



#

la inquietante
actividad
del diagnóstico

María Teresa Arcos

Este cuerpo no está caracterizado simplemente por la dimensión de la extensión: un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo. La dimensión del goce está completamente excluida de eso que llamé la relación epistemo-somática. Porque la ciencia no es incapaz de saber lo que puede, pero ella, no más que el sujeto que engendra, no puede saber lo que quiere.
Jacques Lacan¹

Y es un hecho que él [el *parl'être*] miente, es decir que instauro, en el reconocimiento, hechos falsos, esto porque tiene mentalidad, es decir, amor propio. Es el principio de la imaginación. Él adora su cuerpo. Lo adora porque cree que lo tiene. En realidad, no lo tiene, pero su cuerpo es su única consistencia –mental, por cierto.
Jacques Lacan²

Un mes antes del comienzo del año escolar, el periódico montevideano *la diaria*³ denunciaba un aumento de más de 18 veces en seis años en la importación de un psicoestimulante, el metilfenidato. Conocido como “ritalina”, su nombre comercial más difundido, el metilfenidato está vinculado al tratamiento del TDAH, Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad, o a su versión en inglés *ADHD, Attention Deficit Hiperactivity Disorder*.

1 Jacques Lacan, “Conférence et débat du Collège de Médecine à la Salpêtrière”, *Cahiers du Collège de Médecine*, 1966, p. 767, CD Pas-tout Lacan. De aquí en adelante, a menos que se indique lo contrario, las traducciones son de la autora.

2 J. Lacan, seminario inédito *Le sinthome*, sesión del 13 de enero de 1976.



La prevalencia del trastorno, que se extiende ahora a los adultos, viene incrementándose en el mundo. Se calcula que entre el 5 y el 15% de la población escolar se encuentra afectada, porcentaje que llega al 50%, uno cada dos, si se toma el grupo de niños que consulta en la clínica psicológica⁴. En nuestro país se lo considera “*un importante problema de salud pública*”⁵ y una de las primeras “*causas de consulta*”⁶ a neuropediatras, psicólogos y psiquiatras de niños.

Como signo de una época caracterizada por el predominio de una psiquiatría estandarizada y regida por la psicofarmacología, hace ya algunas décadas que la pareja de sigla y fármaco despierta la polémica y promueve la producción de trabajos críticos en los países donde el fenómeno ha sido mayor. En el artículo de *la diaria*, el abogado del Observatorio del Sistema Judicial e integrante del Comité Nacional por los Derechos del Niño-Uruguay, Javier Palummo, plantea la necesidad de abrir el debate y de cuestionar las políticas públicas en relación a esta droga.

La abstención del psicoanálisis respecto al diagnóstico y una práctica que atañe a la verdad subjetiva que habla en los síntomas lo sitúan en una posición de exterioridad respecto a las disciplinas médicas y a las normativas sociales. Esa distancia, junto a los planteos de Michel Foucault sobre los dispositivos de poder como instancias productoras del discurso, hace posible problematizar el asunto y relanzar el debate.

¿Cómo entender, entonces, la banalización del uso de psicoestimulantes en la infancia? ¿Cuál es la relación que mantiene este hecho con las prácticas discursivas que estabilizaron y propagaron el diagnóstico? Comenzaremos a abordar estos interrogantes desde la propuesta de Foucault en su seminario sobre *El poder psiquiátrico*, de cuestionar el conocimiento, “*no en sus contenidos verdaderos o falsos, sino en sus funciones de poder-saber*”⁷.

*

“Y querría poner de relieve” dice en la clase del 16 de enero de 1974 “una de esas frases breves y fulgurantes como son del gusto de

3 *la diaria*, “La ritalina dijo presente”, Montevideo, Uruguay, 11/02/08, p.11.

4 *Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad*, editores: Ruben R. Santana, Horacio Paiva, Ilse

Lustenberger, Montevideo, 2003, pp. 29-33 y 39- 40.

5 *Ibid.*, p. 29.

6 *Ibid.*, considerar al diagnóstico como “causa” o motivo de consulta y no como “efecto” o consecuencia implica una toma de posición sobre la que nos extenderemos más adelante.

7 Michel Foucault, *El poder psiquiátrico, Curso en el Collège de France (1973-1974)*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2005, p.383.



Canguilhem. Él ha escrito, en efecto: `Normal es el término por el cual el siglo XIX designará el prototipo escolar y el estado de salud orgánica'”⁸. Foucault se inscribirá en la línea de la afirmación de Canguilhem: el soporte de la difusión del poder psiquiátrico en el siglo XIX, dirá, fue la psiquiatrización de la infancia, a través de la idiocia⁹ del niño. De la idiocia y no de la locura del niño, en tanto es a partir de los problemas que se plantean en la institución educativa como lugar de ejercicio del poder disciplinario que se produce un saber en relación a la infancia. Es al tiempo que se establecen criterios para distinguir la idiocia de la locura y de la demencia, que se especifican funciones, estados y comportamientos, que se introduce la noción de desarrollo, es en ese movimiento que se va elaborando el concepto de normalidad y que aparece la categoría de la anomalía como distinta de la enfermedad¹⁰. “Y creo que el principio de difusión del poder psiquiátrico es justamente la confiscación de esta nueva categoría de la anomalía por la medicina: su psiquiatrización”¹¹ dice en esa misma clase.

