

SECRETARIA DE PROGRAMACION PARA LA PREVENCION DE LA DROGADICCION Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRAFICO

Informe Final:

La Medicalización de la Infancia. Niños, Escuela y Psicotrópicos

(Primera Parte)

La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, a través del Observatorio Argentino de Drogas, conjuntamente con el Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, elaboraron el Informe "La Medicalización de la Infancia. Niños, Escuela y Psicotrópicos", con el objetivo de explorar, mediante un enfoque sociológico y con el aporte de un equipo interdisciplinario, el proceso de medicalización/medicamentación de la infancia.

PALABRAS PRELIMINARES

La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, por intermedio del Observatorio Argentino de Drogas, y la Universidad de Buenos Aires, a través del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales, desarrollaron el informe titulado "La Medicalización de la Infancia. Niños, Escuela y Psicotrópicos".

La participación institucional de estos organismos en el proceso de conformación de este estudio se desarrolló a partir de una división temática para poder abordar de manera complementaria e integral la totalidad del objeto de estudio que se procuró examinar. En este contexto, el Observatorio Argentino de Drogas coordinó el área de educación y el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales hizo lo propio pero desde el campo de la salud.

Debido a la extensión de este estudio y a la importancia y necesidad de difundir la totalidad de sus contenidos, el mismo se publicará en tres ediciones. Esta versión se dedicará fundamentalmente a precisar todo lo concerniente a la introducción y al marco teórico específico de la materia. La segunda parte (que se publicará el 22 de junio de 2009) se referirá a los resultados de esta investigación aplicados en el campo escolar, el campo de la salud y otros actores sociales. Finalmente, en la tercera y última parte (que se publicará el 29 de junio de 2009) se desarrollarán las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

En relación a lo manifestado, esta edición describirá la introducción, como capítulo marco de la investigación, donde se destacarán las siguientes secciones: formulación del problema y objetivos, aspectos metodológicos, antecedentes y estado del tema, marco teórico conceptual, comportamiento de la importación, facturación y dispensación del metilfenidato y la atomoxetina en niños con diagnóstico de TDA/H en la República Argentina, y organización del informe.

INTRODUCCION: FORMULACION DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

EL TDA/H como analizador

El estudio "La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos", es una investigación cualitativa que tiene como marco institucional al Observatorio Argentino de Drogas de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico (SEDRONAR) y el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, a partir de un convenio general de colaboración mutua.

El estudio tiene como objetivo explorar mediante un enfoque sociológico y con el aporte de un equipo interdisciplinario el proceso de medicalización/medicamentación de la infancia.

La medicalización de la vida es un fenómeno que viene siendo abordado desde hace varias décadas por diferentes autores de la medicina, la antropología y la sociología (Illich, 1976, Conrad, 1982; Menendez, 1994; Grimberg, 1995; Maglio, 1998).

La medicalización de la vida refiere al proceso progresivo mediante el cual el saber y la práctica médica incorpora, absorbe y coloniza esferas, áreas y problemas de la vida social y colectiva que anteriormente estaban reguladas por otras instituciones, actividades o autoridades —como la familia, la religión, etc.— (Foucault 1996; Illich 1976).

Lo novedoso de la situación actual es la radicalización y reconfiguración que este proceso ha adoptado en los últimos años (Iriart, 2008).

El concepto de medicalización de la infancia se entiende a partir de una serie de prácticas que llevan a patologizar la conducta infantil mediante diversas estrategias. Sin embargo, en este estudio interesa profundizar en una de estas formas: la medicación o el tratamiento farmacológico, de allí el concepto de medicamentación.

El abordaje con medicación supone replantearse los riesgos a nivel físico que una droga puede tener en la salud de un niño y en los riesgos posibles respecto de la habitualidad y banalización del uso de fármacos que un proceso de medicación/medicamentación desde tan corta edad puede ocasionar, especialmente teniendo en cuenta que su uso responde a determinados imaginarios de "adaptación social", "éxito" y "rendimiento", como se visualizará en el desarrollo del estudio.

Para este trabajo se abordará el uso de psicotrópicos en niños a partir de un analizador: el Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, conocido como TDA/H o ADHD, según sus siglas en castellano o inglés (1).

Se entiende por analizador una situación, un problema, que al ser abordado permite dar visibilidad a una lógica de construcción social que trasciende esa situación o problema. Como señala Murillo, "desde hace algo más de veinticinco años, ha comenzado a operarse en el mundo una profunda transformación histórica que ha afectado tanto a la ciencia, a la tecnología, a la educación, a la organización del trabajo, a las relaciones políticas como a las formas de subjetividad" (Murillo, 2002:15). Muchos de estos elementos se encuentran presentes en la problemática del TDA/H posibilitando su abordaje en el sentido de analizador.

Se centrará para este abordaje en el concepto de dispositivo desarrollado por Foucault (1985). Un dispositivo es el ajuste particular y concreto entre las dos formas del saber desarrolladas por este autor, los visibles y los enunciables: las prácticas y los discursos. El poder como la instancia que articula y hace funcionar juntas las dos prácticas inmanentes del saber (el poder "ni habla ni ve, hace ver y hablar" [Deleuze 1987: 111]). A esta relación Foucault la denomina "poder-saber". "Poder y saber se implican directamente el uno al otro; no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber, ni de saber que no suponga y no constituya al mismo tiempo unas relaciones de poder. (...) el sujeto que conoce, los objetos a conocer y las modalidades de conocimiento son otros tantos efectos de esas implicaciones fundamentales del poder-saber y de sus transformaciones históricas." (Foucault, 2002: 34).

En este sentido, los dispositivos no sólo son productores de saber —producen discursos y prácticas— sino fundamentalmente son productores de subjetividad.

El TDA/H como analizador posibilita aproximarse a este proceso de saber/poder por las siguientes razones:

- El importante número de niños y niñas diagnosticados con y tratados por este "síndrome" en la

Argentina (Benasayag et. al., 2007).

- El incremento de diagnósticos de niños y niñas cada vez más pequeños, así como la prescripción de medicamentos (Vasen, 2005; Benasayag et. al., 2007).
- La inespecificidad del diagnóstico (Benasayag et. al, 2007; Janin, 2007).
- El tipo de medicación indicada —psicoestimulantes— (Zieher, 2007; Brio, 2007).
- Los intentos de redefinir el "síndrome" para darle carácter crónico (Michanie, 2000; Scandar, 1999).

Antecedentes del proyecto

En el estudio "La medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos", realizado por el Observatorio Argentino de Drogas entre enero de 2006 y febrero de 2007 (2), se focaliza en la problemática del proceso de banalización de los medicamentos psicotrópicos desde las diferentes instancias, patrones y representaciones que este fenómeno presenta.

Una de las conclusiones a la que llega este estudio es que la tendencia a buscar en la farmacología los recursos eficaces para una performance social exitosa no se reduce al mundo adulto.

Numerosos profesionales de la salud, han alertado en sus entrevistas y en los talleres de devolución de resultados que se han realizado —en el marco del estudio referido—, acerca de la tendencia creciente en las últimas décadas del consumo de psicotrópicos en niños en edad escolar principalmente bajo un diagnóstico de TDA/H.

El tratamiento farmacológico de este síntoma, tal como es diagnosticado, suele llevarse a cabo con metilfenidato, droga cuyo nombre comercial más conocido es la Ritalina®.

Se trata de un estimulante de acción similar a las anfetaminas, que por su potencialidad adictiva está incluido en el listado de psicofármacos de alta vigilancia controlados por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de la ONU.

Su venta en el país requiere el uso de un recetario oficial que los médicos deben solicitar al Ministerio de Salud. Las recetas se dan por triplicado y con archivo en la Administración de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). En los últimos años, el TDA/H también se trata con otra droga, la atomoxetina, que no requiere este mismo procedimiento.

El ámbito escolar funciona como el escenario en el que el diagnóstico que lleva al tratamiento farmacológico "se muestra". Los síntomas que habilitan el diagnóstico son, entre otros: falta de atención, hiperactividad y otras manifestaciones asociadas que conducen a problemas de rendimiento académico y/o de conducta.

La problemática muestra dos grandes líneas de debate en torno al tema: la del diagnóstico del TDA/H y la del tratamiento farmacológico, que en términos analíticos se puede identificar separadamente pero debe tenerse en cuenta su correlación.

En lo que respecta al diagnóstico, lo que es puesto en discusión es la existencia o no del síndrome o trastorno. En relación al tratamiento, lo que se discute es el modo en que este síndrome o trastorno debe ser abordado. Frente a esta cuestión aparecen opiniones y prácticas que se alinean con las diversas posturas en torno al problema del diagnóstico.

Este debate será abordado en la investigación en tanto concierne para esclarecer el punto que

convoca: comprender de qué modo las prácticas, discursos e imaginarios que se presentan en el proceso de diagnóstico y tratamiento farmacológico del TDA/H estarían constituyendo un proceso de medicalización/medicamentación en la infancia.

Según el DSM-IV, manual que tiene como objetivo proporcionar criterios diagnósticos específicos de los distintos trastornos mentales, el síndrome está incluido dentro de lo que denomina como "Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador".

El TDA/H puede presentarse en su tipo combinado (déficit de atención e hiperactividad) o con predominio de déficit de atención o con predominio hiperactivo-impulsivo.

En todos los casos para elaborar el criterio de diagnóstico, el manual describe un grupo de síntomas de los cuales deben cumplirse un número mínimo especificado de síntomas y un tiempo mínimo determinado en el que estos persistan.

Se intentará profundizar en los imaginarios sociales que se activan a través de estas categorías. Esto puede ayudar a pensar respecto a cómo estas mismas categorías se construyen a partir de diversos imaginarios que funcionan de acuerdo a determinados patrones culturales.

También puede evidenciar el peso que estos imaginarios tienen en la implementación de prácticas y abordajes con respecto a la medicalización/medicamentación de la infancia.

Se considera que esta "estrategia farmacológica" está hablando de un clima de época en donde lo farmacológico como solución representa un recurso rápido y eficaz de una sociedad que no se puede pensar como no exitosa y no placentera, siendo éstas dos caras de una misma moneda.

En ese sentido, es importante preguntarse si esta solución farmacológica resulta un síntoma epocal que desde un disciplinamiento medicamentoso y bajo el discurso de la eficiencia encierra para el niño —y para sus padres y profesionales comprometidos— un desafío lleno de incertezas que terminan posicionándolo en una definición moral.

¿Cuál es la percepción de los actores que intervienen en el tema, respecto a la tendencia a medicar a los niños bajo un diagnóstico de TDA/H?, ¿qué posiciones emergen?, ¿cuáles son las características particulares que toma el proceso de medicalización en niños diagnosticados con TDA/H? Estos interrogantes, que entre otros se intentará abordar en la investigación, giran en torno a la problemática del consumo de psicotrópicos en niños y su relación con dos ámbitos: el escolar y el de salud.

Se comprende que un estudio de estas características podrá darle al problema en cuestión un enfoque desde las ciencias sociales que contribuya al estado de la cuestión y al debate en torno políticas públicas. Por otro lado, pretende ampliar las instancias de sensibilización y toma de conciencia en los agentes comprometidos en la problemática y en la sociedad en general en relación al uso responsable de medicamentos y la prevención de conductas de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.

(1) A lo largo del trabajo se utilizará la sigla TDA/H. Sin embargo, en los casos en que se reproduzca una entrevista se respetará la denominación que el entrevistado ha manifestado. Igual procedimiento se realizará en el caso de citas bibliografía.

(2) La medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos, Observatorio Argentino de Drogas , SEDRONAR, 2007. Disponible en www.observatorio.gov.ar.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la problemática de consumo de psicotrópicos en niños diagnosticados con TDA/H y su relación con los procesos de medicalización/medicamentación desde el campo médico y escolar.

Objetivos Específicos

- Analizar la relación entre medicación/medicamentación y escolaridad.
- Identificar aspectos relacionados con el nivel socioeconómico y marcos culturales que se asocien con el problema.
- Analizar los discursos y representaciones sociales existentes en cada campo.
- Identificar e interpretar los imaginarios sobre el niño diagnosticado con TDA/H.
- Explorar los circuitos de diagnóstico y tratamiento que conforman el proceso.
- Identificar los aspectos fenomenológicos que designan el TDA/H y el modo en que éstos son definidos y abordados por los agentes involucrados.
- Identificar los recursos disponibles y los deseables para el abordaje del problema.
- Explorar la actitud frente a la medicación en cada campo.
- Indagar la cuestión de la habitualidad y conductas adictivas con relación al proceso en cuestión.
- Explorar otros actores que intervienen en el proceso (asociaciones de padres, industria farmacéutica y medios de comunicación).
- Identificar complejidades, dificultades y obstáculos del problema.
- Proponer recomendaciones a partir de los datos analizados.

ASPECTOS METODOLOGICOS

Abordaje teórico metodológico

El estudio tiene un enfoque cualitativo, poniendo en primer plano el discurso de los agentes del "campo escolar y de la salud".

Desde la decisión de trabajar metodológicamente en vistas a estos campos a fin de pesquisar tensiones, luchas, acuerdos y articulaciones, se apoyará conceptualmente en la teoría de los campos de Pierre Bourdieu.

La noción de campo esbozada por el sociólogo francés brinda herramientas de análisis y ayuda a comprender la puja entre estos dos campos del saber —el escolar y el de salud— y fundamentalmente analizarlos en relación con la apropiación de un saber-poder que está en juego dentro de la problemática del TDA/H y el uso de psicotrópicos.

Para Pierre Bourdieu los campos son espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias. Aunque el autor está hablando

de cierta especificidad de cada uno de los campos, al mismo tiempo señala que pueden observarse leyes generales de funcionamiento válidas para campos diversos.

Un campo se define fundamentalmente precisando lo que está en juego y los intereses específicos del mismo, que son irreductibles a los intereses de otros campos. En este sentido, cada campo genera el interés que le es propio y que es la condición de su funcionamiento.

Un campo además de un campo de fuerzas, constituye un campo de luchas destinadas a conservar o a transformar ese campo de fuerzas. También un campo social como campo de luchas no debe olvidar que los agentes comprometidos en las mismas tienen en común un cierto número de intereses fundamentales, todo aquello que está ligado a la existencia misma del campo como una suerte de acuerdo y complicidad tácita acerca de lo que merece ser objeto de lucha (Bourdieu, 1995; Gutiérrez, 1997).

Sobre el trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó en dos etapas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), que incluye la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires, en la Ciudad de Ushuaia, en la Provincia de Tierra del Fuego, en la Ciudad de Corrientes, en la Provincia de Corrientes y en la Ciudad de Salta (Provincia de Salta).

Una primera etapa, exploratoria y centrada en entrevistas a informantes claves a partir de la técnica de bola de nieve, se desarrolló entre octubre y diciembre de 2007, donde también se relevaron las ciudades de Comodoro Rivadavia (Provincia del Chubut), y Río Grande (Provincia de Tierra del Fuego), como parte del acercamiento al campo.

Una segunda etapa, realizada entre abril y junio de 2008, delimitó para el abordaje de los actores que intervienen en la problemática, los campos de educación y salud. Las técnicas de recolección de datos utilizadas en esta etapa fueron entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

Para la selección de las ciudades en esta segunda etapa de campo se realizó un diseño de segmentación de los puntos muestrales. Para esto se tomaron los datos de expendio de metilfenidato y atomoxetina por provincia para el año 2006. Estos datos fueron suministrados por la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA).

Para la organización de dichos puntos muestrales se tomó una decisión metodológica que orientara el trabajo de campo. Así se construyó un indicador, sólo a los efectos metodológicos, de expendio de drogas (metilfenidato y atomoxetina) en población entre 5 y 19 años.

Sin embargo se debe aclarar, tal como se muestra en el punto sobre "Comportamiento de la importación, facturación y dispensación del metilfenidato y la atomoxetina en nuestro país", este procedimiento es sólo a los fines metodológicos y con el objeto de priorizar jurisdicciones para el trabajo de campo. No constituye un dato válido ni de consumo, ni de población bajo tratamiento. Es sólo una construcción orientativa que permitió diseñar y priorizar los puntos nodales del trabajo de campo.

De esta manera se construyeron dos grandes grupos de provincias:

- Grupo 1: Aquellas provincias con mayor expendio de metilfenidato y/o atomoxetina por población de 5 a 19 años. Este grupo fue categorizado como de "alto expendio". Dentro de este grupo se seleccionó al AMBA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires) y la Provincia de Tierra del Fuego. También se encuentran en esta categoría las provincias de Mendoza, Córdoba y San Juan, entre otras.

- Grupo 2: Se seleccionaron a las provincias de Salta y Corrientes que integran el listado de provincias que se encuentran dentro de la categoría de "bajo expendio" de las dos drogas por

habitante entre 5 y 19 años.

Se incluyeron como unidades de estudio informantes claves en los ámbitos educativos y sanitarios, así como referentes de laboratorios de especialidades medicinales.

En calidad de informantes clave, se entrevistaron a expertos que trabajan el tema desde diversos campos, funcionarios de los campos de la salud y la educación, asociaciones de padres de niños diagnosticados con TDA/H, profesionales de la industria farmacéutica, especialistas en discapacidad e integración escolar, psicólogos y a una periodista que ha abordado la problemática en medios masivos.

Las unidades de estudio estuvieron constituidas para cada campo desde una muestra intencional no representativa.

En el campo escolar se realizaron entrevistas individuales y grupos focales a docentes (de nivel primario y en algún caso de nivel preescolar), directores y psicopedagogos, gabinetes

de psicopedagogía y otras modalidades de orientación escolar de escuelas públicas y privadas.

En el campo escolar las entrevistas suman un total de 53 (cincuenta y tres), distribuidas entre informantes clave (IC) y escuelas públicas y privadas de diversas modalidades de los puntos muestrales abordados.

En el caso de las escuelas, las entrevistas fueron realizadas a docentes, directivos y gabinetes psicopedagógicos (GP) (3).

El reclutamiento se hizo por medio de contactos con autoridades de ministerios provinciales y por la técnica de bola de nieve. La distribución del campo escolar según los puntos muestrales y actores entrevistados se distribuyó de la siguiente manera:

- AMBA: Total 28 entrevistas. 15 grupos focales a docentes, 6 a GP y 7 a IC.
- Tierra del Fuego (Ushuaia y Río Grande): Total 12 entrevistas. 5 grupos focales a docentes, 2 a GP y 5 a IC.
- Corrientes: Total 5 entrevistas. 2 grupos focales a docentes, 1 a GP y 2 a IC.
- Salta: Total 6 entrevistas. 4 grupos focales a docentes y 2 a GP.
- Comodoro Rivadavia: Total 3 entrevistas. 2 grupos focales a docentes y 1 a GP.

