

“El futuro llegó hace rato”. Susceptibilidad, riesgo y peligrosidad en el diagnóstico y tratamiento por TDAH en la infancia*

Eugenia Bianchi*

Fecha de recepción: 01 de octubre de 2014
Fecha de aceptación: 12 de marzo de 2015
Fecha de modificación: 20 de marzo de 2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.7440/res52.2015.13>

RESUMEN

Se describen y analizan discursos de profesionales de la salud respecto de las posibles vidas futuras de niños, en relación con el diagnóstico y tratamiento por Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Se consideran las nociones de susceptibilidad, riesgo y peligrosidad como matrices de inteligibilidad de la problemática. Se utilizan datos primarios y secundarios, analizando fuentes que incluyen bibliografía específica y entrevistas en profundidad y grupales a profesionales de la salud. Se concluye que los procesos de diagnóstico y tratamiento por TDAH habilitan una operatoria de las matrices antedichas articulada en los discursos profesionales, aunque escindida en sus prácticas, planteando particularidades de la clínica que tensionan y reconfiguran coordenadas analíticas cardinales, como normal/patológico, salud/enfermedad, prevención/intervención, y la noción misma de cuerpo.

PALABRAS CLAVE

Susceptibilidad, riesgo, peligrosidad, TDAH, diagnóstico, infancia.

“The Future Arrived Long Ago.” Susceptibility, Risk and Danger in the Diagnosis and Treatment of ADHD in Childhood

ABSTRACT

The discourses of health professionals regarding the possible future lives of children in relation to the diagnosis and treatment of ADHD are described and analyzed. Notions of susceptibility, risk and danger are considered as matrixes of intelligibility of the problem are considered. Primary and secondary data are used, and a variety of sources are analyzed, including specific literature and in-depth and group interviews of health professionals. The conclusion is that the processes of diagnosis and treatment of ADHD make possible an operation of the above-mentioned matrices, that is articulated in professional discourses, although divided in professional practices, thus raising clinical singularities that stress and reconfigure cardinal analytical coordinates such as normal/pathological, health/disease, prevention/intervention, and the very notion of the body itself.

KEY WORDS

Susceptibility, risk, danger, ADHD, diagnosis, childhood.

* El artículo es resultado de una investigación de posgrado financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), donde se estudiaron diversas aristas de la problemática vinculada a los procesos de diagnóstico y tratamiento por TDAH en niños en la ciudad de Buenos Aires, entre 2007 y 2013, desde la perspectiva de las ciencias sociales. La investigación se ciñó a la Resolución N° 2857/2006 del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, y a la Resolución N° 1480/2011 del Ministerio de Salud. El proyecto de la investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Investigaciones Gino Germani.

❖ Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Profesora y becaria Posdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet). Trabaja en el análisis de los procesos de diagnóstico y tratamiento de padecimientos mentales como estrategias de gobierno de individuos y poblaciones, que incluyen tecnologías farmacológicas y manuales de categorización, desde una perspectiva socio-histórica que conecta con los enfoques de la medicalización, biomedicalización y gubernamentalidad en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. Entre sus últimas publicaciones se encuentran: *Todo tiene un principio... y en el principio fue el DSM-III. El desbloqueo epistemológico y tecnológico de la psiquiatría biológica estadounidense. Revista Culturas Psi/Psy Cultures* 2, n° 2 (2014): 87-114, y *Problematisando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 10, n° 2 (2012): 1021-1038. Correo electrónico: eugenia.bianchi@yahoo.com.ar

“O futuro chegou há tempo”. Susceptibilidade, risco e periculosidade no diagnóstico e tratamento por TDAH na infância

RESUMO

Descrevem-se e analisam-se discursos de profissionais da saúde respeito das possíveis vidas futuras de crianças, em relação ao diagnóstico e tratamento por Transtorno por Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Consideram-se noções de susceptibilidade, risco e periculosidade, como matrizes de intangibilidade da problemática. Utilizam-se dados primários e secundários, analisando fontes que incluem bibliografia específica, e entrevistas em profundidade e grupais a profissionais da saúde. Conclui-se que os processos de diagnóstico e tratamento por TDAH habilitam uma operatória das matrizes preditas articulada nos discursos profissionais, ainda que dividida em suas práticas, apresentando particularidades da clínica que tencionam e reconfiguram coordenadas analíticas cardinais, como normal/patológico, saúde/doença, prevenção/intervenção, e a noção em si de corpo.

PALAVRAS-CHAVE

Susceptibilidade, risco, periculosidade, TDAH, diagnóstico, infância.

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es considerado el trastorno del neurodesarrollo más diagnosticado en niños en el mundo, con base en la verificación de observables conductuales en tres aspectos: inatención, hiperactividad e impulsividad (CDC 2015). La problemática vinculada a los procesos de diagnóstico y tratamiento por TDAH en niños tiene un despliegue plagado de controversias en Argentina, donde en la última década se incrementaron tanto el diagnóstico en niños y adultos como la prescripción de medicación psicoestimulante para el tratamiento de los síntomas del cuadro (Bianchi y Faraone 2014). En relación con la temática, se ampliaron también las publicaciones de profesionales de diferentes especialidades (pediatras, neurólogos infantiles, psicólogos de diversas orientaciones clínico-teóricas, psicoanalistas, psicopedagogos, farmacéuticos), impulsando a su vez numerosas reuniones científicas como congresos, simposios, seminarios, jornadas, entre otras.

Una controversia destacada la constituye la que se delinea entre los profesionales de la salud en relación con la vida y el futuro de los niños diagnosticados y tratados por TDAH. En los discursos de profesionales, el diagnóstico de TDAH se liga tanto a otras patologías (mentales y físicas) como a dificultades relacionadas con la vida en sociedad. La controversia surge entre posturas que desestiman estas asociaciones y otras que consideran que la ausencia de tratamiento o el tratamiento inadecuado garantizan tales dificultades. En el diagnóstico por TDAH convergen y se articulan en términos de predicción de problemas otros diagnósticos psiquiátricos (depresión, trastornos de alimentación, drogodependencia, trastorno de ansiedad) y

otras condiciones no necesariamente circunscriptos a la salud mental, sino relacionados con el desenvolvimiento social (delincuencia, fracaso escolar o académico, dificultades familiares, afectivas o laborales).

Metodológicamente, se siguieron lineamientos de la investigación cualitativa (Kornblit 2007; Forni, Gallart y Vasilachis 1992; Marradi, Archenti y Piovani 2007; Valles 2000; Vasilachis 2006) empleando un diseño flexible (Mendizábal 2006) que rastreó divergencias y ensambles discursivos de los profesionales desde diferentes fuentes: libros, revistas, artículos periodísticos y sitios de internet especializados, y entrevistas en profundidad y grupales. De un total de 45 entrevistas realizadas en la ciudad de Buenos Aires (CABA), 15 se efectuaron en octubre-diciembre de 2007 y abril-junio de 2008. Las otras 30 se realizaron entre agosto de 2009 y marzo de 2011. El criterio de selección de la muestra fue intencional y no probabilístico. Se entrevistaron profesionales de la salud y la educación de diferentes especialidades con inserción en clínica, docencia e investigación en CABA, tanto en el ámbito público como en el privado, que diagnosticaron y trataron niños por TDAH en el pasado y/o que lo diagnostican en la actualidad. Por tratarse de un diseño flexible, la guía de entrevista (Valles 2000) previó la incorporación de preguntas emergentes. Sin embargo, las dimensiones comunes a todas las entrevistas fueron estructuradas de acuerdo con la tríada enfermedad, enfermo y tratamiento. La cuarta dimensión fue la del fármaco.

En línea con el diseño flexible, el análisis de las entrevistas privilegió la elaboración de series de categorías y conceptos que, antes que resultar excluyentes y oclusivas,

conformaron un tejido en el que los mismos fragmentos de entrevistas ilustraban múltiples aspectos de interés. La investigación se atuvo a normativas y resguardos éticos vigentes para los estudios sobre salud humana.

En el análisis cobran relevancia las nociones de susceptibilidad, riesgo y peligrosidad, surgidas en momentos históricos diferentes como matrices de inteligibilidad para el gobierno de poblaciones e individuos. Inscriptas en una compleja red de dispositivos, saberes, prácticas y tecnologías, estas nociones brindan coordinadas valiosas para comprender problemas atinentes a la salud y la enfermedad, al diagnóstico y tratamiento, al cuerpo y al delito, a la normalidad y la desviación, entre otros.

