

I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2009.

Algunas consideraciones en torno a la noción de ADHD como Trastorno de la Conducta en la infancia: apuntes para pensar al “niño desatento”.

Bianchi, Eugenia.

Cita:

Bianchi, Eugenia (2009). Algunas consideraciones en torno a la noción de ADHD como Trastorno de la Conducta en la infancia: apuntes para pensar al “niño desatento”. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-020/215>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eYG7/Nu9>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ALGUNAS CONSIDERACIONES EN TORNO A LA NOCIÓN DE ADHD COMO TRASTORNO DE LA CONDUCTA EN LA INFANCIA: APUNTES PARA PENSAR AL “NIÑO DESATENTO”

Bianchi, Eugenia

CONICET - Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

Se exponen algunas cuestiones analizadas en el marco de la tesis de Maestría en Investigación en Ciencias Sociales de la UBA. Como objetivo general se busca conocer cómo la medicina contribuye a establecer qué es considerado enfermedad. Y cuáles son los efectos de poder que se producen en las personas en las que recaen. Se analizan en particular las condiciones de emergencia y circulación del ADHD -trastorno por déficit de atención con hiperactividad- como trastorno de la conducta en la infancia. La pregunta de investigación es acerca del accionar de la medicina en torno a uno de sus objetos de saber y blanco de poder dilectos: el niño. Para responderla, se elabora el concepto de infancia desatenta, con la que se designa a aquellos niños/as diagnosticados y tratados por ADHD. Se intenta con esta herramienta conceptual apartarse de otros discursos que también han tematizado al ADHD, pero no desde una perspectiva sociológica (sino de la salud, de la educación, etc.). La metodología utilizada es cualitativa, está basada en el análisis de fuentes escritas secundarias y documentos. Se recurre a los aportes teóricos de la tradición de los estudios sobre el control social.

Palabras clave

Adhd Diagnóstico Poder Discurso

ABSTRACT

SOME CONSIDERATIONS AROUND THE NOTION OF ADHD AS BEHAVIOR DISORDER IN CHILDHOOD: NOTES IN ORDER TO THINK THE “INATTENTIVE CHILD”

Some matters analyzed for the thesis at the Master in Investigation in Social Sciences in UBA are exposed. The general purpose is to know how medicine contributes to establish what is considered illness, and which are the power effects produced on the persons they are intended for. Conditions of emergency and circulation of ADHD -attention deficit hyperactivity disorder- as behavior disorder in childhood are analyzed. The investigation question is about the actions of medicine around one of its beloved objects of knowledge and power target: the child. In order to answer it, it is elaborated the concept of “inattentive childhood”, which designates those children diagnosed and treated for ADHD. The recourse to this notion is to apart these considerations from other discourses that thematize ADHD, not from a sociological perspective (but health, educational, etc.) The methodology used is qualitative, based on the analysis of written secondary founds and documents. Theoric contributions of studies over social control are used.

Key words

Adhd Diagnosis Power Discourse

En estas páginas se expondrán algunas cuestiones analizadas en el marco de la tesis para la *Maestría en Investigación en Ciencias Sociales* de la UBA.

Como objetivo general se busca conocer cómo la medicina contribuye a establecer qué es considerado *enfermedad*. Y cuáles son

los efectos de poder que se producen en las personas en las que recaen. Se analiza en particular las condiciones de emergencia y circulación del ADHD -trastorno por déficit de atención con hiperactividad- (APA 1994) como trastorno de la conducta en la infancia. La pregunta de investigación es acerca del accionar de la medicina en torno a uno de sus objetos de saber y blanco de poder dilectos: el niño (Foucault 1999). Para responderla, se elabora el concepto de *infancia desatenta*, con la que se designa a aquellos niños/as diagnosticados y tratados por ADHD. Se intenta con esta herramienta conceptual apartarse de otros discursos que también han tematizado al ADHD, pero no desde una perspectiva sociológica (sino de la salud, de la educación, etc.).

La metodología utilizada es cualitativa, está basada en el análisis de fuentes escritas secundarias y documentos. Se recurre a los aportes teóricos de la tradición de los estudios sobre el control social (Pitch 1988).

La reflexión sobre estas cuestiones considera un proceso histórico de largo alcance, que opera como horizonte de posibilidad para el accionar actual de la medicina: el *proceso de medicalización de la sociedad* (Foucault 1976, 1990, 1997; Conrad 1982; Illich 1974), como proceso por el cual en el siglo XVIII la medicina se torna una estrategia biopolítica, y se encarga de una diversidad de cuestiones vinculadas a la normalización y control del cuerpo tanto individual como social.

NIÑOS ATOLONDRADOS, NIÑOS INESTABLES: RASTREANDO AL NIÑO DESATENTO.

