprana del trastorno y la creación de centros de atención, una mirada que pone en el centro el tratamiento médico.

5. El ámbito académico universitario. Pareciera que en el terreno de la investigación o en la enseñanza de las disciplinas de la salud, el estudio de las implicaciones culturales en la práctica médica no alcanza a tener un impacto a favor de una mirada pluridisciplinaria de la salud. Los distintos enfoques implicados con el campo médico, como el de la antropología médica, la sociología médica, los departamentos de historia y filosofía de la medicina, que podría colaborar para conseguir una visión más amplia de la problemática, no parecen estar teniendo un impacto en el ejercicio médico y en la medicalización.

6. Asociaciones y redes de padres de hijos diagnosticados con TDAH. Algunas agrupaciones pueden estar patrocinadas por la industria farmacéutica, o sin saberlo dan un apoyo a la concepción de enfermedad propia de ésta; convirtiéndose así en promotores. Otra vía es la asociación de padres con el fin de tener un rol activo en el proceso de diagnóstico, tratamiento y en la conformación de conocimientos sobre el TDAH.

En México desde hace años opera la Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados A.C. AMDATHA, agrupación que ha generado iniciativas para evitar la discriminación de niños diagnosticados con TDAH en el contexto escolar; han solicitado también que se creen programas en los diferentes niveles de enseñanza para detectar y canalizar a niños con posible TDAH, a la par señalan la necesidad de establecer normas para que sean los especialistas y no los educadores los que diagnostiquen. En gran medida se muestra por hacer ver al trastorno como una enfermedad crónica, solamente controlable y fundamentalmente orgánica; además de señalar los beneficios de los fármacos.²⁷ Esta agrupación, en lo fundamental presenta un rol pasivo frente al campo médico.

En Argentina Arizaga y Faraone (2008) realizaron entrevistas a dirigentes de asociaciones y redes de padres con hijos/as diagnosticadas desde su temprana edad. Entre sus objetivos se encontró analizar qué rol cumplen y cuál es su opinión sobre el trastorno. Encuentran que las agrupaciones responden a la necesidad de investigar ante las dificultades de sobrellevar el tratamiento de sus hijos, y ante lo que consideran un vacío de conocimientos por parte de los médicos, específicamente de estrategias conductistas (con mucha frecuencia rechazadas en ese país). Las redes de padres buscan servir como contención ante los cambios que genera el TDAH en todos los ámbitos, buscan aportar

soluciones a las interrogantes de otros padres sobre qué hacer en torno al miedo y las dudas que provoca medicar o no medicar, discuten sobre si se debe aceptar al cien por ciento las sugerencias médicas, las discusiones sobre los fármacos intentan evitar la sobremedicación, ya que consideran que en la mayoría de los casos, una primer aproximación al problema desde el campo neurológico, desemboca en medicación. Fundamentalmente las asociaciones buscan tener un rol activo frente al saber médico.

Los padres que se reúnen en una asociación o red se perciben a sí mismos como 'expertos', disputándoles ese espacio del saber a los médicos y a los docentes, [...] buscan recuperar el rol activo frente a la multiplicidad de voces [...] Muchas veces la multiplicidad de voces los anula y otras los relativiza, [...] retoman un rol activo pero dentro del proceso de medicalización (p.211).

Existen dos caras de las asociaciones de padres, una que acepta y legitima la mirada neurológica y farmacológica del TDAH. Sea por ignorancia, por fiel convencimiento, o por implicación económica al -en diversas ocasiones- estar subvencionadas por la IF. Por otro lado, una postura que puede o no rechazar una concepción neurológica del trastorno, pero que reivindica el conocimiento surgido desde la vivencia y la experiencia de la problemática, que intenta "hacer frente" al monopolio médico sobre el modo en que se expresa el trastorno, que cuestiona la mirada a la salud como asunto exclusivo de especialistas, que hace frente al control profesionalizado del cuerpo y la enfermedad.

7. Las instancias educativas. En la actualidad y específicamente en el caso de los problemas de la infancia, hay una exigencia del ámbito educativo hacia la medicina para que solucione los comportamientos infantiles que interpelan las concepciones del desarrollo

y el aprendizaje escolares. Entonces los niños desfasados, inquietos, violentos o abúlicos, convertidos en objeto de sospecha en la escuela, podrán ser derivados a consulta médica. Marila Terzaghi (2011), médica argentina, especialista en el área de neurología, al analizar la intersección que se da entre médicos y maestros en el proceso de medicalización de la infancia, y al estudiar históricamente la relación entre salud y educación, señala:

Se acostumbra, entonces, pedirle a la medicina que repare, 'normalice', ubique y sobre todo encuadre 'la causa' (considérese también que a los médicos nos forman para 'responder siempre y con la mayor certeza'). Adquieren toda 'autoridad' diagnósticos, pronósticos y causalidades lineales que suelen recortar lo biológico como única y suficiente explicación (p.107).

El proceso de medicalización del TDAH tiene un destacado despegue en la década de 1970 y aquí los maestros tuvieron también un importante papel de difusión. Conrad & Schneider (1992) documentan que en Estados Unidos hasta 1967 no habían aparecido artículos periodísticos y revistas de educación escritos sobre el trastorno, publicados por y dirigidos a maestros; en 1968 y 1969 aparecieron 8 artículos de difusión masiva. En los cuatro primeros años de la década de 1970 se documentan 116 artículos que en su mayoría lo van a mostrar como problema médico (p.157).

Desde entonces es reconocido el papel fundamental que desempeñan los profesores, principalmente para detectar posibles síntomas de TDAH, dado que es en la escuela donde comienzan a ser más visibles conductas que van a sugerir la presencia del trastorno, aunque de manera general lo que puede observarse es una tendencia a neurologizar desde el ámbito

educativo los problemas de conducta (de manera particular las asociadas al TDAH) y a legitimar su medicación.

8. Los consumidores. Si bien hay una importancia mayúscula en la IF en el proceso de medicalización, debe haber un entramado social que la haga efectiva. Para que exista oferta debe haber demanda, aún cuando ésta sea creada, la búsqueda de salud, el mejor rendimiento, y la efectividad se inscriben en la aceleración propia de nuestra época, la lógica del cero dolor, cero conflictos, cero sufrimientos, que colocan como una oferta muy atractiva la intervención farmacológica a los problemas de conducta infantil.

9. El mundo adulto frente a la infancia. La gran ausente en la discusión sobre el TDAH es la infancia. Las soluciones al trastorno están fundamentalmente orientadas a recomponer el funcionamiento familiar, escolar y social.

La lógica del mercado, y en este caso específico nos podemos remitir a la puja de la IF frente a la construcción de nuevos consumidores, ha alcanzado desde hace décadas a la infancia. El imaginario social de la infancia en buena salud propio de nuestros días, es inseparable de una captación de la niñez por el consumo.

Volnovich (2007) señala que los recursos económicos, las respuestas de expertos y asesores en la implementación de políticas para la infancia (de organismos como UNESCO o UNICEF), “el reconocimiento de niñas, niños y adolescentes como sujetos de derecho antes que como objetos de tutelaje”, no ha conseguido el pretendido bienestar físico, psíquico y social de esta población (p.15). El TDAH no es la excepción, a una mayor cobertura en fármacos para atenderlo, a la creación de programas para tratarlo y a los avances en investigación sobre sus causas y tratamiento, no corresponde un decremento en

su demanda de atención; estudiar el trastorno desde la noción de medicalización nos puede dar claves para entender esta contradicción.

2.3. Medicalización de la infancia: TDAH como paradigma

El modo de medicalización de la infancia que mayor atención ha recibido en las últimas décadas es el TDAH. Lo anterior debido al crecimiento exponencial en la cantidad de diagnosticados, por ser considerado el mayor ejemplo de patologización de la niñez, y por considerarse una problemática crónica, que solamente se controla. El trastorno surgió con inconsistencias en el diagnóstico, en la definición de los síntomas, en los señalamientos de su etiología, los mismos continúan hasta nuestros días, y sin embargo, no deja de considerarse la principal demanda de atención en los consultorios de psiquiatría y neurología infantil. Cada vez niños de menor edad se vuelven candidatos al diagnóstico y la medicación. El TDAH nos sirve entonces para mostrar la forma en que opera, se organiza y potencia la medicalización de la vida en la actualidad.

Conrad & Schneider (1992), señalan tres factores que constituyen el germen del descubrimiento de la hiperactividad y la desatención como hoy los comprendemos: La revolución farmacéutica, una nueva tendencia en la práctica médica y la acción del gobierno. El análisis de estos cambios nos permite entender el modo en que se articulan con el TDAH los distintos agentes del proceso de la medicalización.²⁸

1) La revolución farmacéutica. Desde la década de 1930, en Estados Unidos se comienzan a sintetizar diferentes fármacos psicoactivos, es decir, medicamentos que tienen un efecto sobre el SNC, iniciándose con ello una verdadera revolución en el consumo de drogas en ese país. Ya desde los años 20 se documentan los primeros tratamientos con

anfetaminas, un estimulante del SNC, de uso clínico entre la milicia para incrementar la atención y evitar el cansancio. Su uso desde entonces es sumamente variado, en 1946 se enlistaban 39 desórdenes que podían ser tratados con ella.

En 1937 Charles Bradley muestra que la benzedrina (presentación comercial desde 1930 de la anfetamina) tiene un efecto en las alteraciones conductuales y en los problemas escolares presentados por niños en edad escolar. Si bien son estimulantes, Bradley descubre su “efecto paradójal”; y muestra que el tratamiento mejoraba la motivación, y la concentración, además de la inquietud, aunque una vez suspendido el medicamento, la conducta de los niños regresaba al estado previo a la medicación. En las siguientes dos décadas continúan apareciendo en la literatura médica reportes de la utilidad de estimulantes en el trato a los desórdenes conductuales infantiles (Conrad & Schneider, 1992, p.156). Estamos en la prehistoria del trato dado al TDAH, no solamente porque inician las investigaciones sobre los efectos de fármacos en la conducta y el aprendizaje infantil, sino porque estas problemáticas están alejadas de la designación que hoy se sintetiza en una categoría como el TDAH. Como se verá más adelante, lo que se estaba tratando eran lesiones encefálicas, daños cerebrales que muestran desórdenes conductuales y del aprendizaje.

En 1944 se sintetizó el metilfenidato, del grupo de las anfetaminas, en los laboratorios Ciba-Geigy, precursores de Novartis, productores de Ritalin®, el medicamento más utilizado y que ha marcado el trato al TDAH. No hay aún una masificación del fármaco ni se aíslan aún las características del trastorno como hoy las conocemos.

Si hacia finales del siglo XIX y principios del XX se documentaban casos donde aparecían niños impulsivos, inquietos y con bajo rendimiento, las designaciones podían ser múltiples, “niños disminuidos”, “indóviles”, con “déficit en el control moral”. Las clases bajas eran consideradas peligrosas y salvajes, siendo su educación un proceso civilizatorio necesario. La causa de estos comportamientos se explica como una degeneración moral e intelectual producto de tendencias innatas. Con la figura de la herencia como explicación laxa de la causalidad de la enfermedad, del desvío, la psiquiatría dará cuenta de los “inasimilables al sistema normativo de educación” (p.269).²⁹ A inicios de siglo van a aparecer escalas en un intento de clasificar a los “no aptos”, con base en la medición de su “nivel mental”.

Este momento nos permite ver la forma en que aparece el personaje del anormal como dominio de la psiquiatría. Para Foucault (2001) la reconfiguración de las relaciones en la familia, las consignas higiénicas y morales que se le hacen desde finales del siglo XVIII, y los principios de salud fundados en la necesidad de vigilar el cuerpo indóvil, van a generar una invasión de la racionalidad médica no solo en el ámbito familiar, sino en la sexualidad, en el cuidado del cuerpo infantil y sus excesos (p.236). La familia medicalizada y medicalizadora es un elemento central para entender la política de salud del siglo XVIII, la familia hace de bisagra entre la búsqueda de salud del cuerpo social y las necesidades de los cuidados individuales. El niño se hace objeto de vigilancia y control parental constante, al mismo tiempo la relación padres-hijos, estará mediada por el pensamiento médico (Foucault, 2012, p.221; 2000, pp.236-237).³⁰

Stern (2002) analiza los esfuerzos de la medicina, tendientes a crear instrumentos y métodos que dieran cuenta de la medición de la normalidad de los niños mexicanos en edad escolar. A partir del uso de instrumentos antropométricos, psicofisiológicos y

psicométricos, los eugenistas mexicanos de la primera mitad del siglo XX, buscaron conocer e identificar los casos de atraso mental y a los niños anormales que podían ser escolarizados y los no educables. Mediante estos instrumentos de medición se planeaba prevenir el crimen y la prostitución, además de tener una defensa de la sociedad frente a la degeneración que producían los considerados anormales.³¹

Estudiar lo que podemos denominar como la prehistoria del TDAH sirve para mostrar que existen diferentes tesis sobre la falta de atención, la impulsividad y la dificultad en el control de la conducta infantil que se explican de manera diferente en cada época, en el primer tercio del siglo pasado las consideraciones morales que acompañan a las teorías eugenésicas e higienistas tienen un papel interpretativo central.

Pero lo que tenemos, poco antes de la mitad del siglo pasado, ya no son designaciones como “niños inestables” o “niños turbulentos”. Strauss y Lethinen realizan en 1947 estudios de niños que habían sufrido lesiones postencefálicas y que presentaban conductas hiperactivas, trastornos de la conducta y fracaso escolar, hablarán entonces de un síndrome denominado “Lesión Cerebral Mínima”. Se pensaba que si las conductas de hiperactividad e impulsividad se observaban en traumatismos craneoencefálicos, se podría inferir que los niños que presentaran estos síntomas, tenían una lesión cerebral. Lo anterior ya había sido puesto en duda desde una década antes.

Levin (1938) “realizó un riguroso estudio doble comparativo en más de 200 niños inquietos con un grupo de control normal. Descubrió que sólo las hiperactividades más severas se pudieron asociar con lesiones a nivel cerebral, y los grados leves de hiperactividad fueron asociados a problemas familiares” (citado en Bielsa, 2003, p.18).

Las descripciones clínicas de comportamientos hiperactivos e impulsivos aparecer ligándose a una supuesta lesión cerebral, misma que en la mayoría de los niños no se encontraba. En un intento por conseguir mayor claridad en la terminología, los síntomas y el diagnóstico de los comportamientos hiperactivos y los desórdenes del aprendizaje asociados a desviaciones del SNC, Clemens acuñará en 1966 el término “Disfunción Cerebral Mínima (DCM). La designación sigue siendo excesivamente inclusiva e imprecisa, en el gran cajón de sastre de la DCM, se agrupaban más de tres docenas de diagnósticos, entre los que se encontraban trastornos de la percepción, el lenguaje, la memoria, la atención, etc. (Conrad & Schneider, 1992, p.156).

Los esfuerzos por aislar, clasificar y explicar el trastorno apuntan a que ya no sea una entidad oscura, imprecisa y desconocida, agrupada a la sombra de una gran categoría (DCM). La definición aún no está lista, pero su solución, el fármaco que resolverá los síntomas de la futura “epidemia” ya entró en escena.

En 1955 es lanzado al mercado, por la compañía CIBA (después convertida en Novartis) el Ritalin®, nombre comercial del metilfenidato (sintetizado en 1944), un derivado de las anfetaminas que no tiene los efectos más indeseables de estas. Se indicaba entonces para tratar la fatiga crónica, estados depresivos, psicosis asociadas con depresión, pero también comienza a popularizarse por su efectividad para aumentar las capacidades cognitivas (atención, memoria), etc. En 1961 se autoriza por el organismo regulador de drogas y alimentos de Estados Unidos para ser administrado a niños. Desde este momento diversas investigaciones se realizan para documentar sus efectos en el tratamiento de los trastornos conductuales infantiles (Conrad & Schneider, 1992, p.157). Pero la década del 70 marca la masificación del trastorno y el despegue de su promoción, una publicidad cada vez

más especializada, enfocada a crear nuevos consumidores. Ya desde mediados de los 60 la IF invierte tiempo y dinero en promover el nuevo trastorno e instruyendo en su diagnóstico y tratamiento.

