

Referencia para citar este artículo: Bianchi, E. (2012). Problematizando la noción de *trastorno* en el TDAH e influencia del manual DSM. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (2), pp. 1021-1038.

Problematizando la noción de *trastorno* en el TDAH e influencia del manual DSM*

EUGENIA BIANCHI**

Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires

Artículo recibido en noviembre 18 de 2011; artículo aceptado en marzo 3 de 2012 (Eds.)

· **Resumen:** *En Argentina, profesionales de la salud y educación infantil con diferentes posturas teóricas y terapéuticas, debaten con agudeza en torno al diagnóstico y tratamiento por TDAH en niños y niñas. Como parte de la investigación de Doctorado en Ciencias Sociales (UBA), me enfoco en la concepción y circulación del TDAH como trastorno de la conducta infantil, desde el DSM y desde diferentes fuentes, deteniéndome en algunas características del diagnóstico y tratamiento. La metodología es cualitativa, basada en el análisis de documentos escritos, que abarcan entrevistas a profesionales de la salud y de la educación, revistas y libros especializados en la temática, páginas de Internet y artículos periodísticos. Sigo una perspectiva foucaultiana, centrada en el concepto de problematización.*

Palabras clave: TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad), infancia, problematización, DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales).

Problematizando a noção de desordem em TDAH e a influência do manual DSM

· **Resumo:** *Na Argentina, profissionais da saúde e educação com diferentes posições teóricas e terapêuticas, debatem fortemente sobre o diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças. Como parte da pesquisa de doutorado em Ciências Sociais (UBA) meu foco é o desenvolvimento e circulação do TDAH como um transtorno de comportamento da criança a partir do DSM e fontes diferentes, parando em algumas características de diagnóstico e tratamento. A metodologia é qualitativa, com base na análise de documentos escritos, que incluem entrevistas com profissionais de saúde e educação, revistas e livros sobre o assunto, sites e artigos de jornal. Segue-se uma perspectiva foucaultiana, enfocando o conceito de problematização.*

Palavras-chave: TDAH (Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade) - a infância - problematização - DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

Problematizing the notion of ‘disorder’ with regards to ADHD and the influence of the DSM manual

· **Abstract:** *In Argentina, health and education professionals with distinctive theoretical and therapeutic positions, sharply debate issues regarding the diagnosis and treatment of ADHD during childhood.*

* Este artículo de **Revisión de tema** forma parte de la investigación de posgrado en curso realizada por la autora desde 2007, *Gubernamentalidad, tecnologías y saberes en torno al ADHD. Una genealogía de las disputas y convergencias de los discursos y prácticas de los profesionales de la salud, en relación al diagnóstico y tratamiento del ADHD en niños/as en la CABA*. El estudio sigue los lineamientos de la investigación cualitativa, y es financiado con Beca Interna de Posgrado Tipo II, por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), Resoluciones D N° 346/02; 671/04, 2782/08, 1156/10, y 3227/11.

** Magíster en Investigación en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires. Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Correspondencia: eugenia.bianchi@yahoo.com.ar

· As part of the PhD in Social Sciences' (UBA) investigation, this research focuses on the conception and dissemination of ADHD as a childhood behavioral disorder, from the DSM and different sources, giving special consideration to some characteristics of diagnosis and treatment.

· The methodology is qualitative, based on the analysis of written documents, including interviews with health and education professionals, specialized journals and books, web pages and journalistic articles. A Foucauldian perspective is used, centered on the concept of problematization

Key words: ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), childhood, problematization, DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

-1. Introducción. -2. Acerca de algunas investigaciones publicadas en Latinoamérica. --3. La problematización como propuesta para el análisis. -4. El DSM y la noción de trastorno mental. -5. Antes del DSM-IV: la noción de trastorno mental y el DSM-III. -6. Ecos y consecuencias de la publicación del DSM-III. Consensos y articulaciones. -7.- El TDAH como trastorno de la conducta en la infancia. -8. Hacia una configuración del concepto: la tríada sintomática del TDAH y su circulación en los discursos de padres, docentes y profesionales de la salud. -9. Entonces ¿Qué es el TDAH? Polaridades, antagonismos y articulaciones. -10. Algunas conclusiones a modo de cierre. - Lista de Referencias.

1. Introducción

En Argentina, profesionales de la salud y de la educación infantil con diferentes posturas teóricas y terapéuticas, debaten con agudeza en torno al diagnóstico y tratamiento por TDAH en niños y niñas. Un hito en la polémica derivada de estas tensiones lo constituye la publicación, en 2005, del Consenso de expertos del área de la salud, dirigido al Ministerio de Salud. El documento objeta la extensión del diagnóstico de TDAH, y la prescripción de fármacos para su tratamiento, resaltando sus efectos adversos. Propone la evaluación de niños y niñas por parte de expertos y expertas, el uso de la medicación como último recurso, la atención al contexto familiar y social del niño o niña evaluado, y la restricción de la difusión de información en medios de comunicación, habida cuenta de las controversias entre profesionales respecto de la existencia misma del trastorno (<http://www.forumadd.com.ar/>).

Como respuesta al Consenso de expertos -y en lo que se consideraba un intento por limitar el derecho de los ciudadanos a ser informados por los medios de difusión masiva-, otro sitio (<http://www.tdah.org.ar/>) publicó una traducción castellana del original en inglés, del Consenso Internacional sobre ADHD, realizado en 2002, que señala al TDAH como un trastorno

válido.

En 2007, la Anmat (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) ordenó a los laboratorios que comercializan los dos fármacos principales utilizados para el tratamiento del TDAH (metilfenidato y atomoxetina) incluir en sus prospectos advertencias, precauciones y contraindicaciones asociadas a los mismos (Anmat 2123/2007).

Estas conflictivas tienen su correlato en medios de comunicación, con numerosos artículos periodísticos que abarcan desde desestimaciones de la especificidad del trastorno (Página/12, 17/10/2006) hasta la constatación de su origen genético (Clarín, 1/10/10). Se han publicado libros y revistas que expresan diferentes posturas, y se realizan congresos, jornadas y simposios destinados a profesionales, docentes, madres y padres.

El estudio de los discursos de la salud que tematizan el TDAH, entonces, adquiere tintes de especial relevancia en Argentina, tomando en cuenta la coexistencia de las corrientes de la psiquiatría biológica y el psicoanálisis en las prácticas de los profesionales (Mantilla, 2010; Lakoff, 2004).

Este escrito lo enfoco en cómo se concibe y circula el TDAH como *trastorno* de la conducta infantil, deteniéndome en algunas

características que adquiere su diagnóstico en Argentina.

La metodología es cualitativa, basada en el análisis de fuentes documentales que abarcan entrevistas a profesionales de la salud y de la educación, como revistas y libros especializados en la temática, páginas de Internet de asociaciones de profesionales y artículos periodísticos. Sigo una perspectiva foucaultiana (Bianchi, 2010) centrada en el concepto de problematización.

2. Acerca de algunas investigaciones publicadas en Latinoamérica

Desde perspectivas de las ciencias sociales, en países del cono sur se publicaron investigaciones que analizan el fenómeno. Sobre la experiencia uruguaya (Míguez, 2010) se realizó una investigación que incluyó a profesionales de la salud, docentes, madres, padres, niñas y niños, con indicación de medicación. También en Uruguay, el Gedis (Grupo de Estudio sobre Discapacidad) de la *Universidad de la República*, publicó su estudio *Los hijos de Rita Lina*, formulando alternativas a la normalización de niños y niñas que reciben Ritalina® u otros fármacos semejantes (Míguez *et al.*, 2006).