Se ha tenido en cuenta escuelas de gestión pública y privada que abarcan diversos sectores sociales y también se ha considerado diversos tipos de escuelas según perfiles o modos educativos.

Las modalidades de los colegios relevados pueden distinguirse por su acercamiento o distanciamiento a modos pedagógicos tradicionales y a su nivel de exigencia. A fin de tener en cuenta las características singulares de la totalidad de escuelas relevadas, se describirán los aspectos sobresalientes de cada tipo analizado (4).

(3) En esta categoría también se incluyen otras modalidades como Equipos de Orientación Escolar o Docente.

(4) Esta tipología refleja las características sobresalientes del corpus de escuelas relevadas en este trabajo y no intenta reflejar a la totalidad de escuelas no incluidas en este campo.

Tradicional

En general en este tipo de escuelas, prima un modelo de enseñanza tradicional, es decir, no se llevan a cabo estrategias pedagógicas alternativas sino que se manejan con un modelo clásico de enseñanza.

En estos colegios no se hace hincapié en ninguna disciplina en particular, si bien tienen una formación global es homogénea en todas las asignaturas.

En el caso de las escuelas de gestión privada, pueden ser de jornada completa o simple, pero no son bilingües y la mayoría son confesionales y están subsidiadas por el estado nacional.

El perfil social en el caso de las privadas suele ser de clases medias y medias bajas, mientras que en las de gestión pública es clase media baja y clases bajas.

No Tradicional

Son colegios con una corta trayectoria en el área educativa. Son instituciones jóvenes como así sus innovaciones pedagógicas que se dan tanto en lo que refiere a la dimensión académica como a la cuestión disciplinaria. En general los cursos están compuestos por grupos reducidos (no más de 20 alumnos por curso).

Cuando hay jornada completa, generalmente por la mañana funciona la escuela con su currícula oficial y por la tarde, en algunos casos hay idiomas y en otros funcionan talleres extracurriculares optativos. Dentro de los talleres que se ofrecen están las áreas deportivas y artísticas.

El proyecto suele tener una impronta psicologista que se expresa en un discurso de enseñanza personalizada y en su trato con los alumnos y las familias donde se privilegian los aspectos actitudinales y emocionales.

En el caso de las escuelas privadas, se trata de proyectos educativos basados en una educación laica y con formación bilingüe o inglés intensivo. En las escuelas públicas se trata de proyectos que se desarrollan en algunas provincias y que se reconocen como experimentales.

En las escuelas de gestión privada, el perfil social de las familias es medio y medio alto, mientras que en las públicas suele haber familias de sectores bajos, medios y medios altos con interés en propuestas no tradicionales.

Alta Exigencia

Estos colegios se destacan por su alta exigencia y el prestigio institucional. La exigencia puede estar focalizada en diversos aspectos (desarrollo de habilidades sociales, deportivas, académicas) bajo ideales de competencia y éxito social.

Son escuelas privadas de doble jornada escolar y con proyectos bilingües, como condición excluyente. Son colegios con una larga trayectoria y tradición en el país que se fundan en tradiciones educativas y culturales de países europeos. Las cuotas de estos colegios son altas y responden a un perfil social medio alto y alto.

Para el abordaje del sector salud las unidades de estudio en las diferentes jurisdicciones fueron: médicos pediatras, psiquiatras infanto juveniles y neurólogos infantiles pertenecientes al subsector público y al subsector privado. La muestra de informantes del campo médico a la cual

se le aplicó las entrevistas fue no probabilística intencional, construida a partir de la técnica de bola de nieve.

Se entrevistaron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Gran Buenos Aires:

- Pediatras: Total 7 entrevistas. 2 entrevistados con actividades prioritarias en el sector público, 2 entrevistados con actividades prioritarias en el sector privado y 3 entrevistados con actividades en el sector público y en el sector privado.
- Psiquiatras infanto juveniles: Total 7 entrevistas. 3 entrevistados con actividades prioritarias en el sector público y 4 entrevistados con actividades en el sector privado.
- Neurólogos infantiles: Total 5 entrevistas. 3 entrevistados con actividades prioritarias en el sector público y 2 entrevistados con actividades prioritarias en el sector privado.

Se entrevistaron en la Provincia de Salta:

- Pediatras: Total 4 entrevistas. 2 entrevistados del sector privado y 2 entrevistados del sector público.
- Psiquiatras infanto juveniles: Total 1 entrevista. Perteneciente al sector público privado.
- Neurólogo infantil: 3 entrevistados pertenecientes al sector público privado.

Se entrevistaron en la Provincia de Tierra del Fuego:

- 2 psiquiatras infanto juveniles.
- 1 neurólogo infantil: único en la provincia, perteneciente al subsector público y que viaja una vez al mes desde Buenos Aires.

Se entrevistaron en la Provincia de Corrientes:

- 1 psiquiatra infantil.
- 1 neurólogo infantil.
- 2 pediatras.

La muestra de informantes además contó con tres entrevistas a agentes de propaganda médica y dos entrevistas a médicos, líderes de opinión de laboratorios.

El trabajo de campo en el sector salud se completó con tres entrevistas a informantes clave del campo médico y de la industria farmacéutica.

Se debe aclarar que a excepción de la Provincia de Tierra del Fuego, en las otras jurisdicciones donde se realizó el trabajo de campo, no existía la dedicación exclusiva a un subsector.

Si bien esto fue un obstáculo, particularmente para la selección de aquellos profesionales del subsector público, la selección de los entrevistados fue cuidadosa y priorizó la inserción con mayor dedicación.

Asimismo se debe destacar que en relación a las especialidades de psiquiatría infantojuvenil y/o neurología infantil en algunas jurisdicciones se contaba con un solo profesional (que desarrollaba su inserción en el ámbito público y/o privado) o con profesionales itinerantes, que concurrían una vez al mes desde Buenos Aires.

Si bien este trabajo, en lo referente al campo sanitario, no incorporó el componente de la psicología como profesión interviniente en los procesos de medicalización, debido a que el objeto de estudio eran profesionales que pudieran "prescribir medicación", se considera pertinente y necesario abordar el campo de la psicología en una siguiente etapa de profundización.

A pesar de esto hubo una decisión metodológica de realizar una entrevista a un informante clave de la psicología y realizar un grupo focal con un equipo de psicología infantil de un hospital pediátrico de una de las jurisdicciones seleccionadas.

Fuentes secundarias

Se trabajó con análisis de datos secundarios de diversas fuentes tales como: bibliografía y estudios del Ministerio de Salud, legislaciones y pedidos de informes de ambas cámaras legislativas, material de fundaciones privadas y bibliografía específica sobre el tema.

Esta situación sirvió para abordar el estudio de los actores involucrados, el proceso de redefinición del trastorno de déficit de atención, los cambios producidos en los diagnósticos, los decisores políticos y la expansión de la medicalización/medicamentación en el conjunto social.

Se profundizó en la lectura de manuales de clasificación médica tales como: la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE 10ª Revisión) y Criterios Diagnósticos de los Trastornos Mentales de American Psychiatric Association (DSM IV). Adicionalmente se analizaron instrumentos institucionales, publicaciones científicas nacionales e internacionales, formularios terapéuticos y manuales de psiquiatría.

Se completó la información con recopilación y análisis de artículos periodísticos referidos al tema del TDA/H a fin de elaborar un capítulo sobre la presentación del problema en los medios.

Procesamiento de los datos

El proceso de análisis del material se realizó en una primera etapa a partir de un procesamiento manual longitudinal y matricial de análisis de contenido que permitió diseñar un instrumento de procesamiento o manual de códigos. La segunda etapa fue a través de la utilización del software de procesamiento cualitativo "Atlas-Ti".

ANTECEDENTES Y ESTADO DEL TEMA

Hay en la aproximación hacia la problemática del TDA/H una confluencia de diversos campos de acuerdo a la multiplicidad de intereses en juego.

Básicamente pueden advertirse, como se ha hecho en el estudio anterior sobre psicotrópicos en la vida cotidiana ya citado, dos grandes líneas para encarar el tema en cuestión.

Por un lado, la que se sostiene sobre el desarrollo reciente de las llamadas neurociencias que, desde un apoyo fuerte sobre los avances en genética y neurología, tienden a brindar respaldo científico al uso de medicamentos psicotrópicos en diversas terapias.

Por otro, la que retoma ciertas tradiciones de crítica social y psicoanalítica acerca de las problemáticas del sujeto en la modernidad y posmodernidad, desde la que se construye una

fuerte crítica hacia el avance de las terapias con medicamentos psicotrópicos y tiende a pensar como una cuestión cultural y sintomáticamente de época al TDA/H. No necesariamente esto sucede fuera del campo propiamente médico o de la salud mental, siendo que es posible observar una crítica de profesionales especialistas hacia el tratamiento del TDA/H al interior del mismo campo.

Será importante hacer un detalle de los antecedentes sobre el tema desde cada uno de los campos que convocan esta problemática.

El campo médico

Con relación al campo médico, resulta ilustrativo el artículo "ADHD is best understood as a cultural construct" publicado en British Journal of Psychiatry pues se trata de un breve artículo en el cual se enfrentan dos miradas acerca de la creciente problematización del TDA/H. Una es la que presenta el psiquiatra Timimi (2004), donde sostiene que el TDA/H debe ser entendido desde una perspectiva cultural, en la medida en que involucra el modo en que la natural inmadurez de la infancia es entendida culturalmente en el medio social, a la vez que encuentra pocas evidencias científicas sostenibles en torno del diagnóstico de TDA/H.

Por otra parte, Eric Taylor (2004) sostiene que el medio social puede afectar el modo en que se concibe el desorden de hiperactividad en la infancia, más no existe una construcción social de la hiperactividad que justifique desestimarla como patología en términos médicos.

Al interior del campo médico en la República Argentina, cabe destacarse el libro de Rubén O. Scandar (1999) "El niño que no podía dejar de portarse mal", donde el autor plantea, que entre el 3% y el 5% de los niños en edad escolar padecen el TDA/H y alude a que estas siglas identifican el síndrome psiquiátrico infantil más investigado en los últimos años.

Sin embargo, Scandar señala con qué poca profundidad y seriedad científica es abordado este síndrome. En este sentido, el desconocimiento y confusión en torno al TDA/H es tan común, que esto conlleva a la realización de falsos diagnósticos y evitables tratamientos.

El autor describe el TDA/H y señala que durante la infancia, dos son los contextos fundamentales donde se manifiestan los síntomas; el entorno familiar y el entorno educativo, ya que en estos espacios es donde la vida cotidiana de los niños debe seguir una secuencia, ciertas pautas y rutinas obligadas a las cuales los mismos deberían adaptarse.

Ahora bien, en lo que respecta a la presentación y definición del TDA/H, Scandar se refiere al síndrome como un trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Al mismo tiempo éste es explicado por una perturbación en el campo de la atención, en el control de los impulsos y la hiperactividad.

Para el especialista argentino, el origen del síndrome es aún desconocido, sin embargo los estudios científicos lo vinculan con una alteración en la performance del cortex prefrontal en la proyección del estriado ventral. Esto significa considerar la enfermedad a partir de un componente genético. En relación con el procedimiento del diagnóstico, éste se realiza evaluando un listado de dieciocho síntomas siempre y cuando éstos no sean favorables al rendimiento académico, social, y laboral de los individuos.

Para el correcto diagnóstico el autor alerta que los síntomas deben aparecer antes de los siete años de edad, es decir en la niñez y deben exteriorizarse en más de un ámbito social.

Un aspecto muy importante a la hora de realizar el diagnóstico del TDA/H, según lo señalado por el autor, es que debe descartarse que los síntomas no puedan ser explicados y analizados por otras causas o razones.

Es decir, por trastornos de ansiedad infantil, depresiones, trastorno bipolar, epilepsia, apnea del

sueño, etcétera. Para Scandar el síndrome de TDA/H no tiene "cura", es por eso que habla de una enfermedad crónica que se puede prolongar también en la adolescencia y en la adultez.

La cronicidad se manifiesta ya que una vez que las diferencias biológicas mencionadas producen el surgimiento de los síntomas, éstos tienden a mantenerse durante toda la vida, aunque modificando su presentación según los diferentes momentos evolutivos.

Según lo advierte Scandar, el TDA/H es definido como un trastorno de déficit de atención de hiperactividad, y es considerado un síndrome porque reúne un conjunto de síntomas que señalan la presencia de un trastorno o enfermedad.

Por su parte, también en el ámbito local José Félix Nani⁽⁵⁾ ha publicado un artículo llamado "Trastornos de la Atención su relación con el aprendizaje. Aspectos Medicobiológicos del Síndrome A.D.H.D", donde desde una perspectiva que reconoce al TDA/H como una patología clínica, se realiza una distinción entre alteraciones específicas de aprendizaje y TDA/H, mencionando que el tratamiento y la farmacología involucrada en el segundo en nada favorecen —y hasta resultan perjudiciales— en el primero de los casos.

Por otro lado, se menciona la problemática del temor de los padres al "fracaso escolar" de sus hijos, en relación con lo cual se plantea la cuestión del TDA/H.

Una particularidad mencionada por varios autores, entre los que se cuentan a Nani, es que se trata de una problemática que afecta en su mayoría a varones. Asimismo, se plantea el problema que el TDA/H acarrea en los espacios de socialización, ya sea el laboral, escolar o familiar.

Se encuentra en el autor una mirada favorable sobre el uso de metilfenidato, hallándose dentro de terapias consideradas ventajosas para la problemática, aunque en un marco de articulación con terapias de tipo psicológico.

En esa misma línea ha presentado la American Academy of Pediatrics (USA)⁽⁶⁾ un documento en que se indica una definición de TDA/H en la cual se lo considera una "condición de la mente" que provoca que el niño no controle su comportamiento y le genera problemas en su vida social.

En el mismo, se indica sintéticamente posibles síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad. Por otro lado, se muestra la necesaria intervención del pediatra en el proceso del diagnóstico y se señalan diversos aspectos del tratamiento, entre las cuales se cuenta la medicación. Es interesante señalar que se indica que el TDA/H aún no tiene cura, en la medida en que no se conocen certeramente sus causas, aunque sí se indica que hay muy buenos tratamientos para ello.

El debate sobre la medicación es retomado por Juan Manuel Saucedo-García, (2005) editor de la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social en su escrito, "Controversias sobre el uso de psicofármacos en niños y adolescentes", desde donde también toma posición por otra cuestión que ha aparecido como crítica hacia el uso del metilfenidato en niños, la acusación acerca de que podría provocar dependencia hacia la sustancia así como facilitar el acceso simbólico a otras drogas de abuso.

El autor menciona las voces que se han alzado contra el uso del metilfenidato, como "droga adictiva", rebatiéndolas e indicando que carecen de sustento científico en las críticas que se le han hecho. Frente a esto el autor sostiene que el tratamiento con psicotrópicos estaría actuando como factor de protección contra el desarrollo posterior de adicciones a drogas. En ese sentido, se concluye que el metilfenidato no encuentra motivos para ser prohibido, sino que se lo considera parte del tratamiento adecuado para el TDA/H o trastornos depresivos.

Por la otra línea de análisis de la cuestión en la Argentina, donde se ubica a los profesionales que rescatan desde una mirada crítica la tradición psicológica y psicoanalítica para abordar la

cuestión del TDA/H, se encuentra el Consenso de Expertos del Area de la Salud sobre el llamado "Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad", donde un grupo de profesionales de reconocida trayectoria en el campo de la psicología, la psiquiatría, la neurología, la pediatría, la psicopedagogía y la psicomotricidad elaboró un documento sobre el TDA/H para acercar al Ministerio de Salud desde una postura crítica respecto a lo que percibe como un proceso de simplificación de la problemática infantil contemporánea.

El documento está firmado por Silvia Bleichmar, Beatriz Janin, Ricardo Rodolfo, Marisa Rodolfo, León Benasayag, Jaime Tallis, Juan Carlos Volnovich, Mónica Oliver, José R. Kremenhusky, Mario Brotsky, Héctor Vázquez, Marilú Pelento, Sara Slapak, Isidoro Gurman, Estela Gurman, María Cristina Rojas, Silvia Pugliese, Gisela Untoiglich, Miguel Tollo, Jorge Garaventa, Isabel Lucioni, Mabel Rodríguez Ponte, Rosa Silver y Juan Vasen.

El documento alerta sobre "una multiplicidad de diagnósticos psicopatológicos y de terapéuticas que simplifican las determinaciones de los trastornos infantiles y regresan a una concepción reduccionista de las problemáticas psicopatológicas y de su tratamiento (...) un biologismo extremo que no da valor alguno a la complejidad de los procesos subjetivos del ser humano".

Quienes suscriben al mencionado escrito plantean la necesidad de abordar la problemática desde una mirada que rescate a la familia, la escuela y los demás actores que gravitan sobre el niño en la actualidad, donde el tratamiento con medicamentos queda, cuando menos, relegado.

Uno de los firmantes es el neuropediatra Jaime Tallis, quien en su artículo "La medicalización desresponsabiliza", señala que el TDA/H debe comprometer no sólo a los profesionales de la salud sino a la escuela, las instituciones educativas y a la industria farmacológica. Para él existen presiones que hacen que este síndrome sea tan difundido y haya una sobrediagnóstico del mismo.

Para este mismo autor, los sobrediagnósticos o diagnósticos errados han tenido consecuencia muy fuertes en los niños. Su postura es tratar de reducir al máximo el uso farmacológico en los niños. En este sentido, Tallis menciona; "es más fácil pensar que una pastilla puede solucionar un problema que pensar que es parte de un proceso" (Tallis, 2006: p. 36).

Por otra parte existen autores que plantean el rol activo del complejo médico industrial en la construcción de nuevos padecimientos y en la instalación de estrategias de marketing dirigidas cada vez más a la población sana. Dentro de estos nuevos padecimientos en el análisis siempre está presente el TDH/A.

Estos trabajos se basan en que para expandir el mercado, los laboratorios no sólo usan las conocidas tácticas de marketing, sino que, más y más prefieren utilizar nuevas estrategias para detectar "población de riesgo" y aumentar la demanda de servicios y del consumo de fármacos.