En los términos de los discursos de los profesionales de la salud analizados, las fricciones en la vida familiar y escolar se perfilan como indicadores de futuros fracasos académicos, laborales y afectivos, de delincuencia y abuso de sustancias. A la vez, se considera necesario detectar toda una cantidad de signos preanunciadores del TDAH, que dan sentido y refuerzan el diagnóstico del cuadro.

El campo configurado en Argentina en relación con los debates y conflictos de saberes profesionales acerca del TDAH ofrece un ejemplo fructífero para ubicar líneas de articulación y modos de tensión específicos en torno a la tríada conceptual antedicha. El estudio del caso del TDAH posiciona además a la infancia como un segmento poblacional emblemático, cuyas problemáticas concitaron históricamente la preocupación de diferentes saberes y dispararon el accionar de diversos poderes, en pos de su normalización. De allí la relevancia de un análisis de la incidencia de los saberes y tecnologías de la salud contemporáneos en los procesos de normalización de las infancias.

Acerca del gobierno de la infancia. Un poco de historia

Diversas figuras históricas de infancia hoy asociadas al TDAH condensaron la preocupación de múltiples agencias de control por un potencial porvenir delictivo y rebelde (incluso revolucionario) insinuado en las dificultades del niño dentro de la familia y la escuela. Múltiples saberes encargados del gobierno de estas figuras de infancia utilizaron la noción de peligrosidad como grilla de inteligibilidad del derrotero vital de ciertos niños, tomando entre otros elementos a observables conductuales asimilables a la tríada sintomática de hiperactividad, desatención e impulsividad, que en la actualidad constituye el núcleo descriptivo característico del TDAH (Bianchi 2015).

La constitución sociohistórica de la infancia como blanco eminentemente gobernable operó como punta de lanza del gobierno de la familia y la escuela, otros colectivos sociales fundamentales en la socialización temprana de los niños, conectando el accionar de distintos saberes, dispositivos y prácticas de la salud y la educación, a través de tecnologías específicas (Ariès 1987; Donzelot 1998; Rose 1990, 1998b; Varela y Álvarez-Uría 1991).

La infancia peligrosa funcionó como sustrato para la acción de diversos dispositivos en pos del encauzamiento de conductas disruptivas, brindando matrices de gobierno específicas, aplicadas a otros segmentos poblacionales que también manifestaban inconductas. Dicha noción, además, aportó al surgimiento de disciplinas como la psiquiatría y la psicología, dotándolas de características novedosas respecto de momentos históricos precedentes (Foucault 2001; Rose 1998b). Por último, el concepto aparece como trasfondo histórico en el que convergen argumentalmente las dimensiones conductual y neurológica, hoy asociadas discursivamente a los niños diagnosticados por TDAH (Bianchi 2015).

En los procesos de diagnóstico y tratamiento por TDAH, el desequilibrio neurológico y conductual atribuido a niños con ese cuadro se asocia, por un lado, con signos anticipatorios que preanuncian la peligrosidad, y, por otro, perfila ciertas trayectorias vitales identificadas con una potencialidad disruptiva del orden social, a la vez que con dificultades para el discurrir cotidiano en la sociedad.

“Noticias de ayer”. La peligrosidad en los procesos de diagnóstico y tratamiento por TDAH

La psiquiatría legal clásica asociaba el peligro a la comisión de actos imprevisibles y violentos. La peligrosidad presentaba dos componentes: era una cualidad inmanente del sujeto, y también una probabilidad aleatoria, dado que la prueba del peligro sólo ocurre cuando el acto se realiza efectivamente. Esta ambigüedad conllevó que, en la práctica, sólo se efectuaran imputaciones de peligrosidad, relacionando la probabilidad de asociación entre síntomas actuales y actos futuros (Castel 1986). En su análisis del saber psiquiátrico, Foucault atendió a la denominada “búsqueda de pródromos”, tales como marcas de disposición y antecedentes individuales, episodios por los cuales la locura se anunció antes de existir como tal. En esta lógica caben signos no propiamente patológicos, que no cons-

tituyen elementos concretos de la enfermedad, pero funcionan como signos anunciadores, condiciones de posibilidad de la misma (Foucault 2005).

Estas dificultades prácticas restringieron el debate sobre la peligrosidad en salud mental, que hasta la década de 1960 se consideraba una cualidad interna difícil de explicar, diagnosticar o medir, aunque existían trabajos que intentaban localizar los orígenes del trastorno mental en lesiones o lugares particulares del cerebro, buscando las bases corporales de la enfermedad mental en general y de la peligrosidad en particular (Rose 1998a).

En las fuentes recabadas se documentaron cuatro modalidades discursivas en los profesionales que sostienen la existencia de signos anticipatorios relacionados con el cuadro de TDAH. La primera delinea una trayectoria hilvanada en torno a la actividad motora excesiva, e iniciada incluso con anterioridad al nacimiento (Oates 2010). La segunda incluye desorganización alimentaria y en el descanso, y una serie de manifestaciones conductuales atribuidas a sentimientos que abarcan sensibilidad, irritabilidad, cambios de humor, dificultades en el control de esfínteres, coordinación visomotora pobre, fugacidad en el entusiasmo y aburrimiento (Scandar 2000). Otra serie se perfila en torno a la propensión acentuada a accidentes, golpes y tropezones (Nani 2010). Una cuarta línea ubicada en las fuentes se compone de agresividad, inquietud, desobediencia y temeridad. En las entrevistas también se expuso esta consideración de signos anticipatorios:

E16. Méd. Especialista en Neurología infantil: Generalmente, digamos vos empezás a hacer el diagnóstico en chicos de 6 años, aproximadamente, pero cuando hacés la historia clínica y empezás a preguntar los antecedentes de ese paciente, los antecedentes personales (cómo creció, cómo y cuándo caminó), tenés que se desarrolló muy bien pero que era muy irritable, que era hiperactivo, que era molesto, que era inquieto, que le costaba dormir, una personalidad... Eso desde chiquito ya se registra, que son bebés irritables, que duermen poco, que lloran por cualquier cosa, inquietos.

Las argumentaciones de estas modalidades discursivas son un blanco de críticas para otros profesionales:

E41. Lic. en Psicopedagogía. Mág. en Psicología Educativa: Y hay otra [nota periodística] que dice que se pueden detectar señales de TDAH desde la cuna. En la cuna ya hay indicadores de TDAH. Es realmente perverso. Hay un resurgimiento del TDAH, por eso nosotros volvemos permanentemente sobre el tema. Porque, ade-

más, creo que entre los síntomas que manifiestan los chicos, el no prestar atención es una muy buena forma que tienen de denunciar la falta de atención que tienen de parte de los adultos.

Otro elemento que ilustra la implementación de una lógica de la peligrosidad en el diagnóstico del TDAH, es la relevancia que adquiere la detección precoz en los discursos de los profesionales. En esta detección cobran importancia padres y maestros, porque suministran información conductualmente relevante acerca de los niños, que es integrada en los términos del discurso sobre la salud y la enfermedad, bajo la forma específica del trastorno. Entre las fuentes que aluden a la importancia de la detección precoz, se resalta que los padres y maestros, por su experiencia, son capaces de diferenciar con exactitud el desarrollo normal del que no lo es. También remarcan que los problemas que los niños manifiestan en los primeros años de vida son predictores de dificultades escolares y de una interacción negativa entre la madre y el hijo, que a su vez profundizan las conductas de desobediencia y estrés familiar. La detección precoz, entonces, es necesaria porque la probabilidad de mantener los síntomas se incrementa en ausencia de diagnóstico y tratamiento (Oates 2010).

En las fuentes analizadas se documentaron, junto con las líneas argumentativas relativas al peligro que entraña el niño con TDAH —de no mediar tratamiento—, otros esquemas discursivos, que contienen enunciados tales como “indicadores”, “predictores”, “probabilidades”, entre otros, que ilustran la inclusión de otra lógica: la del riesgo.

“El futuro ya llegó”. Casos, riesgos diferenciales y comorbilidades

En estrecha relación con la perspectiva genealógica inaugurada con Foucault, otros trabajos también contemplan el riesgo como categoría de análisis para el estudio de problemas en salud. Castel trabajó la noción analizando las estrategias preventivas en Francia y Estados Unidos a principios de los ochenta. Con posterioridad, Rose aportó el análisis de la experiencia histórica en Inglaterra.

