

La perspectiva teórico-metodológica de Foucault. Algunas notas para investigar al “ADHD”^{*}

Eugenia Bianchi^{**}

Integrante del Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani.

• **Resumen:** Como objetivo general busco conocer cómo la medicina contribuye a establecer qué es considerado enfermedad. Analizo 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.

En este escrito me propongo introducir algunas de las implicancias y particularidades que se derivan de investigar el fenómeno, haciendo uso de un andamiaje teórico-metodológico subsidiario de los aportes de Michel Foucault. Para ello, reviso una serie de nociones, señalando la pertinencia de su uso para investigar el ADHD.

Por tratarse de una presentación preliminar de contenidos, reviste sumo interés ampliar estas primeras argumentaciones, con vistas a generar nuevas hipótesis y líneas de análisis.

Palabras clave: Foucault – discursos de la salud – infancia – déficit de atención con hiperactividad.

A perspectiva teórica e metodológica de Foucault. Algunas notas para pesquisar o ADHD

• **Resumo:** Como objetivo geral busco conhecer como a medicina contribui para estabelecer o que é considerado doença. Analiso em particular as condições de emergência e circulação do ADHD – transtorno por déficit de atenção com hiperatividade – como transtorno da conduta na infância.

Neste estudo proponho-me a introduzir algumas das implicações e particularidades que se derivam de pesquisar o fenômeno, fazendo uso de um ideário teórico-metodológico subsidiário dos apontamentos de Michel Foucault. Para isso, reviso uma série de noções, assinalando a pertinência de

^{*} Este artículo forma parte de la investigación de posgrado realizada por la autora, “Medicalización, infancia y salud. Discursos, prácticas y efectos de poder en relación al diagnóstico y tratamiento del ADHD en sectores medios de la Ciudad de Buenos Aires”. El estudio sigue los lineamientos de la investigación cualitativa, y es financiado con Beca Interna de Posgrado Tipo I, por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Resoluciones D N° 346/02, 671/04, 914/08 y 2782/08, por el período abril 2009-abril 2012.

^{**} Lic. en Sociología de la UBA. Maestría de Investigación en Ciencias Sociales. Becaria de Doctorado del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), Correo electrónico: eugenia.bianchi@yahoo.com.ar

seu uso para pesquisar o ADHD.

Por tratar-se de uma apresentação preliminar de conteúdos, reveste sumo interesse ampliar estas primeiras argumentações, com vistas em gerar novas hipóteses e linhas de análise.

Palavras chave: Foucault – discursos da saúde – infância – déficit de atenção com hiperatividade

Foucault's theoretical and methodological perspective. Some notes for researching ADHD

• **Abstract:** *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.*

This paper's proposal is to introduce some of the implications and particularities that derivates from investigating the phenomenon by using a theoretical-methodological scaffolding subsidiary of Michel Foucault's contributions. In order to do so, some notions are revised, pointing its pertinence to investigate ADHD.

As a preliminary exposal of contents, it is intended to further first lines of arguments, in order to generate new hypothesis and analysis lines.

Keywords: Foucault – health discourses – childhood – attention deficit hyperactivity disorder.

-1. Introducción. -1-a. El déficit de Atención con Hiperactividad hoy. Definiciones e instrumentos. -1-b. El ADHD como problemática susceptible de indagación sociológica. -2. Cuestiones de teoría y de metodología. -2-a. Autor, obra y caja de herramientas. -2-b. Régimen de veridicción y poder. -2-c. Formación discursiva y documento. -2-d. Acontecimiento y pregunta arqueológica. -2-e. La medicalización de la sociedad y la normalización. -2-f. Infancia y psiquiatría. -2-f.1. El cambio en la teoría psiquiátrica y la doble acepción de la norma. -3. Palabras finales. –Lista de referencias.

Primera versión recibida enero 18 de 2010; versión final aceptada abril 27 de 2010 (Eds.)

“Todos mis libros (...) son, si se quiere, pequeñas cajas de herramientas. Si las personas quieren abrirlas, servirse de una frase, de una idea, de un análisis como si se tratara de un destornillador o de unos alicates para cortocircuitar; descalificar; romper los sistemas de poder; y eventualmente los mismos sistemas de los que han salido mis libros, tanto mejor”.

Michel Foucault, Saber y Verdad (1991).

1- Introducción

El “*Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*” o *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD, por sus siglas en inglés) (APA, 1994), ha generado en la actualidad una compleja problemática. En consonancia con el acelerado y polémico incremento del diagnóstico (tanto en niños y niñas como en personas adultas), y la extensión en la prescripción de metanfetaminas y antidepresivos para contrarrestar la sintomatología asociada, se han multiplicado las publicaciones y reuniones de índole diversa en el campo de la salud, inscriptas en un amplio espectro de disímiles posicionamientos.

Tanto la extensión de los abordajes cognitivo-comportamentales y el uso de medicación psicoestimulante, como el fundamento mismo del diagnóstico del cuadro, han cobrado suma importancia al interior de estos discursos, resultando, cuando menos, problemáticos para una parte de los profesionales y las profesionales de la salud.

En Estados Unidos, los *National Institute of Health* (NIH), el *Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* (CHADD), y los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), entre otros, están dedicados al análisis y difusión de información respecto del ADHD. En Italia se inició en el 2005 la campaña *Giù Le Mani Dai Bambini*, que brinda información acerca del suministro abusivo de psicofármacos en niños, niñas y adolescentes. Desde su origen, dicha campaña se ha extendido por Europa con iniciativas semejantes. En España se desarrolla desde 2006 la *Plataforma Contra la Medicalización de la Infancia*. Esta organización surge como respuesta al dictamen favorable de la *Agencia Europea del Medicamento* (EMA, por sus siglas en inglés) para la utilización de fluoxetina en niños, niñas y adolescentes menores de 18 años.

En Argentina se han publicado diversos estudios y artículos relacionados, en las páginas www.adhd.com.ar y www.forumadd.com.ar. Esta última, además, ha emitido un documento, el “*Consenso de expertos del área de la salud sobre el llamado ‘Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad’*”, e impulsa una convocatoria bianual al *Simposio Internacional sobre la Patologización de la Infancia*.

1-a. El déficit de Atención con Hiperactividad hoy. Definiciones e instrumentos

La noción de ADHD figura en la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR), elaborado por la American Psychiatric Association, como uno de los “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” (APA, 1994). Dicho Manual —del que remarco su utilización no sólo estadística, sino también clínica y diagnóstica— establece varios apartados al interior de la sección, que compendian diversos tipos de trastornos, como: “Retraso mental”, “Trastornos del aprendizaje”, “Trastornos generalizados del desarrollo”, “Trastornos de

Tics”, etc. El ADHD está incluido en el apartado “Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador”. Este apartado incluye además, y entre otros, el *Trastorno Disocial*, el *Trastorno Negativista Desafiante* (también traducido como *Trastorno Opositorista Desafiante* o *TOD*), y el *Trastorno de Comportamiento Perturbador no especificado*.

El ADHD puede manifestarse, según el DSM-IV, de acuerdo con tres subtipos distintos. La codificación de cada caso se realiza sobre la base del patrón sintomático predominante (de desatención, de hiperactividad-impulsividad, o de ambos). La presencia de seis o más de los síntomas debe verificarse durante por lo menos seis meses en un grado que sea inadecuado e incompatible con el nivel de desarrollo. Algunos de los síntomas que causan alteraciones deben estar presentes antes de los siete años de edad, y el deterioro secundario a los síntomas debe verificarse en no menos de dos contextos, por ejemplo: en la escuela y el hogar (APA, 1994, p. 88-9). Muchos de los tratamientos actuales sobre el ADHD toman como fundamento las elaboraciones conceptuales del DSM-IV, incorporando a la terapéutica abordajes medicamentosos o cognitivo-comportamentales.