El eje analítico está en la comercialización de medicamentos dirigidos a problemas de la vida en un doble sentido: como elemento fácil de control social a través de etiquetar a los sujetos como enfermos o en riesgo de enfermar; pero además dirigidos a producir grandes beneficios económicos para ciertos grupos de poder, particularmente la industria farmacéutica. Se destaca en este sentido los textos y artículos de Lakoff, A (2003); Blech, J. (2005); Moynihan, R. y Cassels, A.(2006); Jara, M. (2007); Gonzalez Pardo, H. y Pérez Álvarez, H. (2007); Iriart, C. (2008).

(5) Se puede consultar en el siguiente sitio Web: <http://www.adhd.com.ar/publicaciones2.htm>.

(6) Se puede consultar en el siguiente sitio Web: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/attentiondeficithyperactivitydisorder.html>.

El campo educativo

En el campo educativo resulta significativo el peso que cobran los discursos críticos respecto a los procesos de diagnóstico y tratamiento con psicotrópicos en la problemática del TDA/H.

A fin de dar cuenta de alguna de las voces expertas que se encuadran en esta línea, se debe comenzar diciendo que en junio de 2007 se llevó a cabo el I Simposio Internacional "Niños desatentos e hiperactivos", organizado por el ForumTDA/H ⁽⁷⁾ y NOVEDUC.

Este encuentro estuvo conformado por un grupo de profesionales (psicólogos, neurólogos, psiquiatras, pediatras, psicopedagogos), preocupados por el auge que ha tomado en los últimos tiempo la patologización y la medicalización infantil en torno al tema del TDA/H ⁽⁸⁾.

(7) <http://www.forumtda/h.com.ar/presentacion.htm>.

(8) Para este año se prevé un II Simposio Internacional sobre la patologización de la infancia. El mismo se realizará el 4 y 5 de septiembre de 2009 manteniendo el proyecto original y se titulará, "La patologización de la infancia: niños o síndromes". Fuente: <http://www.forumtda/h.com.ar/>.

En este encuentro participaron muchos de los profesionales que firmaron el Consenso de Expertos del Area de la Salud, antes mencionado, así como profesionales del área de educación y de campos interesados en la temática.

Como se mencionaba anteriormente, la entidad organizadora fue la revista Novedades Educativas, NOVEDUC, la cual parece haberse consolidado como tribuna de crítica en el espacio complejo conformado por la confluencia de los campos de la educación y de la salud como problemática de investigación. En torno a la revista se han ido sumando distintas voces que interpretan el problema del TDA/H desde una perspectiva crítica en la cual se puede destacar la construcción de diversos focos en el desarrollo de sus artículos.

Se pueden identificar tres grandes líneas de argumentaciones respecto al tema que se analizara.

En un primer caso, se observa la presencia de una línea de abordaje signada por una perspectiva de análisis macrosocial, tratando de encarar la problemática como una construcción, como un resultado de la modernidad actual (que algunos refieren como "modernidad líquida" mientras otros "posmodernidad").

Dentro de ella se encuentran los trabajos de Janín (2004) y Levin (2000) quienes abordan el problema del TDA/H desde una mirada que retoma elementos de la sociología y la psicología. Se cuestionan principalmente el rol del sujeto y la construcción de la subjetividad en relación a esta problemática.

En líneas generales, estos trabajos, antes que sugerir recomendaciones concretas, rescatan la importancia de interpretar la problemática desde otro punto de vista al estrictamente neurológico y encarar soluciones amplias, que abarquen todos los aspectos de la subjetividad del niño, incluyendo cuestiones de contexto social y familiar como así también los valores hegemónicos de época.

Siguiendo estas argumentaciones, el artículo de Levin (2000) "Modernidad e infancia: el estar mal del niño en escena" enfoca el tema de la *des-atención* infantil desde una mirada que problematiza la niñez en relación con el actual tiempo histórico moderno. Por otro lado, una cuestión que resalta es la constitución del "niño hijo" como objeto de consumo en la modernidad, sobre lo cual pesa una exigencia social determinante sobre la propia temporalidad en que se asienta la infancia. En ese sentido sostiene Levin, la temporalidad infantil se acelera velozmente

para que sea el mejor representante de ese mundo moderno.

Según el autor, se requiere un niño-hijo competente que pueda desenvolverse en la dinámica mercantil, por este motivo se configura un imaginario de temor al fracaso muy fuerte y el punto es cómo responden los niños ante ello para recuperar el amor parental.

Asimismo, la modernidad reciente ha invertido la promesa de padres a hijos, el padre ya no es la figura depositaria de garantías sino que ahora la promesa recae en los hijos-niños.

Según el autor, ante esa presión el niño responde con desatención, movimiento constante, problemas de aprendizaje, etcétera. Necesariamente ello repercute de modo notorio en la escuela, como representante de ese otro mundo moderno.

En esta misma línea frente al tema, se inscribe el libro de Beatriz Janin (2004), "Niños desatentos e hiperactivos: TDA/H/ADHA. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad", donde la especialista se pregunta acerca de los nuevos malestares que produce la cultura en nuestro quehacer; ¿qué molesta a los niños en la actualidad y por qué hay que medicar para evitar estos malestares? En este sentido, estas preguntas abren el siguiente interrogante: el niño "sano" ¿debe o no "molestar" al adulto? Para responderlo la autora toma de Winicott, la idea que el niño que no molesta, así como el niño que no juega, debe despertar sospechas y no lo contrario.

Dentro de esta perspectiva, se señala que el surgimiento del TDA/H en la República Argentina se instaló como una novedad que inundó el mercado, seduciendo a padres, maestros, médicos, etcétera. Por otro lado, junto con otros factores despojó al psicoanálisis y lo colocó en el lugar de una terapia fuera de moda y de poco efecto curativo a corto o mediano plazo. De esta manera, señala Beatriz Janin, quedan borradas categorías diagnósticas entre neurosis y psicosis y se remplazan por TDA/H.

La autora muestra cómo la aparición del fenómeno TDA/H en la Argentina, se dio en un contexto social muy particular; la época de la velocidad, del fast food, del consumo de objetos, imaginarios y actividades.

Janin (2004) señala que los niños desatentos e hiperactivos no pueden ser diagnosticados homogéneamente y subraya que generalmente en el proceso de diagnóstico, prima el punto de vista biologicista. Este punto de vista sostiene que la posibilidad de cura está en la medicación como solución "mágica" y simplificadora de la situación. De este modo, destaca que existe una gran heterogeneidad de niños desatentos y quizás cada uno de ellos tenga diversas razones para no prestar atención en clase, es decir comportarse de modo diferente a lo esperable por el mundo adulto.

A diferencia de Scandar (2003), quien entiende el TDA/H como una enfermedad orgánica, Janin afirma que éste síndrome no es sólo una enfermedad neurológica, sino que bajo el nombre de TDA/H se agrupan diversas expresiones múltiples del sufrimiento y psiquismo infantil. En tanto sujetos en estructuración, los niños no merecen ser etiquetados con los mismos criterios que se utilizan para los adultos.

La autora toma posición con respecto al tema y cuestiona los rótulos y saberes comunes en las determinaciones de la desatención y la hiperactividad, para rescatar la subjetividad de cada niño y niña. En síntesis, para Janin el TDA/H reflejaría una única categoría y un etiquetamiento que tiende a englobar un universo de diversas situaciones o problemáticas que dan como resultado un déficit de atención.

Por su parte, cabe mencionar al artículo de la misma autora "La construcción de la subjetividad y los diagnósticos invalidantes", escrito desde una perspectiva similar en NOVEDUC. La autora construye la problemática del TDA/H desde una mirada que critica el modo en que el niño es planteado incorrectamente como un adulto pequeño, donde la clave son los otros como

"protectores y continentes".

El punto es que la cuestión suele ponerse en evidencia al interior de la institución escolar. Sucede que se trata de un momento histórico en que los adultos han perdido redes identificatorias, siendo ganados por sensaciones de impotencia, lo cual repercute sobre las exigencias que se construyen hacia la infancia.

Surgen nuevas patologías diagnosticadas desde los saberes expertos que en vez de hablar de la transformación de la infancia en la actualidad hablan en términos de "patologización de la infancia", dando cuenta del rol de los padres y el modo en que éstos promueven la dispersión y el movimiento en los niños. En ese marco, se critica el uso de la medicación como una forma de generar dependencia al niño.

En una segunda línea argumentativa, autores como Untoiglich (2004), Osorio (2007), canalizan la problemática del TDA/H como fuertemente ligada a la necesidad de control social que tiene el poder, a veces sutilmente definido como el poder del Estado, otras como el poder del mercado y el capitalismo y el rol protagónico que juega un actor clave ausente en la anterior línea de análisis: la industria farmacéutica.

En este sentido, la crítica otorga peso determinante a la primacía de la interpretación médica y específicamente neurológica de la problemática y se la relaciona con la necesidad de disciplinar las mentalidades.

Siguiendo esta línea crítica se destacan los artículos como el de Gisela Untoiglich (2004) "Diagnóstico de A.D.D.: efectos clínicos sobre la subjetividad", donde se problematiza la construcción del TDA/H como una cuestión objetiva, en la medida en que según ella, es parte del mismo proceso de avance de las neurociencias sobre el psicoanálisis; ya no se toma en cuenta a la subjetividad ni a su impronta en el plano social, sino meramente lo farmacológico y la sintomatología como patologías "científicas", lo cual deja de lado gran parte del fenómeno.

El TDA/H es abordado como una construcción teórica que supone un recorte de la realidad, en favor de intereses puntuales de sectores científico económicos. Mientras se define vagamente al TDA/H en los medios, la difusión que obtiene se encuentra sumamente sesgada con respecto a las particularidades clínicas del trastorno. Por otro lado, la única solución mencionada en el artículo, como aproximación del sentido común hacia ello, es la opción de la medicalización, lo cual se critica como respuesta simplista ante la cuestión.

En esos términos, los síntomas aparecen como molestos, mostrando cierta intolerancia con respecto a la niñez en la sociedad actual.

Bajo esta segunda línea también se puede mencionar al artículo de Fernando Osorio (2007), "Los medicamentos y la industria farmacéutica", quien aborda la problemática del aumento general del consumo de medicamentos ansiolíticos y antidepresivos, en particular para el caso de la Argentina, aunque no sólo de ella, sino también como cuestión global de acuerdo a los gastos y las políticas de los laboratorios productores.

Se asienta esto en un proceso histórico de medicalización que se inscribe en la tendencia propia de la modernidad tardía de aplacar los malestares que aquejan al sujeto, a quien intentan, asimismo, reintegrar urgentemente al circuito laboral o educativo. Según el autor, se trata de una "ideología de control social", con lo cual retoma la tradición foucaultiana de poder disciplinario, ahora, a través de fármacos que anestesian la manifestación de los padecimientos.

En ese sentido, se condena la exclusividad de la clínica neurológica por cuanto evita al sujeto y trata directamente con el cuerpo. Se busca la supresión de síntomas, la disminución de signos visibles del "malestar en la cultura"; el DSM IV se considera como ejemplo de ese tipo de clasificaciones.

En lo que tiene que ver con TDA/H, se critica el hecho de que las manifestaciones aludidas en el DSM IV puedan ser vistas en cualquier niño normal hoy día. Por otro lado, se critica que aún no haya evidencias de éxito en el tratamiento con medicamentos a largo plazo en ese trastorno, lo cual se hace en la mayoría de los casos. Según este autor, el problema con el DSM IV no es que sus descripciones sean falsas sino que se masifican y se utilizan ideológicamente esos patrones de diagnóstico sin considerar el entorno psicosocial o familiar. Se piensa al sujeto como un "inadaptado" a quien se debe encarrilar. Ante ello se necesita recuperar la dimensión clínica y apelar al psicoanálisis como reconocimiento de la dimensión subjetiva de la cuestión.

Por último, en una tercera perspectiva se plantea la búsqueda de soluciones concretas al interior de espacios puntuales. Se construye un análisis desde un nivel meso-social, es decir, al nivel del sujeto infantil y su entorno, particularmente educativo. Dentro de este grupo, se destacan los trabajos de autores como Bendersky (2007), Aizencang (2007), González, Haramboure (2007).

Este grupo de autores se propone incorporar con relevancia el espacio del aula y el rol de la escuela para el tratamiento del TDA/H. Además realizan sugerencias concretas sobre cómo tratar a estos chicos.

Como ejemplo de este grupo se puede mencionar al artículo de Bendersky y Aizencang (2007) "«A-tendiendo» a la complejidad escolar" donde, partiendo de entender que existe un sobrediagnóstico de TDA/H, se plantea la necesidad de atender a la problemática áulica más allá del modelo tradicional de rotulación y culpabilización del alumno, de resultas que se pierde la subjetividad del alumno y pasa a "ser TDA/H".

Según las autoras, es "necesario pensar al sujeto en situación", en particular teniendo en cuenta que la escuela produce sujetos y que los alumnos se encuentran con requerimientos novedosos en su historia de vida. El problema es cuál es la responsabilidad que le cabe a la escuela en tanto productora de sujetos en esta problemática.

Se propone una comprensión crítica del rol de la escuela, para lo cual se toma el aporte de Vigotsky ⁽⁹⁾, en lo concerniente al "papel de la escuela y el de los educadores en la enseñanza y el aprendizaje de la atención". Entre sus aportes, se rescata que la atención infantil está orientada por el interés del niño, el cual adquiere así un significado pedagógico excepcional. Por otro lado, se toma también del mismo autor su análisis acerca de la relación entre atención y distracción, no como opuestos, sino como complementarios.

En ese sentido, se plantea indagar a qué cosa el niño está atento antes de conformarse con la "desatención" ante algún estímulo específico. Se hacen, de ese modo, sugerencias destinadas al educador y la institución, tendientes a una apropiación pedagógica de esa mirada sobre atención/desatención.

En cuanto a la relación entre clínica y escuela, se rescata la importancia de la vinculación fluida entre los profesionales que tratan con el niño, de modo que se fomente el debate y la crítica de las propias conceptualizaciones aportando, desde los diferentes lugares de vinculación con el niño, una riqueza inabordable sin esa fluidez.

Se propone recuperar la especificidad de la situación pedagógica frente al facilismo de los diagnósticos de TDA/H, para enfrentar el etiquetamiento reinante. Bendersky y Aizencang (2007) señalan el desafío que supone para la escuela de: revisar sus prácticas, desafiarse frente a las diferencias, tolerar la incertidumbre en el marco de una construcción compartida y sostenida.

Bajo esta línea, también cabe mencionar al artículo de González y Haramboure (2007), "Patologizar la infancia vs. despatologizar la patología", donde se trabaja desde una mirada crítica la construcción social del fracaso escolar, donde se suele hablar de "problemas de aprendizaje" y no "de enseñanza", orientando el problema hacia el alumno-niño antes que hacia las prácticas de enseñanza escolar.

Se critica la extensión del paradigma médico hacia el interior de la práctica escolar, el cual ha dado lugar a dispositivos asociados al diagnóstico prescriptivo y teorías conductistas.

De ese modo, se naturalizan las diferencias y se clasifica en normales/anormales, aprobados/desaprobados, culpables/inocentes, en el marco de una lógica binaria y reduccionista. Se concluye que la escuela aparece como un espacio donde la relación es asimétrica y moral, no neutral y política, de lo cual los autores parten para sugerir la necesidad de abrir un proceso de reflexión sobre "nuestras prácticas".

(9) Vigotski, es el fundador de la teoría socio cultural en psicología. Su obra en esta disciplina se desarrolló entre los años 1925 y 1934, fecha en la que falleció a los 38 años de edad. La teoría de Vigotsky se basó principalmente en el aprendizaje sociocultural de cada individuo y por lo tanto en el medio en el cual el mismo se desarrolla.

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

Medicalización: concepto central en el proceso de investigación

El presente texto rescata algunas líneas generales que pincelan tendencias del proceso de medicalización que hoy siguen presentes, y que resultan útiles para pensar y analizar cuestiones vinculadas al TDA/H.

La medicalización como proceso histórico es un tema muy amplio, que ha sido abordado desde múltiples campos y tradiciones de pensamiento. Acuñado por el filósofo, historiador y crítico social Ivan Illich, en su libro "Némesis médica: la expropiación de la salud" en el año 1975, el término "medicalización" define un proceso que se extiende imparablemente por la sociedad de nuestro tiempo, por el cual los médicos se ocupan y tratan problemas no médicos que atañen al bienestar humano, es decir problemas asociados irremediamente a características intrínsecas de la vida, a la condición humana misma tales como: la sexualidad, la infelicidad, el deterioro biológico, el envejecimiento, la soledad y la muerte, entre otros. Así, problemas de la vida son tratados en términos de problemas médicos, como enfermedades.

La traducción al castellano de medicalisation consiste en un neologismo cuyo uso ha sido muy difundido, aunque no ha sido incluido aún en el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española. Los diccionarios médicos o de salud pública han definido la medicalización como la absorción de problemas de naturaleza no médica por la medicina, sea por atribución externa, sea por la visión incorrecta del hombre por parte de la clase médica (como la confusión de cuestiones de conciencia con casos psiquiátricos) o como la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas (Kishore, 2002).

Si se conceptualiza este término desde los aportes de las ciencias sociales, Michel Foucault abordó la cuestión de la medicina y la medicalización como estrategia de gobierno de las poblaciones, trabajando sobre la hipótesis que ningún problema es intrínsecamente médico o no.

Desde sus aportes, este autor subraya que el dominio de la medicina no es único e inalterable y no está dado sino que: "Cada cultura define de una forma propia y particular el ámbito de los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos de la conducta que corresponden a la medicina, suscitan su intervención y le exigen una práctica específicamente adaptada. (...) En último término la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado" (Foucault 1996: 21). Foucault identificó una serie de procesos generales para comprender el despliegue de la medicina moderna, que hacen al núcleo más caro del proceso de medicalización:

- La medicalización indefinida: El campo tradicional de la medicina se desplegaba en torno a dos aspectos, la enfermedad y la demanda del enfermo (su sufrimiento, sus síntomas, su malestar). A partir del siglo XX, la medicina se mueve holgadamente por fuera de ese campo original de acción e intervención. Esto, por dos razones, la primera es la medicina que crecientemente se impone al individuo —enfermo o no— como acto de autoridad, dejando así de responder a motivos vinculados sólo con la demanda del enfermo; la segunda, es su objeto de intervención que deja de reducirse a enfermedades. En el siglo XIX todavía existían aspectos que seguían siendo no médicos y por lo tanto no estaban medicalizados. Hoy día, es difícil concebir la existencia de una práctica corporal, una higiene, una alimentación, una moral sexual, etcétera, no controladas ni codificadas por un saber médico y biológico. Todas ellas son susceptibles de intervención médica, sin ser por ello consideradas enfermedades.