8 Georges Canguilhem: *Le normal et le pathologique* (1943), 2a. ed. revisada, París, PUF, 1972, p.175, [trad. esp. *Lo normal y lo patológico*, siglo veintiuno editores, México, D.F., 1986] en M. Foucault, *El poder psiquiátrico*, op. cit., p. 230.

9 El término “idiota” -que comparte con “idioma” la raíz griega *idios*: “propio”, “peculiar”- proviene del griego *idiôtês*: “hombre particular, profano, que no es técnico en una profesión, ignorante”. En la segunda mitad del siglo XIX toma la acepción moderna de “falta de inteligencia o incapacidad mental” que barre completamente con la significación original. Un dato etimológico que permite apreciar las operaciones del poder del saber sobre la lengua. Cfr., Joan Corominas, *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana*, Editorial Gredos, S.A., Madrid, 1998, p. 330.

10 Para profundizar en el concepto de anomalía, véase G. Canguilhem, *Lo normal y lo patológico*, op. cit., pp. 91-111.

11 M. Foucault, *El poder psiquiátrico*, op. cit., p. 244.

12 *Ibid.*, p.243.

Con la introducción de la noción de desarrollo como ideal normativo y la elaboración, por parte de la psicología -que asume el modelo bionormado- de las primeras escalas para evaluarlo, la debilidad mental no se concibe como una enfermedad sino como una variedad temporal, como una anomalía respecto al desarrollo de las funciones intelectuales. Pero también respecto al desarrollo como operación de sometimiento progresivo de lo instintivo a la voluntad de los otros y a la propia. Y aquí vamos a encontrar lo que Foucault sitúa como un fenómeno positivo en la anomalía, fenómeno que se encuentra todo a lo largo de la construcción del diagnóstico que nos ocupa, y es la idea de que en la anomalía algo se libera. Ese algo, en el siglo XIX es el instinto; el instinto como una fuerza natural anárquica.

Seguin lo plantea de esta forma:

La idiotez es una imperfección del sistema nervioso cuyo efecto radical consiste en sustraer la totalidad o parte de los órganos y las facultades del niño a la acción regular de su voluntad, así como en librarlo a sus instintos y apartarlo del mundo moral¹².

Con la apropiación del campo de las anomalías, el poder psiquiátrico se extiende más allá del espacio asilar, se disemina a través de la función psicológica y de una trama social disciplinaria que surge en las instituciones médico-educativas dedicadas a la llamada infancia en peligro: niños huérfanos, jóvenes delincuentes, niños con retardo mental. Es el nacimiento de lo que Foucault llama “*la función psi*”¹³, la función de los agentes del dispositivo disciplinario que sustituye al poder familiar. Función psi que en el siglo XX será “*el discurso y el control de todos los sistemas disciplinarios*”¹⁴; es el saber funcionando como poder “*y ese poder del saber se da como realidad dentro de la cual está situado el individuo*”¹⁵.

Si hay algo que caracteriza la construcción histórica de lo que hoy se conoce como trastorno por déficit atencional e hiperactividad es la referencia a la alteración neurológica como el *a priori* teórico que sostiene la agrupación sindromática a lo largo del tiempo. Si bien las variaciones del cuadro reflejan contextos discursivos distintos de las prácticas médicas, la lesión, la disfunción o el déficit neurológico, según las épocas, serán las explicaciones más poderosas de los comportamientos infantiles que impidan la integración a un sistema disciplinario.

Las primeras descripciones de lo que los franceses llamarán “*inestabilidad psicomotriz*” comienzan a fines del siglo XIX y se realizan en niños con secuelas de enfermedades neurológicas de localización difusa, sobre todo de encefalitis epidémica y, como en los casos presentados por Bourneville, director de un centro medicopedagógico para el retardo mental, en niños con leve retraso. Las alteraciones del comportamiento y del aprendizaje conducen la delimitación de los síntomas y corresponden a la pérdida del dominio del adulto sobre el cuerpo del niño, a la imposibilidad de captar su mirada y su escucha, a su rechazo a cualquier orden o imposición.

Cuestionada por su polimorfismo sintomático, la inestabilidad psicomotriz adquiere estabilidad y cohesión a través de la pretendida falla neurológica. Una anomalía del desarrollo donde el déficit funcional: “*ausencia de inhibición que generalmente desaparece con la*

13 *Ibid.*, p.110.

14 *Ibid.*, p.111.

15 *Ibid.*, p.225.

edad”¹⁶ responde por el exceso presente en los síntomas: “movilidad intelectual y física extrema”¹⁷.