En Brasil se examinó la producción, divulgación y consumo de Ritalina®, explorando el período 1998-2008 (Itaborahy, 2009). De la *Universidade do Estado de Rio de Janeiro* (UERJ), existen trabajos que analizan las relaciones entre el diagnóstico de TDA/H y formas de subjetivación contemporáneas (Cabral, 2005).

En 2010 se publicó la investigación del proyecto Pensa Rio de Faperj (Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro), que explora las representaciones sociales acerca de la Ritalina®, marcando dos líneas: el incremento en el uso de la medicación, y su expansión a fines no terapéuticos (Ortega *et al.*, 2010).

En Argentina se destacan la investigación dirigida por Arizaga y Faraone (2008) y la de Bianchi (2012), que abordan las nuevas

condiciones que asumen los procesos de medicalización en la infancia, desde la perspectiva de profesionales de educación y de salud.

3. La problematización como propuesta para el análisis

En el marco de lo expuesto, la noción de *problematización* presenta especial pertinencia. Dean la recupera como una de las tres formas de práctica intelectual al interior de la teoría social, junto con la teoría progresivista y la teoría crítica. La problematización “establece un análisis de la trayectoria de las formas históricas de la verdad y del conocimiento sin un origen o un fin (...) encontrando preguntas donde otros han localizado respuestas” (Dean, 1994, p. 4).

Foucault aludió a este concepto señalando que “*problematización no quiere decir representación de un objeto pre-existente, ni tampoco creación por medio del discurso de un objeto que no existe. Es el conjunto de las prácticas discursivas y no discursivas lo que hace entrar algo en el juego de lo verdadero y de lo falso y lo constituye como objeto de pensamiento*” (Foucault, 1991b, pp. 231-232). En esta línea, se han sucedido trabajos empíricos y de corte teórico que recuperan la noción para el análisis de múltiples procesos (Rose, 1994; Osborne, 2003; Rabinow, 2011).

Un eje central del concepto reside en la consideración de la multiplicidad de respuestas posibles que pueden brindarse simultáneamente para un mismo conjunto de dificultades. El énfasis está puesto en cuál es el punto en el que se enraiza esa simultaneidad, incluso con las contradicciones que pueda presentar (Foucault, 1997, 2009). En el caso del TDA/H, por tratarse de un término surgido de la égida médico-científica, la noción de *problematización* conecta con otro concepto, el de *régimen de veridicción* (Foucault, 1991a, 2004, 2009).

Frente a esa situación, problematizar no implica ofrecer una solución que clausure al problema; ni ponderar, evaluar y concluir cuál es la respuesta que pondría fin a la controversia,

formulada en términos de veracidad/falsedad científica (Bianchi, 2010). Antes bien, supone ubicar, por una parte, las voces que surgieron para responder al problema que se plantea, y por otra, cuál es el punto en el que estas respuestas simultáneas y múltiples presentan alguna regularidad.

Esto conlleva un movimiento de análisis crítico que, por un lado, marque cómo las diferentes soluciones a un problema fueron construidas, y por otro, ubique cómo esas diferentes soluciones resultan de una forma específica de problematización.

4. El DSM y la noción de trastorno mental

Un elemento que incide de modo insoslayable en los vínculos entre nuestra realidad contemporánea y los discursos de la salud que hoy tematizan al TDAH, lo constituye el *Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales*, DSM por sus siglas en inglés. He señalado (Bianchi, 2010) que el TDAH está tipificado, en su IV versión revisada, como un *trastorno de inicio en la infancia o adolescencia*.

La sigla TDAH, que en inglés remite a un *desorden* de la atención y de la actividad, fue traducida al castellano como “trastorno por déficit de atención con hiperactividad”. Un *trastorno mental* es, según el DSM-IV:

(...) un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido).

Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o

biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción (APA, 1994, p. XXI)¹.

En las entrevistas también se alude a este concepto:

Médico Especializado en Neurología Infantil: *Esto hay que enmarcarlo con cierto cuidado (...), hay un término vago pero que aplica que es el de disfunción, y otro término que por ahí aplica es el de trastorno. ¿Por qué uno trata de evitar “enfermedad”? Porque enfermedad es una alteración en cualquier medio sociocultural. Por ejemplo, la varicela es una enfermedad, entonces así hayas nacido en el siglo I y te dediques a pelear con los romanos, tener varicela es estar enfermo.*

En cambio, tener un trastorno de déficit atencional en este contexto cultural, tal vez no se pensaba que eso fuera una enfermedad y hasta podría ser un rasgo distintivo útil, porque por ahí ser impulsivo podría llegar a tener un beneficio en la guerra (...).

Porejemplo en nuestro medio cultural de clase media, etc., tener una dificultad escolar de cierta importancia es un trastorno que complica y hace infeliz a la persona, mientras que tal vez si vos vivís en un medio cultural aborigen, donde vas a vivir de la caza y de la pesca, y donde las necesidades están muy relacionadas a cosas muy prácticas, este trastorno puede no hacerse bien.

Licenciada en Psicología: - *Y para vos esto es una patología, un trastorno, una enfermedad ¿cómo la definís?*

- *Como un trastorno. Es un trastorno dentro de los trastornos de aprendizaje, pero no diría que es una enfermedad,*

¹ Con diferencias menores, esta definición consta en el DSM-III de 1980, y DSM-III-R de 1987 (Cooper, 2004). Asimismo, el Texto Revisado de la IV versión original en inglés mantiene idéntica definición (APA, 2000, p. XXXI).

es un trastorno que hace que el chico tenga dificultades para aprender. Antes se llamaban los trastornos mínimos, o menores, o neurológicos menores, que ahora se clasifican más como trastornos de aprendizaje.

En el manual se remarca el sesgo que implica la denominación *trastorno mental*, porque supone una separación entre las esferas mentales y físicas. Pero la denominación persiste, dada la ausencia de otra que resulte más adecuada.

En el DSM no sólo se enfatiza la laxitud respecto de los límites entre un trastorno mental y uno físico. El carácter difuso de las fronteras aparece como una característica del concepto mismo:

(...) a pesar de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto «trastorno mental». El término «trastorno mental», al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades (...). Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una gran variedad de conceptos (p. ej., malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta (APA, 1994, p. XXI)².

En la infancia, la noción presenta dos aspectos problemáticos adicionales: por una parte, los trastornos psicológicos infantiles no constituyen, en su mayoría, entidades clínicas ‘puras’. Por otro lado, la mayoría de los comportamientos atribuibles a un trastorno también están presentes en el funcionamiento normal de las niñas y niños. Como indica Pedreira Massa (2000), “la principal dificultad

en la definición de trastorno mental en la infancia se sitúa en la decisión sobre el cómo y dónde se ubica el área entre lo normal y lo patológico en la infancia”.

Desde otros posicionamientos, se cuestiona la noción de trastorno:

Esta ilusión de nombrar con *certeza* ‘divina’ se pone en obra en esta llamada *Biblia* de la salud mental con la expansión del término *trastorno* que, en rigor, pretende desplazar (y por lo tanto emplazar) un nombre, una nueva *palabra maestra* pre-freudiana que es tomada de otro lado (de la medicina del siglo XVII) para reemplazar otros términos -como por ejemplo neurosis- que en su momento fueron un progreso nominativo, claro que *herético*, de los modos de sufrimiento mental. O sea que el trastorno es un retorno. La restauración de viejos dogmas en nuevas prosas (Vasen, 2011, p. 21).

