

ADHD y discursos de la salud. La construcción del ADHD como enfermedad.

Nombre y apellido: Eugenia Bianchi

Pertenencia Institucional: UBA. FSOC. II.GG.

Correo electrónico: eugenia.bianchi@yahoo.com.ar

Introducción.

Los argumentos que se presentan en este escrito son avances de la investigación en pos de la presentación de mi tesis para la Maestría en Investigación en Ciencias Sociales, *ADHD y discursos de la salud. Articulaciones discursivas y efectos de poder*. Vale aclarar que esta es una presentación preliminar de resultados, que con el desarrollo de la investigación puede ser susceptible de incorporar nuevas argumentaciones, nuevas conclusiones y (espero) nuevas preguntas.

Estos avances se inscriben en un interés más amplio, que apunta a indagar acerca de tres nociones diagnósticas, que pueden brindarnos claves para interpretar discursos y prácticas que construyen subjetividad en nuestra actual sociedad. Dichas nociones son bulimia-anorexia, ADHD (déficit de atención con o sin hiperactividad), y ataque de pánico.

¿Qué lleva a hilvanar analíticamente estos tres elementos provenientes del discurso médico-psiquiátrico y en apariencia tan diferentes entre sí? ¿Qué hermana y qué aleja a estas tres figuras: las *anoréxicas y bulímicas*, los *niños desatentos* y los *que tienen ataques de pánico*? Y también ¿acerca de qué cuestiones nos invitan a reflexionar? ¿Qué nos dicen respecto de las características de la actual configuración social? Dado el carácter introductorio de estas páginas, aquí sólo adelantaré que en su circulación y en los múltiples y diversos efectos de poder que esta circulación genera en los cuerpos, los elementos de este tríptico conceptual nos permiten aproximarnos a una mejor comprensión de algunas características de la sociedad actual.

El ADHD como enfermedad. Una propuesta de trabajo.

La propuesta en esta instancia de la investigación es conocer cómo la medicina contribuye a través del diagnóstico y del tratamiento a establecer aquello que es considerado *enfermedad*. Y qué efectos de poder tienen estas construcciones en las personas en las que recaen. Particularmente expondré algunos lineamientos acerca de cómo se constituye el déficit de atención como trastorno de conducta en la infancia.

El acento está puesto en el análisis de diversos campos al interior de los discursos y las prácticas de la salud que, en el marco del proceso de medicalización de la sociedad, se inscriben en mayor o menor medida en el modelo médico hegemónico (Menéndez 1990). Al hablar de medicina lo hago en un sentido amplio, pues queda incluida la psiquiatría, la neurología, la pediatría, etc. Pero también contemplo a los discursos y prácticas de la psicología y el psicoanálisis. A tono con las transformaciones económicas, políticas, sociales y culturales acontecidas desde mediados de la década del '70 (Murillo 2002), estos campos presentan en la actualidad características particulares que resultaría interesante tomar en cuenta a los efectos esta presentación.

En este caso, me interrogo acerca del accionar de la medicina en torno a uno de sus múltiples objetos de saber y blanco de poder: el niño. Más específicamente, bajo la figura que designaré como *el niño desatento*, es decir aquel que ha sido diagnosticado y tratado por ADHD.

Así, el *objetivo general* que guía este estudio se enfoca en el análisis del ADHD como *formación discursiva*¹ particular, en cómo es construida desde ciertos discursos de la salud la noción de ADHD. Intentaré rastrear el modo particular (particular en términos históricos, y dentro del cúmulo de discursos médicos y psiquiátricos) en que es detectado el ADHD como enfermedad, cómo es designado como patología específica, con características, contenido y alcance particulares, dado que en relación con esta patología es construido un individuo también específico, susceptible a la vez de un tratamiento concreto.

El recorte espacio-temporal considerado para el análisis comprende la Argentina, a partir de la década de los '90 y hasta el presente. Dicho recorte se efectúa a partir de un *acontecimiento*²: la reintroducción del metilfenidato en el mercado farmacológico argentino. El metilfenidato se había dejado de comercializar en Argentina décadas atrás, dada la extensión de su uso como estimulante entre estudiantes universitarios. A principios de los '90 se reinició su venta, en respuesta a la demanda de padres y médicos, "*interesados en acceder a la droga sin tener que gestionar su compra en Estados Unidos*" (Carbajal 2007: 238). Desde entonces, la prescripción de metilfenidato se realiza exclusivamente para el tratamiento

¹ Al hablar de *formación discursiva* la entiendo como un conjunto de *enunciados* que se articula con *prácticas* concretas. Otras características relevantes del concepto consideradas para el análisis son: I. Que esta articulación no constituye un sistema homogéneo, sino que se da en la dispersión. II. Que el conjunto de enunciados considerados puede provenir de diversos ámbitos. III. Que la formación discursiva no tematiza un objeto, sino que es constituyente de ese objeto. IV. Que el objeto a considerar no posee una esencia de antemano, sino que se constituye y varía sus significados a lo largo de la historia.

² Aludo a la noción de *acontecimiento* en el sentido foucaultiano del término, como la inversión de las relaciones de fuerza, y la emergencia de un nuevo tipo de correlación, en esta oportunidad en la relación entre agrupaciones de padres, profesionales de la salud pediátrica y laboratorios.

del ADHD, y la cuota anual de importación de droga para su comercialización se ha incrementado sustancialmente: en el 2003, 23,7 kg.; en 2004, 40,4 kg.; en 2005, 49,5 kg. (Carbajal 2007: 239). El cupo autorizado por la JIFE (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, dependiente de la ONU) para Argentina es de 60 kg. Pero para el 2007, los laboratorios pidieron al Gobierno ampliar esa cuota en casi un 40% (Carbajal 2006).

Durante los '90 precisamente, se produjeron en la Argentina una serie de profundas transformaciones políticas, económicas, sociales y culturales, que pueden ser entendidas (junto con otras, de alcance más global) como las *condiciones de posibilidad* en el marco de las cuales el acontecimiento mencionado se hizo posible.

¿Por qué el discurso médico?

La pregunta que de alguna manera antecede a las anteriores es ¿y por qué, si la propuesta es analizar algunas características de la actual configuración social, se busca hacerlo a partir de enunciados del discurso médico? ¿de qué manera el discurso médico puede ayudarnos a pensar estos temas? Para empezar a responderla, recupero las consideraciones de Ana María Fernández, quien entre otros se ha formulado estas preguntas, y dice: *“Porque no es cualquier discurso. La medicina no es meramente el arte de curar; es también meditación sobre la Vida, la Muerte, el Sufrimiento. Los médicos no sólo hablan de su especialidad sino que permanentemente hablan de la vida, la sociedad, los valores, etc., diciéndonos cómo tenemos que vivir, sufrir, gozar, parir, enfermar, morir”* (Fernández 1993: 60).