Las descripciones en términos de alteración funcional proliferan en el siglo XIX y coinciden con el declive de la mirada anatomoclínica¹⁸. En este caso, sin embargo, la explicación lesional no quedará desplazada, al punto que la “lesión cerebral” formará parte, en los años 40, de la denominación del síndrome. Cuando el cuadro de la inestabilidad psicomotriz se amplíe, con la inclusión de niños sin antecedentes neuropatológicos, no ocurrirán modificaciones en el esquema descriptivo ni en el modelo explicativo.

En 1902, George F. Still¹⁹, un médico victoriano, realiza ante el Royal College of Physicians lo que se considera como la primera descripción del síndrome en el medio anglosajón. Still se propone: aislar lo que llama “un defecto del control moral”, demostrar que “ocurre realmente” como afección aislada, que se relaciona con un “trastorno de la inhibición voluntaria” y que “parece más que probable que hay no sólo una perversión de la función en los centros nerviosos superiores sino una anomalía física real por debajo del defecto moral”²⁰.

Inscritos en el funcionalismo de William James y en la teoría de la degeneración, impregnados de moralismo victoriano, los planteos de Still son abordados hoy con renovado interés por la neuropsicología del déficit atencional.

Los niños que observa manifiestan descontrol en sus emociones y en sus impulsos, algunos mienten o roban, otros se masturban o “muestran el deseo de exponerse en forma indecente”²¹. Coléricos, desvergonzados o inmodestos, “una característica notable en muchos de estos casos de defecto moral sin daño intelectual es una incapacidad totalmente anormal para el mantenimiento de la atención”²². Y Still adopta entonces el punto de vista de W. James –a su vez inspirado en el Tratado sobre la atención de T. Ribot- para quien “el esfuerzo de atención es el fenómeno esencial de la voluntad”²³. El déficit atencional resulta así el elemento clave que le permite demostrar la intervención de un “trastorno de la voluntad” en los casos de “defecto moral”. Y como forma de asegurarse la participación orgánica en el defecto de la inhibición voluntaria -último eslabón del desarrollo

16 J. De Ajuriaguerra, *Manual de psiquiatría infantil*, Toray-Masson, S.A., Barcelona, 1980, p. 241.

17 Idem., p. 239.

18 Arnold I. Davidson, *La aparición de la sexualidad*, Alpha Decay S.A., Barcelona, 2004, p. 26.

19 George F. Still, “Some abnormal psychical conditions in children: Exerpts From Three Lectures”, en *Journal of Attention Disorders*, N° 2, Vol. 10, noviembre del 2006, pp. 126-136.

20 Ibid., p. 129.

21 Ibid.

22 Ibid., p. 133.

23 Ibid..

evolutivo- buscará y encontrará a veces, en la anamnesis y en el examen físico, los “estigmas de degeneración”.

Como decía Bernheim en el contexto de su crítica a Charcot: “[...] se exteriorizan sobre el enfermo las propias concepciones, se fabrica una observación con las ideas preconcebidas que se tienen en el espíritu”²⁴.

Ahora bien ¿qué se entiende por “inhibición”, qué son esos “mecanismos inhibitorios” neurológicos a cuya falla ya Bourneville en 1879 atribuía el descontrol de los impulsos?

La historia del concepto de inhibición en las neurociencias se inscribe en una historia más amplia, la de los conceptos de “regulación” y de “control”, más precisamente en la historia de la naturalización de la regulación y del control²⁵. En el siglo XIX, la introducción del par excitación-inhibición en la descripción de la actividad reguladora del sistema nervioso permite el desarrollo de la neurofisiología. Como dice Canguilhem en su conferencia *¿Qué es la psicología?* es el mismo siglo XIX que

ve constituirse junto a la psicología como patología nerviosa y mental, como física del sentido externo, como ciencia del sentido interno y del sentido íntimo, una biología del comportamiento humano²⁶.

Bajo el modelo de la biología, la psicología se transforma en “una ciencia objetiva de las aptitudes, de las reacciones y los comportamientos”²⁷ y realiza un traslado del concepto de inhibición desde el campo de la neurofisiología al de la acción humana en general. Un traslado que implica la naturalización de la intencionalidad y que incluye, como vimos en los planteos de Still, una biología del control moral y de la voluntad.

Ahora bien, el recurso de reducir la intencionalidad a un proceso natural sostiene y se sostiene en una premisa fundamental de la psicología: la de la armonía del humano y su entorno. Está en “la naturaleza del hombre ser un útil, su vocación es la de ser ubicado en su lugar, en su tarea”²⁸. Cuando se produzca el inevitable desencuentro, la explicación por una falla biológica, en este caso de los mecanismos inhibitorios neurológicos, vendrá a rescatar la vigencia de ese acuerdo.

24 H. Bernheim, *Hypnotisme, Suggestion, Psychologie*, Paris, Doin, 1891, p. 172, en M. Foucault, *El poder psiquiátrico*, op. cit., p.370.