2. Una nueva tendencia en la práctica médica. En directa relación con la revolución farmacéutica, desde mediados de 1955 se observa un uso cada vez mayor de fármacos para tratar a personas con enfermedades mentales. Los niños en un primer momento fueron ignorados, o al menos no ocuparon una importancia central en este nuevo ejercicio médico, su inclusión se dará hasta la década de 1970, y principalmente bajo el “descubrimiento” de la hiperactividad infantil, o de que se aísle como un desorden diagnosticable, conformado por síntomas conductuales observables.

3. La acción del gobierno. Desde la década del 70 el gobierno estadounidense impulsa con mayor fuerza los estudios para determinar la situación de la prescripción de psicofármacos utilizados para mejorar la conducta y potenciar el aprendizaje infantil. Da su aprobación para que sean administrados, señalando que serán los médicos especializados los encargados del diagnóstico, ya que se observaba en un primer momento que médicos generales, padres y maestros eran los que frecuentemente lo realizaban. Señalarán además, ante un primer consumo caracterizado por la búsqueda de mejorar el aprendizaje y el rendimiento escolar, que la IF realizará solamente publicidad en los circuitos médicos. Además, asignan fondos para la investigación y creación de clínicas especiales para tratar el trastorno.

Las condiciones ya están dadas, si el medicamento ya existía, después llegó la enfermedad, un desajuste siempre impreciso, dudoso, parcial, pero que se agrupa y legitima bajo un nuevo esquema de entendimiento y trato a la salud mental.

A partir de estos tres elementos (revolución farmacéutica, las transformaciones en la práctica médica y a la incidencia del gobierno) podemos comprender con mayor claridad el modo en que el TDAH se construye como problema médico. Apuntan Conrad & Schneider (1992), que antes del descubrimiento de la hiperactividad estas conductas eran definidas como rebeldes, desobedientes, antisociales o como “desordenes emocionales”, y eran competencia del contexto familiar, legal o escolar (p.159). Esta aseveración no debe verse como una muestra de que el trastorno ha existido desde siempre, lo que nos interesa particularmente es el modo en que esas problemáticas son establecidas como una entidad psiquiátrica tratable medicamente, y el aumento exponencial de casos una vez que se genera una categoría clínica para entender los problemas conductuales de la infancia. Lo que se da entonces es una medicalización (incluida en dicho término una psicologización) del espacio educativo. La medicina tiene la capacidad para crear designaciones de ciertos individuos o grupos sobre los cuales podrá intervenir, como hemos sostenido esto se pone en marcha de manera conjunta con otros participantes en el proceso de medicalización. El TDAH trasciende los límites de la salud y la enfermedad, su trato aparece permeado por un ideal de salud propio de la época.

2.4 La infancia medicalizada: entre el libre mercado y la utopía de la salud perfecta

La salud como estado de equilibrio es un espacio construido social, económica y políticamente, la utopía de nuestros tiempos plantea la posibilidad de un estado físico y emocional perfectible *ad infinitum*. La definición de “salud” de la OMS, entendida como:

“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”,³² funciona como noción jurídica, como dictado de igualdad social frente a la ley (derecho de los individuos a la salud, al acceso a medicamentos); pero la salud recubre un carácter normativo que orienta comportamientos, prescribe y acentúa diferencias. En su valoración actual está atravesada por aspiraciones, por una negación de la fragilidad y una previsión ante la amenaza latente de peligros para la vida. Como señala Caponi (1997):

[...] este concepto, más que impracticable, por utópico y subjetivo, puede resultar políticamente conveniente para legitimar estrategias de control y de exclusión de todo aquello que consideramos como indeseado o peligroso. En el momento en que se afirma que el “bienestar” es un valor (físico, psíquico y social) se está reconociendo como perteneciente al ámbito de la salud todo aquello que en una sociedad y en un momento histórico preciso calificamos de modo positivo (aquello que produce o que debería producir una sensación de bienestar): la laboriosidad, la convivencia social, la vida familiar, el control de los excesos. Y al hacerlo se descalificará, inevitablemente, como un dis-valor, como su reverso patológico y enfermizo todo aquello que se presente como peligroso, indeseado o que simplemente se considera como un mal (p.299).

El concepto de salud de la OMS, no puede considerarse una zona perfectamente delimitada, es decir, no es propiamente una determinación fija universal, remite a un margen de tolerancia y seguridad; el bienestar señalado no es rígido, es más una variación cuantitativa, una norma que puede sostenerse desde un promedio estadístico, en cálculos,

pero también es un concepto valorativo que se flexibiliza en relación a diferentes individuos y en relación a diferentes momentos históricos y contextos sociales.

Tenemos entonces una idea de salud que es adaptación al medio, que instituye normas y que toma concreción también en instituciones oficiales y en prácticas específicas que marcan la pauta del control administrativo de la salud de los individuos.

El TDAH como entidad clínica, como ruptura con comportamientos virtualmente deseables, pone en relación los conceptos de trastorno y anomalía como contrarios a la salud; una salud que no precisa necesariamente de la constatación biológica de la patología, el TDAH, tal como es descrito desde 1987 en el DSM III-TR, no representa el descubrimiento de una patología orgánica (no hay evidencia clara, al menos hasta el momento, de un daño orgánico) por parte de los neurólogos, a la cual le suceda una innovación farmacológica (los estimulantes ya se usaban desde antes). El TDAH, como categoría presente en los manuales de los trastornos mentales, muestra la convergencia entre las neurociencias y un nuevo ejercicio diagnóstico dado desde la psiquiatría, que responden al auge de los cuestionarios estandarizados, a las listas de verificación de comportamientos y pruebas cognitivas, como nuevas tecnologías que hacen repetible y estable una enfermedad o un conjunto de conductas asociadas a una enfermedad, que permite hablar de un síndrome o trastorno unitario. Se habla entonces de un trastorno unificado (conjunto de conductas que tienen una relación probada y clara entre sí) asociado a determinadas funciones neurobiológicas que altera el estado de salud, de equilibrio y adaptación al medio.

En las conductas ligadas al TDAH que vienen a alterar el equilibrio escolar, familiar y social, el control de los niños no se convierte en un dictado social autoritario. El fármaco opera como auxiliar frente estas dificultades; y también como un “nuevo prudencialismo” (Rose, 2012), es decir, como decisión ante el “análisis” de los riesgos y consecuencias a futuro de las acciones y decisiones sobre la salud, en la actualidad. Tenemos dos funciones del fármaco, más allá de un ejercicio coercitivo de la medicina o la IF, por un lado la posibilidad de restitución del equilibrio en las esferas afectadas por el trastorno, y por otro, el fármaco como solución a una virtual pérdida de bienestar futuro, analizamos a continuación estos puntos.

Respecto los psicotrópicos, Le Breton (2007) señala que generan una producción farmacológica de los estados de ánimo, en tanto funcionan como defensa bioquímica al reto del mundo, como una “prótesis del sentido y de restauración de la estima de sí”. Para el autor los psicofármacos pueden ser vistos como una “simulación farmacológica de la existencia” y los fines que persiguen son la competitividad, la búsqueda de bienestar, un mejor funcionamiento y ajuste ante las exigencias sociales. Le Breton describe estas prácticas como producto de un consumo fuera del ámbito patológico, que excede la respuesta médica a ciertos padecimientos. Sin embargo, sus tesis nos sirven para analizar una deriva que ha tomado el uso de fármacos para atender el TDAH, la búsqueda de un mejor ajuste y mejor funcionamiento en los distintos campos afectados, pero también una defensa ante los retos del mundo escolar y ante las fluctuaciones del estado de ánimo.

La medicalización de los estados de ánimo ha generado una medicina, una neuropsiquiatría, una psicología a la carta, “una medicina del deseo”, que fetichiza los fármacos y su administración para tratar situaciones que conllevan una inadecuación a las

normas escolares, sociales o productivas, o ante situaciones de sufrimiento fijadas desde discursos que los consideran como excéntricos a los parámetros del ideal de salud (por lo tanto patologías).

Le Breton le da una importancia mayúscula a la libre elección del sujeto entre un abanico de fármacos al hablar de “una voluntad de producir estados afectivos” (p.67). Esta “voluntad de la producción de sí”, aún cuando venga como exigencia desde el mundo adulto (desde padres, profesionales médicos o de la educación), apunta –para el autor- hacia la creación de un modo de ser ficticio, a una prótesis del sentido.

Rose (2012) en cambio sostiene que no es que los padres sientan que con el fármaco se estén creando estados de ánimo en calma y satisfacción ante situaciones ajenas a las reales.

[...] los padres no buscan crear un falso yo modificado para sus hijos, sino que esperan y sienten que cuando su hijo toma el fármaco, puede manifestarse su verdadero yo.

Aunque las representaciones culturales de estos desarrollos hablen de «estados de ánimo de diseño», lo que se le vende al paciente es un sueño de control. Tomar el control de los estados de ánimo, tratar las angustias que son síntomas de enfermedad, volver a sentirse uno mismo, recuperar su vida: estas son las esperanzas y las narrativas que movilizan las relaciones entre laboratorios farmacéuticos, médicos que recetan y personas que consumen psicofármacos (pp.207-211).

Para Rose hablar de una fabricación de una exterioridad o un yo artificial, resulta inadecuado y engañoso (pp. 211-212). Coincido con el autor en tanto que, antes que la búsqueda de una personalidad artificial lo que se busca, y la respuesta que da el medicamento, es un estado de equilibrio o de apego a ciertas fluctuaciones del comportamiento permitidas o deseables. Es decir, el comportamiento infantil se inserta en la actualidad en el circuito del libre mercado por medio de la búsqueda de control sobre su conducta y del control de los riesgos a su salud, por la posibilidad de gestión que el saber médico posibilita frente a las amenazas y riesgos que presuntamente la infancia encierra.

A continuación se discutirán los señalamientos respecto a la supuesta evolución de un niño con TDAH, haciendo hincapié en las características asignadas a un TDAH no diagnosticado y medicado oportunamente. Abordamos esto desde los planteamientos biopolíticos sobre seguridad y control del riesgo. Entendemos los planteamientos preventivos que se estudian, como un ejercicio de gubernamentalidad, es decir, como cálculo de la conducta propia y la de los otros.

Sostenemos que la prevención abre múltiples posibilidades al ejercicio del biopoder. En la acción de los diferentes agentes de la medicalización descritos arriba, la prevención adquiere matices de alarma, una alarma organizada y estructurada en torno al riesgo y el miedo. Ante esto el mercado farmacéutico, en tanto aparato y saber de la gubernamentalidad, se muestra como posibilidad de previsión, y posibilidad ilimitada de equilibrio, generándose con esto una administración de la vida que no se restringe a las tesis coercitivas de la individualidad y del control social. Como señala Vázquez García (2005), la particularidad de la gubernamentalidad biopolítica es que traslada a primer plano la libertad y la subjetividad (p.74), bases para un gobierno de los comportamientos. Es

mediante la libertad de elección, la posibilidad de previsión como la vida es tomada como objeto político, incluso si es planteada en términos de derechos. “El ‘derecho’ a la vida, al cuerpo, a la salud, a la felicidad, a la satisfacción de las necesidades; el ‘derecho’, más allá de todas las opresiones o ‘alienaciones’, a encontrar lo que uno es y todo lo que uno puede ser...” (Foucault, 1991, p.176). El gobierno como acción calculada de las conductas de los otros, para el caso que nos ocupa a continuación, acción sobre los niños y sobre las familias en riesgo y portadores de riesgo.

3. La supuesta evolución del TDAH no medicado y la administración de la infancia portadora de riesgos. Una lectura biopolítica

Este capítulo se centra en el análisis de las tesis que sostienen que un niño con TDAH no diagnosticado, que carezca o reciba tardíamente tratamiento farmacológico acompañado de una intervención psicoeducativa que regule los síntomas, tiene mayores riesgos de padecer diversas consecuencias en la adolescencia y edad adulta, y generar dificultades en el ámbito familiar y en la sociedad.

Uno de los soportes de la medicalización, es la prevención. Ella abre un abanico de posibilidades al biopoder en tanto es animada por una estructurada alarma. Estructurada en el sentido de que los distintos participantes en el tejido de la medicalización pueden cumplir una función de generadores de miedo e inseguridad, toda vez que operen bajo estos preceptos. Gubernamentalidad (ejercicio de conducción de la conducta) y seguridad se anudan en la biopolítica no eliminando, sino generando inseguridad, la medicina aquí adquiere delimita peligros y riesgos, a la vez que se posiciona como la solución a ellos. Lo anterior, es observable en el proceso de designación y tratamiento de los sujetos con TDAH, desde el modelo neuropsiquiátrico (MNP) y su suscripción por parte de la SSA; se origina un temor a futuro ligado al no diagnóstico, al diagnóstico tardío y/o a la no medicación. Se analizará en lo subsecuente este planteamiento.

3.1 Evolución de la infancia diagnosticada con TDAH según el “modelo neuropsiquiátrico” e instituciones mexicanas de salud

En la década del 90 se realizaron investigaciones desde variadas metodologías que intentaban dar cuenta de la evolución del TDAH, del curso de su desarrollo desde la

infancia hasta la edad adulta, así como conocer los posibles riesgos en los casos no diagnosticados y/o no medicados.

Biederman, Faraone, Keenan, Knee & Tsuang, (1990) y Biederman et al. (1992) realizaron entrevistas diagnósticas estructuradas a familiares de primer grado de menores diagnosticados con TDAH, y grupos control (parientes de menores sin el trastorno); ambos grupos fueron entrevistados por evaluadores que desconocían la condición de los evaluados. De lo anterior sugirieron la influencia de factores genéticos en tanto familiares de primer grado de menores con TDAH presentaban mayor riesgo de morbilidad para el TDAH, trastornos antisociales, trastorno depresivo mayor, abuso de sustancias, trastornos de ansiedad y trastorno del estado de ánimo.

Mannuzas, S. Klein, R. G. Bessler, A. Malloy, O. & La Padula (1993) y Mannuzza et al. (1998) realizan un seguimiento de niños que entre 1970 y 1977 habían sido evaluados en una clínica psiquiátrica infantil y que fueron diagnosticados con reacción hiperkinética de la infancia según los criterios del DSM-II, además de que fueron referidos por sus maestros por problemas de conducta y eran considerados por sus padres y por personal de la clínica como hiperactivos. Sus estudios encontraron una asociación del TDAH con el abuso de drogas y trastorno antisocial de la personalidad. Además de sugerir desventajas educativa y laborales durante la adolescencia y edad adulta de los menores con TDAH. Los autores señalan limitaciones en sus estudios al sugerir que su muestra se restringe al estudio de adolescentes y adultos blancos de clase media de inteligencia promedio remitidos a una clínica psiquiátrica a la que se refieren pacientes gravemente enfermos. Además de que su investigación indaga la evolución de niños con un TDAH sin comorbilidad; al mostrar los

estudios epidemiológicos que hasta un 50% de niños con TDAH presentan comorbilidad, la muestra no es representativa del TDAH en su conjunto.

Biederman, Wilens, Mick, Spencer & Faraone (1999) señalaron que en adolescentes y adultos con TDAH sin tratar, los factores de riesgo son significativamente mayores y que la farmacoterapia reduce el riesgo de abuso de sustancias en la juventud en un 85%.

Murphy, Barkley & Bush (2002) asociaron al TDAH con menores probabilidades de obtener grados universitarios; mayor propensión a la dependencia y abuso de alcohol y cannabis; a trastornos de aprendizaje, trastorno oposicionista desafiante, conducta antisocial e intentos de suicidio; mayores probabilidades de recibir medicamentos psiquiátricos y atención en servicios de salud mental. Otros aspectos estudiados por este equipo son la relación entre TDAH en la infancia y la conducción a exceso de velocidad y los accidentes automovilísticos en la adolescencia y adultez (Barkley, Murphy & Kwasnik, 1996).

A partir de los estudios recién citados diversos autores han redactado trabajos que sostienen el riesgo derivado de no diagnosticar oportunamente el TDAH y han armado lo que denominan la “evolución” del trastorno, así como su efecto sobre la familia, la comunidad, y la sociedad en su conjunto (Mannuzza & Klein, 2000; SSA, 2002; Harpin, 2005). Me referiré a continuación a los señalamientos sobre los pronósticos a futuro.

Durante la adolescencia la hiperactividad suele disminuir, no así, la falta de atención y la impulsividad. Pueden desarrollarse comportamientos agresivos y antisociales, mostrándose más conflictos entre padres y adolescentes (p.27). Los jóvenes con TDAH tienen mayor riesgo de mostrar fracaso académico, deserción escolar, embarazos adolescentes y comportamiento criminal. Mayores riesgos al conducir, mayor riesgo de

violaciones de tráfico, principalmente por exceso de velocidad y también mayor implicación o responsabilidad en accidentes de tráfico, incluyendo algunos fatales (Harpin, 2005, p.30; SSA, 2002, p.26).