En Argentina, el uso del DSM-IV como manual diagnóstico es preponderante, verificándose una utilización marginal de otras propuestas, como la del CIE-10 (elaborado por la OMS) o del CFTMEA (de la Federación Francesa de Psiquiatría) (Sedronar-UBA, 2008).

1-b. El ADHD como problemática susceptible de indagación sociológica

Siguiendo las primeras aproximaciones a la problemática arriba mencionada, mi propuesta en este escrito consiste en introducir algunos planteamientos que se enmarcan en los avances de mi tesis de Maestría de Investigación en Ciencias Sociales (UBA).

El *objetivo general* de dicha investigación es conocer cómo los diversos discursos de la salud contribuyen —a través del diagnóstico y del tratamiento— a configurar aquello que es considerado *enfermedad*. Y qué efectos de poder ocasionan estas configuraciones en quienes recaen. En particular, el análisis se enfoca en el ADHD como trastorno de la conducta en la infancia.

Los lineamientos generales del estudio se orientan a la consideración del ADHD como entidad privilegiada para conocer e identificar algunas características que presenta en la actualidad el proceso de medicalización de la sociedad, indagando con especial atención (aunque no exclusivamente) sobre el rol que en dicho proceso cumplen los diversos discursos y prácticas de la salud.

Llevar adelante esta propuesta supone adentrarse en el análisis de diversos campos, incluyendo la psiquiatría, la neurología, la pediatría, la psicología, la farmacología, el psicoanálisis, etc. (atendiendo a las diferencias sustanciales que presentan entre sí). El análisis de estos discursos y prácticas reviste capital importancia, habida cuenta —además— de las transformaciones económicas, políticas, sociales y culturales acontecidas desde mediados de la década del ‘70

(Murillo, 2002), y de la consolidación de procesos estructurales que tuvieron lugar en los años '90, con su impacto en el sector de la salud (Iriart, 2008).

2- Cuestiones de teoría y de metodología

Los estudios realizados por Michel Foucault abarcan numerosas y diversas temáticas. Entre ellas, pueden contarse sus trabajos acerca de las líneas de demarcación que se establecen históricamente entre aquello que una sociedad considera *lo mismo* y *lo otro* de sí.

En las sociedades contemporáneas, en las que la razón es considerada uno de los principales baluartes, la distinción entre lo normal y lo anormal, y la locura entendida como enfermedad, cobran especial relevancia. En consonancia con estos lineamientos, Foucault analiza los procesos de medicalización de la sociedad, que se presentan como una de múltiples estrategias de normalización de los cuerpos, en las que la infancia cumple un papel de suma trascendencia.

En sus trabajos enfatiza la necesidad de reflexionar acerca del poder y del saber como dos dimensiones articuladas, entendiendo el discurso médico como discurso de verdad. Uno de los aspectos más salientes de su concepción del poder reside en que no anuda su ejercicio exclusivamente a las instituciones de tipo estatal. Para Foucault, estructuras como la universidad —y el sistema escolar en general—, la psiquiatría o la justicia, se presentan (erróneamente) como organizaciones neutrales e independientes; de allí la necesidad de emprender una crítica que ponga de relieve la violencia política que ejercen.

Sus investigaciones acerca del encierro como técnica de normalización y de creación de subjetividades, pueden ser ampliadas y repensadas a la luz de modalidades más recientes que ya no lo cuentan como herramienta fundamental.

En estas páginas realizo una revisión de algunos conceptos del vasto andamiaje teórico-metodológico de Michel Foucault, sugiriendo su adecuación para emprender una investigación acerca del ADHD. Para ello, repasaré una serie de nociones: *autor* y *caja de herramientas*, *régimen de veridicción* y *poder*, *formación discursiva* y *documento*, *acontecimiento* y *pregunta arqueológica*, la *medicalización de la sociedad* y la *normalización*.

También recupero aspectos de análisis históricos que resaltan las articulaciones entre la psiquiatría y la infancia, en tanto permiten trazar algunas líneas de continuidad con el fenómeno de interés.

2-a. Autor, obra y caja de herramientas

El desarrollo de las cuestiones introducidas estimula a recurrir a un conjunto amplio de herramientas que resultan de utilidad para reflexionar acerca de la problemática que se suscita. En las aproximaciones al área de interés que se plantean, la discursividad de Michel Foucault opera como disparador teórico-metodológico. Sin embargo, el interés no está puesto en la *obra* de Foucault

como *autor* (Foucault, 1964; 1984), sino en discursos suyos que han circulado, y que se recuperan como detonantes y a la vez orientadores de las inquietudes que me condujeron a la formulación del proyecto de investigación.

Pensar al autor como una *función* permite, entre otras cuestiones, atender al hecho de que los discursos son producto de prácticas sociales concretas, que generan a su vez discursividades, cuya circulación en una sociedad produce múltiples efectos (Murillo, 1996, p. 23). También habilita deslindar la idea de *autor* a la de un *yo* empírico, centrándose antes bien en las prácticas objetivas de los conjuntos sociales.

La noción de *autor* se relaciona con la de *obra*. Y partiendo de la consideración de que un libro no está hecho para cumplir con fines definidos, circunscriptos al deseo y motivaciones de quien lo escribió (Foucault, 1991b), es que aspiro a hacer uso de la discursividad foucaultiana como una *caja de herramientas*. Esto estimula a articular y reconfigurar sus discursos, contemplando los debates posibles con otras producciones discursivas, tensionando sus límites e intersecciones, e interrogándolos de modo crítico, para avanzar en el estudio de mis propias inquietudes, en pos de la realización de algún aporte específico a la temática de referencia.

2-b. Régimen de veridicción y poder

Una de las particularidades más salientes que se derivan de haber decidido investigar el ADHD desde una perspectiva foucaultiana, se relaciona con haber optado por un enfoque que se centra en el estudio de los *regímenes de veridicción* (Foucault, 1991a, 2004a, 2008). Es decir, el conjunto de reglas que permiten establecer —en una sociedad y en relación con un cierto discurso— cuáles son los *criterios de verdad*, los criterios que permiten decidir acerca de la veracidad o falsedad de ciertos enunciados y formulaciones.

Emprender un análisis de los discursos de la salud que circulan en torno al ADHD desde esta óptica, supone un abordaje histórico que elude realizar “*una historia del error, ligada a una historia de las prohibiciones*” (Foucault, 2004a, p. 53), o develar el error oculto en una aparente verdad racional o científica. Adoptar tal enfoque conduciría a efectuar una historia de los errores conceptuales o clínicos asociados a la construcción y diagnóstico de la actual noción de ADHD y sus antecedentes: idiocia, imbecilidad, encefalitis, lesión cerebral mínima, disfunción cerebral mínima, etc. (Benasayag, 2007; Bernaldo de Quirós & Joselevich, 2003; Janin, 2004; Mayes & Rafalovich, 2007; Rafalovich, 2001; Stiglitz, 2006; Vasen, 2007). Este enfoque bien podría conducir a considerar que el ADHD constituye una enfermedad en sí misma, independiente de las diversas construcciones históricas en las que ha circulado. Como señalaré más adelante, esto conlleva un enfoque cuya consecuencia más palpable es la naturalización de esta entidad clínica, y la sustancialización de la misma.