25 Roger Smith, *Inhibition, History and Meaning in the Sciences of Mind and Brain*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, California, 1992.

26 G. Canguilhem, “Qu’est ce que la psychologie?” Conferencia pronunciada el 18 de diciembre de 1958 en le Collège de Philosophie de Paris, publicada en la *Revue de métaphysique et de morale*, n° 1, Paris, 1958, <http://www.Psychanalyse.lu/articles/CanguilhemPsychologie.htm>.

27 Ibid.

28 Ibid.



El concepto de inhibición seguirá ocupando un lugar central en las neurociencias de los años 50 y 60 del siglo XX -que provendrán, en su mayor parte, de una síntesis de las tradiciones occidental y soviética- así como en la psicología experimental anterior y posterior a la llamada revolución cognitiva de los años 70.

A fines de la década del 40 surge la "lesión" como el término clave que agrupa a "los niños inexplicablemente difíciles" de Strauss y Lehtinen, definidos como "los niños sanos o impedidos que presentan alteraciones intelectuales o de la personalidad como resultado de una lesión cerebral"²⁹. Pero la contundencia de la afirmación no resiste mucho tiempo. Aparece la falla en el saber que intenta dar cuenta de lo "inexplicablemente difícil": la falta de soporte anatomoclínico. El agregado del término "mínima" a "lesión cerebral" vendrá, 10 años después y por medio de una disminución máxima de lo lesional, al lugar de esa ausencia.

En 1962, el grupo de estudios internacionales de Oxford rechaza el concepto de lesión cerebral mínima y lo reemplaza por el de "disfunción cerebral mínima". Se instituye el traslado de lo anatómico a lo funcional: una alteración en la maduración del sistema nervioso provocaría una disfuncionalidad cortical responsable de la alteración en la integración perceptivo-motriz y en la instalación de la inhibición interna³⁰. La disfunción cerebral mínima agrupaba síntomas descritos como hiperactividad, dificultades atencionales, cognitivas y de control de los impulsos. A comienzos de los años 80, Ajuriaguerra y Marcelli³¹ plantean una dura crítica al concepto y formulan una alerta por el abuso del diagnóstico y por las imprevisibles consecuencias de la indicación de psicoestimulantes. Además de afirmar la ausencia de relación causal directa entre un tipo de disfunción neurológica conocida y un trastorno preciso de conducta, establecen

un curioso paralelismo entre el éxito obtenido actualmente por este síndrome y el que en otros tiempos tuvieron teorías tales como la degeneración mental, el concepto de niño caracterial (Magnan) o la debilidad motriz (Dupré) a las que ya no se hace referencia [...] vemos con temor el nuevo uso del mismo, y cree-

29 *Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad*, op.cit., p. 24.

30 María A. Rebollo, *Neurología Pediátrica*, 2ª edición, Delta, Montevideo, 1978, p. 307-323.

31 J. de Ajuriaguerra, D. Marcelli, *Manual de Psicopatología del Niño*, Toray-Masson S.A., Barcelona, 1982, pp. 331- 335.



mos que es ésta una grave regresión en nuestra práctica psiquiátrica³².

En las últimas décadas, las transformaciones en la denominación del síndrome acompañan los cambios del DSM, el *Manual diagnóstico y estadístico* de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). El manual aparece en 1952 y hasta los años 80 no tiene otra repercusión que la de una codificación con fines administrativos. Es a partir de un cambio discursivo en la 3ª versión de 1980 que el DSM logra imponerse en el mundo. En esos años la APA atravesaba una crisis de desprestigio dentro de la medicina y enfrentaba una creciente competencia de los profesionales no médicos. Asociarse política y económicamente con la industria farmacéutica le permitió alentar el viejo sueño de una psiquiatría científica y ganar un lugar dentro de las disciplinas biomédicas. Fueron los primeros pasos hacia lo que en los años 90 –una década designada por el entonces presidente de los Estados Unidos, George H.W. Bush, como “*la década del cerebro*”³³– se consolidó como psiquiatría biológica o psiquiatría neurocientífica.

Foucault muestra cómo muy precozmente el discurso psiquiátrico toma del diagnóstico médico las características de regularidad, estabilidad y posibilidad de codificación de los síntomas. El saber psiquiátrico adquiere así valor de clasificación y poder de decreto y decisión. La afirmación de Johnstone en un estudio crítico sobre la psiquiatría británica va en el mismo sentido:

Si no hay acuerdo en la clasificación básica, entonces el campo de la psiquiatría nunca podrá ser desarrollado como una ciencia. Admitir el rol central de los juicios y normas culturales equivaldría a mostrar las cartas. El DSM debe ser visto como creíble y válido, o toda la empresa de la psiquiatría médica colapsa³⁴.