- La economía política de la medicina: Si bien la medicina surge como una exigencia de tipo económica hacia finales del siglo XVIII, lo peculiar en la situación actual es el mecanismo por el cual la dicha disciplina logra vincularse con los grandes problemas económicos. En la actualidad, el vínculo entre la economía y la medicina se deriva de la capacidad de esta última de producir riqueza, así la salud se ha convertido en un deseo para algunos y un lucro para otros. La salud ingresa a la esfera económico-mercantil en la medida en que se ha convertido en un objeto de consumo, en un producto que puede ser fabricado por los laboratorios farmacéuticos y consumido por los enfermos reales o posibles. Es en las grandes empresas farmacéuticas donde Foucault ubica los destinos de la rentabilidad económica que derivan de la enfermedad y la salud. Los médicos, aunque puedan recibir mucho dinero en algunos países, obtienen beneficios marginales en relación a estas empresas. Foucault identifica ya en el año 1974 la posibilidad de que los médicos se conviertan en meros distribuidores, intermediarios entre la industria farmacéutica y la demanda de fármacos del paciente (Foucault 1996: 83).

- La iatrogenia positiva: Con este concepto, el autor alude a los efectos médicamente nocivos que se derivan de la intervención médica, en lo que ésta tiene de fundamento racional. La medicina moderna cuenta con instrumentos que pueden provocar o provocan efectos perjudiciales en función de su eficacia terapéutica, y no por una aplicación incorrecta de los mismos. Esta cuestión conduce a la especie humana a un campo de probabilidades y riesgos que excede lo individual o familiar. La vida misma y sus acaecimientos fundamentales ingresan en el campo de acción de la intervención médica. Tal es el riesgo de la medicina actual, el efecto de su práctica y de su saber. A partir del siglo XX, la peligrosidad de la medicina ya no es imputable a su ignorancia o impericia acerca de los temas que trata, ni de su no-cientificidad (todas objeciones que se hacían a la misma antes del siglo XX), sino que el peligro reside en su saber mismo, en la medida en que constituye una ciencia que interviene en la vida de sujetos.

La medicalización se presenta entonces como un producto socio-cultural, donde inciden diversos factores que en un contexto social e histórico específico permiten que se desarrollen las líneas argumentales de los diversos actores sociales que han intervenido e intervienen en la génesis y producción (y reproducción) de dicho proceso.

Una reseña realizada por Conrad acerca de estudios sobre medicalización llevados cabo desde 1980 considera que la clave de este proceso está en la definición de un problema en términos médicos, utilizando un lenguaje médico para describirlo, adoptando un marco médico para entenderlo, y/o utilizando la intervención médica para "tratarlo".

De este modo "la medicalización describe un proceso por el cual problemas no-médicos son definidos y tratados como problemas médicos, generalmente en términos de enfermedades o desórdenes" (Conrad, 1992: 209). Así Conrad da cuenta de una serie de condiciones para que un comportamiento sea medicalizado, esto es, concebido y tratado como enfermedad, de manera tal que se incorpora al ámbito de injerencia de la medicina.

Entre dichas condiciones se encuentra que para que un comportamiento sea medicalizado, éste debe ser considerado anormal y problemático por al menos una parte de la sociedad. Otra condición para que un comportamiento se incorpore al ámbito de la medicina como enfermedad es que las formas previas o tradicionales de control social (que históricamente han sido la religión y el Estado) sean consideradas como ineficientes o inaceptables para tratar ese

comportamiento problemático.

Si bien es la sociedad en su conjunto, o al menos una parte importante de ella la que define un comportamiento como "anormal" y "problemático", ésta definición debe ser compartida también por las instituciones médicas, que aceptan que tal comportamiento anormal entra en su esfera de acción.

Para que un comportamiento sea incorporado a la lógica médica es necesario además, disponer de instrumentos para poder llevar a cabo ese proceso. La medicina hoy cuenta con un arsenal de tecnologías de diversa índole: procedimientos psicológicos, quirúrgicos y genéticos, fármacos psicoactivos, entre otros.

La existencia de algunos datos orgánicos ambiguos sobre la fuente del problema aparece como otra de las condiciones que propician la medicalización de un comportamiento. En esa misma línea Conrad señala como condición, que las instituciones establecidas sean pasibles de obtener un beneficio considerable de la medicalización de tal comportamiento (Conrad 1982: 150).

Por último, para que un comportamiento sea calificado como "anormal" y se mantengan la definición y tratamiento, Conrad establece que es necesario que existan intereses creados por parte de las instituciones, ya sea bajo la forma de institutos de investigación, centros de tratamiento, e incluso organizaciones burocráticas enteras.

También este autor hace un importante aporte al analizar otro aspecto de la medicalización, ubicando las principales consecuencias, que ésta tiene para la vida individual y colectiva de los sujetos (Conrad, 1982: 154).

Entre estas consecuencias destaca: primero, que un problema de comportamiento sea entendido como causado por un desorden orgánico y no por la voluntad del individuo, libera a este de responsabilizarse por los actos que comete; segundo, la expansión creciente de las áreas de incumbencia de la medicina (en consonancia con los aportes de Foucault), expansión que es fomentada por una industria farmacéutica cada vez más poderosa y rentable; tercero, el vocabulario tecnológico-científico de la medicina a menudo contribuye a reforzar la suposición de que conceptos médicos —tales como enfermedad o tratamiento— son moralmente neutrales.

Pero la medicina refleja un orden moral, que no es moralmente neutro sino que frecuentemente es influido por el orden moral de la sociedad; cuarto, delega en expertos médicos la atención de los problemas humanos y sociales, que se sustraen del debate público y son colocados en un plano de debate entre profesionales y expertos.

Por último, Conrad destaca como otra consecuencia que la medicina utiliza diversas tecnologías para el tratamiento del comportamiento "anormal". Estos mecanismos tecnológicos —fármacos psicoactivos, cirugías o intervenciones genéticas— generalmente actúan de manera tal que contribuyen a sostener al statu quo de la sociedad, con efectos poderosos y a veces irreversibles sobre quienes se ejercen.

La medicalización retraduce en cuestiones individuales las dificultades humanas. Omite o relega a un segundo plano la naturaleza social del comportamiento humano, ya que se concentra en el medio ambiente interno del individuo.

De esta manera, obtura otros niveles de intervención. Según Conrad este enfoque en el organismo individual —que está en perfecta consonancia con la ética individualista de la cultura occidental— "deforma la realidad y permite el control social en nombre de la salud" (Conrad 1982: 154).

En varios de los artículos que Thomas Szasz publica en la columna electrónica de la Universidad de Siracusa discute el problema de la medicalización. En Medicalizing Quackery, plantea que el concepto de medicalización reposa en la presunción de que algunos fenómenos

"pertenecen" al dominio de la medicina y otros no. Pero la "pertenencia" de ese fenómeno es un resultado —más o menos arbitrario— de acciones humanas. Para el autor, a menos que se produzca primero un acuerdo en los criue defrienrios que "la enfermedad", es infructuoso debatir si un acto de medicalización particular es válido o no (Szasz 2007a).

Para Szasz es necesario trazar una línea divisoria entre qué es enfermedad y qué no. El interrogante consiste en dónde trazar dicha línea. Este aspecto ya el autor lo trabaja en sus primeros libros dedicados la discusión sobre lo que denominó "el mito de la enfermedad mental" (Szasz, 1970).

En otro de sus artículos, *Medicalization of everyday life*, el autor señala que en definitiva, la medicalización no es medicina, ni ciencia; es una estrategia semántica y social que beneficia a algunas personas y daña a otras. En el pasado, los principales beneficiados eran los psiquiatras, y las personas más evidentemente injuriadas eran los pacientes mentales. Hoy día la situación es más compleja, ya que cualquiera puede, en algún momento, ser alternativamente socorrido o dañado por la medicalización (Szasz, 2007 b).

En occidente, es imposible imaginar la vida en una sociedad que no esté guiada y controlada por la ciencia, especialmente la ciencia médica. En este marco, la medicina y el Estado han formado un vínculo sólido, que Szasz denomina "farmacracia" (Szasz, 2007 a). Algo más de 30 años después de su mención inicial, la definición de medicalización es más compleja, siendo ampliamente utilizado este término.

Recientemente la revista *The Lancet*, en un número titulado "Medicalisation in the 21st century", ha publicado una serie de artículos fruto de una reunión de expertos de varias disciplinas (medicina, psiquiatría, sociología, antropología, historia, estudios étnicos y de género), sobre las implicaciones filosóficas, médicas y políticas de la medicalización. La pregunta central era cómo en el mundo industrializado la medicalización continúa siendo una opción viable en medio de interacciones complejas y contradictorias entre la medicina, las compañías farmacéuticas y la cultura.

Si bien en los inicios el agente de la medicalización era primordialmente el médico, muchos académicos contemporáneos posicionan hoy al complejo médico-industrial como actor que ocupa el lugar que tuvieron los médicos en el proceso de medicalización de la vida humana (Blech, 2005; Moynihan t Cassels, 2006; Metzl y Herzig, 2007; González Pardo y Pérez Alvarez, 2007; Iriart, 2008).

Según estudios previos realizados por el equipo de investigación, se concluyó que las reformas implementadas en el sector salud a partir de la década del 90, mantenidas y profundizadas durante la primeros años del 2000, resignifican los procesos de medicalización. En un artículo de reciente publicación, Celia Iriart (2008) destaca el proceso de reposicionamiento del complejo médico-industrial, a través de radicalizar la medicalización, creando estrategias de comunicación dirigidas directamente a los usuarios, cambiando la definición de enfermedades y creando nuevas entidades nosológicas; presionando a las agencias regulatorias para aprobar nuevos fármacos, tecnologías y tratamientos para que sean financiados por los seguros de salud públicos y privados; y la difusión y generalización de los protocolos clínicos y de la medicina basada en la evidencia (Iriart, 2008, 1620).

En este mismo sentido otros autores afianzan esta direccionalidad analítica destacando el rol del complejo médico industrial en las decisiones diagnósticas (Moynihan, Cassels, 2006; Blech, 2005; Lakoff, 2004). Se observa, así, una predisposición hacia la asistencia entendida como acción terapéutica que reduce la operatoria al síntoma (Bialakowsky, et. al. 2002) el que se direcciona preferencialmente hacia un abordaje uniterapéutico —mediado por la utilización del "fármaco"—, es decir medicamentalizando el proceso mismo de medicalización (Faraone, 2008; Iriart, 2008).

El caso del trastorno del Déficit de Atención con y sin Hiperactividad: Un analizador en los procesos de medicalización

Como ya se ha expresado el TDA/H en este trabajo es abordado como un analizador del proceso de medicalización en la infancia (Cabral Barros, 2007). Es decir como un analizador de una situación, de un problema que al ser abordado permite dar visibilidad a una lógica de construcción social que trasciende esa exclusiva situación o problema, en tanto que permite abordar las estrategias múltiples que se adecuan a este proceso (Faraone, 2008).

En los últimos años una epidemia de niños/as y adolescentes con déficit de atención e hiperactividad parece poblar los espacios escolares.

La difusión de los fármacos como solución se ha naturalizado y ha ingresado en el discurso escolar y médico considerando la medicación como el principal tratamiento a los problemas de atención y de conducta en aumento.

En este escenario Beraldi (2007) plantea la imposibilidad de hablar de psicopatología sin considerar las condiciones sociales, las modalidades de prestación laboral, las relaciones de competencia y sobre todo las formas de comunicación dentro de las que un cuadro psíquico se constituye.

La dimensión social actúa directamente sobre las formas de comunicación y sobre la exposición al flujo comunicativo. En las nuevas generaciones videoelectrónicas, la hiperestimulación de la atención reduce tanto la capacidad de interpretación secuencial crítica, como el tiempo disponible para la elaboración emocional del otro —del cuerpo del otro y del discurso del otro— que busca ser comprendido sin lograrlo. Es decir, provoca un estrés de atención constante y una reducción del tiempo disponible para la afectividad.

El TDA/H, en este contexto, más que un padecimiento o enfermedad constituye, según el autor, un modo de adaptación de un organismo sensible y conciente de un niño a un ambiente en el cual el contacto afectivo ha sido sustraído por flujos de información veloces y agresivos, manifestándose así una forma particular de subjetivación. Sin embargo, esta forma particular de subjetivación es objeto de medicalización.

Así, la niñez y su propia producción/reproducción en mundo actual no escapan a las condiciones definidas para los procesos de medicalización/medicamentación.

La industria farmacéutica promueven cada vez más instancias dirigidas principalmente a padres y maestros para que aumenten la prescripción de psicoestimulantes en niños. Iriart describe que muchos de los diagnósticos se obtienen a través de cuestionarios autoadministrados ofrecidos en portales de Internet, revistas de divulgación, centros de atención primaria, escuelas, o enviados por correo postal a listas de personas que las compañías obtienen.

Estos instrumentos consisten en una lista de síntomas y signos muy generales y subjetivos, de los que basta marcar algunos pocos para recibir la recomendación de consultar a un médico o contactar a la propia empresa farmacéutica para recibir más información.

En la actualidad, para expandir el mercado, los laboratorios utilizan diversas e innovadoras estrategias de marketing orientadas a detectar poblaciones de riesgo y aumentar la demanda de servicios y medicamentos (Iriart, 2008).

La preocupación por la creciente medicalización de estas conductas infantiles ha dado motivo en la Argentina a la redacción en el año 2007 de un Consenso de expertos del área de la salud sobre el llamado "Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad", como ya se ha mencionado.

Este documento parte de la hipótesis que en la Argentina "la práctica de medicar a los niños no refleja más que la intolerancia adulta, respecto del niño diferente: del niño 'molesto'".

Los firmantes consideran que en este momento, el alto porcentaje de niños medicados y la

difusión de la medicación suponen que puede resolver los problemas psíquicos, lo que resulta altamente preocupante. Esta operatoria presume que el modo de contención de un niño desbordado se puede dar a través de una pastilla.

Esta tendencia a la medicación en niños inquietos evidencia un tipo específico de violencia, motorizada desde lo social: la de los tratamientos en los que se medica para tapar trastornos y para no preguntarse acerca del funcionamiento de los adultos. Movimientos que son considerados de deshumanización, de descualificación y de no-reconocimiento. (Janin, 2007).

Todo el documento asimila medicalización con aumento de medicación en niños con TDA/H, y si bien hace hincapié en este aspecto, también presupone el planteo de una serie de problemas, entre otros, el del diagnóstico. Los firmantes del documento consideran inadecuado —desde el punto de vista de la salud pública— unificar a todos los niños desatentos y/o inquietos en una clasificación psiquiátrica donde una categoría descriptiva pasa a ser explicativa de todo lo que le ocurre al niño, y se lo etiqueta con una nueva enfermedad donde el tratamiento médico de primera elección —considerado para la mayoría de los casos— sea la medicación.

En el mismo sentido, a partir de un análisis crítico del rol de los medicamentos en las prácticas de los profesionales de salud, Cabral Barros (2008) ilustra el proceso de aumento de la medicalización de los niños "hiperactivos" en Brasil en los años 2004 y 2005, donde se observa un aumento de la venta y el consumo de metilfenidato.

La asociación directa entre medicalización en la infancia y consumo de psicofármacos se observa también en los países europeos. Un ejemplo de esto lo constituye la "Plataforma Contra la Medicalización de la Infancia", iniciativa que el psicoanalista español Juan Pundik viene desarrollando desde el año 2006. Esta organización surge como respuesta al dictamen favorable de la Agencia Europea del Medicamento (EMA, sigla en inglés) para la utilización de la fluoxetina (Prozac) en niños y adolescentes menores de 18 años.

El diagnóstico médico del TDA/H: el TDA/H en las nosografías internacionales

El diagnóstico de TDA/H puede ser planteado como una de las categorías explícitas o implícitas que integran el entramado proceso salud-enfermedad-atención, en particular en el campo de la salud mental de la infancia, y sus determinaciones sociales, históricas, políticas, económicas y culturales.

Desde esta perspectiva, la construcción del/los diagnósticos, está atravesada por los procesos de medicalización, que se desarrolla en el punto precedente.

Considerando estas aclaraciones, se plantearán dos hipótesis, referidas a la construcción del diagnóstico de TDA/H:

- Las nosografías y clasificaciones internacionales de enfermedades, han tenido un rol significativo, en la instalación del diagnóstico de TDA/H.
- El diagnóstico de chicos con TDA/H por profesionales médicos no provenientes del campo de la psiquiatría, ha favorecido la instalación del diagnóstico de acuerdo a los criterios planteados por instrumentos nosográficos, como el DSM IV.

El TDA/H en la clasificación internacional de enfermedades, OMS

La Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE) elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una nosografía del conjunto de problemas salud-enfermedad, de características fundamentalmente descriptivas, con fines prioritariamente estadísticos y epidemiológicos.

Es interesante destacar que si bien el propósito de consensuar internacionalmente sistemas clasificatorios de enfermedades se remonta —con diversas formulaciones y conceptos— al siglo XIX; es recién a partir de la Sexta Edición de la CIE —publicada en 1952—, cuando se incluye un apartado específico para problemáticas de salud mental.

La última revisión, CIE 10, fue publicada en el año 1992. Esta nosografía incluye 21 capítulos, dentro de los cuales, el capítulo V, está dedicado a "Trastornos mentales y del comportamiento", incluyendo la mayoría de las problemáticas referidas al campo de la salud mental.

El capítulo V (también designado con la letra F): Dentro de este capítulo se destaca el grupo F90-F98 (Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia).

F90 Trastornos hiperquinéticos: Trastorno de la actividad y de la atención. Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperquinético (F90), pero no se satisface el de F9L trastorno disocial).

F90.1: Trastorno hiperquinético disocial.

F90.8: Otros trastornos hiperquinéticos.

F90.9: Trastorno hiperquinético sin especificación. Incluye:

Trastorno de déficit de atención.

Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

F90 Trastornos hiperquinéticos

Grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo.

Los trastornos hiperquinéticos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida). Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva.

Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.

Los niños hiperquinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas, por una falta de premeditación.

Su relación social con los adultos suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales. Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.