Para Castel (1986), la implementación de estrategias preventivas en salud generó la sustitución de la noción de “sujeto” o “individuo” por la de “combinación de factores de riesgo”. Esto redundó en que la consulta médica dejó de ser una relación directa entre un paciente y un médico, y se convirtió en la construcción de un flujo de información acerca de la población, que, a partir de la articulación de factores abstractos, produce un riesgo.

Rose (1998a) rastreó el debate en las décadas de 1970 y 1980 acerca de la peligrosidad y el riesgo, situando en esta época la mutación de la inteligibilidad sobre la peligrosidad, que se convierte en un asunto de factores, situaciones y probabilidades estadísticas. A diferencia de la peligrosidad, el riesgo aparece como concepto exento de connotaciones peyorativas, que permite un análisis más robusto y objetivo que aquella. Según Rose, indica una mutación sutil pero significativa en el modo de entender los problemas de salud mental y responder a ellos.

Mientras la justificación de la detención y del tratamiento involuntario reposó en la noción de “peligro de daño a sí o a otros”, la capacidad de los profesionales de la salud mental para hacer predicciones certeras del comportamiento futuro fue muy limitada. Los errores cometidos se asociaban al sobrediagnóstico de peligrosidad, y se carecía de bases firmes para las decisiones de internación.

A principios de la década de los ochenta, ya era evidente la inexactitud de las predicciones clínicas del comportamiento violento, y emergió entonces en años subsiguientes la aproximación definida por el riesgo, argumentándose que los profesionales debían abordar las predicciones sobre la violencia futura en términos de probabilidad.

Incluyendo estas implicaciones prácticas en un marco político, Castel informa sobre nuevas fórmulas de gestión de las poblaciones, enmarcadas en modos de gobierno específicos, y entiende estas transformaciones en la medicina como fruto de una modificación previa en las prácticas, constituyéndose en una mutación histórica que abre el paso de una clínica “del sujeto” a una clínica “epidemiológica”.

Un corrolato de esta mutación consiste, desde los análisis de Foucault, en que la enfermedad se concibe como una distribución de casos en una población circunscripta espacio-temporalmente. Así definida, es posible efectuar análisis cuantitativos, con resultados positivos y negativos, y calcular probabilidades de cura, contagio o muerte. La noción de caso permite tanto individualizar el fenómeno colectivo de la enfermedad como integrar los fenómenos individuales en un campo colectivo, calculando y cuantificando eventualidades desde una aproximación racional e identificable, en la cual el riesgo de mortalidad y morbilidad se calcula de acuerdo con estándares socio-demográficos (Foucault 2006). El riesgo no se expresa con idéntica intensidad en toda la distribución de casos. Especificidades individuales —etarias, de residencia u otras condiciones— establecen zonas de mayor o menor riesgo, identificándose pues riesgos diferenciales.

Un punto en el cual peligro y riesgo se expresan en articulaciones específicas, es en torno al encierro. Castel asocia la peligrosidad a las estrategias intervencionistas de la medicina mental clásica, bajo cuya modalidad sólo podían aplicarse tecnologías rudimentarias de prevención, generalmente limitadas al encierro y a la esterilización. Rose (1998a) coincide en esta formulación, y Foucault (1996) añade la modalidad de eliminación física de los peligrosos.

Según Castel, el encierro como estrategia preventiva es técnicamente poco satisfactorio, porque neutraliza por adelantado al individuo supuestamente peligroso, y ello implica un elemento arbitrario que limita sus posibilidades de aplicación y supone un costo económico desproporcionado en relación con los riesgos que debería prevenir. Por su parte, la esterilización como medida profiláctica suprime los riesgos futuros de modo permanente, y se aplicó como parte de campañas eugenésicas negativas orientadas a impedir la reproducción de los considerados inferiores (Talak 2005).

En el TDAH, la identificación de los síntomas como elementos prodrómicos no está orientada a ninguna de las tecnologías señaladas: ni el encierro ni la esterilización son objetivos de ninguna de las variantes del tratamiento. Esto constituye una especificidad, que marca la pervivencia del lenguaje del peligro en la ubicación de elementos que faciliten la detección, aunque esa detección está autonomizada de los objetivos prácticos a los que se anudó en su origen. De modo que en el caso del TDAH, el lenguaje del peligro exhibe una funcionalidad, más allá de las tecnologías a las que sirvió en su origen. De todas maneras, esto no implica que el recurso al encierro de niños haya dejado de operar en la actualidad, en torno a otras figuras de infancia, consideradas éstas ya sea desde la salud mental (Barcala 2010) o lo jurídico-penal (Gue-mureman 2011; López 2010).

Otro aspecto por resaltar es que en algunos discursos relevados la peligrosidad es enunciada bajo un lenguaje epidemiológico-estadístico: predictores, prevalencias y probabilidades aparecen entre los términos con los que se designan posibles trazos a futuro, conectando con la noción de riesgo. De hecho, el cuadro de TDAH se estructura con una alta comorbilidad, siendo asociado a otras entidades psiquiátricas. Ello lo convierte en un factor de riesgo para otros procesos patológicos, tales como depresión, trastornos de alimentación, drogodependencias, dificultades de adaptación social, perturbaciones escolares y laborales, frente a los cuales la estrategia preventiva aparece como la más adecuada (Scandar 2009).

Atravesado por la lógica del riesgo, el proceso diagnóstico integra una serie de datos generales, y el pronóstico opera interrelacionando esos datos impersonales, de manera tal que reagrupan factores heterogéneos entre sí que, como remarca Rose (1996), no necesariamente son peligrosos en sí mismos. En este marco, el “riesgo no es el resultado de un peligro concreto del que es portador un individuo o incluso un grupo determinado, sino que es un efecto de la correlación de datos abstractos o factores que hacen más o menos probable la materialización de comportamientos indeseables” (Castel 1986, 229).

En el caso del TDAH, de los materiales analizados no se concluye la realización de cálculos y mediciones exhaustivos en la clínica de los profesionales respecto de poblaciones-objetivo. Sin embargo, sí se ubican modalidades enunciativas más generales, como los antedichos conceptos de “casos”, “riesgos diferenciales” y, con especial énfasis, “comorbilidad”.

Comorbilidades “patológicas” y “no patológicas” del TDAH

La configuración del TDAH como trastorno lo presenta con una alta comorbilidad. El anudamiento entre cuadrar en los patrones diagnósticos del TDAH y la probabilidad de presentar comorbilidades —tanto en la infancia como en el futuro— se documentó en las fuentes analizadas, aunque la enunciación de esta probabilidad no siempre se realiza con un lenguaje estadístico. En relación con las comorbilidades, dos cuestiones se destacan: la correlación con otros cuadros entendidos como patologías —en especial, con el uso de drogas— y los señalamientos de la inespecificidad de dichas correlaciones.

Respecto de la correlación con otras patologías, los documentos informan sobre diversas entidades consideradas patológicas con las que el TDAH es pasible de correlacionar.

E37. Lic. en Pedagogía y Psicología. Especialista en Neurociencias: [El TDAH] tiene muchísima comorbilidad, sí. Hoy por hoy, a mí gusto está más que sobrediagnosticado. Entonces, chicos que vienen con problemas de atención, que son inquietos o que pierden mucho tiempo, en realidad tratados como TDAH, pero, si vos indagás más, entran ya dentro de lo que llamamos neurosis infantiles, ¿no es cierto?, y son muchos chicos con trastornos de ansiedad, ansiedad que tiene que ver con la competitividad, que tiene que ver a veces con las exigencias sociales.

E44. Méd. especialista en Neurología infantil: De todos modos, el tema del TDAH es un tema complejo [porque] el TDAH... solamente en un 30% es puro. El otro 70% tiene otras cosas asociadas.

—¿Lo que llaman comorbilidades?

—Exactamente.

—¿Y esas comorbilidades tienen que ver con cuestiones también de salud mental?

—Y algunas comorbilidades son psiquiátricas. Hay más incidencia de ansiedad, hay más incidencia de bipolaridad, hay más incidencia de conductas oposicionistas desafiantes.