En cambio, la propuesta se orienta en conocer en qué condiciones y con qué efectos se ejerce una veridicción. En este caso, el objetivo consiste en

contribuir a poner de relieve las condiciones que debieron cumplirse para que ciertos enunciados se pronunciaran en relación con el ADHD en un momento dado. Estos enunciados podrán ser verdaderos o falsos, según las reglas correspondientes a los diversos discursos de la salud: la medicina, la psicología, la neurología, la psiquiatría o el psicoanálisis, entre otros. De hecho, así ocurre en numerosas oportunidades, en las que circulan multiplicidad de enunciados que aluden al carácter no-científico de ciertos abordajes.

Por ejemplo, se señala el hecho de que el ADHD no pueda ser detectado en exámenes de laboratorio, como una prueba de su inexistencia. Por otra parte, se denuncia la falta de científicidad del psicoanálisis para tratar con una problemática cuyo origen es genético y hereditario. Y en cada uno de estos casos, se enfatiza el carácter iatrogénico del tratamiento. Aparece como iatrogénico el abordaje cognitivo-conductual, porque instruye en destrezas para superar problemáticas puntuales, dejando intacta una indagación por la historia del sujeto; y aparece como iatrogénico el psicoanálisis, porque su directriz de instar a la asociación libre profundiza los problemas de atención en los casos diagnosticados con ADHD.

Estos ejemplos resultan paradigmáticos de los modos de entender la verdad de nuestras sociedades, donde aquélla adquiere la forma del discurso científico y de las instituciones que la producen, está sometida a una constante incitación económica y política, es objeto de extendida difusión y consumo, y es reproducida por toda una serie de dispositivos, generando intensos debates y enfrentamientos (Foucault, 1991a).

En tanto la verdad está ligada circularmente a los sistemas de poder que la producen y mantienen, interrogarse por las condiciones que hacen posible tomar por verdaderos (o no) ciertos enunciados en torno al ADHD, es interrogarse también por los *efectos de poder* que esa verdad induce y que la acompañan.

Así, el análisis crítico del *saber* se enfoca también a los efectos de *poder* del discurso. En tanto enfoque genealógico, trae aparejado un interés por atender las múltiples relaciones de poder que se despliegan en torno al ADHD en el régimen de veridicción vigente en nuestras sociedades.

Esto supone un abordaje desubstancializador del *poder*, que se aleja de aquellas consideraciones que lo entienden como una cosa que se tiene, se toma o se pierde. Siguiendo a Foucault, el poder es entendido, antes bien, como el ejercicio estratégico de múltiples relaciones de fuerzas, que no actúan de modo meramente represivo y destructivo, sino que contribuyen a la conformación de subjetividades particulares. También supone considerar que entre el poder y el saber existe una fuerte imbricación, y admite anudar el poder a la idea de movilidad, de estados siempre cambiantes, de localidad, de circunscripción, como “pedestales móviles de las relaciones de fuerzas, los que sin cesar inducen por su desigualdad, estados de poder —pero siempre locales e inestables” (Foucault, 1976, p. 113). Finalmente, implica resaltar la posibilidad de ubicar puntos de resistencia también múltiples y dinámicos, en

todas partes dentro de la red de poder que se conforma estratégicamente en torno —en este caso— a la figura del *niño desatento e hiperactivo*.

2-c. Formación discursiva y documento

Siguiendo el esquema clasificatorio del DSM-IV, la noción de *Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia* es pasible de un abordaje orientado a entenderla como una *formación discursiva*, dentro de la cual el ADHD puede aparecer como un *componente táctico*.

Sin embargo, a los efectos de la investigación opté por recortar analíticamente la noción de ADHD, considerándola como *formación discursiva* específica que ha sido conformada desde múltiples discursos (no sólo de la salud). Entre otras razones, esto obedece a pensar una jerarquización diferente de las nociones vertidas en el DSM-IV, de acuerdo con mis propios intereses de investigación, dentro de los cuales resulta fructífero recuperar tal concepto para reflexionar acerca del ADHD.

Pensar al ADHD a la luz de dicho concepto conlleva considerarlo como un conjunto de enunciados que se articula con prácticas concretas. Dicha articulación, sin embargo, no constituye un sistema homogéneo, sino que se da en la dispersión. Estos enunciados pueden provenir de diversos ámbitos —de diferentes discursos de la salud, del campo pedagógico y el familiar, por ejemplo—.

Una formación discursiva no tematiza un objeto, sino que es constituyente de ese objeto, y no posee una esencia de antemano, dado que se compone y varía sus significados a lo largo de la historia (Murillo, 1996; Foucault, 1969). Es pues, de suma importancia, retener el componente estratégico que está presente en su emergencia.

Articulación en la dispersión, multiplicidad de campos de procedencia, emergencia y circulación estratégica, constitución del objeto; todos estos aspectos resultan de gran utilidad para reflexionar acerca del ADHD, ya que —como he señalado y ampliaré más abajo— la conformación, puesta en circulación, y los efectos que produce el ADHD, no son privativos de los discursos de la salud. A la dispersión que puede verificarse al interior de sus diferentes expresiones, se suma la intervención de, al menos, dos dispositivos que tienen una presencia importante en la problemática: la escuela y la familia. Cada uno de ellos presenta en la actualidad especificidades a las que es necesario atender para contribuir al análisis de las relaciones de fuerza que se ponen en juego en el campo estratégico que queda conformado en torno al ADHD.

Es así que el *documento* (Foucault, 1969; 1985) adquiere un valor medular en la investigación. Muchos de los documentos analizados son expresión de un abanico de posicionamientos diversos con respecto a la diagnosis y a la terapéutica del ADHD. Al interior de esta masa discursiva se suscitan toda clase de controversias, vinculadas a una serie de discrepancias en relación, por ejemplo, con la administración de psicofármacos a niños y niñas (debatándose

si tal administración es necesaria o no, y los efectos secundarios o adversos que su administración puede o no producir).

Se expresan también diversas tendencias en torno al estatuto clínico del concepto ADHD y su etiología (considerándose desde una etiología genético-hereditaria, pasando por un síndrome, hasta posturas que no admiten científicidad alguna en la noción de ADHD). En esta orientación, se plantean preguntas como ¿Es científico el concepto de ADHD? ¿Es cierto que su origen es genético? ¿Es mentira que la medicación puede producir efectos adversos en los niños y niñas? ¿Es necesario medicar a los niños y niñas que son diagnosticados con este cuadro? ¿Es verdad que el ADHD es incurable?

Como lo anticipé, no es desde estas preguntas desde donde abordo la problemática del ADHD. Consecuentemente con la perspectiva que intento seguir, el eje del análisis de los documentos no consiste en desentrañar su sentido latente, que se volvería manifiesto a partir de la interpretación que de ellos realice para revelar su significado. Por el contrario, el trabajo sobre los documentos consistirá fundamentalmente en concebirlos como monumentos (Foucault, 1969; Murillo, 1996). Esto tiene una serie de implicancias.

La primera es la negativa a interpretar el sentido “oculto” de los documentos, en un intento por hallar una intencionalidad o lógica subyacente a lo que expresan en su exterioridad material. Una interpretación de los sentidos ocultos en los enunciados que circulan bien podría conducirme a resaltar hipotéticas intencionalidades de quienes los pronuncian, sobre los que a su vez cabría efectuar juicios de veracidad o moralidad. Y he señalado más arriba que la perspectiva adoptada conduce a enfocarme en los regímenes de veridicción antes que en la veracidad de los discursos.