Las complicaciones secundarias son un comportamiento disocial, antisocial y una baja estimación de sí mismo. Hay un considerable solapamiento entre la hiperquinnesia y otras formas

de comportamiento anormal como el trastorno disocial en niños no socializados. Sin embargo, la evidencia más general tiende a distinguir un grupo en el cual la hiperquinesia es el problema principal.

Los trastornos hiperquinéticos se presentan en varones con una frecuencia varias veces superior a la que se presentan en el sexo femenino. Es frecuente que se acompañe de problemas de lectura o del aprendizaje.

Pautas para el diagnóstico

Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación (por ejemplo, en clase, en la consulta).

El trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra (aunque estudios de laboratorio no demuestran con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva).

Estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado.

La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones.

El criterio para la valoración de si una actividad es excesiva está en función del contexto, es decir, de lo que sería de esperar en esa situación concreta y de lo que sería normal teniendo en cuenta la edad y el CI del niño. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio.

En la edad adulta puede también hacerse el diagnóstico de trastorno hiperquinético. Los fundamentos son los mismos, pero el déficit de atención y la hiperactividad deben valorarse en relación con la evolución de cada caso. Cuando la hiperquinesia se presentó únicamente en la infancia y en el curso del tiempo ha sido sustituida por otra entidad como un trastorno de la personalidad o un abuso de sustancias, debe codificarse la entidad actual en lugar de la pasada.

Excluye:

- Trastornos generalizados del desarrollo (F84.).
- Trastornos de ansiedad (F41 o F93.0).
- Trastorno del humor (afectivos) (P30-F39).
- Esquizofrenia (F20.)

F90 Trastorno de la actividad y de la atención

Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperquinético (F90), pero no se satisface el de F9L (trastorno disocial).

Incluye

- Trastorno de déficit de atención.
- Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

Excluye

- Trastorno hiperquinético asociado a trastorno disocial (F90.1).

Las nosografías específicas de problemas de salud mental, tanto la elaborada por la Academia Americana de Psiquiatría como la editada por la Federación Francesa de Psiquiatría, refieren en su propuesta una significativa preocupación por señalar las correspondencias con la CIE 10, reconociéndola como una nosografía más abarcativa del conjunto de los problemas salud-enfermedad, y resaltando el mayor nivel de consenso internacional con el que cuenta.

El TDA/H en el DSM IV, Academia Americana de Psiquiatría

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Salud Mental (DSM) es un instrumento con características de nomenclatura y orientación diagnóstica, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, cuya primera edición —el DSM I— data del año 1952.

Desde entonces, en las sucesivas ediciones y revisiones, se fueron incorporando modificaciones metodológicas y conceptuales de acuerdo al contexto socio-político general y del campo de la salud mental en particular. La última edición —el DSM IV— publicada en el año 1994, ha sido revisada en el año 2000 en la versión DSM IV TR.

Dentro de los cambios conceptuales y metodológicos más significativos del pasaje del DSM II al DSM III, se encuentran la incorporación de criterios diagnósticos explícitos y el avance en descripciones de síntomas y signos, con pretensiones de neutralidad y objetividad.

A partir del DSM III aparece el concepto de "trastorno mental", asimilable a síndrome o manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica, sin especificación de causa.

Estos procesos, impulsados en las décadas de los ochenta y noventa, aparecen como respuesta al desprestigio social del diagnóstico psiquiátrico —denunciado como extremadamente inespecífico—, al reposicionamiento del pragmatismo del pensamiento único y del fin de la historia, y a la funcionalidad que ofrecía el hecho de contar con categorías y conceptos "objetivos" a los fines prestacionales de diferentes organizaciones de seguros de salud, según lo referido por el doctor Stagnaro en la entrevista realizada por el equipo.

El DSM IV reconoce como objetivos, constituirse tanto en una herramienta para la investigación epidemiológica y el intercambio científico, como también en una guía útil para la práctica clínica. Asimismo, advierte acerca de la importancia de contar con un entrenamiento especial que proporcione conocimientos y habilidades clínicas, para la correcta aplicación de los criterios propuestos por el manual.

En relación al diagnóstico de TDA/H, es interesante destacar que el mismo estaba planteado en el DSM III (1980) como "síndrome de déficit de atención" y en la revisión de 1987 —DSM III— TR se enuncia como "déficit de atención e hiperactividad" ⁽¹⁰⁾.

Con lo expuesto hasta aquí se quiere señalar que el anudamiento en una misma entidad diagnóstica de la hiperactividad y el déficit de atención no llega a remontarse a 20 años. Actualmente, en el DSM IV, surge este diagnóstico incluyendo como subtipos las diferentes formas de presentación de esta problemática.

El DSM-IV-TR, está organizado en base a cinco ejes que incluyen a su vez, grupos de

diagnósticos.

El Eje I incluye los trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Dentro este primer eje, se incluye el grupo de trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (excluyendo al retraso mental, que se diagnostica en el eje II).

Dentro de este grupo, se encuentran incluido el "Trastorno por déficit de atención con hiperactividad".

El DSM IV plantea tres subtipos:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (F90.9): Este subtipo se centra en que si se han persistido por lo menos durante seis meses, seis (o más) síntomas de desatención y seis (o más) síntomas de hiperactividadimpulsividad. La mayor parte de los niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en el tipo combinado. No se sabe si ocurre lo mismo con los adultos que padecen este trastorno.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio de déficit de atención (F98.8): Este subtipo se refiere a los niños en quienes han persistido por lo menos durante seis meses, seis (o más) síntomas de desatención (pero menos de seis síntomas de hiperactividadimpulsividad).
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivoimpulsivo (F90.0): Este subtipo se refiere a los niños, en quienes han persistido por lo menos durante seis meses, seis (o más) síntomas de hiperactividadimpulsividad (pero menos de seis síntomas de desatención).

(10) Bianchi, Eugenia (2008), "ADHD y discursos de la salud. La construcción del ADHD como enfermedad", ponencia presentada en las V Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata: "Cambios y continuidades sociales y políticas en la Argentina y la región en las últimas décadas. Desafíos para el conocimiento social", Mesa J39: Sociología del Control Social. Estrategias de reproducción y construcción de subjetividades en la sociedad contemporánea.

Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo:

Desatención

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).

- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- A menudo es descuidado en las actividades diarias.

Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
- A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo: se entromete en conversaciones o juegos).
- Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los siete años de edad.
- Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo: en la escuela o en el trabajo y en casa).
- Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia y otro trastorno sicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo: trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad)

Los criterios del DSM IV para el diagnóstico de este trastorno son asimilables parcialmente a los de la CIE 10, pero esta última define unas categorías más estrictas. Mientras que el diagnóstico de DSM IV requiere seis síntomas de inatención o bien seis de hiperactividad/impulsividad, la CIE 10 requiere al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad para *¿verificar/corroborar?* el diagnóstico.

EL TDA/H en la Clasificación Francesa de Problemas Mentales de la Infancia y la Adolescencia (CFTMEA-R-2000)

La CFTMEA-R-2000, es presentada por la Federación Francesa de Psiquiatría como una herramienta destinada al conjunto de los psiquiatras, y especialmente a los psiquiatras de niños y adolescentes, estableciendo una clasificación estadística multiaxial de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, desde la perspectiva de la psiquiatría francesa. Al mismo tiempo que se diferencia conceptual y metodológicamente del DSM IV, fortalece lazos y correspondencias con la propuesta OMS/CIE 10 (Fortineau, J 2002, Stagnaro, J. y Tesone, J.2004).

En el prólogo a la edición francesa y castellana, se señalan nítidamente algunos desacuerdos conceptuales con el DSM IV. En primer lugar, discute la pretensión de "neutralidad" u "objetividad" de estos instrumentos. Asimismo, también plantea la insuficiencia de definir diagnósticos en base a la clasificación de síntomas y conductas presentadas como elementos clasificatorios.

Expresa también su desacuerdo con corrientes anti-nosográficas, fundamentadas en planteos exclusivamente socio y psicogenéticos.

La primera edición de la CFTMEA, en 1987, fue presentada como una respuesta a la necesidad de contar con una clasificación de los trastornos mentales, reconociendo la singularidad y las variaciones evolutivas de la problemática de los niños y adolescentes, al mismo tiempo que confronta con algunas corrientes antinosográficas de los años '70, fundamentadas en posiciones exclusivamente socio y psicogenéticas (Mises, R 2004).

La Cuarta Revisión, en el año 2000, de inspiración psicodinámica como las anteriores, sostiene la perspectiva pluridimensional de la psiquiatría, sumando otras miradas, tales como los aportes de las neurociencias y el cognitivismo.

La CFTMEA-R-2000 plantea cuatro categorías principales y cinco categorías complementarias:

Las cuatro categorías principales son:

- Autismo y trastornos psicóticos.
- Trastornos neuróticos.
- Patologías límite. Trastornos de personalidad.
- Trastornos reactivos.

El TDA/H aparece en dos de las categorías complementarias, la 6 y la 7, con especial énfasis en la necesidad de investigar en cada caso, en cual de las categorías principales se pueden encuadrar.

- En la 6: Trastornos específicos del desarrollo y de las funciones instrumentales.

- 6.13: Trastornos de la atención sin hiperquinesia (correspondencia CIE 10: F 88– Otros trastornos del desarrollo psicológico en parte).

- En la 7: Trastornos de la conducta y el comportamiento.

- 7.00: Hiperquinesia con trastornos de la atención (correspondencia CIE 10: F90.0 –Trastornos de la actividad y de la atención; F90.1–Trastorno hiperquinético disocial). Aparece diferenciado de otros trastornos hiperquinéticos sin déficit de atención.

- 7.08: Otros trastornos hiperquinéticos (correspondencia F90.8-Otros trastornos hiperquinéticos).

- 7.09: Trastornos hiperquinéticos no especificados (correspondencia CIE 10: F90.8 –Otros trastornos hiperquinéticos).

Para finalizar este texto, es adecuado mencionar algunas líneas de análisis que han surgido. Este recorrido por las diversas nosografías internacionales permite advertir las diferencias existentes al interior del mismo campo médico, diferencias en ocasiones muy profundas, que invitan a no considerar este campo como discursivo y/o prácticamente monolítico, sino antes bien, atravesado por conflictos y disidencias en las que se anudan el contexto socio-político general y el campo de la salud mental en particular.

Por último —y aunque excede los objetivos de este trabajo—, resulta interesante preguntarse por la preeminencia prácticamente absoluta del DSM IV como fuente de consulta y apoyatura técnica de los profesionales al momento del diagnóstico en salud mental en la República Argentina.

Marco conceptual para la comprensión de la problemática en la escuela: La escuela ante la nueva infancia

Desde la perspectiva del campo educativo se plantean otras posturas respecto a la problemática del TDA/H, poniendo el énfasis en los condicionantes históricos y sociales de la infancia y el campo escolar y educativo.

En este sentido, Corea y Lewkowicz (1999), en el libro "¿Se acabó la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez", intentan problematizar la infancia y la niñez como una construcción histórica. Los autores parten de una certeza acerca de la desaparición de las instituciones modernas que consolidaron la construcción social de la infancia durante el siglo XIX y XX. Sostienen que la producción institucional de la infancia en los términos es hoy prácticamente imposible.

Para los autores "la niñez es un invento moderno" llevado a cabo por el Estado burgués e históricamente contenida por la familia burguesa. Hay un abanico institucional que en ello interviene, de ahí que los autores observen que cuando las intervenciones tambalean, la infancia tal como la conocemos se ve amenazada. Entre ellas, la escuela aparece como una de las instituciones clave en esa separación entre adultos y niños. Hoy parece estar en crisis el dispositivo de simultaneidad áulica ⁽¹¹⁾ el cual respondía al desafío que la modernidad planteaba respecto del control del cuerpo infantil.

El método de la simultaneidad áulica significaba la responsabilidad del docente sobre el mantenimiento del orden del cuerpo infantil. Serán seguramente los errores en la aplicación del método didáctico, los cambios sociales, etc. lo que producirá las crisis de este modelo pedagógico que aún perdura pero no en su estado original.

Este modelo de pedagogía significaba respetar un esquema piramidal: el enseñante debía hallarse en la cima y sus aprendices en la base. Ejercicio de poder que se basaba en la diferencia entre el niño y el adulto. En la actualidad esta diferenciación ya no es tan nítida sino más compleja.

Su preocupación está dada por lo que en la actualidad se entiende por infancia, y su análisis se

centra en tomar en cuenta el discurso de los medios y cómo éstos construyen una nueva noción de infancia. La niñez, sostienen los autores ha perdido su inocencia en el discurso mediático.

Es decir, que en el siglo XXI el lugar del adulto ocupante del saber y del niño-alumno ocupante del lugar del no saber es más complejo con la incorporación y el impacto cultural de las nuevas tecnologías de la información. Los medios de comunicación en lo que respecta a la transmisión de saberes entran en contradicción con las instituciones educativas.

Ya no se puede negar el efecto que conllevan los medios en la influencia de la infancia y la adolescencia. Es decir, en la nueva conformación de la infancia "posmoderna". En definitiva lo que está en juego es el corrimiento de quienes saben y quienes no saben, poniendo el centro de atención del poder sobre el cuerpo infantil.

Por otra parte, para analizar el discurso de los medios en torno a la construcción del infante, retoman los aportes del sociólogo francés Jaques Donzelot, quien al hablar de infancia se refiere a dos tipos; la infancia peligrosa y la infancia en peligro.

La primera representa a los sectores populares y la segunda a los sectores burgueses; tomando el caso de su presencia en los medios, la primera casi siempre aparece en los policiales y la segunda aparece en lo que tiene que ver con la prevención, la educación, etcétera. Cabe destacar cómo los medios presentan la infancia construyendo una brecha entre lo que los niños deberían ser y lo que efectivamente son.

Los asientos de la subjetividad actual infantil se presentan en dos modalidades: el consumidor y el sujeto de derechos; éste último, aparece como sujeto de opinión en el universo mediático. Según los autores, un problema en la actualidad que se presenta con relación a la infancia, es que la diferencia moderna entre padre e hijo queda abolida con la caracterización de "consumidor": los niños están más allá o más acá de la figura imaginaria de infancia. De allí que pueda pensarla como una institución en crisis o agotada.

En esta línea, la producción de sentido en torno a la explicación y circulación del saber ya no está en manos del cuerpo docente. El modelo que cerraba en sí mismo ha colapsado.

Hoy se vislumbra la presencia de una crisis de la escuela moderna en la cual operan los siguientes factores. Por un lado, los docentes siguen siendo la columna vertebral del funcionamiento escolar. Sin embargo, cada uno de ellos tiene que salir a legitimar su lugar día a día. La vieja alianza escuela-familia pareciera no estar funcionando. En definitiva lo que está en juego es el corrimiento de quienes saben y quienes no saben, poniendo el centro de atención del poder sobre el cuerpo infantil.

Acerca del proceso de clasificación en la escuela: La carrera moral y el proceso de medicalización/medicamentación

El concepto de "carrera moral" del sociólogo canadiense Irving Goffman, sirve para analizar cómo se construyen las clasificaciones de los niños diagnosticados con TDA/H y cómo estas clasificaciones derivan en abordajes diferenciales respecto a la problemática.

En Estigma: La identidad deteriorada (1963) Goffman se dedicó a estudiar los procesos y medios con que las sociedades categorizan a las personas a partir de los atributos personales que se exhiben en los encuentros sociales rutinarios, y los procesos de acreditación y desacreditación social, concibiendo el estigma como los signos corporales y no corporales con los cuales se intenta exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quienes lo presentan.

Según este autor, la "carrera moral" representa el modo en que las personas que tienen un estigma particular tienden a pasar por las mismas experiencias de aprendizaje relativas a su condición y por las mismas modificaciones en la concepción del "yo".

La "carrera moral", es el modo en que las personas estigmatizadas tienden a recorrer experiencias de aprendizaje relativas al estigma que portan por medio de una socialización en la cual la persona incorpora el punto de vista del grupo mayoritario, considerado "normal", y define su identidad y sus experiencias a partir del atributo estigmatizante.

La distinción entre lo normal y lo patológico resulta una estrategia de disciplinamiento social donde, siguiendo el planteo de Foucault, la medicalización se vuelve una forma de intervención política de la medicina que al ser continua e indefinida busca abarcar todo lo concerniente a la vida social. Al respecto, es interesante preguntarse por el papel de la escuela dentro de este entramado de significaciones que llevan a desviar hacia lo patológico

"el discurso de la vida cotidiana" (12).

Por otro lado, el análisis de Pierre Bourdieu sobre el racismo de la inteligencia muestra las diversas esferas a analizar en la relación entre los campos de la escuela y la salud en lo referido a los procesos de clasificación-enclasmiento y estigmatización.

El autor analiza el modo en que en la actualidad el sistema escolar se ha tenido que enfrentar a procesos de democratización y masificación que han hecho irrumpir un número considerable de personas desprovistas de las "predisposiciones sociales constituidas que tácitamente exige" dicho sistema. Esto podría generar en la perspectiva de quienes se consideran los actores legítimos del sistema, una devaluación de los títulos escolares y los puestos laborales que a futuro dichos títulos pueden reclamar.

Interesa este análisis de Bourdieu por su crítica al estigma y el racismo de clase que se genera dentro del sistema educativo, cuando éste y sus principales actores ven amenazada su legitimidad. Bourdieu señala que hay una gran contribución al racismo de la inteligencia por parte de los intelectuales y en particular de algunos campos profesionales, como la psicología y la psicopedagogía, a través del uso de los test para medir la inteligencia: "Habría que estudiar el papel de los médicos en la medicalización, es decir, la naturalización de las diferencias sociales, de los estigmas sociales, así como el papel de los psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas" (Bourdieu, 1990:37).

Bourdieu advierte sobre las formas de legitimación, que él llama de segundo orden en tanto no se expresan en primera instancia en el discurso escolar sino como formas eufemizadas de racismo en otro orden.

Es decir, aquellas explicaciones del fracaso escolar que se anclan en justificaciones académicas y biologicistas, sin incorporar las cuestiones sociales, del origen de clase, de la pobreza, de un devenir social determinado, y que en última instancia terminan legitimando una forma de discriminación escolar. Para Bourdieu el racismo de la inteligencia no es más que una forma de encubrir un tipo de racismo, el racismo de clase.