La revisión y remodelación de la terminología utilizada por el DSM a partir de su tercera edición responde a la pretensión de una clasificación puramente descriptiva, sin inscripción en ninguna teoría, borrando la tradición psicopatológica y toda huella que remita al psicoanálisis. Una neutralidad teórica que, como dice Arnold

32 Ibid., p. 334.

33 La declaración de G. H.W. Bush apuntaba a incrementar la investigación sobre el cerebro y a crear conciencia pública sobre los beneficios del desarrollo de ese campo.

34 L. Johnstone, *Users and Abusers of Psychiatry*, Routledge, London, 1989, en H. Kutchins, S. Kirk, *Making us Crazy, DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorder* (USA, 1997) Constable, London, 1999, p. xii, en itálicas en el original.



Davidson, “es tan ingenua en términos filosóficos como sospechosa en términos históricos”³⁵. Epistemológicamente positivista, la teoría está implícita en la posición clasificatoria y queda reducida a un listado de nombres que apuntan a categorías diagnósticas concebidas como realidades naturales, como hechos que tendrían existencia por sí mismos.

El DSM III en 1980 y el DSM IV en 1994 materializaron y difundieron el paradigma de la psiquiatría norteamericana y facilitaron el acceso de los laboratorios al mercado. El psiquiatra se encontró con una clínica doblemente limitada: las compañías farmacéuticas lo dejaron inserto “en una atmósfera de conocimiento interesado”³⁶ y el manual lo convirtió en el administrador de un catálogo especializado en mediciones.

Para la puesta a prueba de la eficacia medicamentosa, la industria necesitaba contar con poblaciones homogéneas y fue tarea de la psiquiatría procurárselas. Reconfiguró los diagnósticos volviéndolos aptos para su utilización en estudios estadísticos, elaboró cuestionarios y escalas para la obtención de datos epidemiológicos; el desafío consistió en construir trastornos estables, con validez universal y codificados como “entidades discretas que se correspondan con las terapéuticas específicas que les estén dirigidas”³⁷. Así lo plantea David Healy:

Dadas las numerosas revisiones de la nosografía psiquiátrica durante los últimos 30 años, es sin duda un error pensar que las enfermedades mentales tienen una realidad estabilizada y que el rol de una compañía farmacéutica es encontrar la llave que encaje en una cerradura predeterminada [...] estamos actualmente en una situación en la cual las compañías pueden no sólo intentar encontrar la llave para la cerradura sino dictaminar en gran parte la forma de la cerradura donde debe encajar la llave³⁸.

La forma del diagnóstico ajustándose entonces a la intervención farmacológica. Una intervención que deviene estable y que termina apuntando a una supuesta disfuncionalidad cerebral específica. El proceso de ajuste se extiende desde la genética molecular y la



n 35 A. I. Davidson, *La aparición de la sexualidad*, op. cit., p. 51.

á 36 Andrew Lakoff, *Pharmaceutical Reason, Knowledge and Value in Global Psychiatry*, Cambridge University Press, New York, 2005, p. 141.

c 37 Ibid., p. 11.

a 38 David Healy citado por Mikkel Borch-Jacobsen, *London Review of Books*, “Prozac Nation”, 9 July 2002.

investigación farmacológica a la confección de protocolos clínicos y a la construcción de estándares diagnósticos. A. Lakoff ha llamado “razón farmacológica” a la estrategia lógica que vincula estos elementos heterogéneos y “a la racionalidad subyacente a la intervención de las drogas en la nueva psiquiatría biomédica: el tratamiento farmacológico dirigido restablecerá la normalidad cognitiva, afectiva o volitiva del sujeto”³⁹.

Estandarización del diagnóstico, estandarización de los tratamientos, los estándares conectando poblaciones forjadas en varios dominios: clínico, de la investigación científica, de la administración de salud, del mercado de la industria farmacéutica y de las compañías aseguradoras. Como nunca antes, las entidades nosográficas se construyen en el registro de lo medible, efectivizándose de esa forma el ideal médico de reducción de la complejidad a lo cuantificable.

En 1968, el “trastorno infantil de reacción hiperquinética” aparece en el DSM II. El término “reacción”⁴⁰ se elimina con los cambios radicales del 80 y en el DSM III se establece la denominación de “trastorno por déficit atencional”. El DSM III R de 1987 agrega: “trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad”. En la cuarta versión de 1994, el afán clasificatorio se acentúa y se distinguen tres tipos: predominantemente desatentivo, predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado. Los síntomas corresponden a rasgos habituales de los niños: labilidad atencional, inquietud e impulsividad, presentes con una intensidad que se califica de desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo. Es la intensidad, la medida disruptiva lo que patologiza la conducta. En un simposio sobre el tema, en el Congreso Latinoamericano de Psiquiatría del año 2004, fueron definidas como “conductas perturbadoras que enojan al adulto”. La mirada del adulto no se incluye en lo que ve y, de la misma forma que la mirada del psiquiatra que observa y evalúa, ubica un “en más” del lado del niño. Lo “inexplicable” toma en este caso la forma del exceso, una zona opaca para el saber que se desplaza como déficit al interior del cerebro, a sus funciones inhibitorias. Vimos más arriba que esa noción de inhibición se traslada desde el saber neurofisiológico y opera aquí como mecanismo de control. Es