Más específicamente, en una de las fuentes se desestima la identificación del TDAH como un síndrome (uno de los ejes del *trastorno*), por comparación con la noción *médica* de *síndrome*:

Hablamos de síndrome cuando un grupo de diferentes causas pueden dar origen a un cuadro específico, que puede tener una presentación completa o parcial, *pero que siempre presenta un elemento central constante*.

(...)

En síntesis, el síndrome posee:

- 1- Causas múltiples.
- 2- Un cuadro específico o característico.
- 3- Un elemento constante.
- 4- Tratamientos diferentes según sea una gripe, una meningoencefalitis o un tumor...

Si se hablara de un síndrome de ADHD, es importante destacar que *éste no tiene un elemento común: unos niños son hiperactivos, otros tienen*

2 *Ídem*, pp. XXX-XXXI.

menor atención o bien problemas de impulsividad, otros tienen, además de los tres caracteres básicos, elementos agregados que se han dado en llamar comorbilidad.

Para ser un síndrome necesita un denominador común.

El equivalente a la hipertermia es el síndrome febril.

¿Cuál es en el ADDH? ¿La hiperkinesia, el déficit de atención, la dificultad de aprendizaje, la alteración de la conducta?

El ADDH no es un síndrome, pues carece de elemento constante, único o específico que lo defina (Benasayag, 2007, pp. 24-25).

La noción de *trastorno* aparece así como un concepto que no fue formulado por el DSM por primera vez, pero también como una categoría polémica, inacabada, abierta. Estas características, sin embargo, no han impedido su circulación y extensión, ni han coartado su capacidad de producir efectos diversos, tanto en la formulación del diagnóstico y del tratamiento, como en las subjetividades de niños y niñas.

Por último, el DSM IV previene en su *Introducción* que:

Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen. Por esta razón, el texto del DSM-IV (al igual que el texto del DSM-III-R) evita el uso de expresiones como «un esquizofrénico» o «un alcohólico» y emplea las frases «un individuo con esquizofrenia» o «un individuo con dependencia del alcohol» (APA, 1994, p. XXI)³.

Este abordaje fue denominado neo-kraepeliniano, dado que las patologías son concebidas como entidades discretas. Aunque estas entidades no definen enfermedades, sino

síndromes, esta precaución no necesariamente opera en la práctica, dado que los síndromes son empleados de la misma manera que si se tratase de enfermedades (Ehrenberg, 2000; Decker, 2007).

Para el caso de niños y niñas en particular, en algunas fuentes se señala como frecuente la fusión entre síndromes e individuos:

En nuestro caso todo chico que presenta dificultades con su atención, es hiperactivo y/o impulsivo, puede ser englobado en la clase de los ADD. Y pasar a ‘ser’ ADD. Sin resto (Vasen, 2007, p. 37).

La mamá de Ignacio, aliviada me comenta al término de una ronda de consultas a propósito de su inquieto primogénito: ‘¡Ya sabemos lo que tiene: es un Adedé!’ (Vasen, 2007, p. 42).

Los modos de mirar a un niño están en relación a los modos de nombrarlo, al lugar en el que se lo ubique en función de esos atributos. Cuando esto ocurre en tiempos de constitución subjetiva, las consecuencias que acarrearán las nominaciones con las que se lo categorizará podrán ser subjetivantes o desubjetivantes, según la implicancia que adquieran para la constitución psíquica y los procesos identificatorios. Cuando un niño dice de sí mismo ‘es que soy ADD’, su subjetividad queda designada por un déficit. ‘ADD’ se convierte en la supuesta clave de acceso a su identidad, que queda allí coagulada (Untoiglich, 2011, p. 201).

Un elemento que propendería a esta indiferenciación discursiva entre síndromes e individuos, es el énfasis en un diagnóstico centrado en las *conductas observadas*. Este acento en las conductas redirige el síndrome hacia el individuo (que es quien lleva adelante las conductas a observar), a pesar de los pronunciamientos y recaudos del manual. En una entrevista:

Psicoanalista especializada en niños: “El punto tiene que ver con que en realidad el ADD es un conjunto de descripciones, de conductas observables,

³ Ídem.

no es un diagnóstico psicopatológico. Entonces es un punto importante, porque supuestamente viene a cubrir un diagnóstico. ¿Diagnóstico de qué? porque si desde lo psicopatológico no es diagnóstico, desde la neurología no está, si no hay pruebas de laboratorio que lo justifiquen, la pregunta es ¿para quién es un diagnóstico, sí? En principio... es un diagnóstico para quienes creen que puedan hacer diagnósticos desde la observación de conductas, y es un diagnóstico para quienes creen que supuestamente los diagnósticos son objetivos.”

Sin embargo, el diagnóstico en torno a la observación de las conductas, y el concepto de *trastorno mental* que están vigentes en el DSM-IV, datan de una versión anterior, la III, publicada en 1980.

Las vicisitudes de la creación de este manual resultan de interés para comprender la configuración actual de la noción de trastorno, siendo pertinente detenerse someramente en ellas.

5. Antes del DSM-IV: la noción de trastorno mental y el DSM-III

Diversos autores se han referido a la publicación de la III versión del DSM como “revolución” (Mayes & Horwitz, 2005; Decker, 2007), “revolución terminológica” (Russo & Venâncio, 2006), “transformación” (Wilson, 1993) o “piedra de toque categorial” (Conrad, 2007). Ha sido entendida también como expresión de la puesta en funcionamiento de la “máquina americana” (Ehrenberg, 2000), o del “viraje médico de la psiquiatría” (Amaral de Aguiar, 2004).

Ehrenberg ubica la noción de *trastorno mental* como uno de los conceptos de base que dotaron de fidelidad diagnóstica al manual.

Previo a la publicación del DSM-III, la psiquiatría carecía de consenso interno, debido a la diversidad de doctrinas vigentes. Con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial las perspectivas psicodinámicas y psicosociales se erigían como las preeminentes (Wilson, 1993),

y la psiquiatría resultaba el blanco de críticas desde diversos frentes (Mayes & Horwitz, 2005), que horadaban sus criterios de verdad.

El primer frente quedaba conformado por los movimientos denominados antipsiquiátricos, que impugnaban la validez del concepto de *enfermedad mental* formulado por la psiquiatría psicodinámica. También las manifestaciones culturales más amplias, como la multipremiada película norteamericana *Atrapado sin salida*. Se sumaban las compañías aseguradoras, que objetaban a la psiquiatría su falta de responsabilidad financiera y de efectividad demostrable clínicamente, y el cuestionamiento hacia los psicoterapeutas, acusados de crear demandas por servicios para quienes no eran realmente enfermos mentales, sino meros “descontentos”.

El segundo frente se organizaba en torno a las consecuencias del proceso de desinstitucionalización iniciado en la segunda posguerra. Merced a este proceso, la psiquiatría enfrentaba una demanda creciente de pacientes cuyo destino terapéutico ya no consistía en internaciones de larga duración en instituciones. Se suma a esto la introducción de la clorpromazina en 1954, que al resultar efectiva para calmar los síntomas de la psicosis, facilitó la externación de numerosos pacientes.

Al uso de la clorpromazina se añade el crecimiento de políticas del Estado de Bienestar desde finales de la década de los años 1960 y 1970, y el reforzamiento de una ética igualitaria no coercitiva.