Otra de las consecuencias de interpretar el sentido oculto de los documentos que analizo podría llevarme a una serie de teorizaciones de carácter conspirativo, que obturarían la comprensión de la multiplicidad de estrategias y relaciones de fuerza que accionan simultánea y quizás contradictoriamente en torno al ADHD, y terminarían por construir explicaciones reduccionistas, primando el establecimiento de ciertas conexiones causales lineales. La más extendida en el campo que analizo consiste en ubicar a los laboratorios farmacéuticos como el agente más poderoso, cuyo interés comercial motoriza los incrementos en el diagnóstico de ADHD en el mundo. Mis aproximaciones a la temática de interés no suponen negar que la industria farmacéutica cumple un papel relevante en el entramado de dispositivos, o subestimar su importancia. Pero entiendo que agotar allí la reflexión y el análisis, desestima la potencia del accionar de otros actores relevantes en el campo bajo estudio. De todas maneras, la consecuencia más aciaga de estos reduccionismos quizás resida en que obturan la posibilidad de pensar una resistencia, de ubicar una grieta en el entramado de dispositivos involucrados. Cuestión, esta última, que reviste suma importancia en mi aproximación a la problemática.

Otro corolario de entender los documentos como monumentos consiste en poner en relación los distintos documentos que han circulado desde

distintos dominios que confluyen en la tematización, en este caso del ADHD. Ya he señalado mi intención de analizar tanto discursos de la salud —con sus diferentes variantes disciplinares— como discursos del ámbito pedagógico-escolar y familiar. Con esto apunto a abrir y desmenuzar la masa discursiva para abordarla en su pluralidad, dado que todos los discursos señalados, y las prácticas que llevan adelante, contribuyen en la conformación de la formación discursiva llamada ADHD.

Otra implicancia fundamental de adscribir a un abordaje del documento como monumento, es colocar entre paréntesis las interpretaciones y las prenociones, suspendiendo los juicios previos, para atender a lo que enuncian los documentos en su exterioridad material: cómo y dónde han circulado, qué efectos (de saber y poder) han producido, y a partir de ello qué análisis puede efectuarse. Este aspecto se relaciona con el primero, de evitar hacer interpretaciones sobre el sentido oculto de los documentos. En el caso del estudio sobre el ADHD que estoy emprendiendo, una de las prenociones más enraizadas que debo mantener entre paréntesis es el descrédito circulante desde un cierto sector de las humanísticas acerca de los abordajes desde la psicología cognitivo-conductual. Un modo que hallé de suspender dichas prenociones fue incluir, como objetivo específico de la investigación, el análisis de una batería de instrumentos de medición (cuestionarios, formularios, escalas y tests) utilizados por los profesionales y las profesionales de la salud que son suministrados a padres, madres y docentes, dado que contribuyen al diagnóstico de ADHD. Estos instrumentos de medición atienden fundamentalmente a observables conductuales, a exámenes con base en ejes estandarizados, con un fuerte énfasis en la mirada sobre el cuerpo del niño o niña (Bianchi, 2009). En la investigación utilizo algunos de esos instrumentos de medición como documentos.

Por último, y en línea con un análisis centrado en los regímenes de veridicción, el estudio de los documentos como monumentos supone no abordar la problemática desde una discusión acerca de la veracidad o calidad de apócrifos de los documentos, sino de las condiciones de su aparición, con el foco puesto en el hecho de que el documento ha circulado en un momento determinado, ya que esa circulación habla de los efectos de poder del discurso, y de la multiplicidad de relaciones de fuerza intervinientes. Más arriba expuse algunas de las implicancias que tiene este enfoque en las preguntas mismas que me formulo para aproximarme al tema de mi investigación.

De modo que el análisis de los documentos en esta línea permitirá reconstruir no sólo las formas del ver y del hablar, los códigos propios de nuestra cultura que constituyen el *saber* acerca del ADHD, sino además, la genealogía de los diversos dispositivos de *poder* que se ponen en relación, en torno al ADHD (medicina, escuela y familia, principalmente); y ligadas a ese saber-poder, las formas de *gubernamentalidad*, el modo en que se articulan las tecnologías de dominación y las tecnologías del yo construyendo subjetividad (Foucault, 1990b). En este caso, la *subjetividad desatenta e hiperactiva*.

2-d. Acontecimiento y pregunta arqueológica

Un aspecto central de la investigación en curso lo oriento en el sentido de reunir elementos que contribuyan a responder el interrogante respecto de cuáles han sido las condiciones para que el ADHD se haya constituido como trastorno de la conducta en la infancia. Dado el marco utilizado, presento la formulación de este interrogante como una *pregunta arqueológica*.

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. El acento, al formular una pregunta arqueológica, está puesto en “*pensar las prácticas sociales que generan ciertas formas de discurso*” (Murillo, 1996, p. 28). En la investigación, la pregunta arqueológica podría formularse de la siguiente manera: *¿cuáles han sido las condiciones de posibilidad para la emergencia y circulación de la noción de ADHD como trastorno, como enfermedad de la conducta en la infancia?*

Para contribuir a responder esta pregunta, intento rastrear el modo particular (en términos históricos, y también dentro del cúmulo de discursos de la salud) 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*. Aludo aquí a esta noción en el sentido que da Foucault al término, como la inversión de las relaciones de fuerza, y la emergencia de un nuevo tipo de correlación. El acontecimiento es rescatado en lo que éste tiene de único y agudo, evitando disolverlo en el encadenamiento natural o la continuidad teleológica, y rescatando el interjuego de fuerzas históricas que se rigen por el azar de la lucha (Foucault, 1988).

En este caso, entiendo que la reintroducción del metilfenidato en el mercado farmacológico de nuestro país puede ser pensada como un *acontecimiento* en la problemática en torno al ADHD en Argentina. El metilfenidato es un psicoestimulante del sistema nervioso central, que había dejado de comercializarse en Argentina décadas atrás, siendo extendido su uso como estimulante entre estudiantes universitarios. A principios de los '90 se reinició su venta en el país, en respuesta a la demanda de padres, madres y profesionales de la medicina, “*interesados en acceder a la droga sin tener que gestionar su compra en Estados Unidos*” (Carbajal, 2007, p. 238). Desde entonces, la prescripción de metilfenidato se realiza exclusivamente para el tratamiento del ADHD, y la tendencia de la cuota anual de importación de droga para su comercialización es marcadamente alcista¹.

¹ En el 2003, 23,7 kg.; en 2004, 40,4 kg. (Carbajal, 2007, p. 239); en 2005, 51,04 kg; en 2006, 45,05 kg.; en 2007, 47,91; y en 2008, 81,75 kg. (UBA-Sedronar, 2008).

Puede pensarse esta reintroducción de la monodroga como la expresión del establecimiento de una novedosa correlación entre agrupaciones de padres, madres, médicos y laboratorios farmacéuticos, en torno a la adquisición de un insumo fundamental en ciertas terapéuticas. La pertinencia de este suceso reside en que la reintroducción del metilfenidato en Argentina (con la exclusiva prescripción para el tratamiento del ADHD) abrió la posibilidad para la emergencia y proliferación de diagnósticos y tratamientos médico-psiquiátricos para el ADHD que incorporaban el uso de esta medicación como tratamiento de primera línea. Pero esta misma reintroducción del metilfenidato habilitó a su vez toda una serie de discursos y prácticas —en el campo de la salud, pedagógico y familiar, y también desde algunos medios de comunicación— que ofrecieron —y ofrecen aun hoy— una fuerte resistencia. El discurso psicoanalítico expresado en la Editorial Noveduc, por ejemplo, es actualmente uno de los que brindan una modalidad de diagnóstico y de terapéutica no centrada en el fármaco como eje del abordaje.