39 A. Lakoff, *Pharmaceutical Reason...*, op.cit., pp. 6-7.

40 ¿Qué tipo de psicopatogé-
nia señalaba este término, ya que
una “reacción” implica una acción
previa?



así que se habla de déficits en el control de espera, en el control de los impulsos, en el control de los distractores. El fenómeno positivo de liberación del instinto, que Foucault encontraba en el campo de las anomalías del siglo XIX, toma la forma de un descontrol de los impulsos. Descontrol de lo que se concibe como la regulación natural y armónica entre los impulsos y las normas, entre el interior humano, su cerebro, sus mecanismos inhibitorios neurológicos y el medio social moral en el cual se encontraría adaptativamente inserto. El principio de funcionalidad -entendido como adaptación a los requerimientos del entorno y que ha producido el desplazamiento del concepto de patología por el de "disfuncionalidad"- forma parte del biologismo imperante. El diagnóstico de TDAH se asociará entonces a los llamados: trastornos de conducta, adicción a las drogas, criminalidad, esas nuevas formas de "liberación del instinto".

Pero el asunto no queda saldado. El DSM IV reconoce la inexistencia de

pruebas de laboratorio establecidas como diagnósticas en la evaluación clínica [...]

Si bien algunos grupos de sujetos obtienen rendimientos anómalos en ciertas pruebas que requieren procesamiento mental persistente, no está definido el déficit cognitivo responsable de este fenómeno⁴¹.

En nuestro medio, en un texto sobre el tema, se admite que "las cosas no se presentan con límites tan precisos como se describen"⁴². Se trata de una distribución muy difícil de mantener,

el diagnóstico resulta de una enorme complejidad, ya que grupos de síntomas y signos similares o iguales pueden deberse a múltiples causas. Una de las cuestiones más polémicas surge cuando se considera que este síndrome se observa también en niños que presentan conflictos emocionales.

Una persistente ambigüedad caracteriza los planteos referentes a los criterios diagnósticos y a las explicaciones etiopatogénicas. Al tiempo que se informa que "hasta ahora no existe un método, ya sea por neuroimagen, laboratorio, prueba neuropsicológica o neurofisiológica que



39 A. Lakoff, *Pharmaceutical Reason...*, op.cit., pp. 6-7.

40 ¿Qué tipo de psicopatología señalaba este término, ya que una "reacción" implica una acción previa?

41 American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994.

12 *Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad*, op.cit. p. 79.

42 *Ibid.*, p.96.

permita realizar inequívocamente el diagnóstico positivo⁴³, se afirma que estamos frente a “un cuadro de características conductuales de base biológica”⁴⁴ y se sostiene la existencia para la gran mayoría de esos niños, de un “aluvión de evidencias” indicadoras de una disfunción prefrontal debida a alteraciones en los neurotransmisores con acción inhibitoria sobre las conductas, para la que se propone además, un origen genético⁴⁵. Esta es la posición que prevalece, la lógica clasificatoria y la retórica científica se imponen y, agrupados bajo la nominación diagnóstica, los síntomas toman valor de signos del correlato orgánico. Una retórica que opera al modo de las marcas del saber de las que habla Foucault, marcas por las que va a funcionar el poder médico y que designan “la existencia de un saber, y sólo por ese juego de las marcas, cualquiera sea el contenido efectivo del saber”⁴⁶.

El recurso a la supuesta base biológica será ubicado por Foucault como exigencia del discurso: para la psiquiatría, en su preocupación desde el siglo XIX por constituirse como discurso científico, la nosología y el correlato orgánico constituyen las dos garantías materialistas definitivas de la verdad. Garantías de que se ha adoptado la relación de objetividad y los métodos de validación propios de la mirada médica, constitutivos de su saber. Tan es así que la caza del gen sigue siendo una apuesta fundamental para la psiquiatría biológica, en su pretensión de dar universalidad y estabilidad al saber, por más que hasta el momento no exista una relación confirmada entre *locis*⁴⁷ del genoma y trastornos psiquiátricos⁴⁸.

En distintos campos, se busca un sustento para los factores biológicos, de modo de lograr una definición que no se base exclusivamente en la observación de la conducta. En ese sentido, la neuropsicología ha desarrollado, tomando los modelos de las ciencias cognitivas, el concepto de “disfunción ejecutiva”, que se ofrece además como nueva denominación del síndrome⁴⁹. La valoración neuropsicológica de las funciones ejecutivas aportaría clarificación al diagnóstico y precisión en las orientaciones terapéuticas. Si bien, en otra reiteración de la ambigüedad, “la dificultad, en la gran mayoría de los casos, para probar una indudable base neurofisiopatológica sea el mayor de los problemas”⁵⁰. El concepto de “función ejecutiva” reúne dos aspectos

43 Ibid., p. 99.

44 Ibid., p. 268.

45 Ibid., p.27 y pp. 63-69.

46 M.Foucault, *El poder psiquiátrico*, op.cit., p. 216.

47 *Locus*, plur. *loci*: localización de un gene o de uno de sus alelos en un cromosoma.