Desde una perspectiva cercana a Bourdieu, se tomará el concepto de "cultura somática" de Boltanski (1975). A partir de las aproximaciones teóricas que Luc Boltanski hace a la sociología del cuerpo, nos interesa a lo fines de esta investigación, utilizar el concepto de "cultura somática" desarrollado por el sociólogo francés. Boltanski menciona en su libro Los Usos sociales del cuerpo (1975) como las clases sociales perciben de manera diferenciada la salud y la enfermedad, y cómo esta diferencia se vincula con su lugar en la estructura social. En este sentido, cada clase social posee y construye históricamente su forma de percibir y relacionarse con el cuerpo.

Este mismo autor, advierte que la cultura somática, es la percepción que tienen los individuos en relación a sus enfermedades.

La cultura somática no es más que la evaluación que las clases sociales hacen de sus enfermedades y será en relación con la cultura somática de cada clase social como estas verán

el tema de la medicación. Para Boltanski las clases medias y altas tendrían una cultura somática mayor que las clases bajas, por lo tanto serán mayores consumidores de medicamentos que lo sectores más desfavorecidos.

(11) Por simultaneidad áulica se alude al concepto de pensar un docente frente a un grupo homogéneo de alumnos, enseñando al mismo tiempo los mismos contenidos curriculares.

(12) Para los sociólogos alemanes Berger y Luckman, la vida cotidiana es una construcción social que se presenta como una "realidad" interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente. En este sentido, el mundo de la vida cotidiana tiene origen en los pensamientos y en las acciones de los miembros ordinarios de una sociedad y está sustentado como real para éstos (Berger y Luckman, 1991).

COMPORTAMIENTO DE LA IMPORTACION, FACTURACION Y DISPENSACION DEL METILFENIDATO Y LA ATOMOXETINA EN NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE TDA/H EN LA REPUBLICA ARGENTINA: UN ESFUERZO POR APROXIMARSE A UNA VALORACION DE SU CONSUMO

Introducción

El metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso central con propiedades farmacológicas similares a las anfetaminas. Dentro de la clasificación de los psicofármacos, se encuentra en el grupo de los psicoanalépticos (drogas estimulantes), que comprenden a los psicoestimulantes o estimulantes de la vigilia y a los antidepresivos o estimulantes del humor. El metilfenidato pertenece específicamente al primer grupo de estimulantes.

Debido al aumento en los años 60 del uso indebido de estas sustancias, se reforzó la fiscalización nacional e internacional. Desde 1971 el metilfenidato figura en la Lista II del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas ya que ofrece "grandes posibilidades para el uso indebido". En consecuencia, hasta comienzos de los años 90 disminuyó considerablemente su fabricación, consumo y uso indebido.

Sin embargo, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) ha notado un aumento del consumo mundial de metilfenidato, que pasó de menos de 3 toneladas en 1990 a 36 toneladas en 2006 (JIFE, 1995; 2007). Este incremento es adjudicado a la difusión de la utilización de esta sustancia para el tratamiento del "trastorno de la concentración (TDA/H)" en niños.

Ya en el informe de 1995 la JIFE alertaba sobre el aumento en Estados Unidos de Norteamérica del uso indebido de metilfenidato, por ejemplo: por parte de los adolescentes. En este informe se denunciaba también el surgimiento de un mercado clandestino de la droga. Dado que el uso de la sustancia está calificado como "medicación aceptada" para tratamiento en niños, se tiende a desconocer sus riesgos para la salud, entre ellos la adicción y una serie de síntomas correspondientes al uso indebido de estimulantes.

La JIFE mostró preocupación por las actividades de propaganda del Ritalin® (uno de los nombres registrados del metilfenidato) por ejemplo: por parte de una influyente asociación de padres, que recibió importantes contribuciones financieras del principal fabricante de los Estados Unidos.

Esta asociación de padres ha pedido a la DEA que reduzca la fiscalización de la sustancia y entre otras cosas, eliminar el requisito de repetir el reconocimiento médico del paciente cada vez que se receta el metilfenidato, lo que tomaría a esta droga aun más asequible.

La JIFE también señala que entre el 10 y el 12% de los varones entre 6 y 14 años de edad en

los Estados Unidos presentan diagnóstico de TDA/H y son tratados con metilfenidato (JIFE, 1996).

Este organismo internacional señala el peligro que se tienda a diagnosticar TDA/H con demasiada frecuencia, pasando por alto otras causas que dan lugar a problemas de atención y comportamiento, y que los médicos prescriban metilfenidato con excesiva liberalidad. La JIFE plantea también que los estudios realizados muestran divergencias en los métodos de prescripción entre los médicos, ya que la mayoría del metilfenidato está recetado por un muy escaso porcentaje de los facultativos. Este factor también repercute en las variaciones regionales del uso de metilfenidato (JIFE 1996).

Desde principios de 1996 preocupa también al organismo que, contrariamente a lo indicado, algunos médicos prescriban estimulantes a niños menores de 6 años y que, en muchos casos, no se apliquen otros métodos terapéuticos recomendados.

A su vez señala que en los Estados Unidos tiende a prolongarse la duración del tratamiento con metilfenidato, que en varios países está limitado a tres años, de modo que muchos niños continúan con esta medicación en la adolescencia o incluso siendo adultos. Se carece actualmente de información sobre los posibles efectos secundarios de tratamientos tan largos con metilfenidato.

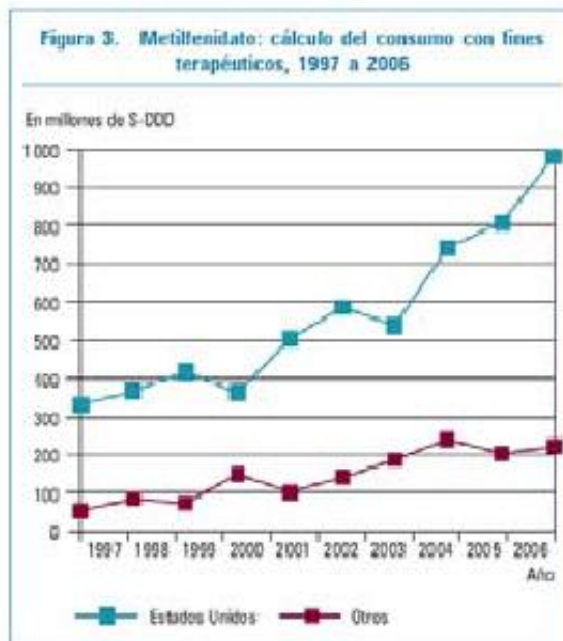
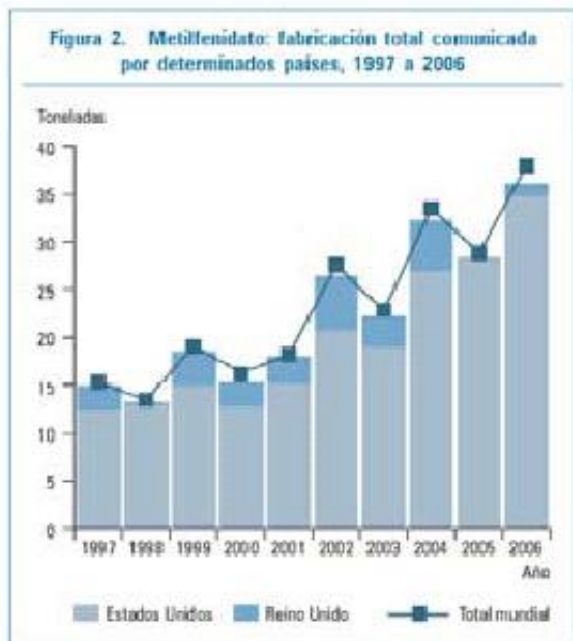
Corresponde a los Estados Unidos más del 80% del total de la producción y consumo mundiales de esta sustancia (JIFE, 2007). Sin embargo, desde fines del decenio de 1990, la utilización de metilfenidato para el tratamiento del trastorno de la concentración también ha venido aumentando marcadamente en muchos otros países, entre ellos, Alemania, Canadá, Israel, España, Islandia, Suiza y Noruega. Por ejemplo, en Canadá, el número de recetas aumentó un 46% entre 1999 y 2003. En Noruega, el metilfenidato ha sido considerada como la sustancia preferida para el tratamiento del trastorno de concentración en adultos. (JIFE, 2006).

Estados Unidos ha anunciado su intención de extender sus actividades fuera de ese país. Por tal motivo, la JIFE pide a todos los gobiernos que ejerzan la mayor vigilancia para impedir el diagnóstico excesivo de TDA/H y todo tratamiento médicamente injustificado con metilfenidato u otros estimulantes. También ha pedido que la Organización Mundial de la Salud (OMS) investigue la cuestión y asesore al respecto a las autoridades nacionales de salud pública.

Los gráficos N° 1 y 2 dan cuenta del progresivo aumento tanto en la fabricación del metilfenidato en el Reino Unido y Estados Unidos así como de la comparación del crecimiento en el consumo en este último país con respecto a otros.

Gráficos N° 1 y N° 2:

Evolución de la Fabricación del Metilfenidato en Estados Unidos y Reino Unido y Evolución del Consumo según cálculo en los Estados Unidos y "otros". 1997-2006.



Fuente. JIFE, 2007.

En la actualidad se ha incorporado otro fármaco para el tratamiento del TDA/H. Se trata de la atomoxetina, que se introdujo en nuestro país a partir del año 2004. Se define como una droga específica para el síndrome de déficit de atención e hiperactividad. Se trata de un agente simpaticomimético, inhibidor selectivo de la recaptación del neurotransmisor norepinefrina, por lo que incrementa la actividad del mismo.

La atomoxetina, a diferencia del metilfenidato, no es considerada un estimulante. La dispensación debe realizarse bajo receta archivada según manifiestan los laboratorios productores; según el ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica), estos productos no figuran en las listas internacionales de psicotrópicos.

Por lo mismo, y de acuerdo a una comunicación de la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA), si bien debería ser una droga controlada, al momento de escribir este informe todavía no figura en la lista oficial porque para esto se necesita una resolución o decreto para efectivizarla como controlada.

Si bien se asume que la prescripción/consumo de estos fármacos ocurre fundamentalmente en edad escolar, cabe preguntarse cuál es el grado de extensión que se está produciendo hacia edades menores a los 5 años y mayores a los 19.

En la Provincia de San Luis se realizó un estudio para valorar la utilización de metilfenidato en esta jurisdicción; el mismo puso en evidencia que el 76,2% de los pacientes tratados con esta droga estaban comprendidos entre los 5 y los 19 años (Avila, A. y col., 2007).

Otra investigación realizada en Antioquia, Colombia, con el fin de estudiar las características de los pacientes consumidores de metilfenidato, determinó un promedio de edad de 9 años, con edad mínima de 5 años y edad máxima de 19 (Giraldo Luján S. col. 2004).

Justificación de la problemática

Considerando el aumento sostenido del consumo del metilfenidato y la política de expansión de su mercado, que se corresponde con un incremento en el número de países importadores de la sustancia así como de un aumento de la cantidad importada, cobra vital importancia preguntarse por las características que asume esta problemática en la Argentina, teniendo en cuenta,

además, el desarrollo del mercado farmacéutico local.

Se considera, entonces, necesario conocer cuál es el patrón de prescripción/consumo de metilfenidato, y, más recientemente, atomoxetina, en las diferentes provincias, planteándose al mismo tiempo la pregunta sobre si el comportamiento de la prescripción y consumo sigue en la Argentina una tendencia creciente.

Este punto se propone objetivos en dos dimensiones: en el plano de la generación de conocimiento, intentar contestar las preguntas previamente formuladas dado el vacío de información existente al respecto, y en el plano de la logística propia de la investigación, realizar una tarea exploratoria previa que permita la definición de las jurisdicciones en las que se llevará a cabo la etapa de terreno.

Objetivos

- Realizar una exploración e identificación de fuentes de datos disponibles que permitan realizar una aproximación al comportamiento del consumo de metilfenidato.
- Definir las jurisdicciones en donde se desarrollará el trabajo de campo de esta investigación

Metodología

Se ha investigado diferentes fuentes de datos disponibles que pudieran proporcionar información sobre el comportamiento del consumo de fármacos para tratamiento del TDA/H en la Argentina. Dado que no existe información específicamente relacionada con este punto, los datos analizados a partir de las fuentes existentes permiten sólo una aproximación al mismo.

A continuación se enumeran las fuentes consultadas y el tipo de datos que cada una de ellas proveyó:

- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos): Datos sobre facturación de la industria farmacéutica en la Argentina. Se tomó el cuarto trimestre de 2007 y la comparación del mismo con igual período de los años 2003 al 2006.
- Confederación Farmacéutica Argentina (COFA): Datos de unidades dispensadas (envases) de los medicamentos que se investiga en las distintas provincias de la Argentina para el año 2006.
- ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica), Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes: importación de metilfenidato por la Argentina durante el período 2005-2008.

A partir de los datos que estas fuentes proporcionan se ha construido algunos indicadores que se presumen de utilidad para la aproximación al conocimiento requerido, sin que esté cerrada la discusión sobre la metodología más apropiada a tal efecto.

Análisis y Resultados

A continuación, se presenta el análisis de los datos relevados a partir de las fuentes consultadas.

Tal como se ha expresado, el INDEC brinda información sobre facturación de la industria farmacéutica en la Argentina, en millones de pesos y a pesos corrientes. Según esta fuente, la facturación anual de la industria farmacéutica al mercado interno nacional exhibe un crecimiento sostenido desde el inicio de la serie en 2003. Durante el año 2007 la industria farmacéutica tuvo un crecimiento del 20,2% en el total facturado con relación al año 2006 (INDEC, 2008).

En un informe que data de abril de 2008, este organismo presenta datos de la facturación de la industria farmacéutica correspondientes al cuarto trimestre del año 2007 en forma comparativa con los obtenidos para igual período en los años 2003 a 2006 ⁽¹³⁾.

En el cuarto trimestre de 2007 los medicamentos de mayor facturación fueron los destinados al sistema nervioso, con \$362 millones (que representan un 17,7% del total facturado), seguido por los destinados al aparato digestivo con \$331 millones (16,2%), los destinados al aparato cardiovascular con \$270 millones (13,2%) y los antiinfecciosos con \$221 millones (10,8%) (INDEC, 2008).

Una primera lectura de los valores publicados arroja un importante incremento a lo largo del período 2003-2006, tanto del volumen total de medicamentos facturados por los laboratorios, como de los segmentos de mayor facturación previamente citados. Pero dado que numerosas variables pueden intervenir en el aumento de la facturación, se decidió valorar el comportamiento de la misma a precios constantes.

Para realizar dicho cálculo se solicitó la ayuda a un economista, quien realizó la conversión de precios corrientes a constantes tomando como deflactor al Índice de Precios al Consumidor para cada uno de los años contemplados en el período analizado.

El Gráfico N° 3 muestra los grupos de fármacos que presentaron mayor facturación y la tendencia que cada uno de estos presentó en el período 2003-2006. El Gráfico N° 3.A reproduce lo que publica el INDEC, utilizando precios corrientes. El gráfico N° 3.B muestra la tendencia en la facturación pero en pesos constantes.

En ambos gráficos se puede observar que, a diferencia de los otros grupos de medicamentos, que han mostrado oscilaciones en el volumen de facturación a lo largo del periodo, aquellos destinados al sistema nervioso han experimentado, a excepción de lo ocurrido en el año 2005, un progresivo aumento, tanto si se analiza en precios corrientes como en precios constantes.

(13) Según aclara el INDEC, esta información es obtenida en forma directa de las 75 empresas que constituyen el núcleo de la industria farmacéutica nacional, representando aproximadamente el 99% del mercado de medicamentos. Los datos de facturación presentados en el informe no incluyen el IVA y corresponden a precios mayoristas de salida de fábrica.

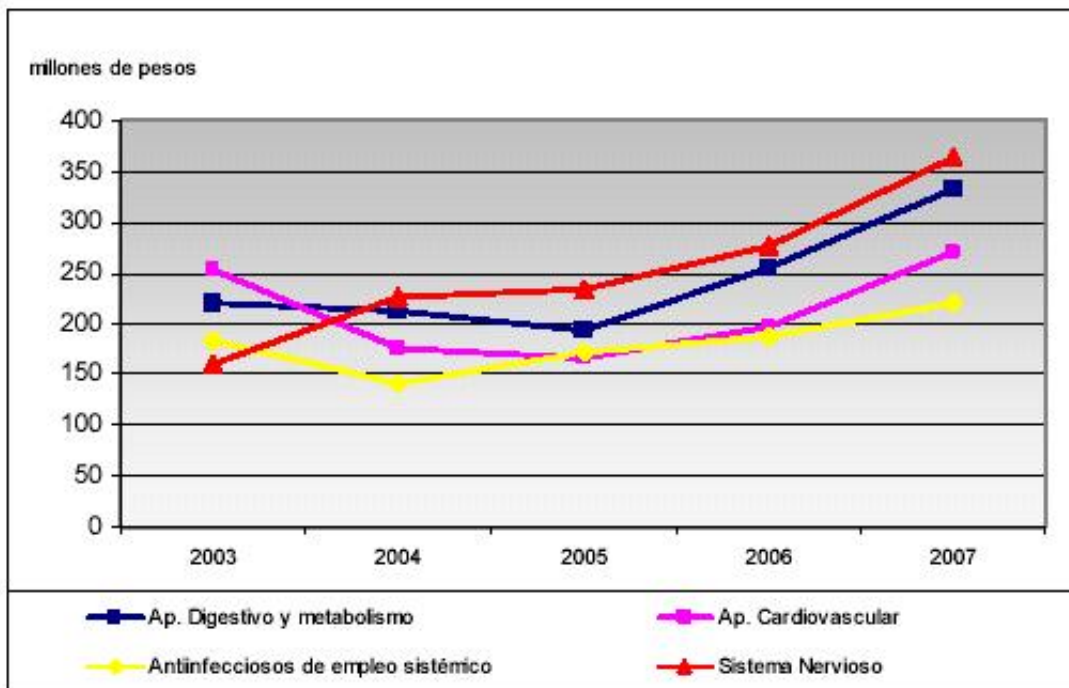
Gráfico N° 3:

Facturación de la Industria Farmacéutica por Grupo Anatómico de Medicamentos*.

Grupos que presentaron la mayor Facturación.