Una fuente lista los trastornos principales asociados, excluyendo el uso de alcohol e incluyendo trastorno de personalidad antisocial y trastorno de abuso de drogas psicoactivas, trastornos de ansiedad y trastornos de humor (Scandar 2009). Respecto del abuso de sustancias psicoactivas, otra fuente detalla:

E11. Méd. pediatra: Claro, puede ser comorbilidad cualquier otra cosa pero en realidad está descripto que los chicos con TDAH severos tienen mayor incidencia en la adultez de trastornos de tal cosa, de apego a las drogas. Yo no he tenido chicos así. No me ha tocado por suerte, digo por suerte porque yo pienso que la comorbilidad aparece a partir de las diferentes frustraciones que tienen estos chicos, su desinserción social los predispone.

Tomando en cuenta los documentos, pueden identificarse dos series de argumentaciones. La primera gira en torno a los motivos por los cuales quienes están diagnosticados por TDAH tienen mayores probabilidades futuras de abusar de sustancias. Entre esos motivos se cuentan los que atribuyen las causas a factores sociales, ambientales o familiares.

E29. Psiquiatra infantil: La contracara de esto, son aquellos pacientes que están descriptos, y que está en la bibliografía, son pacientes que no fueron tratados, que no fueron medicados, en donde ese déficit de atención o esa hiperactividad se transforma después —por progresivo avance y sí por cronicidad— en un trastorno al control de los impulsos, en un trastorno con abusos de sustancias. Porque, digamos, son chicos que son como muy disruptivos, y en general [...] se generan vínculos familiares muy complicados y alrededor de ese chico. Tiene la autoestima muy baja, porque les va mal, porque

nadie los quiere, porque terminan... Entonces esto va generando como un círculo que hace que ese trastorno después se sume a un montón de otras cosas, digamos...

Habida cuenta de lo expuesto, vale subrayar que el riesgo no remite a “algo” intrínsecamente real, sino a un modo particular en el que los problemas son imaginados y tratados (Rose, O’Malley y Valverde 2006). El riesgo es una técnica probabilística con la cual se clasifica un cuantioso número de eventos a lo largo de una distribución. Los valores que arroja la distribución resultante se utilizan como instrumentos para realizar predicciones que reduzcan daños.

Dicha técnica es altamente abstracta, dando pie a un amplio abanico de formas concretas de gobierno. Sin embargo, la singularidad de esta técnica no se agota en la diversidad de maneras que puede adoptar, sino que también se hace palpable en sus implicaciones morales y políticas, y en las transformaciones en las modalidades de control y vigilancia habilitadas por su instalación. La lógica del riesgo radica en que la detección de un conjunto de riesgos o de determinados factores de riesgo desencadena una señal. Pero se trata de la existencia probabilística y abstracta de riesgos; no se parte de una situación conflictiva observable por experiencia, sino que se la deduce a partir de una definición general de los peligros que se busca prevenir.

Estas estrategias promueven modalidades de vigilancia asentadas en la detección sistemática, para anticipar e impedir la emergencia de un suceso no deseable (ya sea una enfermedad, una anomalía o un comportamiento desviado), a la vez que se prescinde de la relación real entre el vigilante y el vigilado, ubicándose este último “en el seno de poblaciones estadísticas detectadas como portadoras de riesgos” (Castel 1984, 153-154). El concepto de riesgo emerge así como un modo de hacer inteligible y administrable una serie amplia de dificultades, desde la administración organizacional y la pérdida de trabajo hasta la enfermedad o la criminalidad.

Vinculada a las primeras argumentaciones, la segunda reposa en que el uso de metilfenidato aparece como protección contra la predisposición bioquímica al uso de drogas no legales.

E7. Méd. psiquiatra: Bueno, una de las preocupaciones que empezaron a aparecer [en EE. UU.] es si estas drogas podían producir conductas adictivas. Entonces se llevaron a cabo estudios donde se demostró que el chico que tiene TDAH o bipolaridad tiene una mayor probabilidad de tener conductas adictivas si no está medicado. O sea,

un paciente TDAH o un paciente bipolar posiblemente, con una alta probabilidad en la adolescencia, consume sustancias, abuse de sustancias fundamentalmente estimulantes, como puede ser anfetaminas o cocaína y alcohol. ¿Qué es lo que ocurre si uno medica a un chico con estimulantes? Ésa es la pregunta, o sea, ¿se torna en adicto a los estimulantes? Bueno, como nosotros estamos ante un cerebro en desarrollo, la respuesta de ese cerebro en desarrollo a los estimulantes es totalmente diferente a la respuesta que puede tener un adolescente o un adulto.

Digamos, lo que se ha demostrado tanto en modelos animales como en modelos humanos, en ensayos con seres humanos, es que si uno medica al chico en la etapa prepuberal, la probabilidad de adicción, digamos de futuras adicciones, es mucho menor. Si uno medica al chico a partir de la adolescencia o la adultez, la probabilidad de que se hagan adictos a esas drogas es mayor porque hay lo que se denomina una respuesta diferente de sensibilización. O sea, cuando es pospuberal aumenta la sensibilización a la droga, a los estimulante, digamos, con lo cual aumenta la conducta de búsqueda. Cuando estamos en el período prepuberal es al revés, esta conducta de sensibilización a las drogas no se da. Tenemos la conducta contraria, una sensibilización reversa.

E44. Méd. especialista en Neurología infantil: Es decir que la capacidad de todas estas funciones que tiene que ver con la planificación, con la inhibición; cuando esto está disfuncionado, facilita que el individuo entre dentro de una onda como es la drogadicción. Entonces hay toda una cosa que tiene que ver con la preadolescencia y la adolescencia, en donde el TDAH y la drogadicción se juntan [...] Está estudiado que sí. Se hizo el estudio longitudinal de pacientes, que fueron tratados, seguidos, orientados, consensuadamente, la incidencia de esos adolescentes y adultos jóvenes, de drogadicción al igual que la población general. Y en el grupo de niños que por disfunción familiar, por mal diagnóstico, no tuvieron una orientación adecuada, tuvieron fracasos escolares, tuvieron fracasos sociales, fueron TDAH. En ese grupo, el nivel de drogadicción es mayor que la población general. Esto ya se estudió. En realidad, para demostrar que si un chico es tratado con Ritalina[®], por ejemplo, con metilfenidato en la segunda infancia, no va a ser drogadicto.

La lógica del riesgo está presente, por cuanto el lenguaje alude a disímiles factores, cuya interacción establece trayectorias a futuro. Dichas trayectorias son diversas e integran y correlacionan diferentes factores, algunos de los cuales suponen un incremento de riesgos, y otros

conducen a una morigeración de los mismos. Así, por un lado se establece un perfil de consumo de sustancias ilegales asociado al TDAH, pero la trayectoria derivada de ese perfil puede ser modificada si en la interacción de factores se incluye la incidencia de la administración de fármacos legales, como el metilfenidato.

Estas modalidades constituyen una mutación, por cuanto instauran condiciones de posibilidad para una extensión de otras tecnologías de vigilancia. Esta mutación conlleva que la intervención no se orienta a reformar, corregir, castigar o curar a un individuo concreto, precisamente porque la noción de sujeto ha sido reemplazada por la de factor, por la correlación estadística de elementos heterogéneos susceptibles de producir un riesgo. Al escindirse la sospecha de la manifestación de los síntomas, el foco queda puesto en la exhibición de una serie de particularidades que aquellos considerados como especialistas han instituido en factores de riesgo.

La diferencia con estrategias de prevención clásicas (centradas en anticipar un acto particular) reside en que esta nueva forma de concebir la prevención pretende construir las condiciones objetivas de aparición del peligro, para deducir de ellas nuevas modalidades de intervención. Y este paso de la peligrosidad al riesgo conlleva una multiplicación potencial de las posibilidades de intervención, en un intento por lograr el control absoluto del accidente, concebido ahora como la irrupción de lo imprevisto. En el TDAH, se trata de la administración de metilfenidato para prevenir la adicción a drogas ilegales. Estas modalidades introducen la paradoja que, para la erradicación del riesgo, se construye una multiplicidad de nuevos riesgos, susceptibles a su vez de nuevas políticas preventivas. Estos nuevos riesgos incluyen tanto peligros internos al individuo como amenazas externas, que no pueden manejar. La administración de metilfenidato —con los cuantiosos efectos adversos y contraindicaciones documentados— emerge como una paradoja de erradicación del riesgo, cuando el objetivo consiste en evitar el consumo de sustancias psicoactivas no legales.