48 Desde el punto de vista de la genética, sigue hoy siendo válida la afirmación de dos genetistas de Stanford, Risch y Botstein, en *Nature Genetics* 12, 1996, p. 351: “En ningún campo la dificultad [de encontrar genes ligados a enfermedades complejas] ha sido más frustrante que en el campo de la genética psiquiátrica. La depresión maníaca (enfermedad bipolar) es el caso típico”. Al respecto, comenta A. Lakoff, *Pharmaceutical Reason...*, op.cit., p. 38: “A pesar de la adopción de modelos neurocientíficos [...] la pregunta por la relación de la psiquiatría con la biomedicina sigue planteada: ¿en qué medida puede considerarse que las condiciones psiquiátricas equivalen a las enfermedades “somáticas”? [...] Las dificultades para confirmar el enlace con la genética ponen en duda la legitimidad del conocimiento psiquiátrico, y la existencia misma de sus objetos.”

49 *Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad*, op.cit., p.29.

50 Ibid., p. 96.



tos: la localización anatómica y la descripción psicológica. Revela, supuestamente, la actividad de la corteza prefrontal y de los circuitos relacionados con ella y reúne las habilidades cognitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes, la programación y el control de la conducta⁵¹. La imaginaria científica apela a la ficción de una “*especie de superordenador mental*”⁵² funcionando como realidad que dirige, planifica, programa, organiza y supervisa de manera conciente y dirigida la actividad cognitiva. La supercomputadora cuenta con una herramienta privilegiada, el lenguaje⁵³.

Sólo partiendo de la ficción de un aparato cognitivo entronizado en posición de dominio y respondiendo adaptativamente a los requerimientos del entorno, es posible sorprenderse de

cómo ese muchacho, incapaz de compartir hasta el final las reglas de un juego colectivo o de atender medianamente durante una sesión de clase habitual, queda sin embargo, clavado ante un video-juego durante largos ratos, con excelente rendimiento⁵⁴.

Y recurrir al artificioso argumento ortopédico:

el sistema ejecutivo inmaduro suplido por la prótesis informática que le gratifica cada pocos segundos manteniendo en vilo su atención y memoria de trabajo mediante la sucesión trepidante de cambios de plano⁵⁵.

El tecnicismo coexiste con apreciaciones de apariencia ingenua como: “*El paciente portador de TDAH no es que no pueda atender, no puede hacerlo en las circunstancias que socialmente se requiere que lo haga*”⁵⁶.

51 Ibid., p. 95.

52 Ibid., p. 138.

53 Ibid., pp.136-138.

54 Ibid., p.10.

55 Ibid., p.11.

56 Ibid., p.97.

57 *la diaria*, “La ritalina dijo presente”, Montevideo, Uruguay, 11/02/08, p.11.

*

“Según expertos de la cátedra de farmacodependencia de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República” leemos en la nota de *la diaria* a la que hicimos referencia más arriba “*el consumo de esta medicación ha aumentado exponencialmente en todo el mundo*”⁵⁷. “*Farmacodependencia*”

por farmacología -un logrado traspie del periodista que le permite caer justo sobre el terreno polémico del uso y abuso de la pastilla.

Sucede que el metilfenidato tiene el mismo núcleo que las anfetaminas y en 1971 la OMS los agrupó junto a la cocaína por su potencial adictivo. Sintetizado en 1940, se utiliza a partir de la década del 60 para el control de la conducta y es promocionado por los expertos y los laboratorios como de reconocida eficacia y de mínimos efectos secundarios. Sin embargo, desde los años 80, voces provenientes de distintos campos se levantan contra un uso que ha adquirido dimensiones "epidémicas": en el 2000, la publicación en el *Journal of the American Medical Association*⁵⁸ de una investigación sobre los porcentajes de prescripciones de drogas psiquiátricas a niños de 2 a 4 años, muestra que en un período de cinco años, de 1990 a 1995, las indicaciones de psicoestimulantes crecieron un 300%.

En "Detrás de una pastilla", un nuevo artículo de *la diaria*⁵⁹, el psiquiatra Ariel Gold, especialista en el tratamiento del trastorno, considera que la importación de metilfenidato se encuentra, según las cifras internacionales, por debajo de lo necesario. Admite, sin embargo, que "no puede ser que en algunas clases de primaria haya 10 niños tomando Ritalina"⁶⁰. Esta coexistencia de "subdiagnosticación" e "hiperdiagnosticación" es una situación que no interroga, ni el experto ni el artículo.