La Secretaría de Salud señala como pronóstico de los niños con TDA (considerando que éste debe ser cuidadoso y reservado). Durante la adolescencia hay mayores probabilidades de que surja adicción a drogas ilícitas y embarazos no deseados debido a la actitud impulsiva que les conduce a tener relaciones sexuales sin protección. A lo anterior se suman dificultades escolares (SSA; 2002, p.26).

Harpin señala que el 60% de individuos con síntomas en la infancia, sigue teniendo dificultades en la vida adulta (pp.32-33). Presentan mayores dificultades de adaptación en el campo laboral. Son más propensos a ser despedidos, recorren muchos puestos de trabajo antes de encontrar uno en el que puedan tener éxito. Con frecuencia se autoemplean. En los lugares de trabajo presentan mayores dificultades interpersonales con otros empleados y dificultad para sobrellevar cargas de trabajo. Tienen además mayor riesgo de consumo de drogas ilícitas y otras sustancias (SSA, 2002, pp.5, 26,34).

La detección temprana, el tratamiento médico y el control de la conducta, persiguen reducir los efectos negativos a corto y largo plazo en el diagnosticado y en la sociedad, evitar los riesgos que puedan observarse en la adolescencia o la vida adulta (SSA, 2002, pp.26-27)

Para completar el pronóstico y remarcar el factor de riesgo al que se asocia el TDAH, hay que considerar su alta comorbilidad, principalmente asociada a las dificultades en el aprendizaje y a comportamientos que son relacionados con conductas antisociales y

altamente proclives a derivar en problemáticas asociadas al consumo de drogas ilícitas. Diversos autores señalan una alta concordancia de los ítems especificados para el TDAH con el Trastorno Negativista Desafiante (TND), Trastorno Disocial y Trastorno antisocial (House, 2003, p.103; SSA, 2010, p.80), todos ellos, considerados por el DSM IV-TR, como trastornos de la conducta que aparecen en la infancia o en la adolescencia.³³

Como se apuntó anteriormente, los señalamientos sobre el riesgo futuro para el niño con TDAH y para la sociedad, conforman una de las principales tesis que vuelven medicalizable a la infancia. La noción de riesgo se inscribe transversalmente en las prácticas de los distintos participantes en la medicalización.

El tema de la peligrosidad y el riesgo en psiquiatría, ha sido abordado por diversos autores. Recupero algunas tesis para intentar dar cuenta de su modo de operación e infiltración social en el caso del TDAH y de trastornos a los que éste se asocia.

3.2 Infancia en riesgo. Del esencialismo genético a la susceptibilidad

Robert Castels (1986) identifica el pasaje en la psiquiatría de la noción de “peligrosidad” a la de “riesgo”. A la primera noción, la relaciona con el movimiento de la psiquiatría clásica³⁴ que consideraba al enfermo mental como un posible peligro a futuro, en tanto era probable que presentara actos violentos o comportamientos imprevisibles. Al no disponerse de técnicas preventivas ante el posible peligro se optaba por el encierro. Hay aquí un individuo concreto que encarna la peligrosidad en sus acciones aleatorias; entre esta sinrazón y la “imputación de peligrosidad” se va a establecer una relación, aún cuando ésta sea solamente una hipótesis. La amenaza es inmanente a este sujeto por lo que será

preferible aislarlo, correr el riesgo de no hacerlo vuelve latente el trágico destino. La prevención ante el peligroso es una tecnología rudimentaria: encierro o esterilización.

A mediados del siglo XIX, con el desarrollo de su “teoría de la degeneración”, el médico Augustin Morel³⁵ marcará una inflexión, un pasaje de la noción de individuo peligroso a la idea de población peligrosa; y con esto, dos modos de afrontar el riesgo. Al primero corresponde una vigilancia individual, y al segundo una gestión previsor de inspiración higienista. El movimiento de la peligrosidad al riesgo va acompañado de un cambio en la clínica, en la primera se privilegia la mirada, el acecho cuidadoso del peligroso; en la otra aparece la estimación del dato, el estudio de los factores de riesgo que probabilísticamente son asociados y que definirán el peligro a prevenirse, generando un ejercicio planificado de los gestores (médicos) y administradores políticos.

Tenemos entonces una transformación del ejercicio del poder disciplinario, ya no se trata solamente de vigilar, corregir, castigar o curar a individuos determinados, lo que se persigue ahora es prevenir factores de riesgo asociados a una población presumiblemente disruptiva. Este movimiento de prevención “eleva [...] la sospecha a la dignidad científica de un cálculo de probabilidades” (Castels, 1986, p.232).

El supuesto “desarrollo natural” del TDAH puede ser visto como una construcción del peligro, un estado que encierra en sí un riesgo, que potencia, o eleva las probabilidades de aparición de comportamientos riesgosos e indeseables en el ámbito escolar, familiar y social. El no diagnosticado o no medicado es entonces un potencial consumidor o adicto a drogas ilícitas, un latente desafiante de la autoridad y las reglas sociales, un agresivo y antisocial larvado, un virtual conductor irresponsable y peligroso.

Si bien la Secretaría de Salud (2002) sostiene que el pronóstico que hacen del TDAH debe ser reservado y cuidadoso (p.26), no por ello deja de quedar atrapada en una utopía previsor moderna, un milenarismo imbuido de una “ensoñación tecnocrática, racionalizadora, que pretende el control absoluto del accidente concebido éste como interrupción de lo imprevisto. En nombre de la erradicación total del riesgo [...] construyen en su propio provecho un enjambre de nuevos riesgos...” (Castels, 1986, p. 232).

A más de una década de escrito el Programa Específico para el TDA (2002), la concepción de la Secretaría de Salud (SSA) y de médicos de distintas instituciones dependientes de ésta, mantiene una constante respecto a los intentos de prevención: el dato probabilístico (la posible evolución del niño con TDAH) es convertido en una certeza de la que proviene en buena medida el privilegio del tratamiento farmacológico. Dichos planteamientos introducen la sospecha del riesgo futuro, atribuyéndose sus creadores la función de técnicos expertos en el control.

La búsqueda de defensa de la sociedad que tiene como eje la contención del desarrollo de una infancia potencialmente riesgosa, atraviesa a la población en su totalidad, a modo de contagio, el miedo y la angustia ante lo que pueda resultar amenazante son difundidos por todas partes. La tesis que sostenemos es que la operación de gestión y control de la vida que se despliega en las prácticas de prevención de los trastornos de conducta de la infancia está permeada por un clima de inseguridad social característico del ejercicio biopolítico. La inseguridad es la constante entre la población, esto genera no sólo una aceptación de las prácticas precautorias que se establecen sobre el TDAH, sino que estas son asimiladas como inevitables e incluso deseables. La medicina deviene sistema de defensa ante una solicitud colectiva de seguridad.

Plantaremos a continuación dos posibles lecturas sobre el supuesto “desarrollo” o “evolución” de un diagnosticado con TDAH que pueden desprenderse desde las instituciones, asociaciones o investigaciones que las enuncian. Lo más importante, y que representa el interés de esta exposición es el hecho de que ellas dejan una impronta en la población y de manera particular en los distintos implicados con el trastorno: instituciones de salud, profesionales del campo psicológico y psiquiátrico, padres, escuela, industria farmacéutica, consumidor, etc. Todos ellos toman un papel activo en la construcción de estos “estados patológicos”. Los acercamientos que mostramos encierran en sí mismos un ejercicio del poder, que aún cuando no son excluyentes uno de otro, si permiten pensar diferentes políticas sobre la vida en y desde diversos ejercicios de administración de la salud.

Hemos visto por un lado un reduccionismo biológico, una conexión directa entre los posibles riesgos a futuro y los componentes neurobiológicos asociados al trastorno. La no medicación y el diagnóstico tardío que desemboca en un callejón sin salida. En torno al TDAH y a sus comorbilidades giran las marcas inscritas en un cuerpo permanentemente riesgoso para sí mismo y para la sociedad. A esta mirada corresponde una estrategia de contención, un ejercicio de vigilancia permanente. Por otro lado, una concepción del control, de la gestión de los posibles riesgos o problemáticas asociadas a futuro en la que prevalece una lógica de la protección social.

3.2.1 El riesgo pensado desde un determinismo genético

Para Rose (2012) el temor que generó la entrada en el “siglo de la biotecnología”, la supuesta posibilidad de fabricación de la vida por la selección genética, la evitación de las

afecciones hereditarias, etc., se convirtió más en un temor infundado que en la transformación real de lo que se preconizaba (p.21).

La búsqueda de conexiones directas, de genes específicos causantes de determinados comportamientos o elecciones, “gen de la violencia”, “gen de la homosexualidad”, “gen del autismo”, pronto se reveló como un reduccionismo biológico. Esto a su vez despertó las alarmas de pánico ante programas de control social racista, los fantasmas de la teoría de la degeneración y la eugenesia actualizaron los temores de que se produjesen medidas coercitivas derivadas de los usos de la herencia genética.

El optimismo de un mundo feliz, de una nueva era sin enfermedad tampoco transformó sustancialmente el panorama de la salud. La intuición de que a mayor cantidad de fármacos correspondía una mejor salud no se verificó pero si se volvió fuente de sugestión y contagio entre la opinión pública. Estas tesis que basaban la prevención en el descubrimiento de la causa, que apostaban por una causalidad monogenética hicieron circular en los nuevos consumidores de la salud un imaginario de posibilidades que caló hondo socialmente. Por otro lado, el periodismo de divulgación no especializado reforzaba y refuerza consistentemente el optimismo generado por la biotecnología de inicios de este siglo. Sobrevalúan y sobreatienden la dirección biológica causal, y en la búsqueda de novedad infiltran estos discursos en una población ávida de borrar la enfermedad y el dolor de sus vidas.

Estas interpretaciones simplistas, de un reduccionismo biológico circulan lo mismo en los medios de comunicación que entre médicos, gestores de políticas de salud, en las universidades, entre maestros, padres y consumidores (ver anexo 2).

Desde la causalidad directa, o desde la aceptación de los supuestos sobre la evolución del TDAH configurados como discursos de verdad en tanto desarrollos de la investigación científica, podemos entender que la SSA se presenta como instancia de protección social, no llegando a conformar una neuropolítica, ni una nueva eugenesia, pero sí siendo generadora del miedo y la inseguridad y a la vez la instancia que da contención.

María Laura Matsuo, madre de un niño de 13 años diagnosticado con TDAH y recetado con metilfenidato señala:

En el Instituto de la Comunicación Humana de la Secretaría de Salud le recetaron Ritalin® a mi hijo. Aunque comenzó a estar más tranquilo, estaba todo el día adormecido y ansioso. Los médicos me decían que si no lo medicaba iba a ser un violador, un drogadicto o un asesino, y entonces lo mediqué durante años (Norandi, 2006).³⁶

El “Programa Estatal de Prevención del Delito. Chiapas”, presentado en 2009 por el gobierno de dicho estado se plantea como una de sus nueve líneas de acción en el eje educativo -junto a programas de diagnóstico y tratamiento de menores infractores y programas de reinserción social para sentenciados y otras medidas de prevención del delito- la creación del Sistema Educativo Gratuito para niños con TDAH. La justificación de la acción está dada por la alta prevalencia de TDAH que encuentran en su Centro de Rehabilitación para Menores Infractores “Villa Crisol”, y que ubica por encima de la media nacional señalada por la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil: 3 de cada 10 niños en la población general (Comité Estatal de Prevención del Delito, 2009, p.29-30).

Esta concepción sobre los trastornos de conducta de la infancia, y sobre su evolución en la adolescencia y la vida adulta, determinada probabilísticamente por medio de conexiones causales o encadenamientos explicativos, da muestra -a través de un ropaje cientificista y a través del temor a desatender sus indicaciones- de la activación de un sistema permanente de vigilancia (ejercicio de poder sobre los cuerpos ejercido a nivel individual) y regulación de la población.

La medicina en la época del biopoder va a permitir también la circulación fluida de la disciplina de los cuerpos para el manejo de las poblaciones, y también el manejo de las poblaciones para la disciplina de los cuerpos individuales. De esta forma, va a adquirir nuevos efectos de poder, mucho más poderosos, dado que sus consejos, prescripciones y técnicas atencionales se consideran ahora como normativos (Benasayag, 2012, pp.12-13)

Las nuevas estrategias de prevención organizadas por la salud pública no se fundamentan en un determinismo genético, intentan afianzarse en la explicación desde la herencia genética, pero difícilmente señalan a los componentes biológicos como destino inalterable.³⁷ Tampoco son planteadas solamente como control sobre cierto grupo amenazante, sino que funcionan como una administración de la vida a través de la gestión del riesgo.

3.2.2 Los riesgos desde los modelos previsionistas

La búsqueda de reducción del riesgo latente que se busca a partir del trazado de la evolución del TDAH, deviene biocontrol que actúa concatenado con tecnologías de

detección, con herramientas preventivas, todos afianzados por una salud pública que se mueve en el terreno fangoso de la susceptibilidad, de posible disrupción a la norma.

Las caracterizaciones que se hacen de la evolución del TDAH no son obra de proyectistas perversos o de intereses oscuros. son producto de la propia disciplina desde la que se gestan, y pueden desarrollarse bajo la firme convicción y el optimismo de su utilidad, pero la interpretación del resultado de investigación puede estar atravesada por prejuicios o basada en estereotipos. Si se aplican escalas como las utilizadas para diagnosticar el TDAH, o se evalúa desde los criterios del DSM a un grupo de menores infractores y se encuentra que en ese momento cumplen o que cumplían los criterios de un TDAH en la infancia, no podemos determinar que una es causa de otra, es decir, que el TDAH causa o deriva en infractores a la ley, ni aunque le antepongamos la fórmula utilizada para salvar las inconsistencias: “probablemente”. Por no reiterar en el carácter laxo de la definición del trastorno y en que claramente se señala que las conductas que lo componen son observables en casi toda la población infantil. Y no porque pretenda que sólo puede ser afirmado el dato irrefutable, es entendible la metodología que emplean, es claro que intentan la determinación de riesgo y no hacer generalizaciones. Sin embargo estamos hoy dotados de conocimientos técnicos, pero también históricos, que nos permiten y nos obligan a ser más cautos a la hora de interpretar los resultados de investigación y en poner en cuestión las hipótesis que las orientan, pues también es un peligro y un riesgo construir conocimientos bajo el influjo sugestivo de la inseguridad y la estigmatización.

Con la descripción de la evolución del TDAH podemos observar asociaciones que no son generalizables, conductas disímiles que pueden ser explicadas por causas diversas.

Los riesgos asociados al TDAH suelen ser usados con mucha ligereza por algunos profesionales. La delincuencia, el abuso en el consumo de drogas, el fracaso escolar, etc., son fenómenos multicausales que no pueden ser directamente asociados o considerados como un riesgo o como producto de una infancia con TDAH. Hechtman (1999) señala que los resultados de los estudios de seguimiento de niños con TDAH muestran variaciones significativas. Las investigaciones que han tratado de predecir posibles resultados se han centrado en variables específicas, sin embargo las conductas que presumiblemente aparezcan en la adolescencia o edad adulta no se pueden asociar a una variable inicial particular, sino que involucran la interacción de múltiples factores, que actúan conjunta y acumulativamente; lo anterior no siempre es mantenido en mente a la hora de interpretar los resultados de investigación.

Lo que puede resultar un riesgo son los usos que pueden darse a las designaciones de las predisposiciones sociales, ambientales o psicológicas. Los señalamientos de población o zonas de alto riesgo pueden convertirse en la llave de entrada a procesos de patologización, estigmatización, y exclusión.

Por ejemplo, bajo la lógica de prevención pueden no estar presentes ciertos comportamientos indeseables, pero es posible “la identificación de individuos presintomáticos en riesgo mediante el análisis de combinaciones de factores vinculados estadística y clínicamente con la conducta problemática de la patología en cuestión” (Rose, 2012, p.487).