Respecto de la inespecificidad de las correlaciones, la comorbilidad constituye otro territorio de conflicto discursivo en las fuentes. El solapamiento sintomatológico es enunciado como motivo de errores diagnósticos:

E27. Méd. psiquiatra. Psicoanalista. Especialista en niños: La sintomatología del TDAH te la pueden dar muchos cuadros. Un chico con ansiedad, un chico con fallas de la constitución del “yo”, un chico con trastornos de la constitución del narcisismo, un chico que

sufre de violencia familiar, un chico que sufre de conflictivas familiares o fallas en las funciones en donde no le codificaron el exceso de pulsión, de tensión, y todo lo demás, y pasa al cuerpo. Tenés las hiperquinesias psicóticas, hay hiperquinesias en el autismo, y también hay muchos chicos que tienen desatención por desconexión.

En otras fuentes, la impugnación diagnóstica es más pronunciada, al considerar que las conductas atribuidas al TDAH no sólo coinciden con las de otros cuadros (psicopatológicos o no), sino que están presentes en la mayoría de los niños en crecimiento. En estos casos, el acento está puesto en la inespecificidad de la configuración nosológica del TDAH como trastorno y en el reduccionismo que conlleva inferir unívocamente un diagnóstico de conductas observables estandarizadas (Vasen 2011).

Las correlaciones con otras patologías son numerosas. Sin embargo, las asociaciones posibles no se agotan en la esfera médica. La correlación también se produce por cuestiones ya no de comorbilidad, sino de desajustes o disfunciones relacionados con la vida en sociedad.

El TDAH y las vicisitudes de la vida social

La problematización de la enfermedad en términos de riesgo impacta no sólo en relación con la intervención, sino también en el acto de diagnosticar. Según Rose (1996), con la emergencia de nuevas formas de diagnóstico, la preeminencia del rol del médico se tambalea. El correlato del reemplazo del sujeto por la combinatoria de factores de riesgo —y de la relación cara a cara entre paciente y médico, por la construcción de un flujo de información— es que el juicio sobre el paciente tiene sólo parcialmente un contenido médico. El diagnóstico incluye además otros asuntos, como el historial de empleos, la vida familiar, la capacidad de compra y manejo del dinero, y también información sobre la conducta pasada y el comportamiento peligroso.

A diferencia de Castel, Rose sostiene que los términos del juicio psiquiátrico ya no son clínicos, y ni siquiera epidemiológicos, sino cotidianos, vinculados a la gestión del día a día (Rose 1996). Para Rose, las implicancias de la incorporación de la noción de riesgo en la psiquiatría son muy profundas. La inclusión del riesgo como criterio diagnóstico apuntala un conjunto de “prácticas divisorias”, que separan el “yo prudente” del “imprudente”, el yo capaz de administrarse a sí mismo del yo que debe ser administrado por otros.

De los documentos analizados surgen numerosos enunciados que ilustran estas dificultades futuras en el manejo cotidiano de la vida académica, laboral, social y afectiva. Éstas incluyen cambios continuos de intereses, inconstancia laboral, cambios en la vida en pareja y las faenas hogareñas, empleos en puestos de baja calificación, dificultades en el plano académico y financiero, automedicación, consumo de drogas y alcohol, accidentes automovilísticos y exacerbación de fantasmas y ensueños (Scandar 2009; Tallis 2007).

E17. Lic. en Psicología: Subdiagnosticados hay muchos. Y adultos con Trastornos de Déficit Atencional desde chicos, hay un montón. En adultos es típico ver el hiperansioso, el impulsivo, que no consigue mantener un trabajo, va cambiando de trabajo. Que no consigue mantener una pareja, va cambiando de pareja. O que por la ansiedad o la impulsividad extrema, a veces, bueno, consumen alcohol y drogas para calmarse. Ésos son niños subdiagnosticados. Las personas vivieron así antes. Psicofármacos.

Respecto a las mediciones del riesgo asociado al TDAH, si bien se documentaron alusiones a cálculos de los días de ausencia laboral, se trata de investigaciones que no se realizan en Argentina (Clarín 2008). Sí surgieron en el país estudios que buscan informar sobre la continuidad entre el TDA/H en la infancia y la adultez (Bär 2010).

En relación con la vida en pareja y familiar, las fuentes señalan que el impacto del TDAH en la adultez se verifica en numerosos aspectos, desde la mayor tasa de divorcios hasta descuidos en la crianza de los hijos. El diagnóstico de TDAH permite una adecuada comprensión de las conductas de quien lo padece en la adultez, desechando explicaciones acerca de atributos personales moralmente condenables como pereza, desamor, falta de reconocimiento de los otros, egoísmo o irresponsabilidad (Parker-Pope 2010).

El campo de injerencia de la psiquiatría ya no está unificado ni constreñido por el confinamiento institucional. Desde los sesenta, la topografía institucional de la salud mental ha multiplicado dispositivos: clínicas con servicio ambulatorio, guardias abiertas, hospitales de día, casas de refugio, psiquiatría comunitaria, entre otros (Rose 1998a). Los sujetos de la psiquiatría, considerados incapaces de administrarse a sí mismos de modo prudente, se encuentran también fuera del hospital psiquiátrico, circulando con sus dificultades entre el resto de la población. Las fallas en la “administración del yo”, la falta de destreza para afrontar a la familia, el estudio, el trabajo, el dinero, las labores domésticas; todos son, potencialmente, criterios de calificación psiquiátrica.

Como el riesgo, la noción de peligro también se ha reconfigurado. Ya no es asociado a una patología antisocial que acecha en el interior del individuo, sino al cálculo de una combinación de evidencias acerca del pasado, que permite establecer la probabilidad de fracasar en el auto-dominio, ya sea de sentimientos hacia los otros o hacia uno mismo. A la vez, el riesgo es un criterio clave para la intervención, dado que la administración de poblaciones en términos de riesgo ha transformado al sujeto de la psiquiatría en un “caso” que padece una falla interna, ya sea moral, psicológica o biológica (Rose 1996).

También en este punto, las diferentes capas enunciativas se articulan y yuxtaponen de modo particular. El lenguaje del riesgo aparece marcadamente en el establecimiento de trayectorias, con la alusión a cálculos y mediciones de probabilidades de exhibir una correlación con toda una serie de cuestiones que no se agotan en la comorbilidad con otras entidades patológicas, sino que incluyen un amplio abanico de dificultades sociales, laborales, familiares, académicas, y con la ley.

Este lenguaje introduce elementos novedosos en la consideración de las trayectorias vitales posibles de los individuos diagnosticados y tratados por el padecimiento de un trastorno mental—tal es la codificación del TDAH—. Sin embargo, de lo expuesto es posible ubicar estos elementos en torno a una regularidad, que se ubica en el cruce con cuestiones que hacen referencia a la peligrosidad social, en ocasiones con atribuciones de índole moral.

La susceptibilidad y su circulación en los discursos profesionales

Además de las matrices de la peligrosidad y el riesgo, de los documentos surge la posibilidad de incorporar a la serie analítica el concepto de susceptibilidad, aunque entre los profesionales entrevistados, la referencia a dicho concepto ocupa todavía un lugar marginal e incipiente, con menor fortaleza argumentativa aun que la lógica del riesgo.

Rose trabajó el concepto en el marco de su análisis de las tecnologías de la vida (Novas y Rose 2000; Rose 2007a y 2007b). Junto con el mejoramiento, ubica la susceptibilidad como dimensión de las tecnologías de optimización, propias de las políticas de la vida en el siglo XXI. De la mano de la biopolítica molecular, la incorporación de la lógica de la susceptibilidad implica una profunda reconfiguración de las líneas que dividían el tratamiento, la corrección y la mejora, así como las estrategias de prevención o intervención en salud pública.

En sus palabras, “la dimensión de la susceptibilidad abarca los problemas provocados por los intentos de identificar y tratar, en el presente, a personas a quienes se les pronostica algún mal futuro” (Rose 2007b, 18). El diagnóstico basado en la susceptibilidad se orienta a identificar las variaciones genómicas, para realizar intervenciones correctivas. El énfasis de la susceptibilidad como elemento explicativo de las conductas reedita los debates que suscitaron conceptos como peligrosidad, riesgo, predisposición, degeneración y herencia, para hacer inteligibles tanto la enfermedad como el delito.