¿Qué decir acerca de esto entonces? En principio, seguir preguntando. Ya nos lo hizo notar Marques: *“Nacer, crecer, reproducirse y morir. De acuerdo. Eso hacemos. Pero ¿acaso no importa cómo y cuándo naces, qué ganas y qué pierdes al crecer, por qué te reproduces y con qué humor te mueres?”* (Marques 1982: s/p). En tanto la medicina tuvo y tiene mucho para decir acerca de estos temas, y en tanto los *cómo* y los *porqué* de los mismos revisten capital importancia para nuestra disciplina, es que abordar al discurso médico ha parecido pertinente.

Considerándolo como fenómeno histórico más amplio, que actúa como horizonte de posibilidad para el accionar y alcance actual de la medicina, entendemos al *proceso de medicalización de la sociedad* (Foucault 1976, 1990, 1997; Conrad 1982) como proceso general a partir del cual en el siglo XVIII la medicina se convierte en específicamente social, se torna en estrategia biopolítica, despegando y expandiendo su dominio hacia otros campos distintos de los de la enfermedad y la demanda del enfermo (Foucault 1990), y dedicándose a una multiplicidad de cuestiones que hacen a la constitución, normalización y control del

cuerpo tanto individual como social. Este proceso es central para la comprensión del modo en que el cuerpo se vuelve objeto de saber, blanco de poder y campo de intervención de múltiples dispositivos, a la vez que brinda un marco adecuado y útil para reflexionar en relación al ADHD.

En relación a esto, es necesario partir por considerar que así como los discursos médicos construyen enfermedad, también construyen subjetividades. Y que es gracias a estas concepciones que han sido construidas socialmente, a este horizonte de lo pensado que se establece en términos de la oposición entre normal y patológico (aunque no sea esta la oposición predominante en la actualidad), que resulta posible el diseño y la aplicación de un tratamiento como el que se ofrece en relación al ADHD. Y ello, porque es este saber-poder médico-psiquiátrico el que en su propio ejercicio contribuye a construir la categoría ADHD, y con ella a la figura del “niño desatento”.

Como señala Murillo, “*desde hace algo más de veinticinco años, ha comenzado a operarse en el mundo una profunda transformación histórica que ha afectado tanto a la ciencia, a la tecnología, a la educación, a la organización del trabajo, a las relaciones políticas como a las formas de subjetividad*” (Murillo 2002: 15). Muchos de estos elementos están presentes en la problemática del ADHD que aquí expongo.

La pregunta arqueológica. Circulación de discursos y condiciones de posibilidad.

Una aspecto central de este trabajo apunta a reunir elementos que contribuyan a responder el interrogante acerca de cuáles han sido las condiciones para que la figura del *niño desatento* haya caído bajo la mirada médico-psiquiátrica, constituyéndose como objeto del saber-poder médico-psiquiátrico; esto es, como enfermedad, como trastorno de la conducta en la infancia.

Dado el marco teórico y metodológico utilizado para llevar a cabo la investigación, este interrogante se presenta como una *pregunta arqueológica*³. Tomaré como herramientas para pensar y analizar críticamente esta cuestión, variados discursos que han circulado. Recuperaré discursos de la medicina y de la psiquiatría, de la neurología y de la pediatría; también del psicoanálisis. Las fuentes consultadas incluyen:

³ La *pregunta arqueológica* es la pregunta por el *saber*, por las condiciones que hacen posible la aparición de ciertos enunciados en un momento histórico dado. Supone la búsqueda de las capas sobre las que se asientan nuestras evidencias actuales. En este caso, acerca de la noción de ADHD como enfermedad de la conducta.

- Páginas en internet de asociaciones y artículos de psicólogos, psiquiatras, médicos, psicoanalistas y otros profesionales de la salud de Argentina, que han elaborado desde sus respectivas disciplinas trabajos vinculados a la problemática en torno al ADHD.
- Una serie de artículos periodísticos de diarios nacionales publicados en relación al ADHD, que brindan información general, presentan testimonios, reproducen conclusiones de estudios empíricos o reflexiones de carácter teórico, y ofrecen datos cuantitativos recientes (mundiales y nacionales) en torno al tema, operando como divulgadores de la problemática.
- Libros que compendian un conjunto de artículos dedicados a la reflexión sobre la temática de referencia. Los mismos han sido seleccionados porque expresan dos tendencias al interior del discurso de la salud mental, fuertemente contrapuestas (no sólo en Argentina). Uno de ellos es “*ADHD. Qué es, qué hacer*”, de neurólogos, psiquiatras, psicólogos y pedagogos, que ofrece “Recomendaciones para padres y docentes” de niños con el síndrome, y se inscribe dentro del paradigma sistémico, con abordajes cognitivo-conductuales. Otro es “*DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran. El mal real y la construcción social*” que compila entrevistas y exposiciones de psicoanalistas. Consideré interesante rescatar estos discursos porque comparten con el propio abordaje la problematización de la noción de ADHD.

En tanto la investigación se encuentra en curso, no descarto la posibilidad de incorporar otras fuentes que refuercen estas primeras consideraciones, a través de entrevistas y la recolección de más documentos.

El niño desatento y sus ancestros: figuras históricas de la anormalidad.

Dejando decididamente por fuera de los objetivos del presente escrito la empresa de efectuar una arqueología de la infancia, mencionaré solamente algunas de las figuras que precedieron históricamente al niño desatento, que trazan líneas para pensar cómo el mismo ha podido caer dentro de la mirada médico-psiquiátrica; cómo, ejercicio del poder-saber médico-psiquiátrico mediante, se ha incorporado dentro de la gran familia de los pequeños anormales, vía la construcción del “déficit de atención e hiperactividad” como enfermedad.

Desde los análisis vinculados a la tradición de estudios sobre el control social (Pitch 1988), la figura del *niño desatento* encuentra su antecedente analítico más importante en la noción de *infancia anormal* (Muel 1981; Foucault 1976, 1999; Castel 1979, 1981, 1986; Bernstein 1986; Varela y Álvarez-Uría 1991). Desde esta perspectiva, la infancia ha sido entendida como blanco de poder y objeto de saber dilecto para conocer cómo se han llevado adelante estrategias de control y disciplinamiento de individuos y poblaciones a partir del siglo XVIII en las sociedades occidentales (Foucault 1976, 1997, 1999; Donzelot 1990).