Rose (2012) sostiene que los que se consideran, desde estos modelos previsionistas, como individuos en riesgo genético:

Son personas respecto de las cuales se piensa – sobre la base de un examen genético o historia familiar- que tienen cierta susceptibilidad a desarrollar una afección; por consiguiente es posible que se trate, en el presente, como si existiera alta probabilidad de que en el futuro se vean afectados de modo tal que se justifique ciertas intervenciones, aunque no manifiesten signos actuales del problema en cuestión, y a pesar de que sea imposible predecir la certidumbre, índole, momento y gravedad de cualquier dificultad (p. 474).

Al reconocer el desconocimiento de los factores etiológicos y fisiopatológicos del TDA, resulta difícil llevar a cabo una prevención primaria; pero la SSA propone otros tipos de intervenciones sustentadas principalmente en la suposición de la heredabilidad genética del trastorno, al respecto señalan:

El factor genético es el más importante en la etiología, pero no conocemos el defecto genético específico, con lo que no se puede pensar por el momento, en una intervención en este nivel, sin embargo, conociendo las posibilidades de que en la misma familia se presenten varios casos, esta información puede ser compartida con los padres dejándoles la oportunidad de elegir el desarrollo de futuros embarazos (SSA, 2002, p.27-28).

O en otras palabras: “Proporcionar orientación a las mujeres que acudan a consulta, previamente a embarazarse, sobre todo a aquellas que han tenido ya un niño o varios con TDA, sobre sus posibilidades de que el evento se repita”(p. 64).

Considero que hay una extralimitación en el uso del componente hereditario ligado al TDAH, un determinismo genético muy simplificado, tendiente a ver como inamovible el

destino de una vida, lo anterior adquiere mayor relevancia cuando se intenta prevenir aduciendo la presunción hereditaria. La idea del “riesgo genético” nos coloca en una posición de latente y virtual enfermedad, no es claro que la enfermedad pueda manifestarse, ni cuándo sucederá; pero desde el control de riesgos nuestros genes se vuelven amenazantes. Como señala Sfez (2008), los genetistas mismos, salvo en las enfermedades donde hay una clara y fundamentada delimitación de causalidad genética, en la mayoría de los casos donde hay alguna implicación de éste tipo, no tienen claro qué hacer. Para estos casos, “los más numerosos, el pronóstico se parece más bien a la predicción, es decir, al cálculo de probabilidades: el medio ambiente, el medio social y los recursos financieros de cada uno, las condiciones psicológicas, el nivel cultural e información, y por lo tanto la posibilidad de cuidados, e incluso el azar, tienen su parte” (pp.69-70). Contrasta que la implicación de estos componentes sea frecuentemente olvidada y que se hagan señalamientos sobre la prevención de enfermedades desde un determinismo poco prudente (ver anexo 2).

La promesa despertada por los avances biomédicos que caracterizaron la década del 80 y las siguientes, en el sentido de que sería posible conocer la causa de ciertas enfermedades y tener los fármacos para curarse, lejos estuvo de cumplirse; el TDAH es parte de esa promesa incumplida, pero sobresale el hecho de que si no se logró conocer su etiología y el tratamiento para eliminarlo, se siga manteniendo la confianza en que no hay retorno o vías alternas al camino trazado.

Esta nueva política del control, vuelve la práctica de los encargados de hacer valer los principios precautorios, en un gobierno de la conducta, que en nombre de la seguridad, más que un principio de curación construyen una “moral sanitaria políticamente correcta”

(p.53). Esa moral sanitaria es acogida socialmente en un clima de inseguridad, la consigna entonces es, por ejemplo: “que no sea tarde para tratar la enfermedad”.

3.3 El miedo y la seguridad calculadora

Opera en las prácticas de medicalización un componente que podemos designar como el registro del miedo y la seguridad.

Bauman (2007) señala que el miedo está ligado a la incertidumbre, a la ignorancia ante cómo actuar y qué hacer ante lo amenazante, pero implica también una cierta impotencia, en tanto detener y combatir la incertidumbre está fuera de nuestro alcance. Existe además un miedo que permea las relaciones sociales y culturales, un «miedo derivativo», secundario, que se sostiene en un sentimiento de susceptibilidad al peligro, que genera también y básicamente una sensación de inseguridad y vulnerabilidad, y una vez que una persona haya interiorizados estos componentes, “recurrirá de forma rutinaria (incluso en ausencia de una mirada auténtica) a respuestas propias de un encuentro cara a cara con el peligro; el «miedo derivativo» adquiere así una capacidad autopropulsora” (p.10-12).

Para el caso que nos ocupa, este miedo secundario, fundamentado en la posibilidad de ser portador de riesgos, adquiere toda la dimensión de la tecnología reguladora de gobierno, una conducción de las conductas, de otros y de uno mismo. Es posible elegir entre desafiar o protegerse de una amenaza representada por la susceptibilidad.

El miedo fuerza a la seguridad calculadora a convertirse en una racionalidad que puede tornarse delirante y que interviene en los modelos deterministas como un ejercicio de poder soberano de sus agentes constructores y planificadores, convertidos en industria de

asimilación de lo imprevisible; el miedo lleva también a los modelos previsionistas a hacer asociaciones forzadas, a encadenar riesgos.

Así lo deja ver el programa para la atención del TDA creado por la SSA. Al respecto apuntan:

El conjunto de centros conocidos como Centros de Integración Juvenil atiende a una población adolescente que padece trastornos de conducta y problemas de adicción. Dentro de ellos hay seguramente muchos pacientes con TDA y ya está en marcha un programa para capacitar al personal de estas dependencias para que colaboren en el diagnóstico de TDA (SSA, 2002, p.40).

Las estrategias de prevención y las tesis de la susceptibilidad se avalan también desde un movimiento retrospectivo. Así, la causa de problemáticas aparecidas en la adolescencia o la edad adulta, se explican en una posible infancia con TDAH. Una evaluación en la actualidad sobre la suposición en la infancia de características atribuibles a dicho trastorno; o indagaciones sobre patrones familiares ligados a una sintomatología presuntamente cercana al TDAH (de donde se extrae la sospecha de heredabilidad), son atenuantes para establecer asociaciones. Haya sido dado el diagnóstico o no. Pues en todo caso un no-diagnóstico puede arrastrar mayor riesgo y por ende mayor margen explicativo.

De manera similar, se sostiene que habrá que poner especial atención a otra población históricamente asociada como población de riesgo. Una de las líneas de acción del PETDA es:

Promover que en la participación de los servicios de salud mental en la atención de los niños en situación de calle se incluyan contenidos de TDA. Los niños en

situación de adversidad son especialmente vulnerables al desarrollo del TDA, particularmente en aquellas formas comórbidas con trastornos de conducta y adicción. Esta población debe de ser una particular preocupación de este programa (SSA, 2002, p.56).

Esta consideración hacia los niños en situación de calle tiene diversas aristas que no se constriñen a preguntarnos por la presentación de problemas de conducta o adicciones, sino que llevan implícita una estigmatización en torno a niños sin contención institucional, y podríamos pensar también a la infancia proveniente de extractos económicamente desfavorecidos. En esta línea González Duarte (2009), médica especialista en neurología, en un artículo donde muestra su preocupación sobre el aumento de la delincuencia, señala que hay condiciones para que el trastorno antisocial se desarrolle y que si entendemos su contexto de producción desde las neurociencias se podrá detener la avalancha de sociópatas que aumenta cada vez más en el país. Después de dar una explicación sobre los procesos neuronales implicados en la agresión, señala que el medio ambiente juega un papel preponderante en la expresión de las enfermedades. Apunta que entre los factores sociales que hacen que se manifiesten las conductas violentas se encuentra:

[...] principalmente el medio familiar, con infancias castigadas o muy frustradas en sus necesidades básicas y sin vínculos significativos que sirvan como modelo para la socialización primaria. Por lo general producen individuos moralmente depravados. Al crecer y estar rodeado de estímulos agresivos y familiarizados con las conductas violentas, el cerebro se ‘acostumbra’, es decir, existen menos impulsos inhibitorios de la corteza prefrontal a las áreas que generan ansiedad y miedo. Hasta el momento no se ha tomado ninguna medida porque no se conoce la

manera de prevenir el trastorno de personalidad antisocial. Sin embargo, una hipótesis es que se debe iniciar un condicionamiento positivo dirigido a aquellas personas que desde edades tempranas presenten rasgos antisociales, controlar los medios sociales más agresivos y violentos, e impulsar campañas enfatizando los valores sociales para que disminuyan los índices de violencia en nuestro país (p.20).³⁸

Lo que queremos resaltar es que los procesos de medicalización se ven sostenidos por la presentación y asimilación de distintas tesis que recalcan el carácter de riesgo implicado en los trastornos conductuales de la infancia.

Las modernas patologías de la infancia ligadas a los comportamientos antisociales, el TDAH y las recientes formas de medicalización de la población son discursos epidemiológicos que no responden solamente a necesidades de salud. Esto puede constatarse en tanto no se apunta a curarlos, sino solamente a contenerlos, ya hemos dicho que diversos autores han señalado la cronicidad del TDAH remarcando que sus síntomas persisten durante toda la vida (Vásquez et. al. 2010, p.23; SSA, 2002, p.25).

No es la eliminación del individuo peligroso o la eliminación de las patologías en defensa de la población, es una actuación en el orden de gobierno de las conductas, donde la prevención opera como dispositivo de seguridad ante el temor al riesgo, mismo que refuerza a su vez las prácticas de medicalización de la infancia.

3.4 Prevención y pánico moral

El cruce entre instituciones científicas e instituciones elaboradoras de las políticas estatales de salud crea discursos de verdad estatuidos científicamente. El conjunto de los distintos

participantes en el proceso de medicalización los asumen y avalan. No es necesaria la prueba de verificación, sino la convicción y aceptación.

Hemos señalado que respecto al TDAH, existen controversias en torno a una delimitación clara del trastorno como entidad médica, sin embargo, de manera casi unánime es así interpelado. Como un padecimiento neurobiológico crónico, asociado a diversas problemáticas de adaptación escolar, social, familiar y laboral. Y quizás por su asociación (estadísticamente estudiada) con posibles adicciones y conductas violentas; las medidas de contención y prevención están fundamentadas o legitimadas en los riesgos concomitantes que encierra -según la evolución del trastorno-. La presunción de riesgo se afianza como una mezcla de estadística, interpretación simplista de la genética, y el incremento de la inseguridad que se globaliza no sólo geográficamente, sino en toda la capilaridad social y que acoge con agrado la vigilancia del virtual riesgo.

Encabezados de diarios como: “Niños hiperactivos, bombas de tiempo”, “Niños hiperactivos, con más tendencia al delito”, o “Medicamentos para el TDAH reducen la delincuencia”, “¿potenciales delincuentes?”, entre otros (ver anexo 2); marcan una frontera difusa entre prevención y disciplinamiento, entre la búsqueda de salud y una moral sobre el cuerpo, entre la protección de la vida y su negación (Esposito).

Lo que podemos considerar como el dispositivo epocal de la inseguridad-seguridad, y que podemos introducir como diagrama en la medicalización, muestra los usos económicos y políticos del riesgo, y evidencia un ejercicio médico con una infiltración moral. Ante el temor a pasar a formar parte de la peligrosidad, la resistencia a la

intervención farmacológica es cada vez menor. Es obediencia o encarnación permanente del riesgo, a lo que se suma el temor a la anunciada perpetuidad de la patología.

Describo a continuación la justificación que da la SSA para atender oportunamente el TDAH. Desde estos planteamientos puede ilustrarse el modo en que se compenetran en la prevención, salud y moral.

El TDA es un problema serio. Ha quedado atrás la idea de que su presencia es inocua, que desaparece con la adolescencia, que es un problema transitorio de conducta y de que no hay razón para preocuparse.

Sus efectos sobre la salud pueden ser graves, no sólo por la posibilidad de comorbilidades importantes sino que, por sí mismo, puede ser causa de frustración que lleve a una sensación de fracaso, de ineptitud y de aislamiento... Favorece la presentación del hábito de fumar, que es dañino para la salud en formas variadas, y puede ser un factor que favorezca la farmacodependencia, cuyas secuelas son bien conocidas. Igualmente puede ser un factor en la presencia de embarazo a edades muy jóvenes con la consecuente repercusión en la salud de la madre y del producto (SS, 2002, p.36).

Lo que se plantea como posible prevención, o como necesidad de atención temprana en nombre de la salud, toma matices morales. El portador de riesgo, de no atender las indicaciones que le son señaladas o de no ser detectado oportunamente atenta contra la salud y pone en riesgo al resto de la población. Foucault (2000) define la *parapatología* como una construcción cercana a la enfermedad, cercana a las características de un trastorno, pero que no alcanza para ser una enfermedad, en cambio,

está imbuida de una connotación moral (p.32). Sirve la cita anterior para hacer notar que no es que los señalamientos sobre los riesgos concomitantes a no medicar tengan un carácter alucinatorio, o que sean obra de intereses perversos; son derivaciones de miedo donde todo o nada puede suceder, su imprevisibilidad es elevada a un peligro extremo, pero lo realmente peligroso puede resultar el miedo y la incertidumbre generada.

Comportamientos tan disímiles como la sensación de fracaso o de ineptitud se hacen pasar aquí junto con hipótesis sobre el posible favorecimiento de hábitos de fumar o de farmacodependencia como resultantes o posibles consecuencias del mismo origen. Por sí mismos no constituyen las características de algún trastorno, pero en tanto riesgo, armado como un conjunto de posibles daños, no necesita verificación, solamente que las conductas asociadas guarden cierta relación, se piensen como cercanas a los síntomas del trastorno. Por ejemplo, consideran al TDAH un factor favorecedor de embarazos no deseados en adolescentes debido a la, “impulsividad que los orilla a tener relaciones sexuales no protegidas, aun teniendo toda la información correcta para evitarlo” (SS, 2002, p.26). Al señalarse que el TDA está relacionado con una alteración en la inhibición de la conducta, se pueden establecer las conexiones más insospechadas, ¿hay atribución de responsabilidad ante las acciones efectuadas?, el sujeto es responsable de todo y de nada.

Continúa la Secretaría de Salud señalando los efectos del TDA:

La presencia de un niño con TDA en un grupo escolar, sobre todo si el maestro no está preparado para lidiar con él, interfiere con la estabilidad educativa de los otros educandos y puede disminuir los logros del grupo. En la adolescencia o en la edad adulta dificulta la adecuada preparación académica para el trabajo y por lo tanto,

influye en la posibilidad de alcanzar niveles de empleo satisfactorios. El desarrollo social se ve afectado desde múltiples puntos de vista. El rechazo de la familia, los maestros y los compañeros de escuela interfieren con el desarrollo social, y la falta de integración y la dificultad para hacer y conservar amigos son consecuencias indeseables. Estos problemas se ven agravados con la adolescencia en donde pueden presentarse las mismas dificultades que en la niñez pero con secuelas más severas, que pueden incluir el abandono de los estudios y, en aquellos casos con comorbilidad, pueden ser un factor que favorezca la delincuencia (SS, 2002, p.26).

Justificados en que lo que se señala son solamente posibles consecuencias, cada una de las cuales acarrea o sugiere a su vez distintas dificultades, los responsables del Programa Específico de TDA (PETDA) establecen conexiones simplistas y sin posible verificación.

La falta de productividad educativa lleva a la imposibilidad de alcanzar un desarrollo educativo óptimo, esto a su vez dificulta alcanzar niveles de empleo satisfactorios. Podemos entender estas asociaciones como una explicación de las supuestas problemáticas laborales resultantes del trastorno ya señaladas arriba: ir de un trabajo a otro, autoemplearse, conflictos con compañeros de trabajo, etc.

Hay en las observaciones de la SSA al menos dos cosas que hay que resaltar. La asociación del TDAH a niveles de productividad bajos, en lo escolar y en lo laboral; además aparecen como amenaza a la estabilidad y el funcionamiento escolar, y a que se

presenten conductas delictivas. Y es entonces en nombre de la protección pública que debe vigilarse la evolución del trastorno.

La SS da más muestras de las consecuencias del trastorno en quien lo padece.

La dificultad de formar relaciones estables y duraderas contribuye para que en la adolescencia o en la edad adulta se presenten problemas en las relaciones de pareja, rompimiento de la familia, abandono de los hijos, dificultades en las relaciones laborales y consecuentemente, estancamiento o retroceso en el desarrollo social (SS, 2002, p.37).