Uno de los impactos de la desinstitucionalización es que el incremento del uso de fármacos en pacientes refractarios al psicoanálisis freudiano, habilitó la extensión de una psicoterapéutica farmacológica. Esta modalidad de tratamiento logró establecerse con anterioridad al desarrollo del DSM-III. Como marcan Mayes y Horwitz:

(...) las enfermedades basadas en síntomas que crearía el manual, facilitaron ampliamente la expansión del rol de los tratamientos medicamentosos en psiquiatría. En contraste, el psicoanálisis sería largamente marginalizado por su incapacidad para responder a las crecientes necesidades de

un tratamiento para enfermos mentales severos en instituciones comunitarias, y proveer las nosologías específicas que fueron requeridas con anterioridad a que los fármacos pudieran ser comercializados y prescriptos (Mayes & Horwitz, 2005, p. 255).

Un tercer frente lo constituyen las críticas de investigadores e investigadoras en psiquiatría, centradas en que la disciplina necesitaba expandir la investigación científica acerca de los desórdenes mentales y demarcarlos más claramente, e incrementar la confiabilidad diagnóstica entre los clínicos. Esta exhortación a la orientación de la disciplina se daba en un marco en el que la psiquiatría en Estados Unidos había decaído como opción para los estudiantes y las estudiantes universitarias, en parte porque -más allá de la formación en medicina- un psiquiatra no ofrecía nada distintivo en términos de terapéutica, respecto de lo que podía brindar un consejero, un psicólogo, un trabajador social, o más ampliamente, cualquier terapeuta.

Los avances en computación -y el uso de modelos de análisis cuantitativo en investigación de campo- contribuían a dotar de mayor sistematicidad a las clasificaciones de los desórdenes mentales, permitiendo a los investigadores e investigadoras enfocarse en la especificidad de los síntomas de cada desorden, y ofrecer el tratamiento óptimo para aliviarlos. Y podían hacerlo con cierto lenguaje, en términos congruentes con los que exigían la industria farmacéutica y sus agencias reguladoras.

Un cuarto frente lo constituyeron una serie de investigaciones sociológicas publicadas en Estados Unidos. En la década de 1950 crece el interés sociológico en la salud mental, de la mano del incremento de fondos del Nimh (National Institute of Mental Health) para realizar investigaciones. Las mismas se enfocaron en tres tópicos principales: el hospital psiquiátrico, la epidemiología social, y la identificación de la enfermedad mental (Conrad & Schneider, 1992)⁴.

En el contexto de estos frentes críticos, la publicación del DSM-III ofrecerá una

modalidad de fidelidad diagnóstica basada en el consenso acerca del uso de un lenguaje común, y restringirá el juicio personal del profesional, un elemento con un peso importante hasta ese momento, debido a la multiplicidad de orientaciones psicoterapéuticas vigentes.

6. Ecos y consecuencias de la publicación del DSM-III. Consensos y articulaciones

El consenso fue modelado en torno a una serie de características: el DSM-III fue proclamado como un manual a-teórico, basado en principios de testeo y verificación a partir de los cuales cada trastorno es identificado por criterios accesibles a la observación y medición empíricas. La argumentación expuesta en esta versión del manual no evidenció cambios sustanciales en versiones subsiguientes.

La a-teoricidad remite a la negativa a formular un posicionamiento que contemple alguna de las distintas teorías etiológicas. Concomitantemente, se postula como un manual descriptivo, puesto que el énfasis está puesto en una descripción precisa de las manifestaciones sintomáticas, aunque no así de “cómo se hacen presentes estas perturbaciones” (Spitzer, 1983, citado en Ehrenberg, 2000, p. 185). Respecto a la a-teoricidad del manual, un entrevistado menciona:

Médico Psiquiatra: “*El DSM [III] no es a-teórico en su nacimiento sino multiteórico. Es una perspectiva de tipo ecléctica en la que se mezclaban nociones provenientes de la química clásica, del psicoanálisis, del conductismo, de la neurobiología, de la neurología en los criterios que aparecen ahí. En algunos capítulos como los ‘Trastornos de ansiedad’, predominaban nociones psicodinámicas, comportamentales y conductistas. En otros, como el ‘Abuso de drogas’ y ‘Alcoholismo’, predominaban nociones provenientes de neurobiología, la biología, etc. Entonces, era muy teórico de movida’.*”

La neutralidad y generalización para todo tiempo y lugar postuladas en la clasificación del DSM, condujeron en la práctica a la globalización de la psiquiatría norteamericana

⁴ De las investigaciones reseñadas por los autores, se destaca *Internados*, de Erving Goffman.

(Russo & Venâncio, 2006). Un incentivo importante para la adhesión mundial al DSM-III lo constituyó la afinidad entre el formato de sus diagnósticos y la investigación experimental, revistiendo esta última especial interés para la industria farmacéutica.

Desde su III versión, el DSM instala una articulación particular entre las esferas de la clínica y de la investigación. Una *clínica* como la psiquiátrica, que no estaba unificada bajo un lenguaje común, no podía ofrecer lo que la epidemiología denomina *buena fidelidad interjuicio*.

El DSM, al proporcionar criterios de inclusión y exclusión de los trastornos, desplaza el eje de las categorías, de la *clínica* a la *investigación*. La formulación de criterios diagnósticos consensuados resultaba indispensable también para producir datos fiables.

Una exigencia fundamental de la agencia reguladora norteamericana FDA (Food & Drug Administration) hacia la industria farmacéutica consistió en que los nuevos medicamentos colocados en el mercado debían estar precedidos de la presentación de resultados de investigaciones que puedan ser replicados, de manera de probar su validez. Las evaluaciones de eficacia de los fármacos incluían “estudios cuantitativos basados en muestras comparables de pacientes diagnosticados uniformemente, asignados al azar, y tratados con procedimientos estandarizados, con resultados juzgados no sólo por clínicos, sino por observadores imparciales, no involucrados en el tratamiento” (Mayes & Horwitz, 2005, p. 256).

Esta exigencia reforzó la necesidad de un diagnóstico basado en criterios con fronteras definidas, criterios de inclusión y exclusión, etc. (Russo & Venâncio, 2003). Entre los instrumentos que auxilian esta modalidad diagnóstica, se cuentan los tests y escalas psicométricas.

Finalmente, una característica del DSM-III y del DSM-IV que aparentemente será modificada en la V versión -con publicación planificada para 2013, y orientada a un abordaje *dimensional*- es la evaluación *multiaxial*. Esta se asienta en un diagnóstico con varios ejes, que

contemplan las esferas biológica, psicológica y social, aunque la evaluación no procede por confrontación de dichos registros, sino por su mero apilamiento.

La publicación del DSM-III supuso la consolidación de una visión de la salud mental basada en los síntomas, y el desplazamiento del paradigma psicosocial predominante hasta entonces en la clínica norteamericana. A diferencia de las ediciones anteriores, se convirtió en un texto autorizado en salud mental, aprobado por instituciones clave, como el Nimh.

Fue adoptado en escuelas de medicina y programas de residencia, que lo incluyeron como material para las evaluaciones de graduación. Las agencias gubernamentales y compañías aseguradoras lo acogieron porque clarificaba el proceso de reembolsos. Y los investigadores e investigadoras lo incorporaron porque -al ofrecer criterios estandarizados- habilitaba un mismo lenguaje para emprender investigaciones transdisciplinarias. La cientificidad de los criterios volcados en el DSM permitía, además, formular proyectos de investigación financiados por el Gobierno.