La emergencia y circulación de la noción de *infancia anormal*, una de cuyas expresiones encontramos en los análisis de Foucault acerca de la figura del *niño onanista*, respondió a estrategias múltiples de normalización relacionadas con la antedicha gestión de individuos y poblaciones, a tono con las exigencias de las nascentes relaciones de producción capitalistas (Foucault 1999). La figura del *niño onanista* surge en íntima relación con las nuevas conexiones entre la sexualidad y la organización familiar, con la nueva posición del niño en el interior del grupo parental, y con la nueva importancia concedida al cuerpo y a la salud. La campaña antimasturbatoria del siglo XVIII se inscribe así en el proceso de represión del cuerpo del placer y en la exaltación del cuerpo productivo, y en la exigencia de una nueva espacialidad familiar, donde se eliminan la multiplicidad de intermediarios considerados perniciosos para el niño (nodrizas, domésticos, preceptores, criados, etc.) (Donzelot 1990) y se instaure el hogar familiar como un espacio de vigilancia continua (Foucault 1999).

Podríamos preguntarnos ¿qué hay hoy en la desatención y en la motricidad acelerada del *niño desatento* que deba ser reconvertido a cuerpo productivo? Y ¿no se estará delegando en la farmacología la vigilancia del cuerpo del niño desatento, antes depositada en la multiplicidad de intermediarios?

Varela y Álvarez-Uría realizan su aporte a la temática estudiando el caso español. En *Arqueología de la Escuela* exponen una idea central para el análisis que aquí se intenta llevar adelante: la proliferación de “*niños rebeldes, incorregibles, turbulentos, niños desordenados, inadaptados que contagian a sus compañeros y rompen el orden de la clase*” (Varela y Álvarez-Uría 1991:224) exige el despliegue conjunto de la autoridad magisterial y el poder médico, para la elaboración del diagnóstico de anormalidad.

Merced a este accionar articulado, las técnicas fabricadas para la infancia deficiente y anormal se generalizan a todos los ámbitos escolares. Se destaca entre las diversas categorías de alumnos el *niño atolondrado*, cuyas características describe el psiquiatra español Vidal Perera en 1908:

“tiene necesidad de hablar, gesticular, expone atropelladamente sus pensamientos; el más leve motivo entorpece su ideación, se contradice a veces, y se deja arrastrar por la viveza de la imaginación; no aguarda para contestar a que se haya terminado lo que se le pretende decir; recogiendo ideas sueltas y casi sin ilación forma equivocado concepto de las cosas” (Varela y Álvarez-Uría 1991: 231).

La enumeración presentada en este documento asienta la descripción en las *conductas* que exhibe el niño atolondrado. Este acento puesto en lo conductual vendrá a constituir -como intentaré explicar más adelante- una de las dos facetas principales que encontramos en el actual diagnóstico de ADHD.

La otra faceta, que pone el énfasis en el aspecto neurológico, es la que puede encontrarse en los análisis de Muel, quien identifica en la Francia de principios del siglo XX una transformación en la preocupación por la enseñanza de los niños anormales. Con la extensión del discurso científico médico-pedagógico, y la recuperación de categorías psiquiátricas acuñadas en el siglo anterior, se gesta la figura del *niño inestable*. De acuerdo con la clasificación del Dr. E. Régis de 1909, que aparece en el artículo “*Les classes d’anormaux à Bordeaux*”, publicado ese año en la *Revue Philantropique*:

“*Los inestables son niños que “no están en su sitio”, que “no pueden coordinar sus movimientos”, ni “controlar sus instintos”, sujetos a “cóleras inexplicables”, brutales, extremadamente violentas, que manifiestan “impulsos ingobernables”*”(Muel 1986:137)

Resulta interesante rescatar la explicación etiológica que ensayan los médicos, que hablan de “desvergüenza muscular”:

“*Las glándulas de secreción interna lesionadas o agotadas no pueden hacer el papel de reguladores de la economía, no distribuyen (proveedores vigilantes en un sujeto sano) los alimentos necesarios para cada órgano y cada célula. El equilibrio vital se encuentra roto ya que los intercambios no son normales”. Al funcionar mal su sistema nervioso, estos niños convertidos en adultos “aumentarán el número de los inútiles, perdidos, alcohólicos, invertidos, legionarios de África, prostitutas, criminales y locos.” (...)Y de una forma más sutil, la inestabilidad se convierte en la nota dominante del estado psíquico: la atención, “esa voluntad intelectual”, es nula en los anormales, y “es al precio de mil dificultades que se llega a fijar su espíritu y sólo por un instante”. Inestable, su voluntad es también “cera blanda”, y sólo los procedimientos médico-pedagógicos serán “capaces de estabilizarla”. (Muel 1986: 137-8)*

Es posible identificar aquí una explicación asentada en la idea del *desajuste*, la *desarmonía*, la *falta de balance* en el funcionamiento del cuerpo del niño inestable. Se trata de un niño con glándulas lesionadas o agotadas, en las que la economía orgánica se encuentra desregulada, y eso conduce a una mala distribución del alimento en las células. Este modo de entender la fisiología del niño anormal, acentuando las fallas en el cumplimiento de las diversas funciones orgánicas, es un componente fundamental en la conceptualización del *niño desatento*, a través de la noción de *disfunción cerebral mínima*, que desarrollaré más adelante a través del análisis de documentos específicos.

Pero además, en esta explicación están presentes otros dos aspectos que podrán advertirse con posterioridad en los abordajes del ADHD desde algunos discursos pedagógicos y de la psiquiatría infantil: la peligrosidad, y el accionar conjunto y articulado de diversos dispositivos.

Por un lado, este desequilibrio fisiológico que presenta el *inestable* es puesto en consonancia con la trayectoria vital del niño, de manera que su actual condición es susceptible de continuarse en el futuro, pero con figuras de anormalidad diferentes (prostitutas,

criminales, invertidos, locos y borrachos, entre otros). Podría decirse que se identifica una potencialidad disruptiva del orden social en esta figura que nos remite a la noción de *peligrosidad*. Aunque no es posible extenderse aquí a este respecto, menciono solamente que esta noción reviste capital importancia a la luz de los análisis de Foucault y Castel en relación a las categorías de *peligrosidad* y de *riesgo*, consideradas como formas históricas diferentes -por el campo de aplicación, y por las técnicas que exigen- de inscripción de prácticas reales en el gobierno de las poblaciones (Castel 1981, 1986; Foucault 2004).

Por otra parte, y al igual que en el documento acerca del *niño atolondrado*, también en el último fragmento seleccionado está esbozada la necesidad del accionar conjunto de la escuela y la medicina como condición para el reencauzamiento. Lo cual nos conduce a una primera observación general.

Es posible advertir en todas las figuras presentadas (niño onanista, niño atolondrado, niño inestable) la alusión al despliegue articulado de dispositivos de “naturalezas” diversas: la familia, la escuela, el aparato de justicia, la iglesia. Sin embargo, todos estos dispositivos que concurren en red para el reencauzamiento del niño anormal están permeados por una impronta médica, funcionan como correas de transmisión, como agentes favoritos del poder-saber médico que los atraviesa: todos ellos son objeto y campo de acción de la medicina. De allí se desprende la consideración de una red de dispositivos *medicalizada*, que funciona como principio de normalización (Foucault 1999).