La planteada evolución del TDAH puede ser vista como la construcción de una serie. No hay rasgos patológicos evidentes, hay elementos que extraídos de este contexto no explican nada, sólo adquieren significación en el encadenamiento. Conductas que pueden asociarse con una transgresión a la moral social se vinculan al trastorno, “ilegalidades infraliminares, incorrecciones no legales” (Foucault, 2000, p.32), pero que planteadas en conjunto intentan mostrar un parecido con el trastorno, o dotar de identidad el riesgo, armar la amenaza futura desde la explicación prospectiva y retrospectiva.

El parecido pone en cuestión la pretendida “pureza” y especificidad que el DSM quiere darle al TDAH. Su alta comorbilidad llevaría a pensar en la búsqueda de causas diversas a los síntomas asociados al TDAH, pero por otro lado, abre una grieta que hace posible ver y pensar en una patologización de rasgos semejantes, relación marcada por la pertenencia a conductas medicalizables (fumar, embarazo adolescente, inadaptación laboral, etc.).

La evolución del TDAH conforma una serie de faltas, una parapatología. Las distintas asociaciones constituyen la serie que muestra “un comportamiento, una actitud, un carácter que son moralmente defectuosos sin ser patológicamente enfermedades ni legalmente infracciones. Es la larga serie de las ambigüedades...” (Foucault, 2000, p.32).

Concluye el apartado del Programa Específico del TDA (PETDA).

Fundamentalmente el TDA puede ser un factor de infelicidad que interfiera con una vida plena en cualquier edad y que limite las posibilidades de éxito, o al menos las dificulte significativamente. Las razones para promover un diagnóstico y tratamiento temprano son evidentes (pp.36-37).

Si las sociedades disciplinarias buscaban la vigilancia y el castigo del infractor, del anormal; en las sociedades de control se persigue la gestión del riesgo, se apunta al gobierno de la vida considerada en toda su extensión (gobierno de sí y de los otros). Una vigilancia en el presente, se atiende hoy, contrastando con el pasado, para prevenir el futuro. La prevención puede llegar a los asintomáticos o presintomáticos. Señala la SSA que debido a los aspectos genéticos implicados en el trastorno, hay una mayor probabilidad de que los adultos con TDAH tengan hijos con el mismo trastorno, creándose con esto mayores problemas en la crianza de los hijos y creándose un ciclo de dificultades (p. 35).

La tesis de la cronicidad del trastorno coloca en un laberinto donde el fármaco parece la única salida. Parecen decirnos las tesis antes analizadas, es el fármaco o la posible infelicidad, dificultad en las relaciones, adicción y la larga lista de supuestas consecuencias.

Pensar fuera de concepciones morales y considerar las implicaciones políticas y económicas que atraviesan a la medicalización de la infancia resulta hoy una tarea ineludible, este trabajo busca abonar a ello.

Conclusiones

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) no es un asunto que competa estricta y únicamente al campo médico. Se fundamenta lo anterior en que a su alrededor giran nociones como infancia, normalidad, salud, enfermedad, conducta infantil, dificultades de aprendizaje, cuerpo, y otros conceptos que exceden y no se constriñen al campo de la salud, las cuales tienen implicaciones que es conveniente pensar atendiendo los conocimientos de diversas disciplinas. Resulta entonces fundamental adoptar no solamente un enfoque interdisciplinario en su atención (cosa que es casi homogéneamente reconocida como necesidad, pero no siempre es practicada), sino también en el modo en que es comprendido el trastorno.

Se han hecho notar diferentes controversias sobre el tratamiento y el diagnóstico del TDAH que desde el modelo neuropsiquiátrico (MNP) y desde la Secretaría de Salud (SSA) del país suelen minimizarse. Nos ha interesado responder por qué existiendo importantes desacuerdos el MNP es asimilado como la mirada hegemónica sobre el TDAH. Para contestar esto hemos analizado el contexto y las condiciones que posibilitaron la inclusión del TDAH en las clasificaciones de los trastornos mentales, y que explican su masificación, su sobrediagnóstico y sobremedicación. Es decir, estudiamos el proceso de medicalización de las conductas que lo conforman, para pensar por qué y cómo han venido a ser representados como “inadaptativos” los síntomas que definen el trastorno, y también por qué los medicamentos para tratarlo se han convertido en una pieza central en la atención de los problemas de conducta infantil. Para comprender el sentido de las diversas implicaciones del fármaco, se analizó su demanda y expectativas, entendiendo su

significación social y utilidad en el marco de las transformaciones de la medicina en décadas recientes.

Sostenemos que la concepción del MNP del TDAH se explica como efecto de diversas transformaciones del campo de la salud operadas desde la década del 70 y que cobraron una relevancia importante en la década del 80, a saber:

- Una transformación en el ejercicio diagnóstico en psiquiatría. A los diagnósticos que se sustentaban teóricamente en la psiquiatría de orientación psicoanalítica y psicodinámica, consistentes en la búsqueda de estratos profundos causa de los trastornos mentales, se va a oponer el diagnóstico basado en la valoración de un listado de conductas observables que, cumplidas en la medida de lo establecido, van a conformar entidades clínicas.
- Los desarrollos biomédicos y los avances técnicos en la medición y observación del funcionamiento del sistema nervioso central, además del auge de los estudios de los factores genéticos implicados en las enfermedades, reorientaron las explicaciones de las causas de los trastornos, la psicopatología se sustituyó por la implicación de los componentes biológicos asociados a los comportamientos.
- Los puntos anteriores se acompañaron paralelamente de un reposicionamiento de los psicofármacos en el control de los síntomas asociados a “nuevas” y ya existentes patologías. La revolución farmacéutica desde mediados de la década del 50 ponía a disposición más fármacos para tratar más enfermedades mentales.

Una nueva forma de entender, conocer el origen y la cura de las enfermedades permeó no sólo al terreno médico, sino que se esparció socialmente y reorientó la noción de

salud, de tal forma que se afianzó un imaginario de salud en el que estaba disponible un abanico de posibilidades farmacológicas para atender cualquier malestar, angustia o sufrimiento que se presente. Los avances en los estudios sobre genética y en medicamentos dieron nuevos bríos a la medicina científica que auguraba la posibilidad de alcanzar la salud total, de conocer el origen y el tratamiento de enfermedades hasta entonces desconocidos.

En síntesis, para comprender la conformación del TDAH como una entidad delimitada en los sistemas internacionales de clasificación de las enfermedades mentales; para que se le asigne el carácter de epidemia y problema de salud pública con base en el incremento exponencial de casos; para que los medicamentos para tratarlo gocen del prestigio y la aceptación que hoy tienen, es necesario entender también estos puntos como efecto de las tres transformaciones en la orientación de la psiquiatría descritas arriba, y como acciones conjuntas de múltiples participantes en el proceso de medicalización (Industria farmacéutica, consumidores, medios de comunicación, etc.), es decir, de construcción del TDAH como problema médico. Entender el fenómeno como la acción de múltiples participantes y múltiples causas evita verlo como acción exclusiva de la industria farmacéutica o de lo que Illich consideraba como la “burocracia médica”, o pensar en proyectos de control social planeados por los encargados de las políticas públicas de salud, posibilita escapar a planteamientos en los que se remarcan únicamente los efectos iatrogénicos de la intervención farmacológica y también a los planteamientos que ven en el TDAH una entidad clínica científicamente delimitada, con una causalidad biológica que el fármaco viene a controlar, postura que cierra también el debate sobre las múltiples implicaciones que encierra su concepción de los trastornos de la conducta infantil, que restringe el debate a un asunto entre especialistas médicos.

Se han analizado los riesgos asociados a lo que se considera la evolución de un TDAH no diagnosticado y medicado oportunamente, entre los que se mencionan: durante la adolescencia existen mayores probabilidades de que se desarrollen comportamientos agresivos y antisociales; riesgos de fracaso académico, de consumo de drogas ilícitas, de deserción escolar, de sufrir y generar accidentes automovilísticos, embarazos no deseados, etc. A lo anterior se puede sumar, otras características similares que probablemente aparezcan en la edad adulta.

Desde el MNP asumido por la SSA, el TDAH es considerado un entorno infantil que se presume riesgoso e incluso cargado de peligrosidad, niños en riesgo a niños riesgosos. No es la eliminación del individuo peligroso o la eliminación de las patologías en defensa de la población la que se persigue, sino una actuación en el orden de gobierno de las conductas, donde la prevención y la farmacologización del comportamiento operan, en tanto dispositivos de seguridad, como un control de los riesgos.

La tesis que sostenemos es que la operación de gestión y control de la vida que se despliega en las prácticas de prevención de los trastornos de conducta de la infancia está permeada por un clima de inseguridad social, miedo y angustia (característico del ejercicio biopolítico), ante lo que pueda resultar amenazante. Inseguridad e incertidumbre generan no sólo una aceptación de las prácticas precautorias que se establecen sobre el TDAH, sino que estas son asimiladas como inevitables e incluso deseables.

El campo médico deviene sistema de defensa ante una solicitud colectiva de seguridad, como contención de riesgos; como respuesta a una búsqueda de salud en

términos de bienestar, control, equilibrio acorde a criterios de productividad y adaptación a las exigencias de la época y a estándares e ideales de salud que funcionan como normas.

Finalmente, considero que la filosofía brinda herramientas de análisis propicias para un diálogo con otras disciplinas vinculadas con la medicalización. La filosofía puede dar luz respecto al bíos contemporáneo, es decir, sobre qué vida opera el biopoder, con qué cuerpo se las ve hoy el médico o profesional de la salud.

De manera paralela como afirma Rodríguez Zoya (2010): "...gobierno de los cuerpos y gobierno de los signos se imbrican estrechamente". Y en gran medida uno de los sostenes de la medicalización es que la salud, la enfermedad, la normalidad, la infancia y la vida son signos colonizados, operados desde una forma de medicina en su vertiente neoliberal, donde la vida es tratada como material biológico susceptible de mercantilizarse. Repensar interdisciplinariamente estas nociones podría llevar a replantear el TDAH y otras problemáticas asociadas a la infancia. Cómo sacar a la infancia del circuito de consumo en el que ha sido colocada.

El debate sobre la penetración de las farmacéuticas en la práctica clínica, una intervención que trasciende los límites clínicos, que se hace política y adquiere dimensiones sociales y éticas, debe ser también objeto de análisis desde la filosofía.

Anexos

Anexo 1. Modo en que se conforma la mirada “oficial” sobre el Trastorno por Déficit de Atención en México (TDAH).

Anexo 2. Conjunto de notas periodísticas en las que se señalan los posibles riesgos de no atender el TDAH. Los artículos se extraen a partir de introducir en un buscador las entradas “TDAH delincuencia”. Fueron seleccionadas únicamente artículos de diarios mexicanos y se sintetizó la información a modo de evitar repeticiones innecesarias de información.

Programa o acción	Características u objetivos	Organismo convocante	Portavoces
Programa Específico de TDA (PETDA) 2001-2006	-Directrices para el diagnóstico, tratamiento, prevención y detección del TDAH. -Consideraciones sobre su: Evolución y pronóstico; epidemiología. -Acciones del Estado. Planes de acción, estrategias y metas.	Programa de la Secretaría de Salud, establecido por el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CNCA).	Supervisión del comisionado del CNCA. Guido Belsasso -José Eduardo San Esteban y otros.
Consenso de Expertos sobre el Tratamiento Farmacológico del TDAH. (2002)	-Revisión de las características de los fármacos para tratar el TDAH, definición de su eficacia, seguridad y farmacovigilancia. -Elaboración de algoritmos de tratamiento	Promovido por la Academia Mexicana de Pediatría A.C. como “órgano asesor” de la SSA.	Eduardo Barragán Pérez, Guido Belsasso, Francisco de la Peña, Saúl Garza Morales, Matilde Ruiz García, José Eduardo San Esteban, José Manuel Saucedo, otros.
Fundación del Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio del TDAH. (GENPETDAH A.C.) Fundado en diciembre de 2004, en la Ciudad de México.	-Dar a conocer, a través de la República Mexicana el TDAH. La difusión de sus causas, diagnóstico, tratamiento y apoyo multidisciplinario; así como los principales trastornos comúnmente asociados. Además de estimular la investigación sobre lo anteriormente señalado. -Mejorar la educación y entrenamiento en el campo de los problemas del neurodesarrollo a todos aquellos integrantes del sector salud encargados de la atención de niños, adolescentes y adultos. -Favorecer la distribución de información didáctica a la sociedad con el fin de entender el problema de salud referente al TDAH y trastornos asociados.	GENPETDAH A.C.	Socios fundadores: Eduardo Barragán Pérez, Francisco de la Peña, Lino Palacios Cruz, Matilde Ruiz García, Silvia Ortiz León, Juan Hernández Aguilar.
Primer Consenso Latinoamericano de TDAH. 2007	-Revisión de artículos aparecidos desde hace 15 años, con el fin de encontrar parámetros diagnósticos y de tratamiento, particularmente de manejo farmacológico.	GENPETDAH A.C., participaron 119 especialistas en neurociencias de 19 países latinoamericanos.	Eduardo Barragán Pérez, Francisco de la Peña Olvera, Silvia Ortiz León, Matilde Ruiz García, Juan Hernández Aguilar, entre otros.
2° Consenso de la región, Celebrado en Mendoza, Arg. 2008.	-Creación de la Liga Latinoamericana para el Estudio del TDAH (LILAPETDAH). -Se convoca a continuar esfuerzos del grupo de expertos en pro de la comunidad Latinoamericana de pacientes con TDAH.		De México participan Eduardo Barragán Pérez como presidente de LILAPETDAH. -Francisco de la Peña Olvera y miembros de GENPETDAH A.C.
3er Consenso Latinoamericano de TDAH, Cartagena, Colombia. “El TDAH a través de la vida”. (2009)	Se reafirma por unanimidad que: -El TDAH es un padecimiento de origen biológico. -Existen en Latinoamérica 36 millones de personas con TDAH, de los cuales solamente el 7% recibe tratamiento farmacológico, por lo que enfatizan las dificultades diagnósticas y terapéuticas. -El diagnóstico lo realiza un médico, con un sistema multiinformante. -El TDAH no tratado conlleva importantes riesgos. -Se señala la necesidad de dotar a maestros y padres información para detectar problemas en el funcionamiento familiar y escolar. -Se debe asegurar la disponibilidad del tratamiento farmacológico para la población con TDAH, e instar a las entidades gubernamentales para que mantengan un abasto de medicamentos que cubra las necesidades de los mismos.	LILAPETDAH.	De México participan Eduardo Barragán Pérez como presidente de LILAPETDAH. -Francisco de la Peña Olvera y miembros de GENPETDAH A.C.

	-Se sugiere que las instituciones encargadas de la salud en los países latinoamericanos permitan la distribución del MFT, sin control especial, de tal modo que se asegure su disponibilidad.		
Guía Clínica para el TDAH. 2010	-Se proporcionan herramientas clínicas de diagnóstico, tratamiento farmacológico y de intervención psicosocial.	Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP)	José Vázquez, Francisco de la Peña Olvera, Lino Palacios, Corina Benjet, Miriam Feria, Eva Marcela Cárdenas.

ANEXO 2

Se presentan artículos periodísticos que hacen patente la relación que se establece entre un TDAH no diagnosticado y tratado, con conductas delictivas y abuso de drogas

ANEXO 2:1

Medicamentos para TDAH reducen delincuencia

AL DIA SONORA

NOVEMBER 22, 2012. SECCIÓN VIDA Y SALUD

<http://www.aldiasonora.com/noticias/2012/11/22/medicamentos-para-tdah-reducen-delincuencia/>

Los adolescentes mayores y los adultos con trastorno de déficit de atención e hiperactividad tienen mucha menor probabilidad de cometer un delito cuando toman medicamentos para esa dolencia, halló un estudio efectuado en Suecia.

También detectó de manera rotunda que los pacientes de dicho trastorno (TDAH en español y ADHD en inglés) tienen de cuatro a siete veces más probabilidades de violar la ley que los demás.

Las conclusiones sugieren que Ritalin, Adderall y otros medicamentos que controlan la hiperactividad y mejoran la atención siguen teniendo importancia más allá de la edad escolar y que el uso más amplio de esos medicamentos en pacientes de mayor edad podría contribuir a reducir el delito.

“Decididamente existe la impresión de que es una enfermedad de la niñez y que después uno supera la necesidad de medicamentos”, dijo el médico William Cooper, profesor de

pediatría y medicina preventiva en la Universidad Vanderbilt en Nashville. “Empezamos a comprender que TDAH es una dolencia que en muchas personas dura toda la vida”.