Las resistencias surgieron de parte de psicoanalistas freudianos y otras terapias basadas en la palabra, pero tanto ellos como los clínicos e investigadores opuestos a estas convenciones, fueron progresivamente relegados de las instituciones y sus recursos.

Habiendo rastreado algunos aspectos de la formulación e implantación de la noción de trastorno mental en el DSM, es posible ahora adentrarse en algunas características del TDAH, desde la perspectiva de las fuentes analizadas.

7. El TDAH como trastorno de la conducta en la infancia

De acuerdo con el DSM, el TDAH se presenta como entidad patológica con estatuto propio, diferenciada de otras patologías: esquizofrenia, trastornos generalizados del desarrollo -o TGDs-, trastornos psicóticos en la infancia, etc., aunque con una alta comorbilidad.

Otro elemento es que la inclusión dentro los patrones de diagnóstico de TDAH se asocia a una cuestión de grado, de distancia con respecto a un patrón de regularidad. Resulta posible identificar una *cuestión de grado* en el manual, en tanto lo que merece la consideración de patológico no es que el niño o niña no preste atención, o le cueste permanecer sentado en la silla, entre otras conductas.

Lo que da la pauta de la existencia de una patología es, antes bien, la frecuencia y duración de estas conductas, que puestas en comparación con los parámetros *normales*, resultan en una desproporción, un exceso o una desmesura. Otra entrevista se refiere al TDAH en el marco de las cuestiones de grado:

Médico Especializado en Neurología infantil: *“Yo soy muy franco con los chicos; explico esto, la mayoría de los chicos vienen como desfasados en todo el ámbito escolar, en la casa, los amigos y ese es el objetivo fundamental, mejorar su inserción social, porque estos chicos no funcionan bien socialmente. Ese es el objetivo primordial del tratamiento, que mejore y que no se considere anormal por lo que le pasa, que todos los seres humanos tenemos algo en nuestros cerebros que no funciona adecuadamente. El tema es que a veces esa disfunción es tan importante que motiva la consulta”.*

El entramado enunciativo conformado en torno a la cuestión de grado no se restringe a los aspectos conductuales; alusiones de este tipo también aparecen en relación con las funciones cerebrales que estarían involucradas en el trastorno.

Licenciada en Psicopedagogía: *“No, yo creo que hay base neurobiológica. Lo que pasa que vos disfuncionás más o menos de acuerdo al ambiente que has tenido, de las oportunidades educativas, y todo tu entorno, y a la gravedad del tipo de cuestión biológica que cada uno tenga”.*

Médica Especializada en Neurología infantil: *“En el lóbulo frontal están las funciones ejecutivas, que son las que de alguna manera planifican y calman*

la impulsividad y hacen que el paciente o que la persona se ubique y no responda gritando. Bueno: hay una falla en esta parte, en este sistema, por un déficit de neurotransmisores, generalmente en el lóbulo frontal. Esa es la base del ADD”.

La relación entre la definición del TDAH y el DSM no siempre se da de modo tan explícitamente afin. Ambos aparecen vinculados en un abanico de posicionamientos que van desde aportes que aceptan y acuerdan con la formulación del manual, pasando por profesionales que lo toman como una herramienta operativa -utilizada a fines de cumplimentar requisitos institucionales-, hasta posturas en las que la oposición al manual se expresa con agudeza. Además de los fragmentos presentados, otras entrevistas ilustran estos posicionamientos:

Médico Especializado en Neurología infantil: *“Pero no, el trastorno atencional... empieza a adquirir jerarquía independiente... a partir de la década del '60... donde el DSM-II, después el DSM-III y después el DSM-IV, del 1994... lo...
- ¿...van afinando...?
- Claro... está categorizado”.*

Médico Pediatra, psiquiatra infantil y psicoanalista: *“El DSM (...) está editado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Ahora, es un nomenclador. El nomenclador es una lista de enfermedades, o de cuadros clínicos, que se hace para algo. ¿Para qué? Por ejemplo, vos podés tener un nomenclador, para que la farmacia de una obra social cubra tales medicamentos. Entonces si está en el nomenclador, lo podés ir a comprar, si no, no te lo va a pagar la obra social.*

(...) Eh... es un nomenclador para que los seguros de salud de Estados Unidos cubran o no cubran los costos de atención y tratamiento de las enfermedades mentales. De ahí que eso es un tratado de psiquiatría, es otra cosa”.

Licenciada en Psicopedagogía y Psicología: *“... no hay que hacer del DSM-IV (...) el lecho de Procusto, ¿no?,*

la herramienta de tortura. Donde a la persona se la estiraba de los miembros para que entren en esa cama. El DSM-IV muchas veces puede llegar a ser eso. Es un lecho al que vos le pones una persona adentro y la vas a tratar de estirar para que entre en ese diagnóstico ¿Cuál es el riesgo? Eh... "excesivamente inquieto", "se le caen las cosas de la mano". No, pero bueno, a ver, me falta un criterio para decir que ES. Entonces, bueno... un poquito... y sí, acá se movió. Realmente uno tiene que tener cierto criterio. Para decir: lo uso como un elemento de información y no como un reglamento".

La reiteración de definiciones, referencias y alusiones relacionadas con el DSM como fuente casi exclusiva de conceptualización del TDAH, marca la preeminencia del manual por sobre otras propuestas clasificatorias disponibles en Argentina (Arizaga & Faraone, 2008). Se destacan la *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud*, o CIE-10 (de la Organización Mundial de la Salud), y en particular para los denominados trastornos infantiles, la *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente* o CFTMEA-R-2000 (de la Federación Francesa de Psiquiatría).

8. Hacia una configuración del concepto: la tríada sintomática del TDAH y su circulación en los discursos de madres, padres, docentes y profesionales de la salud

Siguiendo al DSM, el TDAH es descripto en relación con tres *desórdenes* posibles, que pueden manifestarse -o no- combinados entre sí: desatención, impulsividad e hiperactividad. Estos tres territorios de definición se reiteran en las fuentes consultadas.

Partiendo del análisis de documentos es posible reconstruir una cadena enunciativa que define al TDAH a partir de reformulaciones de las conductas observables en niños y niñas, que se presentan utilizando un lenguaje no médico, y son reinterpretadas desde algunos discursos como parte de la tríada sintomática con la cual

se describe el TDAH (atención-impulsividad-hiperactividad). Como ejemplo, el siguiente fragmento:

Síntomas primarios

Las conductas que presentan los niños con AD-HD no pasan desapercibidas, en particular cuando son hiperactivos. Padres y maestros habitualmente describen las conductas de los niños con ese déficit con algunos de los siguientes términos:

Atención: "Se dispersa fácilmente". "No termina nada de lo que empieza". "Parece no escuchar lo que le digo". "Cuesta mucho trabajo que se concentre en la tarea" (...). "Es totalmente desordenado y desorganizado".

Impulsividad: "No tiene paciencia para esperar su turno". "Interrumpe las conversaciones o se entromete en juegos de otros". "Es impaciente, no soporta esperar". "Comienza a responder antes de que yo termine de preguntar". (...) "Todo lo quiere ya".

Hiperactividad: "Está todo el tiempo moviendo las piernas". (...) "No puede quedarse quieto, se mueve todo el tiempo en la silla". (...) "Tiene un motorcito en los pies". "No se queda quieto, se retuerce en su pupitre". "Habla continuamente, parece un loro" (Joselevich, 2005, pp. 25-27).

Aquello que eventualmente será descripto como sintomatología propia de TDAH, es presentado bajo la forma de enunciados que pronuncian padres y madres y/o docentes, refiriendo a actividades, acciones o conductas de niños y niñas.