Pero además, fue durante los '90 precisamente, que 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.

2-e. La medicalización de la sociedad y la normalización

Reflexionar e investigar acerca del ADHD conduce, al menos en principio, a enfocarse en la medicina, sus discursos y sus prácticas, como eje central. La medicina como discurso de poder, y operando en dispositivos de índole diversa, ha formado parte (a partir del siglo XVIII y hasta mediados del siglo XX) del núcleo duro de las estrategias tendientes a la normalización de los cuerpos individuales y sociales, incluyendo aquéllas destinadas a la infancia.

Foucault señala la importancia de los discursos y prácticas médicas, como un eje que atraviesa sus estudios de las sociedades de soberanía, disciplina y seguridad². En la consecución de tales estrategias, las disciplinas se conducen de acuerdo con el código de la *normalización*. Sin embargo, sería un error considerar que las disciplinas y sus estrategias médicas actúan separadas del otro sistema descrito por Foucault: la soberanía. La disciplina y la soberanía son dos elementos constitutivos del poder en nuestras sociedades. Pero, aunque ambas trabajan juntas, su funcionamiento no es completamente ajustado. Tienen principios distintos (una la ley, otra la norma), y merced al accionar capilar de sus técnicas y procedimientos, las disciplinas tienden a colonizar a los de la ley y el derecho (Foucault, 1997, p. 46). Esto produce una tensión entre los dos sistemas. Es por ello que se requiere de un *discurso árbitro* entre

² Tan sólo remarco que los diagramas de poder son conceptos que vienen a expresar un mapa de las relaciones de fuerza en un momento dado de la historia. Estos pueden operar en dispositivos de modo hegemónico pero siempre es necesario considerarlos en su dispersión, y no con un predominio absoluto sobre los restantes.

las dos. En el esquema teórico planteado por Foucault, el arbitraje es cumplido por el discurso médico. Es merced a la ampliación de la esfera de incumbencia de la medicina, del desarrollo de la medicalización general de las conductas, que la tensión existente entre la soberanía y la disciplina logra reducirse, sin por ello subsumirse una en la otra.

Así como existen estrategias médicas de tipo disciplinario, también hay estrategias médicas impulsadas desde el sistema de seguridad. Detenerse en estos mecanismos supone considerar las nociones de *población* y de *biopolítica*, en las que confluyen problemas de tipo político y científico, y también biológicos y de poder. La incorporación de la población a las preocupaciones del gobierno se corresponde con una nueva economía de poder, cuyo interés está centrado en previsiones, estimaciones estadísticas y mediciones globales (Foucault, 2004b).

Estos mecanismos difieren de los disciplinarios, porque no apuntan a un adiestramiento del cuerpo individual. Y aunque también buscan maximizar y extraer fuerzas, las tecnologías que despliegan se basan en la regulación de las poblaciones, tomando en cuenta procesos biológicos globales para asegurar tal regularización, e interviniendo en el nivel de las determinaciones de los fenómenos generales de la vida (natalidad, mortalidad, fertilidad, etc.).

Tampoco aquí conviene considerar que los mecanismos de seguridad son ajenos a la disciplina. La disciplina nunca fue tan importante y valiosa como cuando se iniciaron los intentos por manejar a la población. Porque el gobierno de la población no implica únicamente el manejo de la masa colectiva de fenómenos; implica asimismo profundidad, minucia y detalle, características que hacen al núcleo más caro a los procedimientos disciplinarios (Foucault, 2004b).

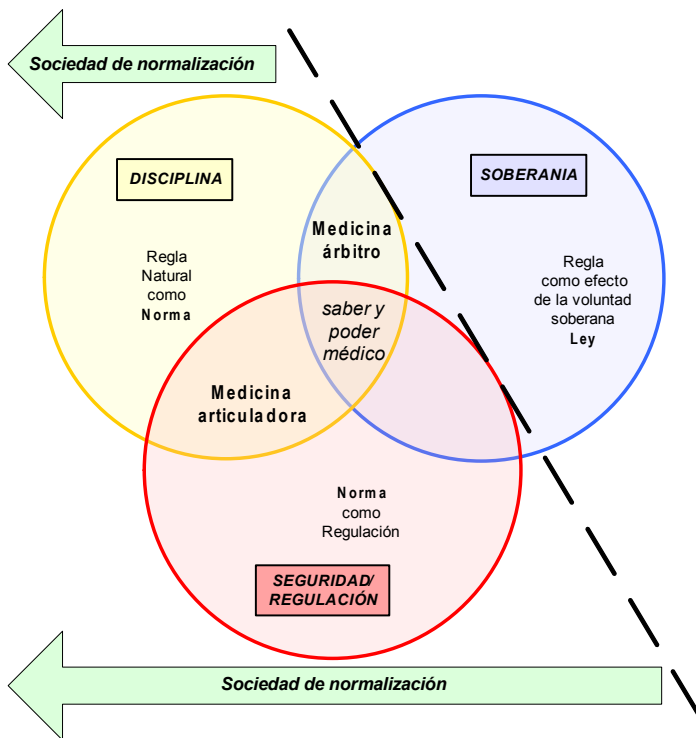
En ambos casos se trata de tecnologías del cuerpo, pero la disciplina aplica tecnologías en las que el cuerpo se individualiza como organismo dotado de capacidades, y los mecanismos de regulación se valen de tecnologías en las que los cuerpos son reubicados en procesos biológicos de conjunto. Al actuar en niveles diferentes, los dos mecanismos pueden articularse sin excluirse.

Es por ello que la medicina adquirió, a partir del siglo XIX, una trascendencia fundamental, dado que opera como nexo, como correa de transmisión entre los procesos que involucran al cuerpo individual y al cuerpo de la población; actuando además, como técnica política de intervención, y produciendo sus propios efectos de poder —tanto disciplinarios como regularizadores—.

Esta capacidad de la medicina de atravesar tanto la disciplina como la regulación, ocurre porque existe un sustrato común entre ambos mecanismos: la *norma*. La norma es aplicable tanto a los cuerpos individuales como a las poblaciones. Por eso, equiparar *disciplina* y *normalización* es restringir el alcance analítico del esquema foucaultiano. La disciplina es sólo uno de los elementos de la sociedad de normalización. También la *regulación* cumple su papel en este análisis. Y en ambas, la medicina aparece con fuerte

gravitación.

La medicina, el discurso médico y las prácticas médicas, han hecho un aporte sustancial a los procesos de normalización, en el cruce entre soberanía, disciplina y seguridad, más allá de las características del diagrama de poder imperante, arbitrando, limando asperezas e incompatibilidades, y operando como articuladores de tecnologías que actúan en diferentes niveles. Esquemáticamente:



Por otro lado, la medicina participa en un fenómeno histórico más amplio, que actúa como horizonte de posibilidad para su accionar y alcance actuales. El *proceso de medicalización de la sociedad* (Foucault, 1976, 1990a, 1997; Conrad, 1982, 1992, 2007) entendido como proceso general a partir del cual en el siglo XVIII la medicina se convierte específicamente en social (Rosen, 1974; Castel, 1976), y merced a su *desbloqueo epistemológico* se torna en estrategia biopolítica. Ello permite una expansión de sus esferas de incumbencia hacia cuestiones como el saneamiento del agua, las condiciones de vivienda, el régimen urbanístico, la sexualidad, la alimentación e higiene (Foucault, 1990a).