Cooper ha investigado el TDAH pero no participó en el nuevo estudio, que fue dirigido por Paul Lichtenstein, del Instituto Karolinska en Estocolmo. Las conclusiones aparecen en la edición del jueves de la *New England Journal of Medicine*.

“Es bien sabido que los individuos con TDAH tienen tasas de criminalidad y de drogadicción mucho mayores que quienes no lo padecen”, pero el efecto del tratamiento en este terreno no es muy conocido, dijo Lichtenstein.

Utilizando registros nacionales suecos, los investigadores estudiaron a unos 16 mil hombres y 10 mil mujeres de 15 años en adelante a quienes habían diagnosticado TDAH. Suecia tiene atención médica nacional, de modo que había información disponible sobre todos los medicamentos recetados.

Para propósitos comparativos, los investigadores cotejaron cada paciente de TDAH con 10 personas similares sin el trastorno entre la población general.

Hallaron lo siguiente:

— Un 37% de varones con TDAH fueron condenados al menos por un delito durante ese período de cuatro años, en comparación con apenas el 9% de varones sin el trastorno. Entre las mujeres, la diferencia fue de 15% con TDAH y 2% sin el trastorno.

—El uso de medicamentos para el TDAH redujo la probabilidad de cometer un delito en un 32% para los varones y 41% entre las mujeres.

Anexo 2:2

Niños hiperactivos, ¿potenciales delincuentes? Estudios revelan que un joven de 14 años con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) puede robar un auto en menos de un minuto.

Novedades QROO. Viernes 19 de abril, 2013.

<http://sipse.com/novedades/ninos-con-tdah-con-potencial-de-convertirse-en-delincuentes-27046.html>

Paloma Wong/SIPSE

CHETUMAL, Q. Roo.- La enorme habilidad que tienen los [niños](#) que padecen algún **Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)**, y no son tratados a tiempo, los “inclina” a actividades ilegales y son proclives a ser reclutados por la **delincuencia organizada**; estudios revelan que un joven de 14 años con este padecimiento puede [robar](#) un auto en menos de un minuto.

El TDAH es un trastorno neurosicológico, algunas veces hereditario. No es un problema de educación ni de disciplina del niño. Es un problema a nivel de los neurotransmisores cerebrales que se corrigen con **medicamentos** y **psicoterapia**.

La presidenta de la **Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados**, Adriana Pérez De Legaspi, mencionó que en ocasiones los maestros desconocen este problema, pero empiezan a tomar una actitud discriminadora a la primera oportunidad, sin detectar que probablemente los niños padecen un trastorno neurobiológico de sustento poligenético.

No obstante, cuando estos niños se convierten en [jóvenes](#) y no llevan un tratamiento, una cifra importante de ellos deja de estudiar y por ende, no logran obtener un trabajo. Entonces

al no tener una actividad son blanco fácil para la delincuencia organizada, en sus diferentes modalidades.

“La carencia de detección y diagnóstico tiene consecuencias nefastas, brutales, no solamente para el paciente, sino que también para la sociedad. Una catedrática de la **UNAM** reveló que cifras cercanas al 80 por ciento de los **delincuentes encarcelados** más importantes del país, hablando de asesinos seriales, delincuentes, y secuestradores, son pacientes con TDAH no detectado”, puntualizó.

ANEXO 2:3

EN AUMENTO, EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN EN MÉXICO

Boletín UNAM-DGCS-432

Ciudad Universitaria. 21 de julio de 2009

http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2009_432.html

En México, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se ha incrementado considerablemente en los últimos años. En la década de los 50, uno de cada 10 mil niños presentaba este síndrome, y hoy lo padece el 12 por ciento del total de la población, aseguró la académica de la Facultad de Psicología (FP) de la UNAM, Gilda Rojas Fernández.

“Anteriormente, se pensaba que las causas estaban relacionadas con la crianza del menor, pero algunos estudios han revelado que existe una correlación con el tabaquismo durante la gestación”, abundó.

Entre los síntomas predominantes están la falta de concentración, la actividad inmoderada y constante, la desobediencia a reglas e instrucciones, y conductas antisociales y agresivas. El TDAH no tiene cura y subsiste en la adultez cuando no se diagnostica a temprana edad.

Se puede determinar que un pequeño presenta este síndrome cuando comienza a asistir a la escuela y su comportamiento es notoriamente distinto al de sus compañeros. En estos casos, es necesario que la familia se someta a un tratamiento clínico para auxiliarlo.

El 70 por ciento de las personas que sufren TDAH y reciben cuidados adecuados y oportunos pueden interactuar de manera normal, con pocas posibilidades de crear conflictos, indicó.

Rojas Fernández resaltó que los pequeños que no se atienden oportunamente pueden convertirse en delincuentes por el desajuste social y la agresividad descontrolada que manifiestan sin razón aparente.

Otro problema al que se enfrentan quienes padecen TDAH es la discriminación de profesores, quienes los califican de inquietos, agresivos y violentos. No obstante, “ellos deberían darse el tiempo para analizar y estudiar lo que sucede en el entorno del menor y la razón de su comportamiento”, concluyó.

Anexo 2:4

Aburridos, inquietos, violentos, irritables, pueden ser síntoma de TDAH

Crónica. 16 de Febrero, 2013

<http://www.cronica.com.mx/notas/2011/598252.html>

Corren, brincan, truenan los dedos, tocan todo lo que ven, no pueden estar sentados, no ponen atención, son agresivos y si el problema no es controlado a tiempo, muchos de ellos pueden llegar a ser delincuentes.

Generalmente este problema empieza a manifestarse alrededor de los 5 años de edad y se hace más notorio durante la etapa escolar, cuando los maestros se quejan por su conducta y muchos llegan a sugerir a los padres consultar con un médico, que si no está bien capacitado para manejar el problema, lo puede agravar.

Existen distintas consecuencias negativas de la falta de tratamiento del TDAH:

- Escolares / profesionales: abandono / mal desempeño
- Sociales: uso y abuso de sustancias / delincuencia
- Familiares: maltrato familiar y relaciones conflictivas

Un problema severo que un gran porcentaje de niños hiperactivos, alguna vez llegan a incurrir en actos delictivos y/o desarrollan adicciones a alguna sustancia tóxica.

ANEXO 2:5

Detectan 479 casos de menores con TDAH

Norte Digital. Martes, 11 de junio de 2013

Ciudad Juárez chihuahua

Nancy González Soto

<http://www.nortedigital.mx/article.php?id=19480>

La incorporación de la salud mental al esquema básico de prevención permitió que en los días transcurridos del 2012, un total de 479 niños fueran detectados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y que recibieran tratamiento gratuito, según datos de la Jurisdicción Sanitaria II.

Brenda Ibarra, coordinadora del programa de Salud Mental de la dependencia de salud, indicó que es necesario identificar los síntomas de este padecimiento lo antes posible para que el niño reciba tratamiento.

“Son fáciles de identificar ya que es el niño que siempre se anda pegando, con el que nadie quiere jugar y el que es señalado como problemático por sus compañeros de clase y familiares”, señaló la psicóloga.

Comentó que ahora que la salud mental forma parte del esquema de prevención ha sido posible identificar casos en fases iniciales, por lo que los pequeños reciben ayuda médica, psicológica y hasta con los medicamentos.

Los síntomas del TDAH varían según el grupo de edad pero se caracterizan por trastornos del sueño, bajo rendimiento escolar, dificultad para trabajar y jugar en grupo, son

impulsivos, carecen de sentido del peligro y ya en la adolescencia desarrollan adicción a las drogas y les gusta delinquir.

“Si no se atienden, estos niños serán los futuros delincuentes”, dijo la psicóloga.

Las estadísticas de la Jurisdicción Sanitaria II muestran que también se atiende a 356 niños que son desafiantes y 86 con trastorno disocial debido a que su padecimiento mental puede evolucionar y generarles problemas graves una vez que alcancen la adolescencia y la vida adulta.

“Este tipo de padecimientos mentales los cubre el Seguro Popular, por lo que las personas que tienen la sintomatología son canalizadas al Centro Integral de Salud Mental (Cisame) para su pronta atención”, dijo Ibarra.

Indicó que estos trastornos suelen agudizarse con los años, por lo que entre más pronto reciban atención psicológica integral es menos probable que sobrelleven su padecimiento.

Anexo 2:6

Padecen Déficit de Atención 1.5 millones de estudiantes en México

El Periódico de Quintana Roo. 19 abril, 2013

<http://www.el-periodico.com.mx/noticias/padecen-deficit-de-atencion-1-5-millones-de-estudiantes-en-mexico/>

Silvia Hernández

Chetumal.- El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una discapacidad invisible que la padecen 1.5 millones de estudiantes en México y su detección

y tratamiento es importante a corta edad porque les permite un mejor desarrollo y aprendizaje, afirmó Adriana Pérez de Legaspi, presidenta de la Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados.

En conferencia de prensa previo a la disertación del tema al público en el Teatro Constituyentes del 74, habló de que el TDA con o sin hiperactividad -o bien puede tener ambos casos- es un trastorno neurobiológico de origen genético y de curso crónico que no se quita y de manifestación en conducta y aprendizaje, todo el tiempo y toda la vida, no es nuevo, sino ha sido documentado desde hace 110 años.

“Es nuevo para nosotros y para muchos lugares en México, para las profesiones médicas, neurólogos y en el sector escolar”, afirmó.

A invitación de la Fundación Siiniko’ob y el Colegio de Psicólogos de Quintana Roo, comentó que la detección es indispensable, cuanto antes mejor.

“La detección precoz hace que el pronóstico sea más acertado y reciban atención multimodal, aunque estos tratamientos son costosos”, señaló.

Afirmó que la carencia de detección y diagnóstico tiene consecuencias brutales no para el paciente, sino para la sociedad en general.

Comentó que un estudio sobre delincuencia hecho por Feggy Ostrosky, en el Laboratorio de Neurología de la UNAM establece que el 80 por ciento de los delincuentes más importantes del país (asesinos seriales, secuestradores y delincuencia organizada) son pacientes con TDAH no detectados.

“Esto no quiere decir que todos vayamos a parar a la cárcel, quiere decir que si el entorno no es contenedor y positivo, esos talentos los va aprovechar otra gente, como la delincuencia organizada”, señaló.

Reconoció el trabajo y esfuerzo que realizan tanto la Fundación Siiniko’ob, que preside Mercedes Pérez Loeza, como el Colegio de Psicólogos de Quintana Roo, que encabeza Alejandro Baeza, porque están dando las herramientas y la información real y objetiva de cómo ayudar a los padres e hijos a detectar y atender estos trastornos de la conducta.

Los grandes talentos en el mundo deportivo, político y artístico normalmente son gente con TDAH, aseveró.

Anexo 2:7

El 12% de los niños mexicanos tienen TDAH

La Razón. Miércoles 12 de Junio 2009

Notimex

<http://www.razon.com.mx/spip.php?article2146>

En México el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se ha incrementado considerablemente en los últimos años, ya que en la actualidad lo padece 12 por ciento del total de la población, señaló la académica Gilda Rojas Fernández.

En un comunicado, la especialista de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) comentó que en la década de los 50 uno de cada 10 mil niños presentaba este síndrome.

Añadió que el déficit de atención se agrava cuando se mezcla con la hiperactividad y,

aunque se desconoce el origen, se ha detectado que tiene vínculos con el consumo de cigarros durante el embarazo y con algunos factores genéticos.

"Anteriormente se pensaba que las causas estaban relacionadas con la crianza del menor, pero algunos estudios han revelado que existe una correlación con el tabaquismo durante la gestación", abundó.

Rojas Fernández resaltó que los pequeños que no se atienden oportunamente pueden convertirse en delincuentes, por el desajuste social y la agresividad descontrolada que manifiestan sin razón aparente.

Referencias

- Álvarez-Uría, F. (1996). La configuración del campo de la infancia norma. B. Franklin (comp.). *Interpretación de la discapacidad*. Barcelona: Pomares-Corredor.
- Albano, S. (2005). *Michel Foucault. Glosario de aplicaciones*. Buenos Aires: Quadrata.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Masson.
- Angell, M. (2006). *La verdad acerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engaña y qué hacer al respecto*. Bogotá: Norma.
- Arizaga, C., Faraone, S. (2008). *La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos. Informe final. Diciembre 2008*. Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. [en línea] www.observatorio.gov.ar/.../info%20final%20Dic%202008_... consultado el 11-12-2012.
- Armus, D. (comp.). (2005). *Avatares de la medicalización en América latina 1870-1970*. Buenos Aires: Lugar.
- Barkley, R.A. Murphy, K.R & Kwasnik, D. (1996). Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*. 98 (6), 1089 -1095. Recuperado el 27 de febrero de 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8951258>

Barragán Pérez, E. et al. (2007). Primer consenso latinoamericano sobre el trastorno por déficit de atención e Hiperactividad. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 64 (septiembre-octubre). [en línea] http://www.tdahlatinoamerica.org/documentos/05_CARPETA_5_Barragan_y_otro_s_Primer_Consenso.pdf consultado el 20 de octubre de 2012.

Bauman, Z. (2007). *Miedo líquido. La sociedad contemporánea y sus temores*. España: Paidós.

Benasayag, L. (2007). "Deconstrucción neurológica del llamado ADDH". L. Benasayag. (comp.). *ADDH, niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿una patología de mercado?* (13-34). Buenos Aires: Novedades Educativas.

Benasayag, L. (2011). "Invención de enfermedades. En G. Dueñas y L. Benasayag (comps.). *Invención de enfermedades. Traiciones a la salud y a la educación. La medicalización de la vida contemporánea*. (9-42). Argentina: Novedades Educativas.

Benasayag, L. (2011a). Ideología versus ciencia. En G. Dueñas (comp.). *La patologización de la infancia ¿Niños o síndromes?* (105-112). Buenos Aires: Novedades Educativas.

Benasayag, M. (2012). *Medicina y biopoder*. Argentina: Crisis.

Benasayag, S. (2011b). Usos y abusos de la genética para definir ciertas enfermedades. En G. Dueñas y L. Benasayag (comps.). *Invención de enfermedades. Traiciones a la*

salud y a la educación. *La medicalización de la vida contemporánea*. (61-78).
Argentina: Novedades Educativas.

Bernaldo de Quirós, G. (2000). ¿Medicar o no medicar? Terremotos y soñadores. Publicación de la fundación Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. 1 (19), 10-13.

Bianchi, E. (2009). Tests psicométricos y construcción de la infancia anormal. Aproximaciones desde el análisis del déficit de Atención e hiperactividad. En Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA, Área procesos de salud, enfermedad, atención: VIH/sida, drogas, enfermedades crónicas y cuidados paliativos. VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Argentina: UBA.

Bianchi, E. (2010). La perspectiva teórico-metodológica de Foucault. Algunas notas para investigar el "ADHD". *Revista Latinoamericana de ciencias sociales, Niñez y Juventud*. 8 (1). [en línea]
<http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/43> Consultado el 23 de Octubre del 2012.

Biederman, J. Faraone, S.V, Keenan, K. Knee, D. & Tsuang, M.T. (1990) Family-genetic and psychogenic risk factors in DSM- III attention deficit disorder". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. (29), 526-533. Recuperado el 18 de Febrero de 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2387786>

Biederman, J. Wilens, T. Mick, E. Spencer, T. & Faraone, S.V. (1999). Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder.

Pediatrics. Aug, 104(2), e20. Recuperado el 18 de febrero de 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10429138>

Biederman, J. et al. (1992). Further evidence for family- genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry*. (49). 728-738. Recuperado el 18 de febrero de 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1514878>

Bignone, I., Serrate, M. y Diez. R. (2007). Farmacovigilancia de las drogas usadas en niños con diagnóstico de ADD/H o ADHD. En L. Benasayag (comp.). *ADDH, niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿una patología de mercado?* (pp.173-207). Buenos Aires: Noveduc.

Bloom, B. & Cohen, RA. (2006). *Summary Health Statistics for U.S. Children: National Health Interview Survey, 2006*. Washington: National Center for Health Statistics. Vital Health Statistics. [en línea] http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_234.pdf Consultado el 02-04-2013.

Cabral de Barros, J.A. (2004). *Políticas farmacéuticas: ¿al servicio de los intereses de la salud?* Basilia: UNESCO.

Cabral de Barros, J. A. (2008). Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, (Sup), 579-587. Recuperado el 12 de agosto de 2012, de la base de datos Scielo Brazil.