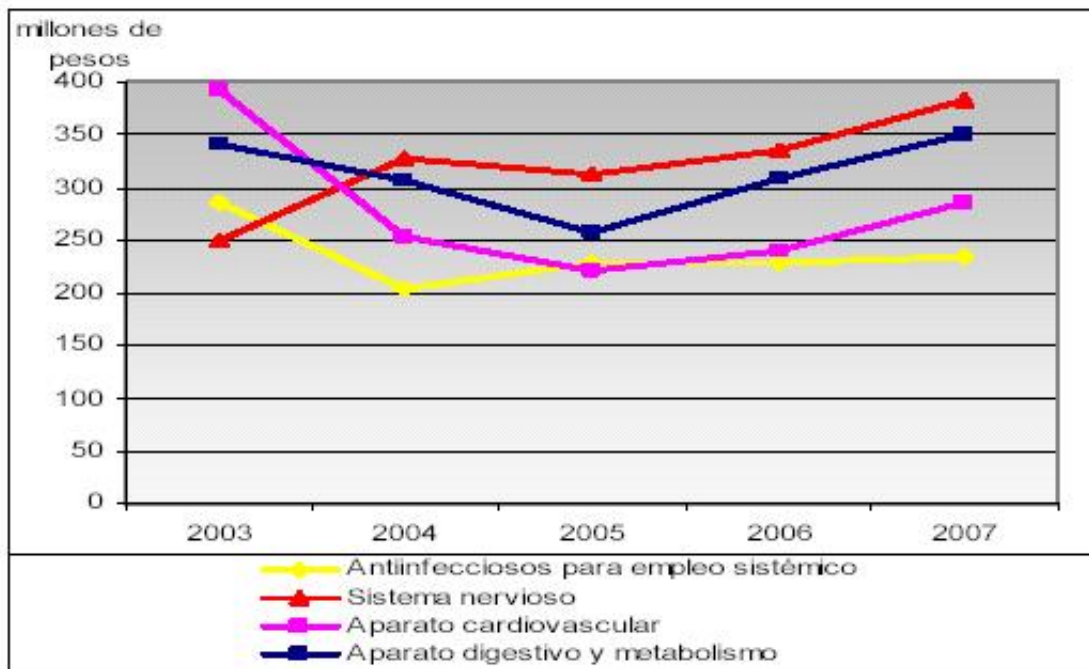
Argentina. Comparativo 2003-2007

A) A precios corrientes



Según Clasificación Anatómica Terapéutica Clínica (ATC)
Fuente INDEC. 2008.

B) A precios constantes



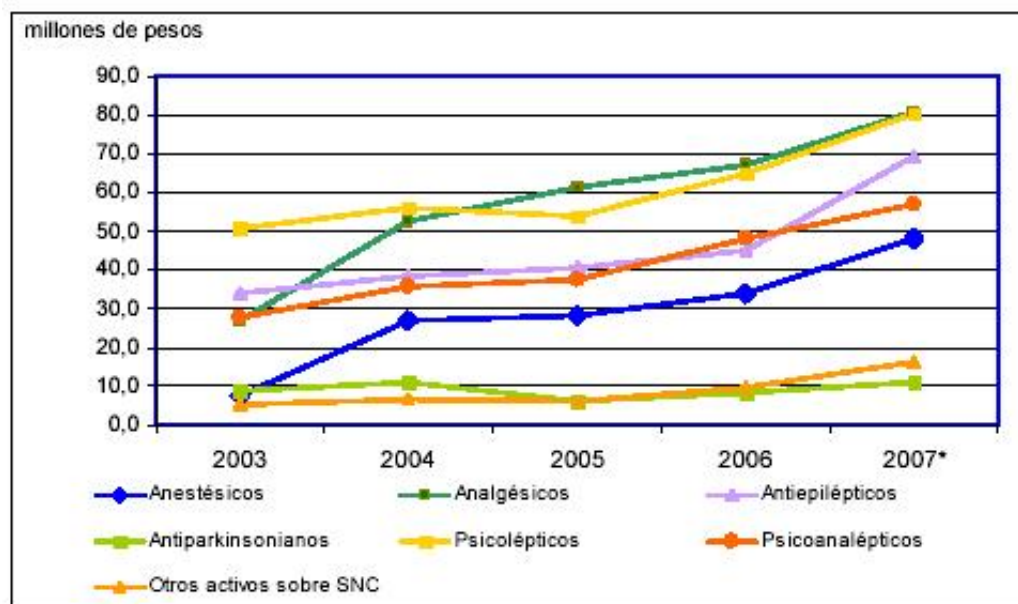
*Según Clasificación Anatómica Terapéutica Clínica (ATC)
Elaboración en base a INDEC. 2008.

El gráfico N° 4 muestra la tendencia que presentó la facturación de los diferentes fármacos correspondientes al sistema nervioso en el período 2003-2007, en millones de pesos. Con la misma modalidad, se muestra en primer término la evolución de la facturación en precios corrientes y en segundo lugar, la tendencia calculada en precios constantes.

Gráfico N° 4:

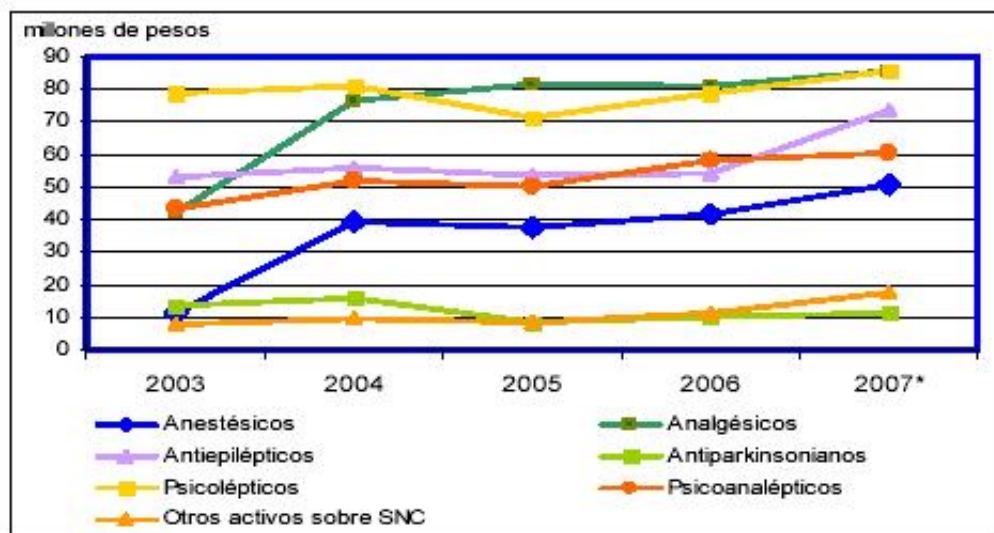
Facturación de la Industria Farmacéutica correspondiente a Grupos de Fármacos del Sistema Nervioso. Argentina. Comparativo 2003-2007

A) A precios corrientes



Fuente Elaboración en base a INDEC. 2008.

B) A precios constantes



Fuente Elaboración en base a INDEC. 2008.

Puede observarse que el grupo de los psicoanalépticos, al que pertenece el metilfenidato, experimentó aumentos a lo largo del período.

Otra fuente consultada fue la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA), institución que aportó datos sobre unidades dispensadas (entendiendo a éstas como envases) de los medicamentos que se investigaron.

En base a esta fuente, se construyó la tabla N° 1 que muestra unidades dispensadas, tanto de metilfenidato como de atomoxetina, en las diferentes provincias de la Argentina, durante el año 2006.

Con el objetivo de poder acercarse al conocimiento de la prescripción/consumo de metilfenidato y atomoxetina en las diferentes provincias de la Argentina utilizando su dispensación, se estableció una relación entre las unidades dispensadas en cada provincia y la población de niños de 5 a 19 años, correspondiente a cada una de ellas.

Se eligió esta franja etárea como denominador dado que se asume como la población mayoritaria en cuanto a diagnóstico y consumo de estos fármacos para tratamiento del TDA/H. Esta presunción se vió confirmada en los trabajos citados previamente (Giraldo Luján S. y col. 2004; Avila, A y col. 2007). El indicador construido, entonces, informa sobre unidades dispensadas cada mil niños entre 5 a 19 años.

Se asume que un porcentaje minoritario de población consumidora no está contemplada en este denominador, y la elección del mismo tal como fue planteado previamente, no cierra la discusión sobre la metodología más apropiada que pueda adoptarse a la luz de la generación de mayor conocimiento, pero al momento del análisis se adopta como el mejor indicador para visualizar el patrón de prescripción/consumo que presentan las provincias.

Como puede observarse, los valores de la relación construida muestran una amplia brecha entre las diferentes jurisdicciones del país.

Se construyó la razón metilfenidato/atomoxetina, que relaciona el número de unidades dispensadas del primer fármaco con respecto al segundo. Se volverá sobre la misma al mostrar el gráfico correspondiente.

Tabla N° 1: Distribución de Unidades Dispensadas de Metilfenidato y Atomoxetina por Provincia. Argentina. Año 2006

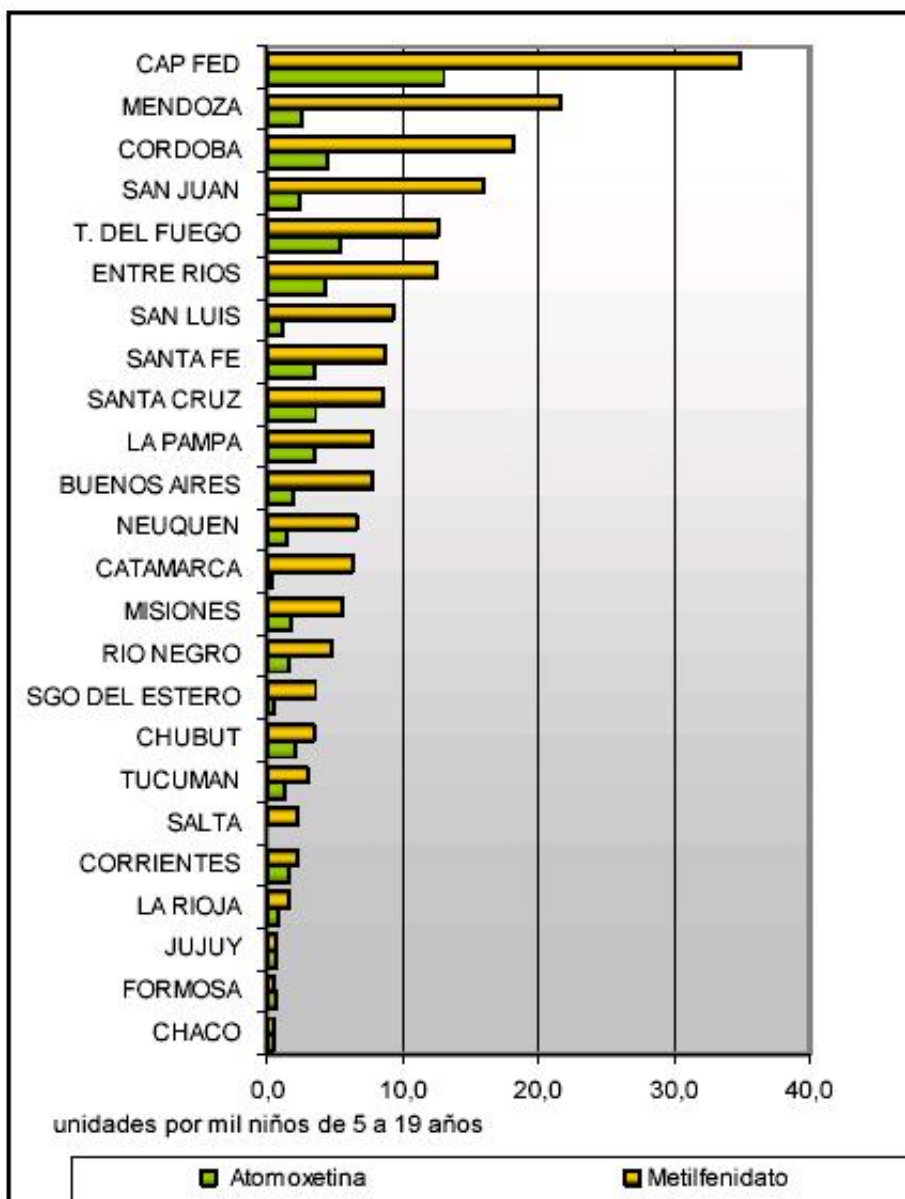
Provincia	Población 5 a 19 años	Unidades dispensadas Metilfenidato	Unidades Metilfenidato por mil	Unidades dispensadas Atomoxetina	Unidades Atomoxetina por mil	Razón Metilfenidato / Atomoxetina
BUENOS AIRES	3.667.536	28507	7,8	7048	1,9	4,0
CAP FED	536.852	18744	34,9	6992	13,0	2,7
CATAMARCA	113.533	715	6,3	40	0,4	17,9
CHACO	339.927	201	0,6	171	0,5	1,2
CHUBUT	127.374	432	3,4	277	2,2	1,6
CORDOBA	825.205	15055	18,2	3729	4,5	4,0
CORRIENTES	310.549	679	2,2	506	1,6	1,3
ENTRE RIOS	333.999	4165	12,5	1458	4,4	2,9
FORMOSA	179.262	115	0,6	138	0,8	0,8
JUJUY	206.534	159	0,8	142	0,7	1,1
LA PAMPA	85.433	669	7,8	298	3,5	2,2
LA RIOJA	99.943	164	1,6	94	0,9	1,7
MENDOZA	452.289	9764	21,6	1159	2,6	8,4
MISIONES	350.496	1956	5,6	638	1,8	3,1
NEUQUEN	154.280	1010	6,5	235	1,5	4,3
RIO NEGRO	167.625	803	4,8	289	1,7	2,8
SALTA	380.711	836	2,2	84	0,2	10,0
SAN JUAN	191.017	3044	15,9	462	2,4	6,6
SAN LUIS	119.057	1111	9,3	145	1,2	7,7
SANTA CRUZ	63.760	551	8,6	231	3,6	2,4
SANTA FE	795.771	6898	8,7	2760	3,5	2,5
SGO. ESTERO	280.347	995	3,5	117	0,4	8,5
T. DEL FUEGO	36.037	453	12,6	197	5,5	2,3
TUCUMAN	420.792	1257	3,0	551	1,3	2,3

Fuente: Elaboración en base a datos aportados por COFA. 2008.

El gráfico N° 5 muestra de manera comparativa el consumo de unidades de metilfenidato y atomoxetina por cada mil niños de 5 a 19 años para cada una de las provincias del país, pudiendo observarse marcadas diferencias entre las mismas.

Gráfico N° 5:

Unidades Dispensadas de Metilfenidato y Atomoxetina por cada mil niños de 5 a 19 años según Provincia. Argentina. Año 2006

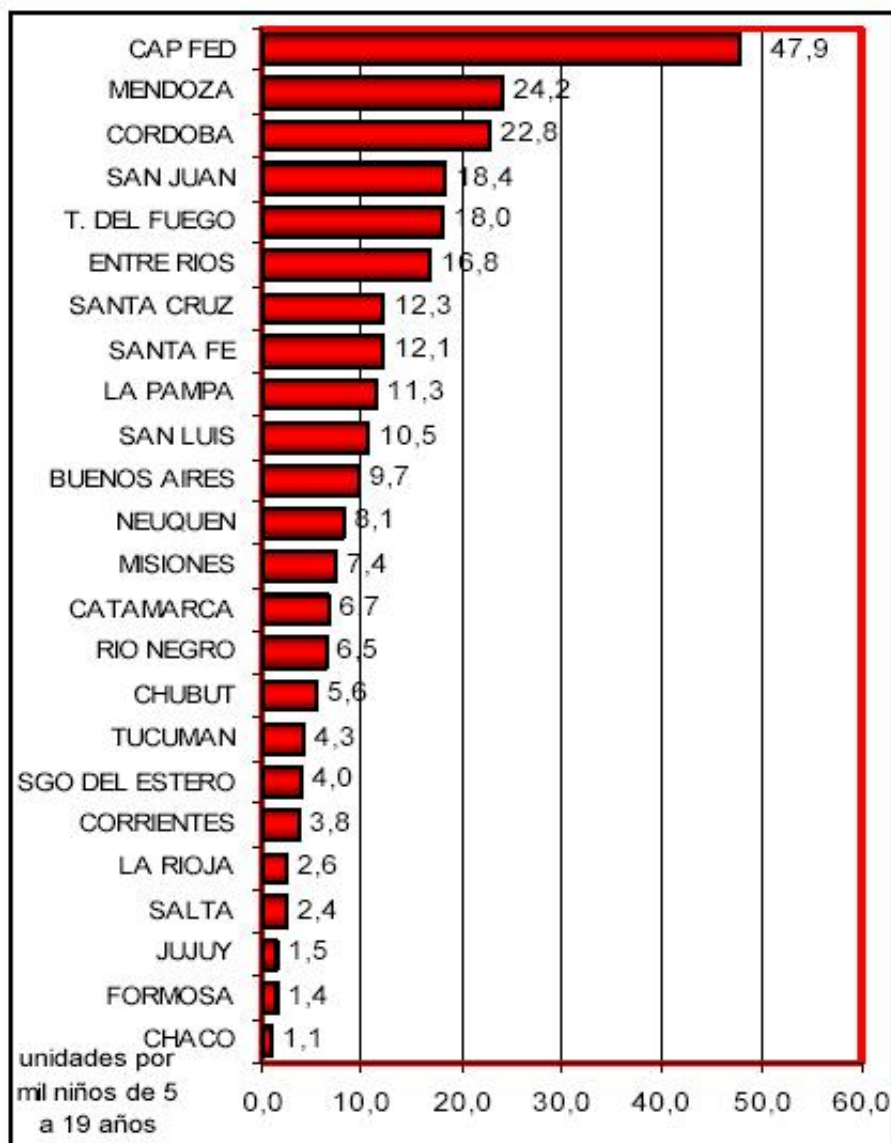


Fuente: Elaboración en base a datos aportados por COFA. 2008.

El gráfico N° 6 muestra la venta de fármacos para tratamiento de TDA/H de manera conjunta (sumatoria entre metilfenidato y atomoxetina), permitiendo apreciar también la diferencia que arrojan las distintas provincias.

Gráfico N° 6:

Unidades Dispensadas de Fármacos para el tratamiento de TDA/H (Metilfenidato más Atomoxetina) por mil Niños de 5 a 19 años, según Provincia. Argentina. Año 2006



Fuente: Elaboración en base a datos aportados por COFA. 2008.