Puede pensarse que en esta subordinación de dispositivos al poder-saber médico, está presente un antecedente, una capa arqueológica importante en relación a cómo el ADHD es construido hoy desde la mirada médico-psiquiátrica, y cómo los mismos dispositivos a los que aluden Muel y Foucault, Donzelot, Varela y Álvarez-Uría (la familia y la escuela, principalmente) se alinean en ocasiones con ella, actuando aun hoy como correas de transmisión de su saber-poder.

El ADHD. La formación de un concepto.

He intentado hasta aquí revisar superficialmente algunas figuras históricas de infancia, -todas derivadas de una misma preocupación por la normalización y el control tanto de los niños, como de la familia de la que forman parte- cuyas características nos habilitan a pensarlas como ancestros conceptuales del niño desatento. Propongo ahora avanzar en cómo ha quedado conformada la noción misma de ADHD.

La noción de ADHD tal como se presenta en el Manual de Diagnóstico DSM IV-TR (APA 1994) es resultado de variaciones en conceptualizaciones precedentes. En 1902 G. F.

Still describe niños con *inatención significativa*, que afecta el rendimiento escolar, y lo asocia con un defecto mórbido en el control moral (Benasayag 2007). En la década del '20 se desarrollan dos corrientes: la francesa y la anglosajona. Esta última despliega una concepción neurológica de la que se desprende el diagnóstico de Strauss de *lesión cerebral mínima* (Santiago 2006), de origen presuntamente infeccioso. La imposibilidad de detectarlo y las críticas a esta concepción llevaron a que el cuadro se denominara *disfunción cerebral mínima* en 1962. Un poco antes, en 1950, la OMS lo denominó Desorden Impulsivo e Hiperactivo (Benasayag 2007).

En 1971 Wender hace confluír en la noción *disfunción cerebral mínima*: hiperactividad, trastorno de atención y percepción, dificultades de aprendizaje, impulsividad y trastornos afectivos. En 1980 el DSM III incorpora el diagnóstico del *síndrome de déficit de atención*. En 1987, el DSM III-TR une *déficit de atención e hiperactividad*. El DSM IV distingue tres tipos de trastornos: con predominio de inatención, de hiperactividad-impulsividad, y un subtipo combinado. También incluye cuadros residuales en adultos (Tendlarz 2006). Sobre esta elaboración conceptual se sustentan los tratamientos actuales del ADHD, ya sea medicamentosos o cognitivo-comportamentales, asentados en ocasiones en un mapeo cerebral (Mandil 2006).

La construcción de la enfermedad: El ADHD como enfermedad, como trastorno o desorden de la conducta del niño.

Habiendo efectuado un repaso veloz por las figuras que antecedieron a la del niño desatento, y marcado la importancia del niño como blanco de poder y saber, y de la medicina como ejecutora de estas gestiones de la población, sigue ahora la presentación de documentos para analizar la construcción del ADHD como enfermedad de la conducta en la infancia.

En muchos de los documentos consultados, se observa que desde variados discursos de la salud, se describe a los niños que padecen ADHD en relación a tres desórdenes posibles (que pueden aparecer o no combinados entre sí): des-atención, impulsividad e hiperactividad. Algunos fragmentos:

Síntomas primarios

Las conductas que presentan los niños con ADHD 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”
“Pierde sus útiles escolares; este año le tuve que reponer tres veces su cartuchera”
“Es totalmente desordenado y desorganizado”
“Está en la luna”

Impulsividad

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

Hiperactividad

“Está todo el tiempo moviendo las piernas”
“Mientras le hablo canta, silba o mueve permanentemente un lápiz”
“No puede quedarse quieto, se mueve todo el tiempo en la silla”
“Anda siempre de aquí para allá, es incansable”
“Tiene un motorcito en los pies”
“No se queda quieto, se retuerce en su pupitre”
“Habla continuamente, parece un loro”
“No le alcanza con mirar, necesita tocarlo todo” (Quirós y Joselevich 2003:25-27)

Hasta aquí, puede advertirse que el ADHD es descrito en términos de actividades, de acciones o conductas positivas o negativas, que lleva adelante -o no lleva adelante cuando debiera hacerlo- el niño, y a partir de parámetros observables y síntomas.

La presencia de estas conductas -referidas por los padres y maestros de los niños- son entendidas como indicadores de lo que podría denominarse *una situación irregular*. Sin embargo, esta multiplicidad de conductas que exhibe el niño, que no se diferencian demasiado de las de otros niños del entorno, y que pueden no ser preocupantes en sí mismas, de alguna manera -aunque confusa- denotan la existencia de un problema; problema que aún no está catalogado como *enfermedad*.

Esto ocurre porque aun no se ha introducido ni operado el discurso médico-psiquiátrico, como productor de saber y verdad para organizar, para aglutinar la masa confusa de acciones, pensamientos, situaciones que evidencia el niño -y que impactan también en la familia y en el ámbito escolar-, dándoles una coherencia, un sentido y un nombre.

Veamos entonces qué especificidades pueden encontrarse cuando es el discurso médico el que habla del ADHD.

¿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”. Aunque todos los seres humanos pasamos momentos en que no podemos concentrarnos en forma adecuada, circunstancias en que no regulamos apropiadamente la cantidad e intencionalidad de nuestros movimientos, o bien momentos en que actuamos impulsivamente, las personas

que clasificamos bajo el rótulo AD/HD (según el DSM-IV y el ICD-10 [The International Statistical Classification of Diseases and related health problems, 10^{ed}]) presentan en realidad una pauta de desarrollo diferente y persistente en algunas de estas áreas aunque, como veremos luego, no necesariamente en todas. Por ende, cuando decimos “grados inapropiados” afirmamos que las pautas de atención, impulsividad y/o actividad motora no se ajustan a la edad cronológica del niño. Es, por lo tanto, fundamental mantener un criterio “evolutivo” en el momento de realizar un diagnóstico. Es común que niños de 2 y 3 años sean inquietos e impulsivos y no mantengan su atención más que por algunos minutos. De hecho, el 60% de los niños de esta edad presentan estas características, debido a que es una etapa en la que están descubriendo e investigando su entorno, pero no más de un 5% sigue presentándolas después de los 4 años. A diferencia de lo que ocurre en la maduración normal, muchos padres de niños con AD/HD describen que la conducta hiperactiva e impulsiva de sus hijos no disminuye, sino que por el contrario se incrementa a partir de los 4 años. (Quirós y Joselevich 2003: 20-21).