Entre los antecedentes conceptuales de la susceptibilidad, Rose ubica la predisposición heredada como la noción utilizada para interpretar un conjunto amplio de problemas de patología social y riesgo, y en relación con el concepto de degeneración. Este último se situó en el centro de la biopolítica hasta la primera mitad del siglo XX, resultante de la nocividad de la vida en las ciudades, la migración y el pauperismo, articulados con la debilidad de la constitución de la descendencia de los sectores populares, expuestos a múltiples patologías y actividades perniciosas.

La predisposición se define desde el siglo XVIII como aquella imperfección heredada que podía manifestarse, dadas las circunstancias, bajo la forma de una enfermedad o patología. Para la segunda mitad del siglo XIX, la predisposición heredada cobra relevancia como explicación en las interpretaciones de la herencia en términos de degeneración (Rose 2007a). Ésta aparece como el resultado de la influencia perniciosa de fenómenos como la urbanización o la migración del campo a la ciudad, que ocasionaban el debilitamiento de la constitución de los migrantes, con la consecuente transferencia a su prole. Para principios del siglo XX, la susceptibilidad alude a la capacidad de un individuo de contraer una enfermedad, o a la ausencia de defensas frente a una enfermedad. Se asocia al término predisposición, que data de inicios del siglo XVII, y fue a su vez definida como la condición física que vuelve a una persona susceptible a una enfermedad.

El discurso de la predisposición se enlazó con el de la herencia a partir del siglo XIX, ubicando la predisposición en el linaje, que posibilitaba la transmisión de la constitución heredada a las generaciones siguientes. Esta capa histórica en la conceptualización de la susceptibilidad, vinculada a factores familiares y ambientales, está presente en algunas fuentes recabadas, refiriendo a dinámicas y procesos actuales que involucran la caracterización del TDAH:

E38. Lic. en Psicopedagogía. Especialista en Neurociencias: Hemos visto un gran porcentaje de familias que se han separado, que hay mucho conflicto. ¿Por qué? Porque justamente lo neurobiológico es genético. Y muchos de estos padres tienen el mismo diagnóstico. Son impulsivos, les cuesta sostener el trabajo, les cuesta sostener la pareja, entonces, esta carga genética está imbricada en lo ambiental. Entonces, todas estas cuestiones familiares están, pero una cosa no quita a la otra.

E44. Méd. especialista en Neurología infantil: Los chicos que tienen TDAH, si uno le analiza las familias de esos niños, la incidencia de trastornos psiquiátricos es siete veces más que en la población general.

—¿Y eso cómo se explicaría?

—Por susceptibilidad genética. Esa susceptibilidad genética puede tener distintos caminos. Digamos, uno dice que el 30-40% con TDAH, cuando llegan a la edad de la pubertad, de la adolescencia, resuelven su situación. Pero hay un 70% en donde la complejidad se continúa en el tiempo.

Volviendo al análisis de Rose, la constitución heredada, cuando era afectada por alguna debilidad o mácula, abarcaba la predisposición a enfermedades como la tuberculosis, la escrófula o la sífilis, y a condiciones patológicas vinculadas a vicios morales y físicos, del tipo de la neuropatía, la epilepsia, la locura, la ebriedad, las apuestas, entre otras. Estas patologías podían permanecer latentes, pero en las constituciones debilitadas, que además se exponían a ciertos factores o causas excitantes, el desenlace obligado era el despliegue patológico. A principios del siglo XX persiste la convicción acerca de las posibilidades de agravamiento o inicio temprano de una enfermedad como consecuencia de malos hábitos o vicios, que a su vez resultaban de una constitución heredada contaminada o defectuosa. Y, contrariamente, llevar adelante una existencia de pureza y virtud, de moderación, dieta y moralidad, podría impedir la expresión de la patología.

De manera que para Rose la idea de susceptibilidad tiene raíces históricas, aunque constituye un elemento nodal de las políticas de la vida en el siglo XXI. La especificidad que adquiere actualmente resulta de una mutación que, aunque no reviste el rango de umbral epistemológico, combina una serie de factores que han cambiado la escala (caracterizada como molecular), las tecnologías biomédicas y el conocimiento especializado. Aunque no constituya un umbral, sí entiende que se produjo un salto cualitativo en el saber biomédico especializado y

sus capacidades para anticipar el futuro y hacerlo calculable. Este salto resulta de la combinatoria de la precisión genómica, las tecnologías de diagnóstico genético y la intervención preventiva de la medicina.

La susceptibilidad y la intervención

El modo en que se interviene desde la matriz de la susceptibilidad, o sobre el individuo susceptible a futuro, se orienta a dirigir su trayectoria hacia un futuro diferente, más deseable y menos aquejado por la enfermedad. Este énfasis en la intervención conecta la susceptibilidad con la lógica del riesgo, que introdujo el uso de escalas basadas en cálculos acerca de las probabilidades de manifestación, en ciertos grupos, de ciertas clases de enfermedades. También en consonancia con la lógica del riesgo, estos perfiles de subpoblaciones quedan definidos por datos demográficos, historiales familiares y datos relacionados con el estilo de vida.

Estas prácticas de identificación y terapéuticas sobre los individuos se articulan —para Rose— con las que se rigen por la susceptibilidad, de la mano de las tecnologías de exámenes, detección e imágenes crecientemente complejas. El vínculo de estas tecnologías con la intervención pasa fuertemente por la relación de los estados asintomáticos o protoenfermedades con las industrias farmacéuticas, ya que imponer y posicionar estos estados previos como afecciones válidas requiere, entre otros elementos, el desarrollo de investigaciones a gran escala y de largo plazo de fármacos para condiciones que no son en sí mismas enfermedades, con los ejemplos paradigmáticos de los hipolipemiantes e hipoglucemiantes.

La susceptibilidad se define al nivel de cada cuerpo, no ya en términos de peligrosidad, sino gracias a la identificación de las variaciones en las secuencias de las bases de ADN en el genoma de una persona, que la predispone al desarrollo de una enfermedad o un trastorno particular y a la posibilidad de reaccionar frente a ciertos tratamientos. En una entrevista se remarca esta jerarquización de la susceptibilidad para el caso del TDAH, como lógica que se articula con factores ambientales, y con un supuesto sustrato bioquímico. Esta explicación no prescinde de la valoración de bases emocionales, sino que las integra con los antedichos elementos, aunque subordinados analíticamente a los aspectos genéticos:

E44. Méd. especialista en Neurología infantil: Hay una actitud mucho más sensible, más dinámica. Lo que quiero decir es que no cualquier chico hace realmente

un trastorno atencional. Lo hace el que tiene susceptibilidad por un lado, y por otro lado aquel que tiene un ambiente que precipita, que facilita. El tema central gira en que el TDAH a lo largo de estas cuatro o cinco décadas fue jerarquizándose como un trastorno que tiene una susceptibilidad genética, que requiere un ambiente que lo facilite, y que tiene un probable sustrato bioquímico.

Los programas orientados a identificar variaciones en el nivel genómico ofrecen a los médicos una promesa de superación de las caracterizaciones epidemiológicas enfocadas en indicadores de riesgo u orientadas al testeo de la eficacia de fármacos. Son programas que tornan posible un diagnóstico individual y un tratamiento a medida. La evaluación de la susceptibilidad se diferencia de la del riesgo porque las variaciones de las secuencias son inherentes a los mecanismos por los cuales se desarrolla la enfermedad. En la misma entrevista, el profesional aludió a los avances en los estudios genéticos y a las posibilidades que abren para afinar el diagnóstico del TDAH:

E44. Méd. especialista en Neurología infantil: Con las neurociencias, a través de un mejor conocimiento de la neuroquímica, de los neurotransmisores, a través de las neuroimágenes funcionales, empezamos a entender cómo funciona el cerebro, y lo pudimos comprobar en acción, *in vivo*. A través de los estudios genéticos, de la neurogenética, a través de la neuroquímica, empezamos a separar, a poder deslindar dentro de este paquete, de esta bolsa de gatos, distintos tipos de trastornos que adquirieron jerarquía individual. Entonces el trastorno atencional empezó a separarse del paquete.

En el TDAH, específicamente, desde diversas áreas relevantes para las neurociencias se realiza toda una cantidad de estudios genéticos, neurobiológicos y de neurofarmacología, que intentan determinar los genes o los *loci* genéticos subyacentes al trastorno, y que sostienen la idea de una etiología genética para el TDAH. Además de los mencionados, la neurobiología del TDAH se nutre crecientemente de estudios basados en neuroimágenes. Las tres principales técnicas que han generado información en el caso del TDAH son los estudios basados en la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y los estudios basados en la Resonancia Magnética Nuclear (RMN), tanto los estructurales como los funcionales (Kollins 2009).