El gráfico N° 7 muestra la preferencia de prescripción en relación a los fármacos disponibles para el tratamiento del TDA/H según provincia.

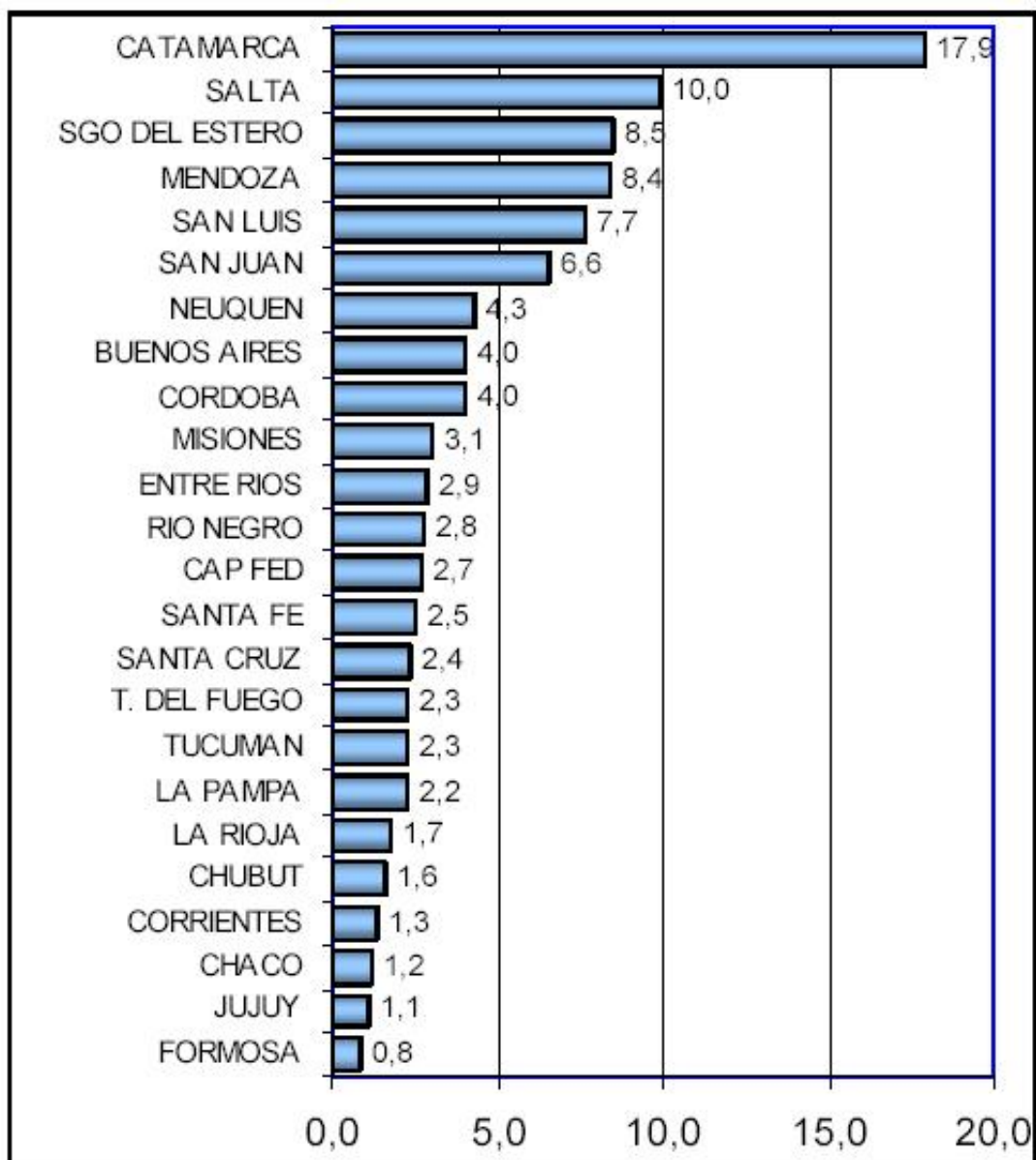
La razón metilfenidato/atomoxetina expresa cuántas unidades de metilfenidato se dispensan por cada unidad de atomoxetina, dando cuenta de la supremacía de la prescripción del primer fármaco sobre el segundo, de reciente introducción en el mercado.

Las provincias que muestran barras más importantes, representan los mercados donde prevalece ampliamente el metilfenidato, y aquellas con barras más pequeñas corresponden a provincias donde la atomoxetina tuvo mayor aceptación.

La amplia diferencia que se observa entre las jurisdicciones, genera el interrogante sobre los fundamentos de las modificaciones en las preferencias de prescripción/consumo.

Gráfico N° 7:

Razón de Dispensación entre Metilfenidato y Atomoxetina según Provincia. Argentina. Año 2006



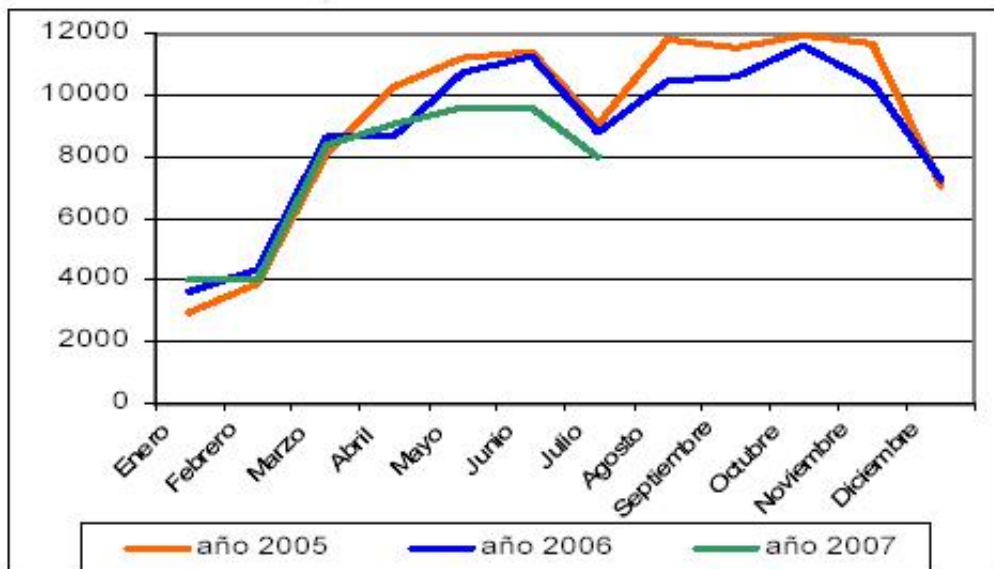
Fuente: Elaboración en base a datos aportados por COFA. 2008.

Los gráficos N° 8 y N° 9 muestran la evolución de la venta de metilfenidato y atomoxetina a lo largo del año, comparando los años 2005, 2006 y 2007, en este último caso hasta julio para el metilfenidato y hasta septiembre para la atomoxetina.

Como puede apreciarse, de manera mucho más marcada para el metilfenidato, la venta de estos fármacos presenta una clara "estacionalidad" relacionada con el año lectivo escolar, manteniéndose alta la dispensación durante el curso del mismo y cayendo en el período de vacaciones escolares.

Gráfico N° 8:

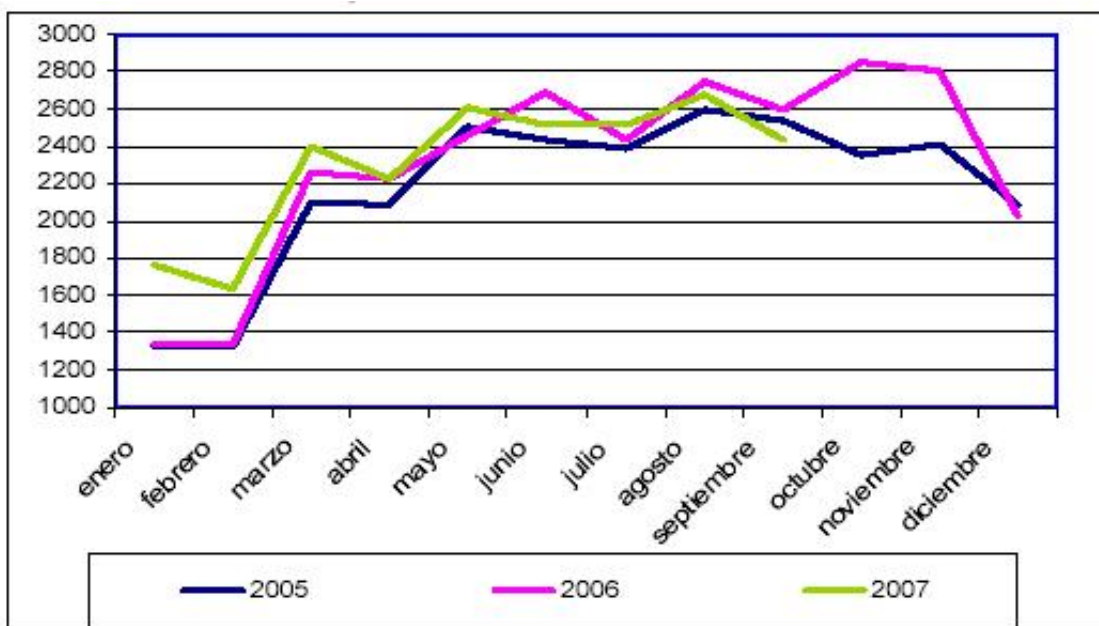
Unidades Dispensadas de Metilfenidato por Mes. Argentina Comparativo Trienio 2005-2007*



*2007 hasta julio. Fuente: COFA. 2008

Gráfico N° 9:

Unidades dispensadas de Atomoxetina por Mes. Argentina Comparativo Trienio 2005-2007*



*2007 hasta septiembre

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por COFA. 2008.

Como tercera fuente de información se recurrió al ANMAT, específicamente al Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes, para consultar sobre la evolución de la importación de metilfenidato en la Argentina, dado que a través de fuentes informales se tenía conocimiento sobre su aumento progresivo.

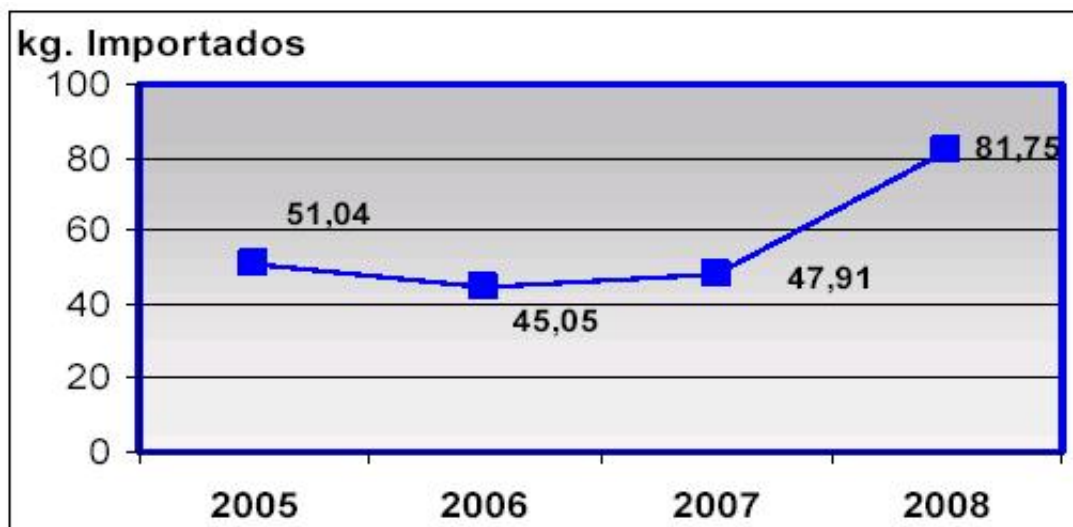
Esta institución proveyó datos para el período 2005-2008 que se muestran a continuación. Con respecto a la droga atomoxetina el Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes no dispone de registros porque la misma, como se mencionó con anterioridad, no pertenece a los listados

internacionales de este tipo de sustancias.

Como permite observar el gráfico N° 10 y para el período considerado, la importación crece significativamente a partir del año 2006, elevándose en un 81,5% con respecto a éste en el año 2008.

Gráfico N° 10:

Cantidad en kilos de Metilfenidato importados por el conjunto de laboratorios que lo comercializan. Argentina. 2005-2008



Fuente: Elaboración en base a datos aportados por ANMAT. 2008.

Consideraciones en relación a los datos aportados por estas fuentes

Se ha visto que los datos del INDEC expresan cantidad de dinero en pesos facturada perteneciente a diferentes grupos de medicamentos, y los datos proporcionados por COFA corresponden a unidades dispensadas de fármacos. Estos datos no son comparables.

El crecimiento en pesos del mercado farmacéutico está compuesto por tres variables: los productos nuevos lanzados al mercado, el aumento de la cantidad de unidades dispensadas y el aumento de precio, de modo que un incremento en la facturación no puede tomarse como expresión exclusiva de aumento de consumo.

El metilfenidato es comercializado en la República Argentina por cuatro laboratorios, en 16 presentaciones y 7 concentraciones diferentes de la droga, distribuidas entre formas de acción rápida y de efecto prolongado (6 de las 16 para esta última opción). La atomoxetina es comercializada por dos laboratorios, en 10 presentaciones y 5 concentraciones distintas.

En algunas presentaciones de los laboratorios se comprueba que diferentes concentraciones tienen igual precio, asumiendo que ello responde a una política del laboratorio, de modo que a igual gasto en un caso podrían estar consumiendo más que en otro.

A su vez, si se venden los envases con mayor número de comprimidos, o bien las presentaciones de liberación prolongada, el número de unidades dispensadas podrá ser menor cuando el consumo en realidad es mayor. Por tanto, tampoco el número de unidades habla en forma directa de mayor consumo.

Estas fuentes de información responden a una lógica de evaluación de tipo industrial- comercial,

sin que se encuentren fuentes disponibles que evalúen el consumo, desde la mirada de la necesidad de tratamiento del problema de salud en sentido estricto.

De modo que solo pueden proporcionar una aproximación al comportamiento en cuanto a tendencia de consumo.

La información proporcionada por el ANMAT sobre el significativo incremento en la importación de metilfenidato ha resultado de sumo interés, dado que se puede suponer que el aumento de importación de la sustancia obedece, o bien, a una venta que viene siendo valorada como creciente por los laboratorios, o a una decisión de mayor penetración en el mercado por parte de los mismos. Estos datos podrían estar sugiriendo una perspectiva de mayor consumo, al menos del metilfenidato.

ORGANIZACION DEL INFORME

Luego de este capítulo introductorio se ingresará al apartado de resultados (que será difundido en la edición N° 41 del Suplemento Actos de Gobierno y se publicará el 22 de junio de 2009). Este consta de tres partes: el campo escolar, el campo de la salud y por último, se abordará sobre otros actores implicados en la problemática.

La primera parte, abocada a la temática desde el campo escolar, se compone de tres capítulos en los que se analizan los datos recogidos en las entrevistas a informantes clave y a docentes, directivos y GP de escuelas públicas y privadas de los puntos muestrales definidos.

El primer capítulo de este apartado de educación se concentra en las representaciones sociales del campo escolar sobre el problema. Pone el foco en el estatus que se le otorga al TDA/H y analiza los discursos que los entrevistados ponen en escena al explicar el problema.

El segundo capítulo trata sobre los imaginarios que convoca el niño diagnosticado con TDA/H en los docentes, directivos y GP entrevistados. En este capítulo se analiza el papel que juega el paradigma del déficit en la construcción de imaginarios sobre el niño y la relación existente entre los imaginarios, el abordaje y los procesos de medicalización y medicamentación.

Por último, el tercer capítulo profundiza los patrones de consumo del metilfenidato o atomoxetina y su relación con la escuela. Para esto se considera los distintos roles que asume la escuela dentro del proceso de medicamentación y las posturas que docentes y GP tienen acerca del mismo.

La segunda parte de resultados presenta los capítulos del campo de salud. El abordaje del campo de salud, está organizado en relación a las entrevistas dirigidas a médicos pediatras, psiquiatras infanto juveniles y neurólogos infantiles del subsector público y privado de las cuatro jurisdicciones argentinas seleccionadas: AMBA, Corrientes, Salta y Tierra del Fuego.

En el primer capítulo del campo de salud, se abordan las representaciones, ideas e imágenes que los médicos tienen acerca del TDA/H. Para esto se introduce una lectura de las entrevistas en relación a la construcción cultural, a los procesos históricos y al contexto social y económico en la producción del diagnóstico sobre TDA/H.

En el segundo capítulo se trabaja sobre el diagnóstico de TDA/H desde la perspectiva de los actores del campo médico. En este apartado se profundiza sobre los posicionamientos, debates, acuerdos y desacuerdos; así como las dificultades que plantea la confección del diagnóstico del TDA/H y la etiología del cuadro.

Por último se aborda en el tercer capítulo la problemática del tratamiento sobre TDA/H: consensos y debates en torno al abordaje terapéutico desde el campo médico. Para lo cual se trabaja sobre el circuito de derivación y elección terapéutica, tipo de medicación elegida, esquema de administración, efectos adversos y administración de la medicación según sectores

poblacionales. También se aborda el concepto de abordaje interdisciplinario.

Una vez concluidos los capítulos de resultados sobre el campo escolar y el médico, en la tercera parte de resultados se avanza acerca de algunas conceptualizaciones sobre otros actores sociales implicados en la problemática del TDA/H.

En este sentido, interesó particularmente explorar las asociaciones de padres, la industria farmacéutica y los medios masivos de comunicación, focalizándonos en los medios gráficos. El objetivo de este capítulo fue introducir otras voces presentes en la construcción del TDA/H.

Terminado el apartado de resultados, se presentarán las conclusiones del estudio (que serán difundidas en la edición N° 42 del Suplemento Actos de Gobierno y se publicarán el 29 de junio de 2009).

Las conclusiones y recomendaciones están organizadas en cuatro partes. Las dos primeras presentan las conclusiones y reflexiones finales de cada campo, mientras que la tercera busca condensar las principales líneas de análisis que relacionan ambos campos y favorecen la comprensión de la problemática estudiada. La cuarta y última parte presenta recomendaciones que se desprenden de la totalidad del análisis realizado desde ambos campos.

Finalmente, el trabajo termina con un apartado de referencias bibliográficas y fuentes consultadas y un anexo metodológico.