- Campisto, J. (2003). "Bases orgánicas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Interés de la evaluación neurológica. T. Joseph y M. Casas (eds.). *TDHA: Hiperactividad. Niños movidos e inquietos*. (p.217-223). España: Laertes.
- Castel, R. (1986). De la peligrosidad al riesgo. En F. Álvarez-Uría y J. Varela (Eds.) *Materiales de Sociología crítica*. (p.219-243). Madrid: La Piqueta.
- Castells, X., Ramos Quiroga, J.A., Escuder, G., Bosch, R., Casas, M. (2003). Los fármacos estimulantes en el tratamiento del TDAH. T. Joseph y M. Casas (eds.). *TDHA: Hiperactividad. Niños movidos e inquietos*. (p.278-295). España: Laertes.
- Castro, E. (2011). *Lecturas foucaulteanas. Una historia conceptual de la biopolítica*. Buenos Aires: Editorial Universitaria
- Cavalletti, A. (2012, 20 de Julio). El político es el que sabe no ser un líder. *ADN. Cultura. La Nación*, pp.10-11.
- Centers for Disease Control and Prevention (2005, September 2). *Mental Health in the United States: Prevalence of Diagnosis and Medication Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder --- United States, 2003*. [en línea] <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5434a2.htm> Consultado el 05-02-2013).
- Chesterton, G.K. (2006). El error médico. *Lo que está mal en el mundo*. España: Ciudadela.
- Comité CEAL-TDAH (2009). Cuestionario para Escolares y Adolescentes Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (CEAL-TDAH). Construcción, descripción del instrumento y datos sociodemográficos y clínicos de la muestra. *Salud Mental*, 32, supl. 1, 55-62. [en

línea] <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm32s01/sm32s155.pdf> consultado el 05-02-2013.

Comité Estatal de Prevención del Delito, Consejo Estatal de Seguridad Pública (2009). *Programa Estatal de Prevención del Delito Chiapas*. Chiapas, México: Talleres Gráficos del Estado.

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Conrad, P. & Schneider, J.W. (1992). *Deviance and Medicalization. From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.

Conrad, P. & Potter, D. (2000). From hyperactive children to ADHD: Observation on expansion of medical categories. *Social Problems*. 47 (4), 557-582.

Consenso Internacional de Expertos de Italia. ADHD y abusos en la prescripción de fármacos a menores. Italia (Enero de 2005). En L. Benasayag, (comp). (2007). *ADDH, niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿Una patología de mercado?*. (pp.245-254). Buenos Aires: Novedades Educativas. Y [en línea] <http://www.giulemanidaibambini.org/consensus/?ln=es>

Consenso de expertos del área de salud sobre el llamado Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (2005). En G. Untoiglich, (coord.). *Diagnósticos en la infancia. En busca de la subjetividad perdida*. (pp.133-138). Buenos Aires: Novedades Educativas.

Cruz Alcalá, L. E. et al. (2010). Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares de Jalisco. *Rev Mex Neuroci.* 11 (1) 15-19. [en línea] http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=62155&id_seccion=1129&id_ejemplar=6250&id_revista=91 Consultado el 23 de Octubre del 2012.

Desviat, M. (2012). *Jean Pierre Falret y la construcción de la clínica psiquiátrica. Átopos. Salud mental, comunidad y cultura.* Septiembre, (13) 50-59.

Esposito, R. (2005). *Immunitas: protección y negación de la vida.* Buenos Aires: Amorrortu.

Esposito, R. (2006). *Bíos. Biopolítica y filosofía.* Buenos Aires: Amorrortu.

Faraone, S. (2008). Medicalización de la infancia: una mirada desde la complejidad de los actores y las políticas. *Topía.* (agosto) [en línea] <http://www.topia.com.ar/articulos/medicalizaci%C3%B3n-de-la-infancia-una-mirada-desde-la-complejidad-de-los-actores-y-las-pol%C3%ADticas>

Faraone, S. V. et al. (2005). Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *BIOL PSYCHIATRY.* (57), 1313–1323 [en línea] <http://dept.wofford.edu/neuroscience/NeuroSeminar/pdfsFall2007/ADHD3.pdf> consultado el 11-12-2012.

Faraone, S. V. & Mick, E. (2010). Molecular Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 33(1), 159-180. [en línea]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2847260/pdf/nihms185503.pdf>

consultado el 11-12-2012.

Feld, V. (1998). La “diva” del momento. La neuropsiquiatría puede vivir también en la locura de los dobles discursos. *Ensayos y experiencias. Psicología en el campo de la educación.* (25), septiembre-octubre, 26-35.

Feld, V. y Maderna, N.G. (2004). La atención y su relación con el aprendizaje escolar. En m. Minicelli et al. Intersecciones entre clínica y escuela: la atención y su relación con el aprendizaje escolar: el ADD en cuestión. (pp.39-56). Buenos aires Novedades: Educativas.

Foucault, M. (1989). ¿Cómo se ejerce el poder?. *El poder: Cuatro conferencias.* (p.24-38))
México: UAM

Foucault, M. (1991). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber.* México: Siglo XXI.

Foucault, M. (1992). Historia de la medicalización. *La vida de los hombres infames.* (pp.85-104). Argentina: Altamira.

Foucault, M. (1999). Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina? *Estrategias de poder. Obras esenciales, Vol. II.* (pp.343-361). España: Paidós.

Foucault, M. (1999b). Nacimiento de la medicina social. *Estrategias de poder. Obras esenciales, Vol. II.* (pp.363-384). España: Paidós.

Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad. Curso del Collège de France (1975-1976),*
Argentina: FCE.

Foucault, M. (2000a). *Los anormales. Curso del Collège de France (1974-1975)*. México: FCE.

Foucault, M. (2000b). *El poder psiquiátrico. Curso del Collège de France (1973-1974)*. Argentina: FCE.

Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población. Curso del Collège de France (1977-1978)*. Buenos Aires: FCE.

Foucault, M. (2012a). El poder, una bestia magnífica. Entrevista con Manuel Osorio. *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. (pp.29-46). Argentina: Siglo XXI.

Foucault, M. (2012b). La política de la salud en el siglo XVIII. *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. (pp.211-232). Argentina: Siglo XXI.

Foucault, M. (2012c). Las grandes funciones de la medicina en nuestra sociedad. *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. (pp.269-271). Argentina: Siglo XXI.

Frances, A. (2010). Abriendo la caja de pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM-V. Recuperado el 27 de Noviembre de 2010, de <http://www.sepyrna.com/documentos/criticas-dsm-v.pdf> .

Germain, M. (2007). Elementos para una genealogía de la medicalización. *Revista Cátedra Paralela*. (4), 6-22 [en línea] http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00042f001t1.pdf consultado el 21-03-13.

Germain, M. (2007a). Elementos para una genealogía de la medicalización. Segunda parte.

Revista Cátedra Paralela. (4), 6-15 [en línea]

http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00042f001t1.pdf

[consultado el 21-03-13.](#)

González de Dios, J. Cardo, E. y Servera, M. (2006). Metilfenidato en el tratamiento por

déficit de atención e hiperactividad: ¿realizamos una práctica clínica adecuada? *Rev*

Neurol. 42 (12), 705-714.

González Duarte, A. (2009). Sociópatas mexicanos. *Día Siete* (461), 18-20.

Harpin, V.A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and

community from preschool to adult life. *Arch Dis Child.* 90 (Suppl I), 2-17.

Revisado el 25 de noviembre de 2012, en

http://adc.bmj.com/content/90/suppl_1/i2.full.pdf+html

Hechtman, L. (1999). Predictors of long-term outcome in children with attention-

deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am.* 46 (5), 1039-1052.

Recuperado el 12 de noviembre de 2012, de

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031395505701711>

House, A. (2003). *DSM IV. El diagnóstico en la edad escolar.* España: Alianza.

Illich, I. (1987). *Némesis médica. La expropiación de la salud.* México: Joaquín Mortiz.

INFAC. (2005). Creación de enfermedades. En *Información Farmacoterapéutica de la*

Comarca. 13 (7) en línea] <http://www.osakidetza.euskadi.net/r85->

pkfarm02/eu/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v13_n7.pdf consultado el 25-11-11

Iriart, C., (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciencia & Saúde Colectiva*. 13 (05), 1619-1626.

Janin, B. (2008). La medicalización de la infancia. En A. Cannellotto y E. Luchtenberg (coords.). *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. (pp. 139-141) [en línea]

<http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Medicalizacion%20y%20sociedad.%20Lecturas%20criticas.pdf>

consultado el 15-10-10

Jara Segura, A.B. (2009). El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales (C.I.E.10, D.S.M.IV–R y C.F.T.M.E.A.–R 2000). *Norte de Salud Mental*. 35, 30-40. [en línea] http://www.omeaen.org/NORTE/35/NORTE_35_050_30-40.pdf consultado el 20-12-12

Kozicky, C. (2003). Niños con problemas de conducta. ¿Problemas de quién?. *Novedades educativas*. Julio (151), 26-27.

Kraus, A. (2007, 24 de octubre). Ciencia y moral. *La Jornada*. Recuperado el 12 de diciembre de 2012, de <http://www.jornada.unam.mx/2007/10/24/index.php?section=opinion&article=024a2pol>

Lakoff, A. (2000). Adaptative will: the evolution of attention déficit disorder. *Journal of history of the behavior sciences*. 36 (2), 149-169.

Laza Zulueta, A. y Jorquera Cuevas, C. (2010). *Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Osteba Núm 2007/09*. País Vasco: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Le Breton, D. (2007). La producción farmacológica de sí mismo. *Adiós al cuerpo. Una teoría del cuerpo en el extremo contemporáneo*. (pp.57-67). México: La Cifra.

Levy Yeyati, E. (2005). *El interés actual por la evaluación de lo subjetivo: ¿ciencia o mercado? Una conversación con el Dr. Daniel Thierer*. Consultado el 31 de octubre de 2009, en [http://descartes.org.ar/etexts-yeyati4,htm](http://descartes.org.ar/etexts-yeyati4.htm) .

Mainetti, J. A. (2006). La medicalización de la vida. *Electroneurobiología*. 14 (3), pp.71-89.

Mainowicz, D. (2011, 16 de Junio). Infancia en peligro. *Revista Veintitres*. Recuperado el 12 de Febrero de 2013, de <http://veintitres.infonews.com/nota-2927-portada-Infancia-en-peligro.html>

Mannuzza, S. et al. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry*. 155, 493-498. Recuperado el 23 de diciembre de 2012, de <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=172785>

Mannuzza, S. Klein, R.G. (2000). Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2000 Jul, 9(3):711-726.

Mannuzza, S. Klein, R.G. Bessler, A. Malloy, O & LaPadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement , occupational rank, and psychiatric

status. *Arch Gen Psychiatry*. Jul;50(7):565-576. Recuperado el 23 de diciembre de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8317950>

Márquez, S. y Meneu, R. (2007). La medicalización de la vida y sus protagonistas. En *Eikasía. Revista de Filosofía*. II 8 (enero), pp.65-86. Consultado el 23 de abril de 2012, en <http://www.revistadefilosofia.com/4Lamedicalizacion.pdf> .

Muñoz, M. (2011). ¿Un mundo sin drogas?. *Día siete*. (561).

Murphy, K.R. Barkley, R.A & Bush, T. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *J Nerv Ment Dis*. 190(3): 147-157. Recuperado el 23 de junio de 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11923649>

National Institute of Mental Health (s.f.). *Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad*. Recuperado el 24 de agosto de 2012, de http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-d-ficit-de-atenci-n-e-hiperactividad/adhd_booklet_spanish_cl508.pdf

Natella, G. (2008). La creciente medicalización contemporánea: Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten. En A. Cannellotto y E. Luchtenberg (coords.), *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. (pp.7-48). Consultado el 12 de septiembre de 2012, en <http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Medicalizacion%20y%20sociedad.%20Lecturas%20criticas.pdf>

Norandi, M. (2006, 5 de septiembre). Ritalín: más de 50 años en el mercado farmacéutico y sigue causando polémica. *La Jornada*. Recuperado el 20 de abril de 2008, de <http://www.jornada.unam.mx/2006/09/05/index.php?section=sociedad&article=040n1soc> .

Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y Problemas de Salud (CIE-10)*. [versión electrónica] <http://psikolibro.blogspot.com>

Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10*. (1ª. Ed.). Madrid: Panamericana. Recuperado el 12-09-12, de <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4939s/s4939s.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2002). *Boletín de Medicamentos Esenciales*. (31).

Osorio, F. (2003). Problemas de conducta en la escuela. Niños perturbadores, negativistas y desafiantes. *Novedades Educativas*. Julio (151), 14-17.

Osorio, F. (2011). *Hijos perturbadores, negativistas y desafiantes. Los riesgos de la autonomía anticipada*. Buenos Aires: Noveduc.

Palacios Ortiz, J.D. De la Peña Olvera, F. Barragán Pérez, E. (2010). Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): Un compromiso para todos. *Revista Médica Hondureña*. 78 (3), 142-144. Recuperado el 15-02-13 de <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2010/pdf/Vol78-3-2010-9.pdf>

Pastor, P. N. & Reuben, C. A. (2008). *Diagnosed attention deficit hyperactivity disorder and learning disability: United States, 2004–2006*. USA: National Center for Health Statistics. Vital Health Statistics. Recuperado el 12-02-13 de http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/Sr10_237.pdf

Platía, M. (2006, 05 de octubre). Alerta de especialistas en el Congreso argentino de pediatría. Advierten excesos en la medicación de chicos con déficit de atención. *Clarín*. Recuperado el 20 de abril de 2012, de <http://edant.clarin.com/diario/2006/10/05/sociedad/s-03505.htm>

Rafalovich, A. (2001). The conceptual History of Attention Deficit Hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877-1929. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, (22), pp. 93-115.

Rodríguez Zoya, P. (2010). La medicalización como estrategia biopolítica. *A Parte Rei. Revista de filosofía*. N° 70, (julio), pp.1-27. Recuperado el 18 de febrero de 2011, de <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/zoya70.pdf>

Rosen, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Argentina: UNIPE-Editorial Universitaria.

Ruiz García, M., Garza Morales, S. Sánchez Guerreo, O. y Loredó Abdalá, A. (2003). Conclusiones del consenso de expertos sobre el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de la atención con o sin hiperactividad. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 60 (mayo-junio), 349-355. Recuperado el 25 de abril de 2009, de

http://academiamexicanadepediatria.org.mx/publicaciones/academicos_opinan/pdf/deficit_de_atencion.pdf

Ruiz García, M., Gutiérrez Moctezuma, J., Garza Morales, S. y De la Peña, F. (2005). “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Actualidades diagnósticas y terapéuticas”. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 62, (marzo-abril), 145-152.

Sauceda García, J.M. (2005). Controversias sobre el uso de psicofármacos en niños y adolescentes. En *Revista Médica del Instituto Mexicanos del Seguro social*. 43 (5): 369-371. Recuperado el 25 de abril de 2009, de http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1300:controversias-sobre-el-uso-de-psicofarmacos-en-ninos-y-adolescentes&Itemid=645

Secretaría de Salud (2002). *Programa específico de trastorno por déficit de atención 2001-2006*. México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud. (2010). *Catálogo Universal de Servicios de salud 2010*. México: Secretaría de Salud.

Smith, M. (2008). Psychiatry Limited: Hyperactivity and the Evolution of American Psychiatry, 1957–19802. *Social History of Medicine*. 21 (3), pp. 541-559.

Stern, A. (2002). Madres conscientes y niños normales: la eugenesia y el nacionalismo en el México revolucionario, 1920-1940. En L. Cházaro. (ed.). *Medicina, ciencia y sociedad en México, Siglo XIX*. (pp.293-336). México: El Colegio de Michoacán-UMSNH.

- Tallis, J. (2004). Neurología y trastorno por déficit de atención: Mitos y realidades. En B. Janín et al. *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por déficit de Atención con o sin Hiperactividad.* (pp.187-223). Argentina: Novedades Educativas.
- Téllez Villagra, C., Valencia, M. y Beauroyre, R. (2011). Cronología conceptual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de especialidades médico-Quirúrgicas*, 16 (1), 39-44.
- Terzaghi, M. (2011). Diagnósticos en la infancia: Entre médicos y maestros. El fenómeno de la patologización y medicalización de la infancia. En G. Dueñas y L. Benasayag (comps.) *Invencción de enfermedades. Traiciones a la salud y a la educación. La medicalización de la vida contemporánea.* (pp.105-120). Argentina: Novedades Educativas.
- Untoiglich, G. (2005). ¿Nuevos diagnósticos? En busca de la subjetividad perdida. En G.Untoiglich (coord.). *Diagnósticos en la infancia. En busca de la subjetividad perdida.* (pp.7-16). Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Vasen, J. (2007). *La atención que no se presta: el mal llamado ADD.* Buenos Aires: Noveduc.
- Vasen, J. (2007b). El “mal” llamado ADD y la práctica de las fronteras. *Novedades Educativas.* (196), pp.18-25
- Vasen, J. (2011). *Una nueva epidemia de nombres impropios. El DSM-V in vade la infancia en las clínicas y las escuelas.* Buenos Aires: Noveduc.