La noción de *infancia anormal* (Muel 1981; Foucault 1976, 1999; Castel 1979, 1981, 1986; Bernstein 1986; Varela y Álvarez-Uría 1991) aparece como el antecedente analítico más emblemático al interior de los trabajos que se inscriben en la tradición de estudios sobre el control social. Surgidas también de esta matriz, se rescatan dos figuras a los efectos del presente trabajo: el *niño atolondrado* y el *niño inestable*.

Varela y Álvarez-Uría recuperan un fragmento del psiquiatra español Vidal Perera, que menciona en 1908 las características del *niño atolondrado*:

“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)

Este documento se enfoca en la descripción en las *conductas* que exhibe el niño atolondrado, resaltando el carácter desordenado, anárquico e infértil de las mismas. El acento puesto en *lo conductual* -como manifestación de la incorrección del razonamiento- constituirá una de las dos facetas principales que pueden hallarse en el actual diagnóstico de ADHD.

En los análisis de Muel queda expuesta la otra faceta, que enfatiza el aspecto neurológico, con la figura del *niño inestable*. De acuerdo con la clasificación del Dr. E. Régis en la Francia de 1909:

“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’. (...) ‘Las glándulas de secreción interna lesionadas o agotadas no pueden hacer el papel de reguladores de la economía (...), no distribuyen 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.’” (Muel 1986: 137-8).

Se identifica aquí una explicación vinculada a la idea del *desajuste*, la *des-armonía*, la *falta de balance* en el funcionamiento del cuerpo del niño inestable. Este modo de entender la fisiología del niño anormal, acentuando las *fallas* en el cumplimiento de las diversas funciones orgánicas, es otro componente fundamental en la conceptualización del *niño desatento*, a través de la noción de *disfunción cerebral mínima*, como se desarrollará más adelante. En las figuras presentadas en los documentos está presente un

aspecto que también se advierte en los actuales abordajes del ADHD desde algunos discursos pedagógicos y de la psiquiatría infantil: la potencialidad disruptiva del orden social en el niño, que remite a la noción de *peligrosidad*. Esta noción reviste capital importancia a la luz de análisis de las categorías *peligrosidad* y *riesgo*, consideradas como formas históricas diferentes -por el campo de aplicación, y por las técnicas que exigen- de gobierno de las poblaciones (Castel 1981, 1986; Foucault 2004). Además, la *peligrosidad* es puesta 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.

EL ADHD COMO TRASTORNO O DESORDEN DE LA CONDUCTA INFANTIL

Sigue ahora analizar la construcción del ADHD como enfermedad de la conducta en la infancia. En las fuentes consultadas (Quirós y Joselevich 2003; Nani 2007; Rosan 2007; Stiglitz 2006), se observa que desde variados discursos de la salud, se describe a los niños con ADHD en relación a tres desórdenes posibles (que pueden aparecer o no combinados entre sí): des-atención, impulsividad e hiperactividad. El ADHD es descrito en términos de actividades, acciones o conductas, que emprende o no el niño, registradas de acuerdo con parámetros observables. Aparece como entidad específica, diferenciada de otras patologías (esquizofrenia, TGDs, trastornos psicóticos, etc.) y escindida de aspectos emocionales o pedagógicos.

Otro elemento identificado es que cuadrar en el diagnóstico de ADHD es una cuestión de *grado*, de *distancia* con respecto a un patrón de regularidad. La frecuencia y duración de las conductas anómalas (como por ejemplo la imposibilidad de permanecer sentado en la silla) es puesta en comparación con los parámetros considerados *normales* (APA 1994), resultando la conducta a evaluar en un exceso, desproporción o desmesura.

Otra cuestión que aparece en los documentos es la idea de que el *niño desatento* tiene una *falla*. La falla se expresa de dos maneras: como *des-orden*, y como *desvío* o distancia respecto de la media. En la primera, se atiende al modo desordenado en que se efectúan las acciones, al *cómo*; en la segunda, se explora *cuánto* se apartan tales acciones de lo *normal*. La normalidad estadística está presente en las consideraciones de los discursos que piensan la salud y la enfermedad de la población, en el marco de una estrategia biopolítica (Foucault 2005), de allí que la traigamos al análisis.

De acuerdo a la primera acepción de la falla, el *niño desordenado* es aquel 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 la moda. Esto se expresa en los documentos como *ausencia o dificultad para ordenar(se)*: física, emocional, cultural y socialmente. La falla como desorden aparece también en nociones como: *distracción, trastornos del sueño y del aprendizaje, disgrafía, disartría, disforia, dislalia, desobediencia, dislexia o disociación* (Nani 2007).

La segunda acepción de la *falla* introduce la noción de desvío, de distancia respecto de la media y 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. Se identifican nociones como: *inatención, hiperactividad sensorial, hiperquinesia, hiperactividad motora y verbal, baja tolerancia a la frustración, enuresis y ecopresis, ineptitud deportiva, deficiente autoestima, ansiedad y depresión, incomprensión de órdenes y castigos, repetición de la falta, memoria deficiente y pobreza de la imagen corporal* (Nani 2007).