A pesar de lo expuesto, vale mencionar que las enfermedades complejas comunes suelen involucrar más de un gen, con lo cual los exámenes genéticos para detectar susceptibilidades a trastornos genéticos de gen único resultan limitados, aunque su difusión va en ascenso.

Susceptibilidad, riesgo y peligrosidad: triangulaciones y funcionalidades

En virtud de las transformaciones en los procesos de diagnóstico, tanto la medicina —en sentido amplio— como la medicina mental cuentan con herramientas tecnológicas para establecer perfiles poblacionales de riesgo, de acuerdo con los padecimientos psíquicos o físicos. Esto es posible, entre otras razones, por los avances logrados en biotecnología y por su articulación con las industrias farmacéuticas (Conrad 2007; Conrad y Leiter 2004). A la vez, y aunque todavía se encuentran muy limitados, las tecnologías y los programas orientados a la identificación de variaciones en el nivel genómico auguran avances aún insospechados.

Los dispositivos de individualización que surgen de las estrategias fundadas en la lógica del riesgo y en la de la susceptibilidad se diferencian de los imperantes en el siglo XIX (asilo, prisión, escuela u hospital) en que no se asientan ni en la visibilidad material de la institución, ni en un sistema de conocimiento unificado.

La combinación de factores de riesgo que permiten la individualización de un sujeto, se obtiene recolectando información de diversas fuentes y estableciendo la probabilidad futura de ocurrencia de algún evento riesgoso. La susceptibilidad, por su parte, reelabora algunas tecnologías de evaluación y predicción del riesgo y brinda la promesa de tratamientos a medida.

Las limitaciones y ambigüedades diagnósticas —y a veces de pronóstico de la psiquiatría somática— que quedan expuestas en el caso del TDAH, pero que también emergen en otros cuadros entendidos como psicopatológicos, buscan ser conjuradas a través de estas matrices del riesgo y de la susceptibilidad. Sin embargo, y como surge de las fuentes, estas evocaciones se circunscriben a la esfera de la conceptualización teórica, porque reiteradamente, en las fundamentaciones acerca del diagnóstico clínico del niño con TDAH, toma fuerza una matriz de peligrosidad que involucra elementos morales. Esta circunscripción responde a las lógicas mismas del riesgo y de la susceptibilidad, que propenden a la escisión entre la fundamentación teórica y la práctica clínica.

Por ejemplo, los factores de riesgo son enunciados reiteradamente bajo un lenguaje estadístico-epidemiológico, aunque en Argentina no se publican estadísticas de alcance nacional que proporcionen la información pertinente para sustentar tales enunciados. Respecto de la susceptibilidad, se menciona una multiplicidad de aspectos

relacionados con el diagnóstico genético, la influencia del ambiente y de la familia, entre otros; aunque no se utilicen esas tecnologías para realizar el diagnóstico. De hecho, el diagnóstico es referido casi unánimemente en los documentos como una instancia donde lo que prima es la clínica, y que tiene como objeto y blanco al individuo.

E2. Méd. pediatra: El problema de esta enfermedad es que no hay un marcador biológico. Si bien es biológica la cuestión, no hay un estudio que determine —como en un diabético, por ejemplo, se hace una glucemia—, no hay manera de arribar al diagnóstico con ningún estudio complementario. [...] en general el diagnóstico es clínico, y clínico, no médico, sino a través del interrogatorio, a través de las consultas con las maestras.

E4. Lic. en Psicología: Bueno, el diagnóstico del TDAH es un diagnóstico clínico, no existe un estudio complementario, de imágenes, no existe un estudio neurológico, no hay un *dosaje*, no hay nada que te certifique ese diagnóstico.

E7. Méd. psiquiatra: Generalmente, el diagnóstico es clínico, ahora lo que quieren hacer es poner escalas para protocolizar todo y que se pueda hacer estudios de investigación y tener estadísticas. [...] Es que el diagnóstico es clínico, por más que pongan las escalas, el diagnóstico va a seguir siendo clínico.

E19. Méd. psiquiatra: El diagnóstico... es clínico. Lo que pasa que en psiquiatría, yo te diría, en conducta, todos los diagnósticos son clínicos [...]. No hay ningún estudio, no hay ningún electro que diga “estas imágenes son de un TDAH”.

De todas maneras, no concluyo que la escisión entre los enunciados y las prácticas signifique una traba o un fracaso en la incorporación de estas lógicas a la actividad clínica. Tampoco, que las alusiones sean una cuestión meramente discursiva. Antes bien, considero que la circulación de enunciados vinculados al riesgo y a la susceptibilidad en los discursos de los profesionales, aun de manera fragmentada y disociada de la práctica clínica, es expresión de la hibridez que caracteriza los procesos diagnósticos y de tratamiento en salud mental en el siglo XXI. La palabra hibridez es adecuada para referirse a algunas conjunciones analizadas, sin entenderla como sinónimo de inespecificidad, ni como la expresión de una transición de una matriz de inteligibilidad a otra, sino como el modo concreto en el que se ponen en juego dispositivos, tecnologías, instrumentos, saberes, instituciones, discursos y prácticas puntuales en torno al diagnóstico y tratamiento del TDAH.

La reformulación de la salud y la normalidad. Algunas coordenadas teóricas a modo de cierre

La matriz de la susceptibilidad reedita la idea de predisposición a la debilidad heredada, a la vez que reelabora algunas tecnologías de evaluación y predicción del riesgo, e investigaciones epidemiológicas sobre prevalencia de enfermedades. Para Rose, nos hallamos frente a una nueva estrategia de control que no puede asimilarse linealmente a una nueva eugenesia o un nuevo determinismo genético, porque la biocriminología contemporánea no entiende la biología como destino ineludible, sino abierta a la susceptibilidad, la predicción y la prevención. Hoy en día, la biocriminología opera sobre un espacio de problemas perfilado por el carácter epidémico atribuido a las conductas antisociales y violentas que llevan adelante los individuos susceptibles que “fallan” en su autogobierno, a los que se busca identificar, a fin de intervenir y reducir el riesgo para sus familias y comunidades (Rose 2010).

La matriz de la susceptibilidad tiene vínculos y diferencias con la del riesgo. La evaluación en términos de riesgo atiende a la probabilidad de que un individuo desarrolle un trastorno. Para ello, se basa en la asignación de categorías de riesgo de tipo probabilístico y factorial. Por eso, la evaluación no se desprende de la identificación de una ruta etiológica distintiva de la enfermedad. Esto diferencia la matriz del riesgo de la de la susceptibilidad, cuya aspiración diagnóstica es alcanzar la precisión molecular, basándose en la identificación de variaciones genómicas.

Tanto el riesgo como la susceptibilidad son modalidades que comparten una perspectiva orientada a traer al presente los distintos futuros posibles, y convertirlos en objeto de cálculo e intervención correctiva. Sin embargo, ambos se diferencian en que el riesgo mantiene el acento en la población, aunque actúe en individuos que presenten factores de riesgo; y la susceptibilidad recae sobre el individuo, es una evaluación completamente individual.

Esta individualidad, sin embargo, difiere de la que se ancla en la lógica de la peligrosidad. En este último caso, la individualidad se asocia a una corporalidad ubicada al nivel molar, es decir, relativa a los órganos y funciones corporales; y la susceptibilidad concibe al cuerpo en su individualidad molecular, o sea, en relación con los genes y moléculas que lo componen (Rose 2007b).

La susceptibilidad introduce una torsión en la díada salud/enfermedad, porque asume que aunque subpoblaciones o individuos hoy sean asintomáticos o presin-

tomáticos, están “en riesgo” o son “prepacientes”. Esta torsión se da también en la díada prevención/intervención, que es reconfigurada a la luz de las tecnologías de la vida, ya que para optimizar las probabilidades de vida del individuo se busca no sólo revelar estas patologías invisibles lo más pronto posible, sino intervenir en ellas, aun en un estado de presintomaticidad. Finalmente, la lógica de la susceptibilidad se introduce como una cuña entre los términos de la díada normal/patológico (Novas y Rose 2000; Rose 2010), por su capacidad de enfocarse en las simientes de futuros problemas y actuar sobre ellos en términos tanto de diagnóstico como de tratamiento.