Y también:

Criterio diagnóstico

El déficit de atención con o sin hiperactividad es un síndrome de la conducta, cuyo diagnóstico se hace sobre la base de síntomas que el niño presenta, como en cualquier cuadro psiquiátrico. Es decir que no existen análisis de sangre u otros métodos complementarios (como el EEG, el mapeo cerebral o la tomografía cerebral) que provean un diagnóstico cierto. Los síntomas a tener en cuenta para el diagnóstico de AD/HD se encuentran en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (Quirós y Joselevich 2003:29).

De acuerdo con esta descripción (y la del DSM IV-TR, que por razones de espacio no es posible reproducir aquí) el ADHD aparece como entidad patológica específica, a la que es importante poder diferenciar de otras patologías (esquizofrenia, TGDs, trastornos psicóticos, etc.) para realizar un diagnóstico certero; y que se presenta como escindida de aspectos emocionales o pedagógicos.

También es posible rastrear otros elementos, como por ejemplo que el cuadrar dentro de los patrones de diagnóstico de ADHD es una mera *cuestión de grado*, de distancia con respecto a un patrón de regularidad. No se trata de que el niño no preste atención, o le cueste permanecer sentado en la silla -el hecho en sí no parece ser lo que merece la consideración de patológico-, sino de la frecuencia y duración de estas conductas, que puestas en comparación con los parámetros *normales* -estando asociada la normalidad a un “nivel de desarrollo normal” que puede consultarse en la tabla 21-1 del Manual DSM IV- resultan en un exceso, en una desproporción o desmesura.

Si bien este escrito no está concebido como trabajo comparativo, al avanzar en el análisis pueden encontrarse muchos elementos que nos remiten a cómo ese discurso médico-psiquiátrico concibe otro de los trastornos de la conducta. Aludo a la bulimia y la anorexia, entendidas como desórdenes o trastornos de la conducta alimentaria. Considerando ambas

clasificaciones (bulimia-anorexia, y ADHD) encuentro que aunque algunos elementos son diferentes, otros mantienen un mismo eje de conceptualización.

En el caso de la anorexia, por ejemplo, desde la mirada del DSM-IV, la misma es recortada y pensada también como aislada y diferenciada de otras manifestaciones clínicas, pero está presente en su conceptualización un elemento que no se observa en cómo se construye el ADHD: la anorexia como des-orden alimentario es restringida al *temor* a engordar y la *voluntad* para el mantenimiento de un férreo régimen alimenticio (una mala voluntad, en verdad; una voluntad pasible de punición o de sanción social). En el ADHD, el elemento de la *voluntad* no es tenido en cuenta del mismo modo. Como intentaré exponer más adelante, la *fundamentación neurológica* adquiere honda relevancia para la consideración del ADHD como enfermedad, y el eje de lo voluntario/involuntario está de alguna manera “recubierto” por esta alusión al desorden neurológico.

En consonancia con el enfoque antes presentado, el Dr. José Félix Nani, docente autorizado y profesor asistente de Pediatría UBA., efectúa en la página web www.adhd.com.ar de la *Fundación para la Investigación del “Déficit Atencional e Hiperquinesia”* una caracterización más extensa pero similar de la “síntomatología clínica y conductual”. Rescato algunos fragmentos especialmente significativos del artículo:

Sintomatología general del Síndrome A.D.H.D.

Estos niños presentan un conjunto de variados signos y síntomas, todos ellos expresiones clínicas de falta o impedimento en el Desarrollo Neurológico, que al desorganizar la normal evolución biológica, impiden un adecuado orden Físico, Emocional, Cultural y Social.

Pasamos a detallar la sintomatología:

INATENCIÓN: Hiperactividad sensorial - Distracción

HIPERQUINESIA: Hiperactividad motora - Hiperactividad verbal - Trastornos del sueño – Agresividad - Destructividad

IRRITABILIDAD: Conducta impredecible - Baja tolerancia a la frustración: rabietas, berrinches y reacciones catastróficas

IMPULSIVIDAD: Conducta antisocial - Enuresis, ecopresis - Temeridad

INCOORDINACIÓN MUSCULAR (DISPRAXIA): Torpeza corporal – Disgrafía - Ineptitud deportiva – Disartria, dislalia

LABILIDAD AFECTIVA (DISFORIA): Deficiente autoestima: Ansiedad - Depresión

DESOBEDIENCIA PATOLÓGICA: Incomprensión de órdenes - Repetición de la falta – Incomprensión del castigo

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE: Dislexia - Problemas vasomotores – Disociación - Inversión del campo visual – Perseveración - Memoria deficiente - Pobreza de la imagen corporal

Son muchos los comentarios que pueden realizarse en relación a este documento. En principio, está presente la idea de que el *niño desatento* tiene una *falla*. La falla se expresa de dos maneras: una es como des-orden, y la otra como desvío o distancia respecto de la media. En la primera, se atiende al modo en que se efectúan las acciones, al *cómo*

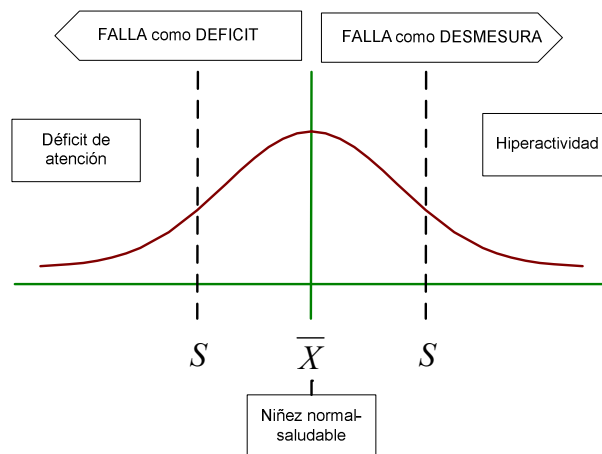
(*desordenadamente*); en la segunda, a *cuánto* se separan estas actividades (o la ausencia de ellas) de lo considerado normal.

Para ilustrar esta consideración propongo desplazarnos al mundo de la estadística. Esta propuesta no es azarosa, dado que la normalidad estadística está en la base de las consideraciones de los discursos que, como los que aquí se presentan, piensan la salud y la enfermedad de la población, en el marco de una estrategia biopolítica (Foucault 2004).

Detengámonos en la *normalidad* desde la *curva normal*. En la curva normal la media, la moda y la mediana coinciden en el centro de la distribución, en el punto desde el cual se establecen los desvíos. La moda es el valor que se da con más frecuencia en la distribución, y la media es el valor promedio de esa distribución. Así, en la distribución normal, lo que se da con más frecuencia coincide el valor considerado promedio, y ambos conceptos (junto con la mediana, que a los efectos de este análisis no es tomada en cuenta) operan como el parámetro en relación al cual pueden establecerse los desvíos de cada frecuencia bajo estudio.