Vásquez, M. J., Cárdenas, E.M., Feria, M., Benjet, C., Palacios, L. y De la Peña, F. (2010).

Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. México:

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Vega, E. (2008). *Las trampas de la escuela integradora: la intervención posible.* Argentina:

Noveduc.

Vergano, D. (2006) Study: Medical manual's authors often tied to drugmakers. *USA today*,

19-04-2006. Recuperado el 24 de marzo de 2011, de

www.usatoday.com/news/health/2006-04-19-manuals-drugmakers_x.htm

Volnovich,, J.C. (2007). *Salud mental y políticas de la infancia. Novedades Educativas.*

(196), pp. 14-17.

Notas

¹ Se puede encontrar el uso de siglas diferentes en las citas textuales que aparezcan a lo largo de este trabajo: TDA o ADHD (Attentional Deficit Hyperactivity Disorder), o la designación trastorno hiperactivo. Se usarán conforme aparezcan en el original en el entendido que hacen referencia al TDAH, excepto si algo diferente es señalado.

² De 1997 a 2006, en Estados Unidos se observó un incremento en la prevalencia del TDAH promedio anual del 3% (Pastor & Reuben, 2008, p.3). Lo que resalta es el alza en la primera década posterior a la aparición del DSM III-TR.

³ La designación “modelo neuropsiquiátrico” que utilizo, responde a que principalmente son neurólogos y psiquiatras los que han llegado a acuerdos sobre las características que la designación de Lasa Zulueta y Jorquera Cuevas (modelo fisiológico), le atribuyen al diagnóstico y a su tratamiento.

Consúltense las páginas 22-24 para una descripción de las características y criterios implicados en la conformación del trastorno.

⁴ Para identificar las adscripciones institucionales véase Ruiz García et al. (2003).

⁵ Tras una primera reunión celebrada en 2007 en la ciudad de México y denominada primer Consenso Latinoamericano sobre TDAH, en 2008 un grupo de especialistas en salud mental (conformado por psiquiatras, neurólogos y psicólogos) se reunieron en Mendoza, Argentina en ocasión del segundo Consenso Latinoamericano de TDAH, en la reunión fundaron la Liga Latinoamericana Para el Estudio del TDAH (LILAPETDAH). Una tercer reunión se celebró en 2009 en Cartagena, Colombia (ver anexo 1)

⁶ Consúltense su portal: forum infancias, <http://foruminfancias.org.ar/>

⁷ Consúltense su portal “Observatorio Nacional de Drogas” <http://www.observatorio.gov.ar>

Considero que un trabajo como éste sería fundamental para entender mejor la problemática en nuestro país. Hasta ahora los estudios epidemiológicos parecen tener como propósito la legitimación del “enfoque oficial” y la prescripción de pastillas para el trastorno.

⁸ Los trabajos de Bianchi (2009, 2010) se han centrado en analizar el TDAH como una problemática susceptible de indagación sociológica. Desde esta perspectiva es destacable también el trabajo de Arizaga y Faraone (2008).

⁹ Los estudios de la antropología de la salud enfocados en la investigación sobre los sistemas médicos y las dimensiones culturales de la enfermedad.

¹⁰ Como señala Armus (2005), los especialistas en salud pública [podrían] “...encontrar en los aportes provenientes de la historiografía de la enfermedad y la salud no tanto una invitación a buscar en el pasado recetas para intervenir puntualmente en el presente, sino evidencias de la compleja trama que tejen la biomedicina, la política, la cultura, la sociedad, la economía y las subjetividades (p.12).

¹¹ Los factores asociados a las conductas que conforman el TDAH podrían ser investigados desde diferentes corrientes de la psicología. Lo anterior no pretende afirmar que se puede llegar a una perspectiva única, donde queden claramente definidas causas y el tratamiento infalible, pero la aportación de la psicología puede ser muy relevante.

Desde los planteamientos de la neuropsicología se podrían recuperar la forma en que es definida y estudiada la atención y los procesos inhibitorios, lo anterior conlleva poner en cuestión los parámetros de conductas observables que se asocian a la falta de atención y a la hiperactividad en la perspectiva diagnóstica del modelo fisiológico (Feld, 1998; Feld y Maderna, 2004).

¹² La escuela “detecta”, o se convierte en la instancia capaz de remitir a una atención especial (médica o psicoeducativa) a una gran cantidad de niños que presentan los síntomas asociados al trastorno. Es en la escuela donde estos síntomas se manifiestan con insistencia, pero a la aceleración de la infancia en la sociedad actual no ha correspondido un movimiento de la escuela que permita despatologizar y entender las conductas desafiantes y los problemas de conducta. Claramente hablo de una tendencia y también habría que decir que hay importantes esfuerzos que reconocen su responsabilidad en la situación.

¹³ Existen además del *DSM IV-TR* y el *CIE-10* otros sistemas, como la 4ª Revisión de la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-R-2000). Se hará referencia en el transcurso de este trabajo al *DSM IV-TR*, debido a que es el más utilizada en México. Para un análisis comparativo de los tres sistemas de clasificación consúltense Jara Segura (2009).

En lo subsecuente, cuando digamos DSM estaremos haciendo referencia a la revisión de la cuarta versión del manual (DSM IV-TR), excepto cuando algo diferente sea apuntado.

¹⁴ Sólo mencionan resultados al ADD (síndrome de déficit de atención). Carlos Gustavo Wahren, jefe de pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires y quien refiere directamente el estudio, reflexiona al respecto: “La pregunta ahora es si se trata de los chicos o del cansancio de maestros fatigados que, ante alumnos dispersos o con problemas de aprendizaje, o de índole familiar, clasificaban en esta patología” (Platía, 2006).

¹⁵ La versión completa de la Escala de Conners y la CEPO, adaptadas al contexto mexicano pueden ser consultadas en Vásquez et al. (2010). Para una valoración crítica de los usos de este tipo de escalas consúltese Bianchi (2009).

¹⁶ Ver nota 3

¹⁷ Esta cita aparece en el documento presentado como resultante del primer congreso latinoamericano sobre TDAH, ver su portal Liga Latinoamericana para el estudio del TDAH <http://www.tdahlatinoamerica.org/paginas/1erConsenso.html> La misma no aparece en la publicación del consenso en Barragán Pérez et al. (2007). La cita anuncia posibilidades para pensar una interrelación entre aspectos psicosociales y su correlación con componentes genéticos, lamentablemente la perspectiva de este grupo latinoamericano no continuó en esta línea. En 2009, como una de los puntos de su tercer consenso señalan: “Aunque el ambiente tiene un papel modulador en su expresión, los síntomas del TDAH no son causados por factores sociales, económicos, educativos o de ambiente familiar”. Estos últimos, solamente tienen una influencia moduladora que no permite pensar en una interrelación entre factores psicosociales y factores neurogenéticos. Podemos señalar lo anterior como un cierre del grupo sobre sí mismo, pienso que el verdadero desafío radica justamente en pensar la interrelación rechazada.

¹⁸ Aparición de forma conjunta de otro(s) trastorno(s).

¹⁹ Food and Drug Administration (FDA), organismo regulador -desde el punto de vista legal y científico- de alimentos y medicamentos de E.E.U.U., institución dependiente de la Secretaría de Salud Pública de ese país)

²⁰ Benasayag (2011) reseña los resultados de una investigación en la que pretendían determinar si existía una relación significativa entre muerte súbita y el uso de estimulantes en niños y adolescentes, llevada a cabo conjuntamente por la FDA y el National Institute of Mental Health (NIMH).

Tras una cuidadosa metodología que analizaba datos de mortalidad en un periodo de 1985 a 1996, (entre las drogas evaluadas se encontraba el metilfenidato y la atomoxetina, además de otros fármacos utilizados para tratar el TDAH). Se concluyó que existe una significativa asociación entre uso de estimulantes y muerte súbita; el metilfenidato aumenta la incidencia de muerte súbita en 6-7 veces en niños y adolescentes. Después de aparecidas las conclusiones se generó una presión política y económica para matizar y cambiar los resultados de la investigación. La FDA entonces señaló que debían interpretarse con cautela los resultados, que estos no debían servir como base para que se retirara a los niños el tratamiento con estimulantes. Uno de los principales autores de la investigación y la FDA, contradiciendo sus propios resultados, señalaron que el estudio no debía impedir el uso de estimulantes en niños y que era necesario que los resultados se contrastaran con los beneficios de su uso y con los efectos adversos y los riesgos de un TDAH no tratado (p.105-112).

Recientemente esta agencia reguladora estadounidense ha señalado la seguridad de estos medicamentos, haciendo recomendaciones para que los profesionales de la salud monitoreen continuamente la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

²¹ Germain (2007) realiza un destacable trabajo de revisión de la noción de medicalización, analiza el modo en que es entendida desde el campo intelectual francés y angloamericano. Además del comparativo entre ambas perspectivas, ensaya una reflexión propia sobre la medicalización a la luz de las nociones de biopolítica y gubernamentalidad en la línea foucaultiana.

Esta perspectiva de la medicalización será la que retomaré. Debo agradecer a Eugenia Bianchi y a Paula Rodríguez Zoya que me indicaban tiempo atrás la necesidad de atender la noción de medicalización desde la analítica de la gubernamentalidad para leer las implicaciones del trato contemporáneo al TDAH.

²² Foucault –apunta Esposito- “parece remitir más bien a una copresencia de vectores contrarios y superpuestos en un umbral de indistinción originaria que hace de cada uno, a la vez, el fondo y el saliente, la

verdad y el exceso, del otro. Este cruce antinómico, este nudo aporético, es lo que impide interpretar la implicación entre soberanía y biopolítica en forma monolineal ya sea en el sentido de la contemporaneidad o en el de la sucesión” (Esposito, 2006, p.67).

²³Para mayor detalle del proceso de la cadena de comercialización de la IF consúltese Rodríguez Zoya (2010). El marketing farmacéutico como especialidad se renueva día a día, eventos y congresos, investigación de mercados, publicidad y comunicación, marketing promocional. Véase el Portal iberoamericano de Marketing Farmacéutico <http://www.pmfarma.com.mx/noticias/>

Respecto al TDAH se ha señalado que: “En Norteamérica la FDA (Food & Drug Administration) reconoció recientemente que no puede controlar todos los ensayos clínicos que se realizan en su territorio porque el poder lo detentan las empresas farmacéuticas y no permiten, por contrato, que se publiquen resultados negativos” (Levy Yeyati, 2005). Desde 2002 se han denunciado vínculos entre la industria farmacéutica y miembros de la APA que participaron en la elaboración del DSM-IV (Vergano, 2011).

²⁴ Para un análisis de la implicación de la IF en la salud consúltese Illich (1987); Angell (2006), Brudon (1987); OMS (2002); Iriart, 2008; Cabral de Barros, 2004)

²⁵ Desde el campo de las ciencias de la comunicación, la medicalización es estudiada por Rodríguez Zoya (2010). Uno de sus objetivos es comprender desde el análisis del discurso los sentidos que circulan en mensajes publicitarios, periodísticos y científicos, para discernir los nuevos sentidos que sobre salud, cuerpo y vida circulan socialmente.

²⁶ El “Consenso de expertos del área de salud sobre el llamado TDAH” (2005), documento elaborado en Argentina, alerta que los medios de comunicación se refieren al TDAH como si se tratara de una epidemia, divulgando sus características y señalando el recurso de la medicación como la opción más viable. La información presentada puede simplificarse a grado extremo, generando sospechas hacia cualquier niño que presente un inquietud y dificultades académicas, aún cuando muchos de esos niños muestran una capacidad de concentración ante tareas que les resultan interesantes (p.134).

²⁷ Ver su portal Asociación Mexicana por el Déficit de Atención y Trastornos asociados A.C. <http://www.deficitdeatencion.org/index.php?investigaciones=6>

²⁸ Peter Conrad es uno de los pioneros en el estudio de la medicalización, ha dedicado una buena cantidad de trabajos a analizar la forma en que la hiperactividad pasó a formar parte de la jurisdicción médica.

²⁹ Para profundizar, consúltese Álvarez-Uría (1996) y Vega (2008).

³⁰ Como señala Foucault, por pensamiento médico se entiende “[...]una manera de percibir las cosas que se organiza alrededor de la norma, esto es, que procura deslindar lo que es normal de lo que es anormal, que no son del todo, justamente, lo lícito y lo ilícito...” (Foucault, 2012a, p.34).

³¹ Para algunos autores el hecho de que existan descripciones clínicas desde finales del XIX, que incluyen las características que conforman el TDAH, corrobora que el trastorno no es un invento reciente, en esta línea consúltese Téllez Villagra et al., 2011; Tallis (2004). Para una valoración crítica de la anterior postura Bianchi (2009), Rafalovich (2001) y Smith (2008).

³² “La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948” (<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>).

³³ Para una valoración crítica y un análisis de estos trastornos de conducta consúltese Osorio (2003, 2011); Fusca y Kozicki (2003). Un importante esfuerzo por comprender la violencia en los espacios escolares es el trabajo del grupo “Sociedades Complejas para Niños y Jóvenes”, consúltese su página web “Escuela y Violencia” <http://www.escuelayviolencia.com.ar/multimedia.htm>

³⁴ El período de la psiquiatría clásica “trascurre [...] desde el *Tratado de la enajenación mental o la manía* de Philippe Pinel, publicado en 1801, a la sexta edición del *Tratado de psiquiatría* de Emil Kraepelin fechada en el año 1889. El tratado de Pinel inaugura el alienismo, con su esfuerzo nosológico y terapéutico: Las primeras conceptualizaciones del tratamiento moral, de la necesidad de los asilos, de las instituciones específicas para los enajenados (Pinel sustituye el término locura por enajenación o manía), en los albores de una clínica psiquiátrica todavía fuertemente influida por la filosofía de la ilustración. El tratado de

Kraepelin cierra la etapa. Definidas las enfermedades mentales como categorías médicas, tal como las concebimos aún hoy” (Desviat, 2012, pp. 52-53).

³⁵ En 1857 publicó su *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, en él, Morel analiza el origen y las características de la degeneración.

³⁶ El artículo de la periodista Mariana Norandi muestra los debates sobre el Ritalín® a más de 50 años en el mercado farmacéutico, resulta particularmente interesante que recupera testimonios de niños y adolescentes medicados.

³⁷ Véase al respecto el análisis de Rose (2012) sobre los expertos en genética matizando y desestimando las hipótesis de la dirección causal, señalamientos sobre los fracasos en los usos de la genética y de los instrumentos de observación de anomalías cerebrales en la pericia legal (p. 447-448).

³⁸³⁸ Michel Foucault (1992) ha señalado el modo en que se registra la inserción de los pobres como problema médico. Este dilema no se planteaba en el siglo XVIII, el hacinamiento aquí no era todavía tan grande, la pobreza no era un peligro. El pobre cumplía con ciertas funciones en la ciudad (mensajero, cargador, acarrea agua, eliminaba desechos). Para el segundo tercio del XIX, la población necesitada puede rebelarse o participar en revueltas; se sustituyen las funciones que antes cumplían los pobres en tanto surge un sistema de cargadores, servicio postal, etc. Por otro lado, las epidemias serán asociadas con la clase proletaria y entonces se pensarán como peligro sanitario.

A partir de aquí surge una división del espacio urbano, barrios de ricos y pobres, la obligación del pobre y el indigente a disciplinarse a un control médico.

Se establece así una asistencia vigilada que funciona también como medio de ayuda, al tiempo que se garantiza la salud a la población necesitada se protege a los más privilegiados. “Así se establece un cordón sanitario autoritario en el interior de las ciudades entre los ricos y los pobres: a estos últimos se les ofrece la posibilidad de recibir tratamiento gratuito o sin mayores gastos y los ricos se liberan de ser víctimas de fenómenos epidémicos originados en la clase pobre” (p.102).