El *proceso de medicalización* es pues esencial para la comprensión del modo en que el cuerpo —individual y social— se torna objeto de saber, blanco

de poder y campo de intervención de múltiples dispositivos, brindando un marco adecuado y útil para reflexionar en relación con el ADHD.

De acuerdo con esta perspectiva, entonces, el ADHD puede constituir una entidad privilegiada para conocer e identificar algunas de las características que asume el *proceso de medicalización* hoy, y el papel que en él cumple la medicina. Los aportes de Conrad (2007) resultan particularmente sugerentes en tanto incorporan al esquema de análisis la incidencia de diversos actores: científicos, médicos, industriales, políticos, empresarios, etc., abriendo la posibilidad de dar cuenta de las múltiples relaciones de fuerza en juego estratégico.

El estudio del ADHD desde esta perspectiva es adecuado, además, porque en términos históricos la infancia aparece como depositaria dilecta de las estrategias de normalización. A partir del siglo XIX, la infancia se ha posicionado en el centro de las estrategias de gestión de las poblaciones impulsadas como parte del proceso de medicalización de la sociedad. La infancia ha operado como punto de enganche para la normalización de, al menos, dos dispositivos centrales en las estrategias de gestión de poblaciones: la familia y la escuela (Foucault, 1999; 2003). De allí que resulte interesante reflexionar acerca de qué especificidad histórica tiene este accionar de los diversos discursos de la salud sobre el *niño desatento e hiperactivo*. Aunque el diagnóstico del ADHD exhibe una tendencia a ser crecientemente realizado en adultos, sigue presentándose como un desorden que recae sobre los niños y niñas, en una instancia del ciclo vital en la que la integración en las instituciones y la socialización aparecen como cruciales.

Otro motivo de relevancia para estudiar desde esta perspectiva al ADHD reside en que dicha noción reformula el problema de la conducta infantil en términos congruentes con formas de gestión de las poblaciones crecientemente adoptadas. El tratamiento del ADHD no incluye la internación en instituciones especializadas, planteando la posibilidad de analizarlo como una estrategia de reencauzamiento y normalización de los cuerpos no centrada en el encierro como técnica primordial (Deleuze, 1990). Muchas de las técnicas que se despliegan para su tratamiento presentan similitudes con las aplicadas a otros segmentos de la población que también manifiestan “inconductas” (Foucault, 2004b; De Marinis, 1998), sean entendidas éstas, o no, en términos médicos.

Tampoco estas nuevas modalidades están exploradas *in extenso*, y encuentran un importante correlato en los cambios en el modelo de Estado de las últimas décadas (Murillo, 2002). De manera que el análisis del ADHD puede resultarnos provechoso para ilustrar los cambios en las estrategias de gestión de las poblaciones, a la luz de los procesos de transformación social, económica, política y cultural que atraviesa la Argentina.

Finalmente, el estudio del ADHD es relevante porque algunas variantes de su terapéutica incluyen el uso de medicación; lo cual abre una serie de consideraciones en relación con la *medicamentación de la infancia* (Faraone, 2008).

2-f. Infancia y psiquiatría

La emergencia y circulación de la noción de *infancia anormal*, una de cuyas expresiones más emblemáticas se encuentra 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 o de la niña 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 o niña: nodrizas, domésticos, preceptores, criados, etc. (Donzelot, 1977), y se instaura el hogar familiar como un espacio de vigilancia continua (Foucault, 1999).

De modo que la infancia y la psiquiatría han estado tempranamente vinculadas. La infancia operó —desde mediados de siglo XIX— como punto de referencia central y constante en el funcionamiento de la psiquiatría, como una de las condiciones históricas de su difusión, a través de las cuales logró captar y extenderse hacia la población adulta. De los elementos que identifica Foucault en relación con el papel de la infancia en la psiquiatría (Foucault, 1999, p. 281 y sgtes.), recupero algunos que resultan pertinentes para el análisis del ADHD.

El primero es que esta consideración de la infancia como punto focal en torno del cual se organizan la psiquiatría del individuo y de las conductas, permite que esta disciplina entre en correlación con la neurología y con la biología general. La psiquiatría ya no necesita contar (como en su etapa alienista) con un corpus conceptual isomorfo, que imite al de la medicina orgánica para ser considerada “ciencia” (Foucault, 1999, p. 153). Desde los análisis de Foucault, la neurología del desarrollo, por un lado, y las concepciones evolucionistas de la biología general, por otro, se convierten en el aval para que la psiquiatría pueda funcionar como saber médico-científico, específicamente en torno a la infancia (Foucault, 1999, p. 284).

Otro elemento que retomo de los análisis de Foucault es que la infancia le proporcionó como insumo de análisis a la psiquiatría, la noción de “estado de desequilibrio”, en el que los elementos del organismo funcionan de una manera que, sin ser patológica o enferma, tampoco es considerada normal.

En relación con el ADHD, la idea de desajuste, des-armonía y falta de balance en el funcionamiento del cuerpo como 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 e hiperactivo*, a través de la noción de *disfunción cerebral*

mínima. El recurso a esta noción, surgida de la neurología, ilustra además la persistencia en su imbricación con la psiquiatría, y marca una línea de análisis muy interesante para pensar la conformación de la noción ADHD.

2-f.1. El cambio en la teoría psiquiátrica y la doble acepción de la norma

Para pensar las relaciones que se han establecido históricamente entre la psiquiatría y la infancia, también resulta pertinente recuperar otros aportes de Foucault. En el Curso *Los Anormales* (Foucault, 1999, p. 150 y sgtes.), señala un cambio operado en la teoría psiquiátrica a mediados del siglo XIX, en virtud del cual se funda la “nueva” psiquiatría, que desplaza las concepciones de los alienistas que primaban hasta entonces. Atravesado por el proceso de medicalización de la sociedad antes aludido, este cambio conlleva un funcionamiento de carácter novedoso en el discurso psiquiátrico, una reorganización epistemológica completa de la psiquiatría.

El primer cambio consistió en el abandono de la noción —que era clave en el corpus teórico alienista— de *locura parcial*, entendida como la especie de locura que sólo puede comprometer un sector de la personalidad y de la conciencia, así como influir solamente en algunos aspectos del comportamiento, pudiendo quedar inalteradas otras vastas porciones del edificio psicológico y de la personalidad del individuo. En el lugar de la locura parcial se ubicó la noción reunificadora de *locura global*; una noción de locura que entiende que la enfermedad mental se manifiesta en un individuo total y profundamente loco. Los síntomas pueden ser parciales —afectar solamente regiones de la personalidad o de la conciencia—, pero la locura invariablemente afecta al individuo en su totalidad.

Con base en esta primera reunificación, se da el segundo cambio en la teoría psiquiátrica, que consiste en que la reunificación de la locura no se efectúa en el plano de lo que los alienistas consideraban su nudo principal —esto es, en el nivel de la *conciencia* o de la *percepción de la realidad*— sino a partir de la *voluntad*, y en el eje de oscilación entre lo voluntario y lo involuntario. Será considerado loco quien presente una perturbación en ese juego entre lo voluntario y lo involuntario. Esto lleva a que el foco de la problemática psiquiátrica esté puesto en los modos específicos del comportamiento —y en la *espontaneidad* del comportamiento—, abandonándose la indagación por las formas lógicas del pensamiento, que a través de la noción de *delirio* eran centrales en el pensamiento alienista.