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

La segunda acepción de la *falla* ya introduce la noción de desvío, de distancia respecto de la media y de la moda. El desvío puede presentarse como exceso, como exageración, desproporción o desmesura en las conductas; o por el contrario, como falta, insuficiencia, déficit o ausencia en las mismas. Y vemos reproducirse en la descripción nociones como *inatención, hiperactividad sensorial, hiperquinesia, hiperactividad motora y verbal, baja tolerancia a la frustración, enuresis y ecopresis, ineptitud deportiva, deficiente autoestima, ansiedad y depresión, incomprensión de órdenes y castigos, repetición de la falta, memoria deficiente y pobreza de la imagen corporal*. Gráficamente:



Remitámonos nuevamente a la conceptualización de la bulimia-anorexia. Aquí, el discurso médico-psiquiátrico se vale de un instrumento con el cual cuantifica las distancias respecto de la media. Tal instrumento es el índice de Quetelet o IMC (Abraham y Llewellyn-Jones 1984: 28). Sirviéndose de este índice -entre otros elementos-, el discurso médico-psiquiátrico considera que está en condiciones de establecer cómo el *trastorno de la conducta alimentaria* se manifiesta en el cuerpo, en la relación entre un peso y una altura, y de cuantificar y catalogar los desvíos de la media, ya sea por exceso (obesidad alta, obesidad, sobrepeso) o por falta (bajo peso y demacración).

En la construcción del ADHD como enfermedad se identifica el sentido del desvío, de la falla. Se establece a partir de lo observable si se trata de un *exceso* o de una *falta* en el comportamiento. Está presente pues la *cuestión de grado* en las conductas, y *lo mensurable* a través de la cantidad de meses en los que se verifica la ocurrencia de esas conductas. Pero a diferencia de la bulimia-anorexia, está ausente un instrumento que permita cuantificar de manera más estilizada el comportamiento (o los efectos de éste) y sus distancias respecto de la media, instrumento que, expresado en el IMC sí aparece en las consideraciones de la anorexia como trastorno o desorden de la conducta alimentaria.

Ahora bien, ¿dónde está esta falla? ¿Dónde es posible ubicarla en el ADHD? Si bien los diferentes discursos investigados difieren en el énfasis en este punto, casi todos aluden a la llamada *lesión o disfunción cerebral mínima*. Me detengo en el artículo de Ana Lydia Santiago, donde avanza en los aspectos etiológicos del ADHD:

(...) Strauss lanzó, en 1918, la hipótesis según la cual los disturbios de comportamiento de los escolares, y también algunos de los disturbios de aprendizaje, podrían ser consecuencia de una lesión cerebral mínima. Se trataría de una lesión suficiente para alterar el comportamiento y/o alguna función cognitiva, pero lo suficientemente mínima como para no ocasionar otras manifestaciones neurológicas. Esa hipótesis de Strauss no fue acogida en el medio científico ni divulgada en la época en que se presentó en sociedad. Con todo, veinte años más tarde, la lesión cerebral mínima resurge en el escenario de las investigaciones médicas, y en 1957, es equivalente al

síndrome hiperquinético o de hiperactividad. En 1962, durante un simposio internacional realizado en Oxford, con la participación de grupos de investigación dedicados al estudio de la lesión cerebral mínima, se llegó a la conclusión de que no había ninguna lesión. (...). Los investigadores admitieron el error y para corregirlo rebautizaron el cuadro, pasando a llamarlo “disfunción cerebral mínima” (DCM). (Santiago 2006: 178-9)

Volviendo al discurso médico-psiquiátrico, presento otros fragmentos del artículo de José Félix Nani, que también aluden a la etiología del ADHD:

“En estos niños, la hiperactividad, junto al Déficit Atencional, son los integrantes más llamativos del Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima, y que en un 80% de los casos clínicos, van asociados.”

“Estas patologías alteran habitualmente el órgano de mayor jerarquía del ser humano: el Cerebro. De allí que quiero resaltar con sumo cuidado que los trastornos del aprendizaje tienen como radicación esencial el Sistema Nervioso Central. El régimen escolar deficiente, la discriminación racial o social, el hogar inestable, son factores que perturban y reagravan, cuando están presentes, el pronóstico adaptivo y evolutivo. Pero no son indispensables para la presencia del Trastorno de Aprendizaje.”

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

Y también otro artículo publicado en www.adhd.com.ar, del Dr. Tito Antonio Rosan:

“Desde que la O.M.S. (CIE-10) afirmara que “ciertas anomalías constitucionales” juegan un papel clave en la génesis de este trastorno (año 1992) hasta hoy, puede afirmarse lo siguiente:

Los estudios funcionales (SPECT) muestran con bastante frecuencia una disminución de la actividad del lóbulo frontal (menor consumo de glucosa) “Hipofrontalidad”.

Los estudios neuroquímicos van aportando abrumadora evidencia de perturbaciones metabólicas en la síntesis de determinados neurotransmisores: noradrenalina, dopamina, feniletilamina, etc.

Estudios genéticos recientes señalan la existencia de posibles anomalías en la conformación de algunos receptores de membrana (D2/A1 y D4), del transportador de la dopamina (proteína “carrier”) y de una proteína de la membrana presináptica: SNAP-25.

Por esto, algunos investigadores sostienen que el ADHD puede ser un trastorno poligénico, ocasionado por la interacción de varios genes.”

“Por contraste:

- El electroencefalograma en estos niños presenta un trazado “normal” o con irregularidades “inespecíficas” (es decir, no muestra signos patológicos definidos).

- Los estudios morfológicos cerebrales por imágenes –TAC y RNM- no evidencian lesiones características (son informados como “normales”).

- Los estudios psicométricos muestran que el “coeficiente intelectual” de estos niños es normal o superior a normal”.

Entonces: ¿Se puede hablar de una raigambre neurológica para diagnosticar el ADHD? ¿Cómo se resuelve esta ambivalencia, de acuerdo con la cual se asume como específica del síndrome la existencia de una disfuncionalidad cerebral que no puede ser ubicada ni mensurada?

Estos puntos revisten gran importancia al interior del discurso médico -y científico en general-, y resultan problemáticos para una parte de la comunidad de profesionales de la salud. Sin embargo, en consonancia con el enfoque teórico-metodológico que intento seguir en esta presentación, el acento de la indagación y análisis que llevo adelante no está puesto en si el ADHD *existe* o no, en si su definición es científica o no. No es mi pregunta la pregunta por la cientificidad del diagnóstico del ADHD (que ha sido extensamente cuestionado desde diversas posiciones).