Los enunciados se caracterizan además, porque son referidos por madres, padres, docentes a los profesionales de la salud, como indicadores de una situación irregular, que denotan la existencia de un problema. Pero tal problema no está expresado con un lenguaje médico, ni es clasificado desde el saber sobre la salud.

Será la introducción de coordenadas de inteligibilidad en términos de salud y enfermedad, con un lenguaje productor de saber y verdad, lo que permitirá codificar la masa confusa de acciones, pensamientos y situaciones que evidencian niños y niñas, dotándolas de coherencia, y otorgándoles el estatuto de *trastorno*.

9. Entonces ¿Qué es el TDAH? Polaridades, antagonismos y articulaciones

El estatuto mismo del TDAH se configuró como objeto de encendida controversia entre los profesionales de la salud. Los rasgos que ha adquirido esta controversia centran el debate en torno a la existencia misma del cuadro. En estos términos se formularon, por un lado, enunciados que afirman que designa una condición neurológica de origen genético; y por otro, enunciados que sostienen que no existe como entidad patológica específica. Algunos documentos expresan estas posturas. En torno a la primera:

¿Qué es el AD/HD?

El AD/HD puede ser definido como un trastorno de base neurobiológica que se manifiesta por grados inapropiados de atención, hiperactividad e impulsividad. También podemos definirlo por lo que no es: el AD/HD no es un “bloqueo o problema emocional” ni un “problema específico de aprendizaje” (Joselevich, 2005, pp. 20-21).

Médico Especializado en Neurología infantil: *“Claro, lo que se cree actualmente es que la base es genética. O sea el trastorno es genético, ¿sí? Esto es lo que charlábamos, si vos sabés de dónde viene el tema, sabés dónde mirar. Si yo digo que es un problema social, entonces yo lo saco de esta sociedad y el problema desapareció”.*

Médica Psiquiatra: *“Es una patología que estuvo toda la vida (...). Eh, o sea, la etiología sabemos claramente que es neurobiológica, lo que pasa que desencadenantes o situaciones hacen*

que esto se exprese en determinadas personas, y que en otras no se exprese, y sea una situación silente”.

En torno a la segunda postura:

Licenciada en Psicopedagogía: *“... al mismo tiempo genera, paradójicamente, el efecto de que alguien venga y te diga: “¿Vos sos especialista en ADHD?” A ver, ¿Cómo te explico? Sí, pero no, soy especialista en explicarte que no existe el ADHD (...).*

Y entonces, empezamos a marcar fuertemente esto de que el ADHD era un invento, que en realidad había que prestarles atención a los chicos que no prestaban atención, porque algo nos estaban diciendo (...).

Desde una supuesta ciencia, que parte de la disociación mayúscula, en donde se supone que las funciones cognitivas se pueden aislar del sujeto, descontextualizar y además medirla de a una, por separado, como si fueran transistores de un aparato. A ver, todo eso no es más que una gran hipótesis para justificar lo injustificable ¿Entendés?”

Postulados falsos

Existen actualmente varias afirmaciones sobre el diagnóstico de ADDH que se han tornado muy populares, pero que carecen de fehaciente documentación científica (...).

Con respecto al origen genético ligado al déficit de dopamina demostrado por PET [tomografía por emisión de positrones], la literatura científica no es todavía absolutamente concluyente como para llegar a definición taxativa con respecto a la intervención de estos factores y su eventual rol de mediadores o herramientas de diagnóstico. Tampoco hay suficiente evidencia documentada de que haya alteración genética específica y sustentable (Benasayag, 2007, pp. 24, 26-27).

La controversia en torno al estatuto del TDAH queda organizada en relación a cuestiones

como la verdad/falsedad de los enunciados, la adecuación/inadecuación a postulados científicos, la suficiencia/insuficiencia de evidencia empírica que respalde una etiología biológica, la incidencia/no incidencia del contexto social, etc.

El TDAH queda configurado así en la conjunción de prácticas y discursos como los presentados. Es una conjunción conflictiva, porque cada postura ofrece una respuesta a la pregunta por la existencia y estatuto del TDAH, que impugna a la otra.

Sin embargo, analizando los documentos en clave de problematización, hallé que las dos posturas señaladas no agotan las formulaciones con las que los profesionales y las profesionales conciben el TDAH. Entre estos dos discursos polares (que parecieran presentarse como un juego de “suma cero”) es posible ubicar otra trama discursiva que opera como bloque táctico entre las otras dos posturas.

Esta tercera formulación no es exactamente la conjugación o mixtura de los dos postulados anteriores. Su especificidad radica en que su circulación no se orienta a dirimir un estatuto teórico, sino que incorpora una concepción operativa, relacionada con la necesidad de llevar adelante la práctica profesional. Algunos documentos en los que aparece esta postura:

Licenciada en Psicopedagogía y Psicología: *“No, no. Yo no niego la patología, lo que digo que no son todos los que se dice que hay (...). Según dónde te posiciones (...).*

Entonces, tenés una base que puede tener un componente orgánico, y está el de la base -que también se lo diagnostica de la misma manera, porque no hay otra forma-, que tiene un alto componente psicológico.

El tema es que se lo pone como primer diagnóstico, en muchos casos, cuando en realidad es comórbido a otro. Hay otros en que es primer diagnóstico. En ese, yo no dudo en que hay que tratarlo, que inclusive en algunos casos hay que medicarlo”.

Médica Psiquiatra. Psicoanalista especializada en niños: *“A mi entender estas dos cosas no son incompatibles. Debe haber algo biológico con lo cual uno viene, y hay algo familiar, porque todos los que trabajan desde algo psicoanalítico, psicodinámico, puede ser cualquier línea psicológica ¿no? aún los sistémicos. Se entiende que hay algo que tiene que ver con la familia. O sea, el ambiente es modelador (...). Los genes uno viene, pero se modela, digamos”.*

Licenciada en Psicopedagogía: *“Lo que pasa que en este contexto hacer un diagnóstico de déficit de atención es muy difícil. A ver, ¿por qué?, porque hay chicos con tantas carencias, con tantas dificultades en el ser sostenido y en el armado de su subjetividad o de su cognición, que vos no te das cuenta si hay un chico que tiene tantas actuaciones, si es porque tiene un déficit de atención más neurobiológico, o es porque le faltó todo esto. En el consultorio uno lo ve más claramente”.*

Sin embargo, los niños desatentos e hiperactivos no pueden ser unificados en un diagnóstico único (...). Hay niños en los que se diagnostica ADD, pero se trata de cuadros psicóticos; otros están en proceso de duelo o han sufrido cambios sucesivos -adopciones, migraciones-; también es habitual este diagnóstico en niños que han sido víctimas de episodios de violencia (Beatriz Janin, Página/12, 2/12/2004).