De aquí en más, la tarea de la psiquiatría ya no pasará —como en el pensamiento alienista— por encontrar el elemento de delirio que subyace bajo lo instintivo —y que permite hablar de “locura”—, sino de descubrir cuál es, detrás del delirio, el desorden de lo voluntario y lo involuntario que permite comprender la formación de aquél. Las alucinaciones, los delirios agudos, la manía, las ideas fijas, etc., serán entendidos como resultado del ejercicio involuntario de las facultades, de lo instintivo y lo automático.

Foucault entiende esto como un proceso de relajamiento epistemológico

de la disciplina psiquiátrica, que se da en dos direcciones: en una dirección, como *apertura*, y en otra dirección, como *acoplamiento*.

Como apertura de un nuevo campo sintomatológico: porque a partir de esta doble inversión, la psiquiatría puede incorporar o descartar como síntoma de enfermedad una serie de fenómenos que no tenían —hasta entonces— status en el orden de la enfermedad mental. Con esta concepción sintomatológica del funcionamiento de la conducta, cualquier elemento o forma de conducta podrá ser entendido —o no— como síntoma de una enfermedad posible, a partir de su distanciamiento o cercanía con respecto de reglas de orden y conformidad, definidas ya sea contra un fondo de regularidad administrativa, contra un fondo de obligaciones familiares, o contra un fondo de normatividad política y social. Las distancias o acercamientos respecto de estos fondos, entonces, serán las que definen una conducta como síntoma potencial de enfermedad.

Pero, no se trata solamente de una cuestión de grado. No importa sólo el *cuánto*, sino también el *cómo*, el modo en que estas distancias se ubican con respecto al eje voluntario/involuntario. Así, la *distancia con respecto a la norma* y el *grado de automatismo* se convierten en las dos variables con las cuales una conducta se considerará dentro del registro de la *salud* mental o de la *enfermedad* mental. De este modo, si la distancia y el automatismo en la conducta son ínfimos, la nueva psiquiatría dirá “hay conducta sana”; si, por el contrario, la distancia y el automatismo (aunque con diverso grado e intensidad) se incrementan, la nueva psiquiatría verá un estado de enfermedad, que habrá que ubicar y clasificar, valiéndose de esa distancia y ese automatismo crecientes.

Esta transformación conlleva una consecuencia muy importante a los fines de nuestra investigación acerca del ADHD. Y es que, entendida la *enfermedad* a partir de estas consideraciones, la psiquiatría incorporará como parte del diagnóstico, del campo de análisis, una cantidad importante de información empírica, de datos, hechos y comportamientos descriptibles, que podrá examinar en su valor sintomatológico en función del eje voluntario/involuntario y de la distancia respecto de la norma, sin recurrir al concepto de “alienación del pensamiento”.

Como acoplamiento con la medicina orgánica: el pensamiento alienista, su discurso y su práctica, presentaban una estructuración formal isomorfa con el discurso médico, y por ello sus análisis y sus objetos mismos podían ser entendidos en los términos de un discurso médico-psiquiátrico. Como lo señalé más arriba, la nueva psiquiatría se vincula con la medicina pero no por la organización formal del saber y del discurso psiquiátrico, sino a nivel de contenido, a través de la neurología. La psiquiatría tratará de encontrar un equivalente, un soporte neurológico para los trastornos y síntomas psiquiátricos. Este es otro de los elementos que, para el análisis del ADHD, resulta de suma importancia.

De aquí en más, y con los nuevos elementos con que cuenta la psiquiatría, cualquier desorden de conducta será susceptible de ser ubicado en el eje

voluntario-involuntario. Con el foco puesto en los desórdenes de la conducta, cuestiones que anteriormente sólo se ubicaban bajo una égida moral, disciplinaria o judicial (como la indisciplina, la agitación, la indocilidad, el carácter reacio o la falta de afecto), podrán ser psiquiatrizadas (Foucault, 1999, p. 154).

Y todas estas transformaciones van de la mano de un anclaje profundo en la medicina del cuerpo, que abre la posibilidad de una somatización no simplemente de forma, o al nivel del discurso, sino en la esencia misma de la enfermedad mental, gracias a la cual la psiquiatría se erige como ciencia médica, ciencia médica de las conductas, de las conductas *anormales*.

Esta doble referencia (al desorden de la conducta y a la somatización de la enfermedad mental) implica a su vez una doble utilización de la *norma*, que también resulta muy adecuada para mis estudios sobre ADHD. La psiquiatría pondrá en consonancia dos realidades de la *norma*. Una *jurídica*, que merced a la apertura del campo sintomatológico incorporará la norma como regla de conducta, como ley informal, como principio de conformidad. Lo opuesto a la norma será entendido como lo irregular, lo excéntrico, lo extravagante, lo desordenado, que está desnivelado y distanciado de ella. Otra *médica*, que vía acoplamiento con la medicina orgánica, concebirá la norma como regularidad funcional, como principio de funcionamiento adaptado y ajustado. Lo opuesto a lo normal será entendido como patología, morbilidad, desorganización, disfunción.

La base de la psiquiatría quedará conformada por esta doble acepción de la norma, constituyendo un campo mixto en el que se imbrican las perturbaciones al orden y los trastornos del funcionamiento. Su objeto serán los anómalos, los anormales, que lo son en sus conductas y en su ser mismo.

Merced a dicha transformación, se asiste a una configuración nueva de la noción de *enfermedad* en la que se produce:

- la reunificación del concepto en torno a lo sintomático y lo voluntario, aplicado a un individuo que está completa y esencialmente enfermo,
- el relajamiento epistemológico de la disciplina, entendido como apertura de un nuevo campo sintomatológico y como acoplamiento con la medicina orgánica,
- y la doble utilización de la norma (en términos jurídicos y médicos).

Estas transformaciones introducidas en el discurso psiquiátrico pincelarán una manera particular de concebir la enfermedad —como enfermedad de la conducta, de una conducta que está trastornada, desordenada—, que constituye una de las condiciones de posibilidad que permiten que el ADHD pueda ser entendido desde ciertos discursos como *trastorno* o *desorden* de la *conducta* infantil.

Por eso, aunque no pienso ni abordo al ADHD como locura, he recuperado este acontecimiento porque ambos (locura y ADHD) son resultado de una construcción y una concepción específica de enfermedad, de un modo de caracterizar problemas que la sociedad considera como “no esperables”. Como

el discurso nunca es unitario, como las formaciones discursivas se dan en la dispersión, y porque se relacionan estrechamente con las prácticas sociales, hay también otras miradas que conciben de otras maneras al ADHD, pero son aquellas en las que este elemento puede encontrarse como una capa importante del discurso y la práctica, las que busco conocer en la investigación.

3. Palabras finales

A lo largo de estas páginas, he rastreado algunas nociones, desde el aporte de la discursividad de Michel Foucault, y sopesado su utilidad para reflexionar acerca de la emergencia y circulación del ADHD como trastorno de la conducta en la infancia. Intenté articular conceptos y procesos históricos, identificar y recortar áreas teóricas de interés, y reflexionar acerca de las posibilidades que abre la batería de herramientas metodológicas enunciadas por Foucault para pensar nuevas categorías de análisis, así como también su utilidad y pertinencia para investigar fenómenos empíricos contemporáneos y complejos.