El eje de mi abordaje consiste, por un lado y principalmente, en atender al carácter histórico-socialmente determinado de la noción *trastornos de la conducta*, de la que el ADHD constituye un ejemplo de análisis particularmente complejo. En relación a ello, invito a tener presente el hecho que esta formación discursiva llamada ADHD contiene elementos que pueden encontrarse en formaciones discursivas históricamente precedentes, que también han tematizado el mismo objeto: el *niño anormal*. A la vez, remarco la necesidad de poner de relieve que quien nombró y puso en circulación la noción de ADHD en la actualidad ha sido el discurso médico-psiquiátrico, que tomó para sí la intervención en este campo, en esta *infancia desatenta*. Discurso que, aunque quede por fuera de lo que puede exponerse aquí, ha atravesado a su vez profundos procesos de transformación.

Y por último, propongo considerar que este tomar para sí, este arrogarse el cuidado, la normalización, el control de los *niños desatentos* por parte del discurso médico-psiquiátrico, tiene efectos de poder concretos. A continuación, intentaré exponer algunas de las conclusiones a las que he podido arribar acerca de estos efectos.

El discurso médico-psiquiátrico y el ADHD: algunas consideraciones acerca de los efectos.

Para este estado aun preliminar de la investigación, es posible trazar dos líneas de análisis, que no son alternativas sino antes bien, complementarias, acerca de los efectos del accionar del discurso médico psiquiátrico en relación al ADHD y al *niño desatento*.

La primera tiene que ver con la alusión a lo sintomático y a lo conductual. Poniendo en consonancia lo *conductual* por un lado, y lo *neurológico* por otro, el abordaje del análisis de los discursos considerados *es* hacia lo sintomatológico, hacia el conjunto de síntomas y *conductas*. Pero estas conductas y síntomas son entendidas como expresión clínica de un problema de anormalidad *neurológica*.

Y aquí es posible trazar otra diferencia con la concepción de la bulimia y la anorexia, ya que en esta ocasión el discurso médico-psiquiátrico, si bien también se asienta para su diagnóstico en la ocurrencia o no de ciertas conductas, no las presenta como expresiones de

una disfunción o lesión cerebral. Tampoco existe una correspondencia tan marcada con la administración de un fármaco, como ocurre en el caso del ADHD.

Volviendo a la conceptualización del ADHD, se constata que los dos elementos: lo voluntario y lo conductual por un lado, y lo neurológico por el otro⁴, son tenidos en cuenta de manera conjunta, a partir de la noción de *falla*, de desorden. Esta misma concepción de *falla* para aproximarse a los dos elementos es la que permite al discurso médico-psiquiátrico enlazarlos analíticamente, y que ambos puedan ser tenidos en cuenta para la detección del ADHD.

La segunda línea de análisis que se abre a partir de lo expuesto tiene que ver con el uso de medicación. El uso de fármacos para tratar el ADHD es, aunque problemático para una parte de la comunidad de profesionales de la salud, crecientemente extendido. Observa José Félix Nani:

“El manejo medicamentoso del niño hiperquinético, nace con las observaciones de Bradley en 1937. Se basa en la acción paradójica de la respuesta clínica que presentan algunos niños ante la medicación estimulante cortical.”

Con la noción de *acción paradójica* alude a que la administración del fármaco en el paciente provoca una respuesta clínica diferente a la que su mecanismo de acción prevé. A diferencia de las *reacciones adversas* a un medicamento, la acción paradójica puede tener una utilización terapéutica en sí misma.

Volviendo al ADHD, el documento anterior plantea que ante la administración de psicotrópicos (de potente efecto estimulante del sistema nervioso central) los pacientes *que ya han sido diagnosticados como ADHD* no manifiestan una mayor estimulación, sino que evidencian un mayor control de la hiperactividad, una reducción de la impulsividad y una focalización de la atención. En relación a este efecto paradójico, explican Quirós y Joselevich:

El metilfenidato potencia la acción de la dopamina, inhibiendo su recaptación a nivel presináptico, lo cual produce activación del lóbulo frontal (región prefrontal). Esta activación no tiene un efecto sedante sino normalizador sobre la conducta: (...). Numerosos trabajos demuestran que reduce la agresividad tanto física como verbal, mejora las relaciones interpersonales y disminuye la desobediencia. Así, la relación con los padres deja de ser negativa, ya que no necesitan seguir utilizando retos y castigos para controlar la conducta de sus hijos. (Quirós y Joselevich 2003: 35-6)

Conrad, que analizó el funcionamiento del discurso médico en relación a la construcción del ADHD, menciona que los factores orgánicos o fisiológicos suelen ser

⁴ Estos dos elementos constituyen, desde los análisis de Foucault, una doble inversión conceptual que opera en la psiquiatría a partir de 1845-50. Como consecuencia de esta doble inversión, se erigen como preocupaciones de la psiquiatría las nociones reunificadoras de *locura global* y de *voluntad*, desplazando respectivamente los conceptos alienistas de *locura parcial* y *delirio* (Foucault 1999).

preferidos a los factores sociales como fundamento explicativo, por considerárseles más específicos y mejores predictores. Sin embargo, hasta las explicaciones causales de tipo fisiológico tienen zonas grises. Y estas zonas grises se hacen presentes cuando se infieren “*conexiones causales partiendo de variables fisiológicas de ciertas formas de comportamiento*” (Conrad 1982: 148). Sobre todo, porque las conexiones entre las variables fisiológicas y el comportamiento suelen ser, por lo menos, ambiguas. En ocasiones sí pueden encontrarse correlaciones entre factores orgánicos o fisiológicos y comportamientos. Pero cuando estas correlaciones fisiológicas se convierten en explicaciones etiológicas (es decir, explicaciones acerca de las *causas* de la enfermedad), se termina por pretender “*que el comportamiento anormal lo ha ‘causado’ la dificultad orgánica*” (Conrad 1982: 148).

De acuerdo con esta manera de concebir la enfermedad, entonces, el tratamiento exitoso puede operar como corroboración *a posteriori* del diagnóstico. A saber, la respuesta paradójica frente a la administración de psicofármacos. Estos niños que, recibiendo medicación estimulante, en lugar de incrementar su actividad motora, la han disminuido y encauzado, permiten al discurso médico- psiquiátrico verificar la existencia de una falla neuronal.

Espero con el decurso de la investigación analizar con mayor profundidad los efectos de este funcionamiento argumental, de esta estructuración de los enunciados que conforman el discurso médico-psiquiátrico en relación al ADHD y su tratamiento. En este apartado he ido rastreando, como anticipé, sólo algunas de las condiciones de posibilidad para su emergencia.