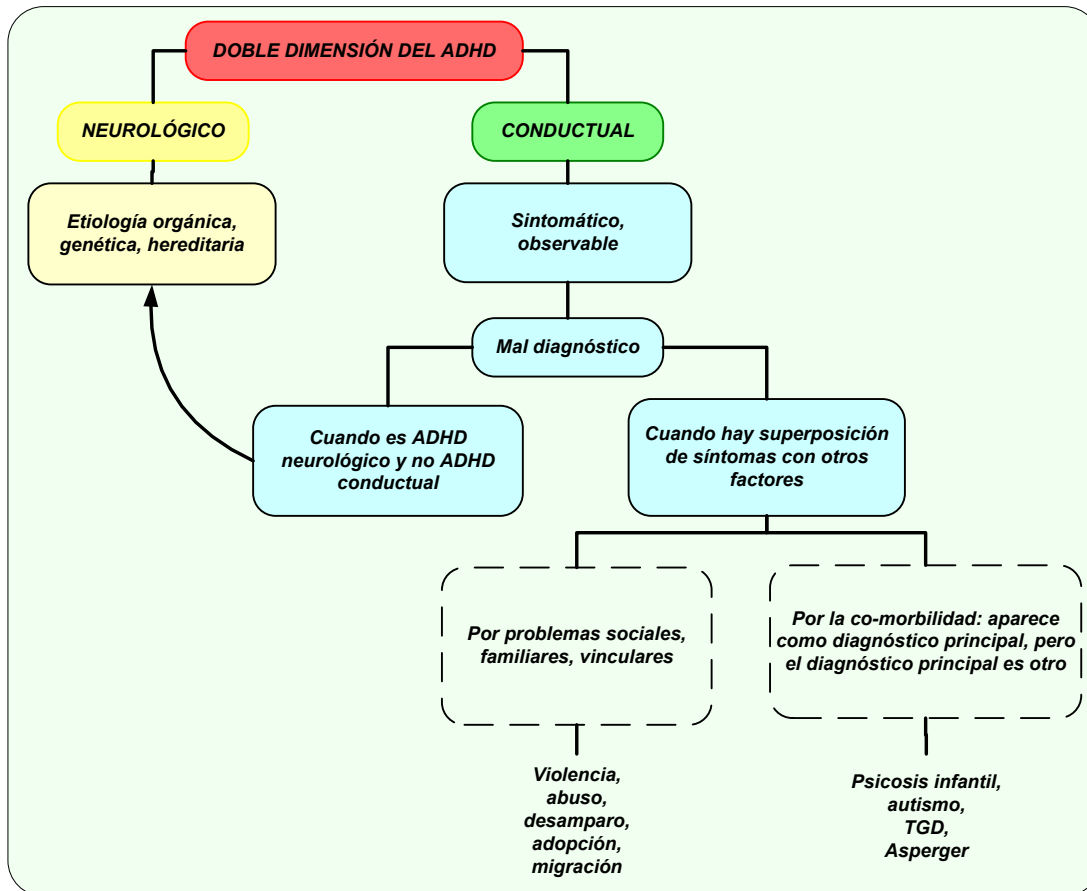
Médica Psiquiatra. Psicoanalista especializada en niños: *“Vos tenés hiperkinesia, impulsividad, dificultades para la atención. Y esto te lo pueden dar un montón de cuadros. El TGD (...), los chicos con retraso (...), los chicos con trastornos específicos de lenguaje severos también, con trastornos sensoriales también, con desconexiones severas en el medio (...). O sea, después entrás a desmenuzar y por ahí vienen con la misma sintomatología, y son cuadros con pronóstico distinto también, y con estrategias diferentes (...). Y bueno, uno va viendo”.*

De acuerdo con estos enunciados, lo que designa al TDAH engloba al menos dos entidades diferentes. Una de ellas, con base *neurológica*, minoritaria respecto de la totalidad de casos diagnosticados en niños y niñas, y ponderada en ocasiones como la “verdadera”. Y otra, con una etiología no neurológica, fundamentada en síntomas y *conductas* observables, y que se presta a ser “mal diagnosticada”.

Este mal diagnóstico puede deberse a dos posibilidades. La primera, cuando se diagnostica como TDAH *conductual* un caso que sería de origen *neurológico*. La segunda refiere a casos en los que la etiología sintomática oculta o se superpone a otros factores intervinientes en la condición.

De los documentos surgen al menos dos de estos factores. Por una parte, el diagnóstico de TDAH aparece enmascarando problemas sociales, familiares, vinculares (como violencia, abuso, desamparo, etc.), con los que comparte las manifestaciones conductuales.

Por otra parte, la sintomatología del TDAH se superpone con la de otros trastornos como autismo, psicosis, etc. Y su tipificación admite además comorbilidad con aquellos, dando pie a que se formule al TDAH como diagnóstico principal, cuando serían esos otros trastornos los que explicarían las conductas observables. Esquemáticamente:



Existiría una única sintomatología -ubicada al nivel de lo observable- que responde a dos etiologías posibles. Aquí reside

una particularidad de la noción de *trastorno*: el acento argumentativo en las conductas observables, en lo sintomatológico, torna

indiscernible a cuál de las dos etiologías identificadas corresponden dichos síntomas, abonando tal duplicidad etiológica.

Discernir una etiología única, clara, precisa, inobjetable, no es el eje en estas posturas; no aparece como una necesidad u obstáculo para el ejercicio de la práctica profesional. La respuesta puede quedar “en suspenso”, en tanto esa práctica profesional puede ejercerse con herramientas que no exigen el establecimiento de un origen del cuadro. Como expresa Ehrenberg:

Los métodos epidemiológicos, el apoyo sobre los datos y la fidelidad interjuicios han terminado por construir un consenso general sobre la marginalidad de la etiología. No se trata de que no haya desacuerdo y de que no predomine ninguna corriente, sino de que el medio psiquiátrico se pone a funcionar sobre la forma de la yuxtaposición de las prácticas y la superposición de las teorías (Ehrenberg, 2000, pp. 182-183).

Más allá de las orientaciones teóricas de los profesionales, esta regularidad marca el impacto y la transformación que el modelo del DSM-III y sus continuaciones han tenido en la configuración actual de la práctica clínica en salud mental. Un modelo que, erigido sobre la noción de trastorno, y sostenido en la epidemiología y en datos observables, permea las coordenadas de inteligibilidad para la práctica de los profesionales.

10. Algunas conclusiones a modo de cierre

A través del ejemplo del TDAH, exploré algunas particularidades del modo de entender la salud y la enfermedad, cuando esta última es formulada como un *trastorno* mental.

La configuración del campo discursivo y práctico en torno al TDAH en Argentina exhibe una serie de tensiones y debates entre los profesionales de la salud y la educación. Para aproximarse a algunas de ellas, el concepto de *problematización* resulta especialmente adecuado, porque busca dar cuenta de la

multiplicidad de posiciones que configuran respuestas simultáneas a la controversia.

Un primer aspecto que surge del análisis es que en la problemática en torno al TDAH en Argentina, el DSM ocupa un lugar central. Las referencias a otros manuales tienen una presencia marginal en los discursos. Como herramienta para la práctica, o como marco teórico, el manual surge como un elemento de alusión insoslayable.

Esta referencia sin embargo no está exenta de tensiones. Como se advierte por el análisis de documentos, existen posturas que expresan diversos matices con relación al manual.

El segundo aspecto que emerge es la noción de *trastorno* vigente en el DSM. Esta noción es capital para la comprensión de las especificidades del concepto de TDAH, de sus funcionalidades, de las rupturas que expresa en relación con el modelo de la *enfermedad*, y de los efectos en los procesos de diagnóstico y tratamiento. La configuración de esta noción en el DSM resulta, además, de una coyuntura histórica particular, y viene a responder a limitaciones y exigencias puntuales.

En la configuración del *trastorno*, dos aspectos cobran relevancia: lo sindrómico, y el acento en las conductas. En el caso del TDAH, además, la dimensión de las conductas está puesta en relación con la dimensión neurológica.