Esto no equivale a impulsar una traspolación sin más de sus análisis de la Europa del siglo XVIII y XIX a la Argentina del siglo XXI. Antes bien, se hace necesario sostener una perspectiva crítica y creativa, que atienda a las especificidades y límites que presentan la teoría y metodología en Foucault para efectuar el análisis del ADHD, sin perder de vista la historicidad y la complejidad de la problemática bajo estudio.

La intención es tomar esos esquemas en la medida en que resulten útiles para la formulación de interrogantes, categorías de análisis e incluso de esquemas propios, que se adecuen a las necesidades investigativas, o que brinden claves para reflexionar acerca de una situación estratégica particular.

En ese sentido, espero que el trabajo realizado resulte una contribución a la posibilidad de pensar al ADHD como problemática susceptible de un abordaje foucaultiano. El trabajo no está centrado en el estudio del ADHD en sí mismo, como entidad clínica. Tampoco aspiro a ofrecer una definición concluyente del ADHD, ni un aporte para una “mejor” o “más adecuada” construcción del concepto, o para establecer la jerarquía exacta que debería tener en el corpus de patologías, trastornos de la conducta o enfermedades neurológicas, en las que suele inscribirse.

Antes bien, parto de problematizar la existencia del concepto ADHD, desde una perspectiva crítica que contempla su historicidad y las múltiples relaciones de fuerza que intervienen en su conformación.

Esto implica incorporar elementos novedosos para el abordaje de la problemática. Y las herramientas proporcionadas por la discursividad foucaultiana, según lo expuse, resultan especialmente adecuadas para adentrarnos en esta indagación.

Lista de referencias

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Manual DSM IV-TR de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales*. Ed. Electrónica.
- 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.
- Bernaldo de Quirós, G. & Joselevich, E. (2003). *AD/HD. Qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y maestros*. Buenos Aires: Paidós.
- Bianchi, E. (2009, agosto 5-7). Tests psicométricos y construcción de la infancia anormal. Aproximaciones desde el análisis del Déficit de Atención e Hiperactividad. En UBA, *Área Proceso de salud, enfermedad y atención: VIH/sida, drogas, enfermedades crónicas y cuidados paliativos*. VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani. 1 CD ROM ISBN 978-950-29-1163-2.
- 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). Buenos Aires: Noveduc.
- Castel, R. (1976). *El Orden Psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid: La Piqueta, 1980.
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. [En línea]. [consulta: 16 de diciembre 2008]. Disponible en: <<http://www.cdc.gov/ncbddd/ADHD/>>
- CHADD. Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. [En línea]. [consulta 16 de diciembre 2008]. Disponible en: <<http://www.chadd.org/>>
- 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.
- 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.
- Consenso de expertos del área de la salud sobre el llamado 'Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad'. [En línea]. [Consulta 12/12/2008]. Disponible en: <<http://www.forumadd.com.ar/consenso.htm>>
- De Marinis, P. (1998). La espacialidad del ojo miope (del poder). Dos ejercicios de cartografía social. *Revista Archipiélago*. 34-35.
- Deleuze, G. (1990). *Post scriptum sobre las sociedades de control*. En *Conversaciones 1972-1990*. Valencia: Pre-Textos.

- Donzelot, J. (1977). *La policía de las familias*. España: Pre-Textos.
- Faraone, S. (2008). *Medicalización de la infancia: Una mirada desde la complejidad de los actores y de las políticas*. [En línea]. [Consulta 20 de noviembre 2008]. Disponible en <<http://www.topia.com.ar>>
- Forum ADD.com.ar. ADD, TGD, TOD, bipolaridad... Cuestionando etiquetas. [En línea]. [Consulta: 14 de diciembre 2008]. Disponible en: <<http://www.forumadd.com.ar/>>
- Foucault, M. (1964). *Historia de la Locura en la Época Clásica*. Buenos Aires: FCE.
- Foucault, M. (1969). *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad*. T. I. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1984). ¿Qué es un autor? *Revista Literatura y conocimiento. Instituto de Investigaciones Literarias "Gonzalo Picón Fevres"*. [En línea]. [Consulta 23 de noviembre 2008]. Disponible en: <<http://netart.incubadora.fapesp.br/portal/midias/foucault.pdf>>.
- Foucault, M. (1985). *El discurso del poder*. Buenos Aires: Folios.
- Foucault, M. (1988). *Nietzsche, la genealogía, la historia*. España: Pre-Textos.
- Foucault, M. (1990a). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira..
- Foucault, M. (1990b). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1991a). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1991b). *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1997). *Defender la Sociedad*. Buenos Aires: FCE.
- Foucault, M. (1999). *Los Anormales*. Buenos Aires: FCE.
- Foucault, M. (2003). *El Poder Psiquiátrico*. Buenos Aires: FCE.
- Foucault, M. (2004a). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: FCE.
- Foucault, M. (2004b). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: FCE.
- Foucault, M. (2008). *El gobierno de sí y de los otros*. Buenos Aires: FCE.
- Fundación para la Investigación del "Déficit Atencional e Hiperquinesia". [En línea]. [Consulta: 12 de octubre 2007]. Disponible en: <<http://www.adhd.com.ar/publicaciones.htm>>
- Giù Le Mani Dai Bambini. [En línea]. [Consulta: 20 de diciembre 2008]. Disponible en: <<http://www.giulemanidaibambini.org/consensus/>>
- Iriart, C. (2008). *Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5). pp.1619-1626.
- Janin, B. (2004). *Niños desatentos e Hiperactivos. ADD/ADHD. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Buenos Aires: Noveduc.
- Mayes, R. & Rafalovich, A. (2007). *Suffer the restless children: the evolution of ADHD and paediatric stimulant use, 199-80*. *History of Psychiatry*, 18

- (4), pp. 435-457.
- Murillo, S. (1996). *El discurso de Foucault. Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*. Buenos Aires: CBC.
- Murillo, S. (2002). La cuestión social en Buenos Aires. La condición trágica de los sujetos. En Susana Murillo (Comp.) *Sujetos a la incertidumbre. Transformaciones sociales y construcción de subjetividad en la Buenos Aires actual* (pp. 29-92). Buenos Aires: CCC.
- NIH. National Institutes of Health. [En línea]. [Consulta: 15 de diciembre 2008]. Disponible en: <<http://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/index.shtml>>
- Plataforma Contra la Medicalización de la Infancia. [En línea]. [Consulta: 15 de diciembre 2008]. Disponible en: <<http://www.plataformaicmi.org/>>
- Rafalovich, A. (2001). *The conceptual History of Attention Deficit Hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877-1929*. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, (22), pp. 93-115.
- Rosen, G. (1974). *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México, D. F.: Siglo XXI.
- Sedronar – Observatorio Argentino de Drogas & UBA - Instituto de Investigaciones Gino Germani (2008). *La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos*. [En línea]. [Consulta 11 de marzo 2009]. Disponible en: <<http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/info%20completo%205%20dic.pdf>>.
- Stiglitz, G. (Comp.) (2006). *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran. El mal real y la construcción social*. Buenos Aires: Grama.
- Vasen, J. (2007). *La atención que no se presta: el “mal” llamado ADD*. Buenos Aires: Noveduc.

Referencia:

Eugenia Bianchi, “La perspectiva teórico-metodológica de Foucault Algunas notas para investigar al ‘ADHD’”, *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Manizales, Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud del Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y el Cinde*, vol. 8, núm. 1, (enero-junio), 2010, pp 43-65.
Se autoriza la reproducción del artículo, para fines no comerciales, citando la fuente y los créditos de los autores.