El interrogante que se plantea en relación a estos discursos es ¿dónde está la falla en el ADHD? Si bien los documentos analizados difieren en el énfasis en este punto, casi todos aluden a la llamada *disfunción cerebral mínima*. Aunque los electroencefalogramas, las resonancias magnéticas y las tomografías computadas son informados como "normales", y los estudios psicométricos muestran que el coeficiente intelectual de los niños es normal o superior a normal (Rosan 2007). Lo cual conduce a la pregunta: ¿por qué aludir entonces a una raigambre neurológica para diagnosticar el ADHD? ¿Cómo se asume como específica del síndro-

me una disfuncionalidad cerebral que no puede ser situada ni mensurada? Estos interrogantes revisten gran importancia al interior del discurso médico y resultan problemáticos para parte de la comunidad de profesionales de la salud. Sin embargo, en consonancia con el enfoque teórico-metodológico adoptado, el acento aquí no está puesto en si el ADHD *existe* o no, o en si su definición es científica o no lo es.

El eje del abordaje consiste antes bien, en atender al carácter histórico-socialmente determinado de la noción *trastorno de la conducta*, de la que el ADHD constituye un ejemplo particularmente rico y complejo de análisis. Se invita a tener presente que esta *formación discursiva* (Foucault 1969) llamada ADHD contiene elementos presentes en formaciones discursivas precedentes históricamente, que también han tematizado al *niño anormal*. Se subraya también que la noción de ADHD ha sido nombrada y puesta en circulación por el discurso médico-psiquiátrico, que interviene en este campo, en esta *infancia desatenta*. Y por último, se propone considerar que esta intervención, este arrogarse el cuidado, la normalización y el control de los *niños desatentos* por parte del discurso médico-psiquiátrico, tiene efectos de poder concretos.

CONCLUSIONES. REFLEXIONES ACERCA DE ALGUNOS EFECTOS DE LOS DISCURSOS

Dado el estado aun en curso de la investigación, se trazan al momento dos líneas de análisis, complementarias antes que alternativas. La primera toma en cuenta la alusión a lo sintomático y a lo conductual. El elemento novedoso aquí es que el abordaje de los discursos considerados es hacia lo sintomatológico, hacia el conjunto de síntomas y *conductas*. Pero esas conductas y síntomas son entendidas como expresión de un problema de anormalidad *neurológica*.

Los dos elementos: lo voluntario y lo conductual por un lado, y lo neurológico por el otro, son tenidos en cuenta de manera conjunta, a partir de la noción de *falla*. Esta misma concepción de *falla* para aproximarse a los dos elementos es la que permite al discurso médico-psiquiátrico el enlace analítico entre ambos, y que ambos sean tenidos en cuenta simultáneamente para el diagnóstico de ADHD.

La segunda línea de análisis se vincula a la medicación. El uso de fármacos para tratar el ADHD se extiende crecientemente (Carbaljal 2007), fenómeno que es considerado problemático para una parte de los profesionales de la salud. El manejo medicamentoso se basa en la acción paradójica que presentan algunos niños medicados, que ante la administración de estimulantes del sistema nervioso central, 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 (Quirós y Joselevich 2003).

Conrad (Conrad 1982) analizó el funcionamiento del discurso médico en relación a la construcción del ADHD, y menciona que los factores orgánicos o fisiológicos suelen ser preferidos a los factores sociales como fundamento explicativo, por considerárselos más específicos y mejores predictores. Sin embargo, incluso esas explicaciones tienen zonas grises, dado que 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, se termina por pretender "*que el comportamiento anormal lo causó la dificultad orgánica*" (Conrad 1982: 148).

De acuerdo con el modo de concebir la enfermedad que hemos rastreado, 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.

Se espera con el decurso de la investigación analizar con mayor profundidad los efectos de este funcionamiento argumental, de esta articulación enunciativa que conforma el discurso médico-psiquiátrico en relación al ADHD, su diagnóstico y su tratamiento. Sólo se han rastreado hasta aquí algunas de las condiciones de posibilidad para su emergencia y circulación.

Para finalizar, sólo remarcar que a partir de las fuentes consideradas, lo *otro* de la ¿niñez saludable? aparece siempre como *más* o como *menos*, como exageración o como déficit, como desorden o como desvío. Como cuerpo neurológico, y como entramado sintomático. Pero lo *otro*, desde este discurso médico-psiquiátrico, también aparece siempre, invariablemente, como *falla*.

BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- 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.
- CASTEL, R. (1977): El Orden Psiquiátrico: la edad de oro del alienismo. Madrid: La Piqueta.
- 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. (1977). La policía de las familias. España: Pre-Textos. 1998.
- FARAONE, S. (2008): Medicalización de la infancia: Una mirada desde la complejidad de los actores y de las políticas. Disponible: <http://www.topia.com.ar>
- 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.
- MUEL, F. (1981). "La escuela obligatoria y la intervención de la infancia anormal".
- 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.
- 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.
- 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.