Queda por supuesto mucho más por analizar, entre otras cuestiones: las nociones de *peligrosidad* y *riesgo*, el uso de tests y otros cuestionarios estandarizados, la detección precoz, etc. Pero, venida a ensayar una conclusión preliminar, pensé finalizar este escrito con las apreciaciones de Ana María Fernández. Dice, refiriéndose a las mujeres, pero bien vale la reflexión para pensar la construcción del ADHD como enfermedad, y al *niño desatento*, como contrapartida del *niño sano*, pedagógica y familiarmente ajustado: “*Lo otro será siempre margen, negatividad, doble, sombra, reverso, complemento. Lo mismo, al no poder pensarse nunca como lo otro, se ha transformado en lo único.*” (Fernández 1993: 35).

Lo *otro* de la ¿niñez saludable? es siempre *más* o es *menos*, es exageración o es déficit, es desorden o es desvío. Es cuerpo neurológico, y es entramado sintomático. Pero lo *otro*, desde este discurso médico-psiquiátrico, también es siempre, invariablemente, *falla*.

Bibliografía

- Abraham S. y Llewellyn-Jones D. (1984). Anorexia y bulimia. Desórdenes Alimentarios. Argentina: Alianza, 1995.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). Manual DSM IV-TR de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales. Ed. Electrónica.
- Benasayag L. (2007) Deconstrucción neurológica del llamado “ADDH”. En Benasayag L. (Comp). *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario* (pp. 13-34). Argentina: Noveduc. 2007.
- Bernaldo de Quirós G. y Joselevich E. (2003) Qué es el síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (AD/HD). En Joselevich E. (Comp.) *AD/HD. Qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y maestros* (pp. 17-42). Argentina: Paidós. 2005.
- Bernstein B. (1986). Una crítica a la educación compensatoria. En Álvarez-Uría F. y Varela J. (Eds.) *Materiales de Sociología crítica* (pp. 203-128). Madrid: La Piqueta. 1986.
- Bianchi E. y Portillo M.S. (2007a). *ALUBA y el discurso médico. La triada enfermedad–enfermo–tratamiento*. VII Jornadas de Sociología de la UBA. Bs. As. Mesa 44 Jóvenes y Salud. *Identidades y experiencias. Aportes sociológicos hacia la construcción de un campo complejo*.
- Bianchi E. y Portillo M.S. (2007b). *Moda, médicos y ALUBA. Fabricando belleza en la sociedad de control*. IV Jornadas de Jóvenes Investigadores del II.GG. Eje *Políticas del Cuerpo*.
- Carbajal M. (2006, octubre 17). “Las pastillas que no tienen edad”. *Página/12, Sociedad*. Ed. Electrónica.
- Carbajal M. (2007). ADD y ADHD, una mirada desde el periodismo. En Benasayag L. (Comp). *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario* (pp. 237-244). Argentina: Noveduc. 2007.
- Castel R. (1979). La sociedad psiquiátrica avanzada: El modelo norteamericano. Barcelona: Anagrama. 1980.
- Castel R. (1981). La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis. Barcelona: Anagrama. 1984.
- Castel R. (1986). De la peligrosidad al riesgo. En Álvarez-Uría F. y Varela J. (Eds.) *Materiales de Sociología crítica* (pp.129-243). Madrid: La Piqueta. 1986.
- Conrad P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En Ingleby D. (Ed.) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental* (pp. 129-154). Barcelona: Crítica-Grijalbo. 1982.
- Deleuze G. (1990). Post scriptum sobre las sociedades de control. En *Conversaciones 1972-1990*. Valencia: Pre-Textos. 1995.
- Donzelot J. (1990). La policía de las familias. España: Pre-Textos. 1998.
- Fernández A. M. (1993). La mujer de la ilusión. Argentina: Paidós, 1993.
- Foucault M. (1969). La arqueología del saber. Argentina: Siglo XXI, 2002.
- Foucault M. (1976). Historia de la sexualidad. T. I. Argentina: Siglo XXI. 2002.
- Foucault M. (1990). La vida de los hombres infames. Argentina: Altamira. 1996.
- Foucault M. (1991). Saber y verdad. Madrid. La Piqueta. 1991.
- Foucault M. (1997). Defender la Sociedad. Argentina: FCE. 2000.
- Foucault M. (1999). Los Anormales. Argentina: FCE. 2001.
- Foucault M. (2003). El Poder Psiquiátrico. Argentina: FCE. 2005.
- Foucault M. (2004). Seguridad, territorio, población. Argentina: FCE. 2006.
- Mandil R. (2006). Biopolítica del déficit de atención. En Stiglitz G. (comp.) *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran. El mal real y la construcción social* (pp. 91-98). Argentina: Grama, 2006.
- Marques V. (1982). No es natural – Para una sociología de la vida cotidiana. Barcelona: Anagrama. 1982.
- Menéndez E. (1990). Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. 1990.
- Muel F. (1981). La escuela obligatoria y la intervención de la infancia anormal. En Álvarez-Uría F. y Varela J. (Eds.) *Espacios de Poder* (pp.123-142). Madrid: La Piqueta. 1991.
- Murillo S. (1996). El discurso de Foucault. Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno. Argentina: CBC, 1996.

- Murillo S. (2002). La cuestión social en Buenos Aires. La condición trágica de los sujetos”. En Susana Murillo (comp.) *Sujetos a la incertidumbre. Transformaciones sociales y construcción de subjetividad en la Buenos Aires actual* (pp. 29-92). Argentina: CCC, 2002.
- Nani J. F. “Trastornos de la atención. Su relación con el aprendizaje. Aspectos medicobiológicos del síndrome A.D.H.D”. Acceso 12/10/2007. En <http://www.adhd.com.ar/publicaciones2.htm>
- Pitch T. (1988): ¿Qué es el control social? Publicado en Italiano en AAVV: “Curare e Punire. Problema e innovazioni nei rapporti tra psichiatria e giustizia penale”. Milano: Edizioni Unicopoli, 1988. Traducido del italiano por Máximo Sozzo (Universidad Nacional del Litoral). Publicado en Delito y Sociedad. Revista de Ciencias Sociales N° 8. 1996.
- Rosan T. A. “Evolución del ADHD en las etapas vitales”. Acceso 12/10/2007. En <http://www.adhd.com.ar/publicaciones15.htm>
- Sadock, B. y Sadock, V. (2001). *Psiquiatría Clínica. Manual de Bolsillo*. España: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
- Santiago A. L. (2006). Algunas consideraciones sobre el trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. En Stiglitz G. (comp.) *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran. El mal real y la construcción social* (pp. 175-184). Argentina: Grama, 2006.
- Tendlarz S.E. (2006). La atención que falta y la actividad que sobra. Reflexiones sobre el ADD-ADHD. En Stiglitz G. (comp.). *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran. El mal real y la construcción social* (pp. 75-82). Argentina: Grama, 2006.
- Varela J. y Álvarez-Uría F. (1991). *Arqueología de la escuela*. Madrid: La Piqueta, 1991.