Reflexionar en términos de problematización permitió ubicar el énfasis en las conductas y síntomas observables, como una regularidad, como el elemento que intersecta los discursos. Este énfasis remite a la noción misma de *trastorno*, y es visto desde algunos discursos como una limitación, una desnaturalización, o el indicador -cuanto menos- de laxitud científica. Sin embargo, del análisis emerge que en esta aparente fragilidad reside su fortaleza y eficacia circulatoria.

Esta eficacia se prolonga en las características del TDAH (a las que parte de los discursos entienden como ambiguas, laxas), que abren posibilidades diagnósticas y terapéuticas para las que los modelos de explicaciones

etiológicas clásicas están limitados. Por eso la tipificación del TDAH como trastorno es una construcción de gran eficacia para la circulación y extensión de la categoría.

Lista de referencias

- Amaral, A. (2004). *A psiquiatria no divã. Entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Anmat (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) (2007). Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad: Se modifican prospectos de especialidades medicinales para tratar esta patología. *Boletín para profesionales*, XV (1), pp. 3-7.
- APA (American Psychiatric Association) (1994). *Manual DSM IV de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA (American Psychiatric Association) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision*. Washington: American Psychiatric Association.
- Arizaga, C. & Faraone, S. (2008). *La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos*. Buenos Aires: Sedronar, Observatorio Argentino de Drogas, Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani [En línea]. Recuperada el 10 de noviembre de 2011, de: <http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/info%20final%20Dic%202008_medicalizacion%20en%20la%20infancia.pdf>.
- Benasayag, L. (comp.) (2007). *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario*. Buenos Aires: Noveduc.
- Bianchi, E. (2010). La perspectiva teórico-metodológica de Foucault. Algunas notas para investigar al 'ADHD'. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Manizales*, 8 (1), pp. 43-65.
- Bianchi, E. (2012). *ADHD y discursos de la salud sobre la infancia en el AMBA (1994-2011). Configuraciones discursivas y efectos de poder*. Tesis de Maestría en Investigación en Ciencias Sociales-Universidad de Buenos Aires.
- Cabral, R. (2005). *¿Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- CFTMEA-R-2000 (2004). *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente*. Versión castellana de la Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental (Afapsam). Buenos Aires: Polemos.
- CIE-10. Clasificación Internacional de Enfermedades (1992). OMS. Recuperada el 25 de enero de 2012, de: <<http://www.biblioteca.anm.edu.ar/icd.htm>>.
- 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.
- Cooper, R. (2004). What is wrong with the DSM? *History of Psychiatry*, 15 (1), pp. 5-25.
- Dean, M. (1994). *Critical and Effective Histories. Foucault's Methods and Historical Sociology*. London and New York: Routledge.
- Decker, H. S. (2007). How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? From Emil Kraepelin to DSM III. *History of Psychiatry*. 18 (3), pp. 337-360.
- Diario Clarín (01/10/2010). Sección *Sociedad. Estudio científico* (s/a). Confirman que es genético el trastorno de la hiperactividad. Recuperado el 10 de noviembre de 2011, de: <http://www.clarin.com/sociedad/Confirman-genetico-trastorno-hiperactividad_0_345565565.html>.
- Diario Página/12 (02/12/2004). Sección *Psicología*. Janin, Beatriz. 'Desatentos'

- o desatendidos. Recuperado el 10 de noviembre de 2011 de:
<<http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-44318-2004-12-02.html>>.
- Diario Página/12 (17/10/2006). Sección *El país*. Carbajal, Mariana. La supuesta enfermedad del chico inquieto y las pildoritas mágicas. Recuperado el 10 de noviembre de 2011, de:
<<http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/74605-24184-2006-10-17.html>>.
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- ForumADD. ADD, ADHD, TGD, TEA, TOD, TOC (2011). Bipolaridad... Cuestionando etiquetas Consultado el 10 de noviembre de 2011, de: <<http://www.forumadd.com.ar/>>
- Foucault, M. (1991a). De los suplicios a las celdas. En: J. Varela & F. Álvarez-Uría (eds.) *Saber y Verdad*, (pp. 83-88). Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1991b). El interés por la verdad. En: J. Varela & F. Álvarez-Uría (eds.) *Saber y Verdad*, (pp. 229-242). Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1997). Polemics, politics, and problematizations: An interview with Michel Foucault. En: P. Rabinow (ed.) *The essential works of Foucault 1954-1988*, I. Ethics, subjectivity and Truth, (pp. 111-119). New York: The New Press.
- Foucault, M. (2004). *Nietzsche, la genealogía, la historia*. Barcelona: Pre-Textos.
- Foucault, M. (2009). *El gobierno de sí y de los otros*. Buenos Aires: FCE.
- Fundación TDAH. Educar para el cambio atendiendo la diversidad. Recuperado el 10 de noviembre de 2011, de: <<http://www.tdah.org.ar/>>
- Itaborahy, C. (2009). *A Ritalina no Brasil. Uma década de produção, divulgação e consumo*. Dissertação de Mestrado. IMS. UERJ.
- Joselevich, E. (comp.) (2005). *AD/HD. Qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes*. Buenos Aires: Paidós.
- Lakoff, A. (2004). The Anxieties of Globalization: Antidepressant Sales and Economic Crisis in Argentina. *Social Studies of Science*, 34 (2), pp. 247-269.
- Mantilla, M. J. (2010). *De persona a paciente: Las prácticas y los saberes psiquiátricos y psicoanalíticos en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires*. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales-Universidad de Buenos Aires.
- Mayes, R. & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41 (3), pp. 249-267.
- Míguez, M. N. (2010). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales-Universidad de Buenos Aires.
- Míguez, M. N. et al. (2006). Los hijos de Rita Lina. Ponencia Presentada en V Jornadas de Investigación Científica. Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de la República. Uruguay. 28-30 de agosto. Gedis.
- Ortega, F. et al. (2010). La 'ritalina' en Brasil: producciones, discursos y prácticas. *Interface Comun. Saúde Educ.*, 14 (34), pp. 499-512.
- Osborne, T. (2003). What is a problem? *History of the Human Sciences*, 16 (4), pp. 1-17.
- Pedreira, J. L. (2000). La evaluación de los trastornos mentales en la infancia en atención primaria. Recuperado el 20 de diciembre de 2008, de:
<http://www.comtf.es/pediatria/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/JL_Pedreira_Massa.htm>
- Rabinow, P. (2011). Dewey and Foucault: What's the problem? *Foucault Studies*, (11), pp. 11-19.
- Rose, N. (1994). Medicine, history and the present. En: C. Jones & R. Porter (eds.) *Reassessing Foucault: power, medicine and the body*, (pp. 48-72). London and New York: Routledge.
- Russo, J. & Venâncio, A. T. (2003). Humanos demasiadamente orgánicos: Um estudo comparativo de diferentes Versões de um Manual Psiquiátrico. Ponencia presentada

en el GT19 Corpo, Saúde, Doença e Sexualidade, V Reunião de Antropología do Mercosul, 2003, Florianópolis.

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

Untoiglich, G. (2011). *Versiones actuales del sufrimiento infantil. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad*. Buenos Aires: Noveduc.

Vasen, J. (2007). *La atención que no se presta: el “mal” llamado ADD*. Buenos Aires: Noveduc.

Vasen, J. (2011). *Una nueva epidemia de nombres impropios. El DSM-V invade la infancia en la clínica y las aulas*. Buenos Aires: Noveduc.

Wilson, M. (1993). DSM-III and the Transformation of American Psychiatry: A History. *American Journal of Psychiatry*, 150 (3), pp. 399-410.