Más ampliamente, y en relación con las teorizaciones foucaultianas acerca del biopoder (Foucault 2000 y 2002), la triangulación de peligrosidad, riesgo y susceptibilidad encuentra un correlato en el modo de considerar las corporalidades en las que recae. El cuerpo de la peligrosidad es el cuerpo molar, disciplinable, relacionado con el polo anatomopolítico del biopoder. El cuerpo del riesgo es un cuerpo que se vincula con los aspectos biopolíticos del biopoder, ya que aborda al cuerpo en cuanto elemento de una población que presenta características relevantes por regular. Por último, el cuerpo de la susceptibilidad es un cuerpo individualizado pero que no se encara desde lo anatómico o lo fisiológico, sino desde lo genético, en lo que Lemke denominó “política molecular”, ubicándola en un nivel complementario al de las otras dos (Lemke 2011).

Aunque para Rose es aún incipiente una generalización de sistemas de predicción del riesgo de anomalías en el futuro inmediato, sí coincide con Castel en que las nuevas tecnologías de información, registro y coordinación hacen posibles modalidades de vigilancia novedosas. Como expuse, en el TDAH estas modalidades se insinúan con fuerza, alcance y efectos dispares. *

Referencias

1. Ariès, Philippe. 1987. *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Madrid: Taurus.
2. Bär, Nora. 2010. La otra cara del déficit de atención. *La Nación*, 27 de marzo. <<http://www.lanacion.com.ar/1247800-la-otra-cara-del-deficit-de-atencion>>.
3. Barcala, Alejandra. 2010. “Estado, infancia y salud mental: impacto de las legislaciones en las políticas y en las prácticas de los actores sociales estatales en la década del 90”. Disertación doctoral, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
4. Bianchi, Eugenia. 2015. Infancia, normalización y salud mental. Figuras históricas y encadenamientos actuales

- en la formulación del ADHD. *Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos* (en prensa).
5. Bianchi, Eugenia y Silvia Faraone. 2015. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA/H). Tecnologías, actores sociales e industria farmacéutica. *Revista Physis. Revista de Salud Pública* (en prensa).
 6. Castel, Robert. 1984. *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama.
 7. Castel, Robert. 1986. De la peligrosidad al riesgo. En *Materiales de Sociología crítica*, comps. Fernando Álvarez-Uría y Julia Varela. Madrid: La Piqueta, 219-243.
 8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2015. *Página web en Español. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades*. Nota: "Datos sobre el TDAH". <<http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/adhd/facts.html>>.
 9. Clarín. 2008. Un empleado con déficit de atención pierde un mes de trabajo por año. *Diario Clarín*, 28 de mayo. <<http://edant.clarin.com/diario/2008/05/28/sociedad/s-01681546.htm>>.
 10. Conrad, Peter. 2007. *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
 11. Conrad, Peter y Valerie Leiter. 2004. Medicalization, Markets and Consumers. *Journal of Health and Social Behavior* 45: 158-176.
 12. Donzelot, Jacques. 1998. *La policía de las familias*. Valencia: Pre-Textos.
 13. Forni, Floreal, María Antonia Gallart e Irene Vasilachis de Gialdino. 1992. *Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación*. Buenos Aires: CEAL.
 14. Foucault, Michel. 1996. *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
 15. Foucault, Michel. 2000. *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
 16. Foucault, Michel. 2001. *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
 17. Foucault, Michel. 2002. *Historia de la sexualidad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
 18. Foucault, Michel. 2005. *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
 19. Foucault, Michel. 2006. *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
 20. Guemureman, Silvia. 2011. *La cartografía moral de las prácticas judiciales en los Tribunales de Menores. Los tribunales orales en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Editores del Puerto.
 21. Kollins, Scott. 2009. Genética, neurobiología y neurofarmacología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista Española de Toxicomanías* 55: 19-28.
 22. Kornblit, Ana Lía (coord.). 2007. *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.
 23. Lemke, Thomas. 2011. Beyond Foucault. En *Governmentality. Current Issues and Future Challenges*, comps. Ulrich Bröckling, Sussane Krassmann y Thomas Lemke. Nueva York - Londres: Routledge, 165-184.
 24. López, Ana Laura. 2010. "Proceso de reforma legal e institucional del sistema penal juvenil en la Provincia de Buenos Aires (2000-2009)". Disertación de Maestría, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
 25. Marradi, Alberto, Nora Archenti y Juan Ignacio Piovani. 2007. *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Emeccé.
 26. Mendizábal, Nora. 2006. Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En *Estrategias de investigación cualitativa*, coord. Irene Vasilachis de Gialdino. Barcelona: Gedisa, 65-105.
 27. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de Argentina. Resolución N° 2857/2006. *Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades*. Comité de Ética de Conicet. <<http://www.conicet.gov.ar/documentos/11716/0/RD+20061211-2857.pdf>>.
 28. Ministerio de Salud de Argentina. Resolución N° 1480/2011. *Guía para investigaciones en salud humana*. <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/185000-189999/187206/norma.htm>>.
 29. Nani, José Félix. 2010. *El que no atiende no entiende... ADHD. Trastorno por déficit de la Atención e Hiperquinesia*. <<http://adhd.com.ar/publicaciones16.htm>>.
 30. Novas, Carlos y Nikolas Rose. 2000. Genetic Risk and the Birth of the Somatic Individual. *Economy and Society* 29, n° 4: 485-513.
 31. Oates Turner, Margarita. 2010. *Detección precoz del déficit de atención con y sin hiperactividad. ADHD. Trastorno por déficit de la Atención e Hiperquinesia*. <<http://adhd.com.ar/publicaciones5.htm>>.
 32. Parker-Pope, Tara. 2010. ¿Déficit de atención en el matrimonio? *La Nación*, 24 de julio. <<http://www.lanacion.com.ar/1287706-deficit-de-atencion-en-el-matrimonio>>.
 33. Rose, Nikolas. 1990. Of Madness Itself: *Histoire de la Folie* and the Object of Psychiatric History. *History of the Human Sciences* 3, n° 3: 373-380.
 34. Rose, Nikolas. 1996. Psychiatry as a Political Science: Advanced Liberalism and the Administration of Risk. *History of the Human Sciences* 2, n° 9: 1-23.
 35. Rose, Nikolas. 1998a. Governing Risky Individuals: The Role of Psychiatry in New Regimes of Control. *Psychiatry, Psychology and Law* 5, n° 2: 177-195.
 36. Rose, Nikolas. 1998b. *Inventing our Selves. Psychology, Power and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
 37. Rose, Nikolas. 2007a. Genomic Susceptibility as an Emergent Form of Life? Genetic Testing, Identity, and the Remit of Medicine. En *Biomedicine as Culture. Instrumen-*

- tal Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*, eds. Regula V. Burri y Joseph Dumit. Nueva York – Londres: Routledge, 141-150.
38. Rose, Nikolas. 2007b. *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton – Oxford: Princeton University Press.
39. Rose, Nikolas. 2010. 'Screen and Intervene': Governing Risky Brains. *History of the Human Sciences* 23, n° 1: 79-105.
40. Rose, Nikolas, Pat O'Malley y Mariana Valverde. 2006. Governmentality. *Annual Review of Law and Social Science* 2: 83-104.
41. Scandar, Rubén. 2000. TDAH va a la escuela. *Revista Terremotos y Soñadores. TDAH Journal* 1: 14-17.
42. Scandar, Rubén. 2009. *El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: su comprensión y tratamiento*. Buenos Aires: Distal.
43. Talak, Ana María. 2005. Eugenesia e higiene mental: usos de la psicología en Argentina (1900-1940). En *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, comps. Marisa Miranda y Gustavo Vallejo. Buenos Aires: Siglo XXI, 563-599.
44. Tallis, Jaime. 2007. Neurología y trastorno por déficit de atención: mitos y realidades. En *Niños desatentos e hiperactivos. ADD/ADHD. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*, comp. Beatriz Janin. Buenos Aires: Noveduc, 187-223.
45. Valles, Miguel. 2000. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
46. Varela, Julia y Fernando Álvarez-Uría. 1991. *Arqueología de la escuela*. Madrid: La Piqueta.
47. Vasen, Juan. 2011. *Una nueva epidemia de nombres impropios. El DSM-V invade la infancia en la clínica y las aulas*. Buenos Aires: Noveduc.
48. Vasilachis de Gialdino, Irene (coord.). 2006. *Estrategias de investigación cualitativa*. Madrid: Gedisa.