En 1995 la Organización Mundial de la Salud manifiesta su preocupación porque

los médicos están recurriendo al metilfenidato como solución "fácil" para problemas de conducta que pueden tener causas complejas.[...] Ya que la droga se ofrece como "medicación aceptada" para los niños, los que abusan no están advertidos de los riesgos para la salud que incluyen la adicción y la serie de problemas del abuso de estimulantes [...]⁶¹

Y a pesar de lo antipática que pueda resultar para el mundo entero la DEA (*Drug Enforcement Administration*) no deja de resultar interesante su comentario:

58 Zito et al. (2000), "Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers", *Journal of the American Medical Association*. 283, 1025-1030, citado por Peter Breggin, *Talking back to Ritalin*, Perseus Publishing, Cambridge, Massachusetts, 2001, pp. 20-21.

59 *la diaria*, "Detrás de una pastilla", Montevideo, Uruguay, 19/02/08, p.11.

60 *la diaria*, "Detrás de una pastilla", Montevideo, Uruguay, 19/02/08, p.11.

61 International Narcotics Control Board (INCB) (1995, "Report for 1995", *United Nations publications*, No. 96.XI, <http://www.undep.org./reports/incb95en.htm>=ll B4



El uso de estimulantes para el mejoramiento de la conducta y el bajo rendimiento pueden ser intentos frustrados de abordar los problemas reales de los niños, a nivel individual y social. La ausencia de resultados positivos a largo plazo con el uso de estimulantes y el fantasma de epidemias prematuras y futuras de abuso, dan lugar a preocuparse por el futuro. El aumento dramático del uso del metilfenidato en los años 90 debe ser considerado un indicador o una alarma a la sociedad sobre los problemas que están teniendo los niños y sobre cómo los vemos y cómo los tratamos. [...] Los estudios que han tratado de encontrar una lesión o déficit específico no han tenido éxito⁶².

En 1937, Bradley publica los efectos de la bencedrina, una forma de anfetamina, sobre el control del comportamiento de niños internados en un hospital psiquiátrico. “15 de los 30 niños respondieron a la bencedrina” escribe “volviéndose claramente amansados (subdued) en sus respuestas emocionales” y agrega que “Resulta paradójico que una droga conocida como estimulante pueda producir un comportamiento amansado en la mitad de los niños”⁶³.

El “efecto paradójico” en los niños diagnosticados de TDAH -sedación con los estimulantes y excitación con los barbitúricos- fue uno de los elementos más importantes en la construcción del diagnóstico y llegó a tomar el valor de prueba terapéutica: a la vez que calmaba los síntomas revelaba la verdadera naturaleza de la afección. La acción tranquilizante de la droga, interpretada como estimulación específica sobre la bioquímica de los mecanismos inhibitorios deficitarios y demostrada por la ausencia del paradójico efecto en los individuos sanos, vendría a dar apoyo, por fin, a la hipótesis de la neurotransmisión alterada.

Del modelo de la prueba terapéutica resulta que la intervención farmacológica delinea y estabiliza el diagnóstico. La intervención de la bencedrina y más tarde la del metilfenidato han operado de esa forma, aunque la reacción paradójica sea hoy calificada de “noción anticuada” y los expertos sostengan que los efectos son los mismos en niños y en adultos, en portadores de TDAH y en los que no lo son⁶⁴.

Una lógica de la especificidad dirige el modelo de la prueba terapéutica. Los requerimientos de mercado de la industria farma-

62 Drug Enforcement Administration (DEA), (1996, December 10-12), *Conference Report: Stimulant use in the treatment of ADHD*, Washington, DC: DEA, U.S., Department of Justice, citado por P. Breggin, op.cit., pp. 138 y 176.

63 Charles Bradley (1937), “The behavior of children receiving Benzedrine”, *American Journal of Psychiatry*, 94, p. 582.

64 J.M. Swanson, et al. (1992, Fall), “Treatment of ADHD: Beyond medication”, *Beyond behavior*, 4, No.1, pp.13-16 y 18-22, citado por P. Breggin, op. cit., p. 83.

céutica coinciden con la aspiración médica a la producción de un efecto específico. Dado la ausencia de indicadores fisiológicos en los trastornos psiquiátricos, se postula que un determinado tipo de respuesta a la intervención farmacológica operaría demostrando la existencia de una alteración neuroquímica específica. Se vuelve necesario admitir entonces una correspondencia entre dos niveles heterogéneos, el de la intervención y el del diagnóstico. La estandarización del diagnóstico y la investigación farmacológica responden, como vimos, a la necesidad de producir esa correspondencia. Por su parte, la farmacogenética busca relacionar marcadores genéticos e intervención farmacológica. El elemento clave en este proceso es la movilidad del diagnóstico; el elemento fijo es el fármaco y el diagnóstico lo que se modifica, adaptándose a sus efectos. Y *“poco a poco, la enfermedad va siendo definida en términos de aquello a lo que responde”*⁶⁵.



65 A. Lakoff, *Pharmaceutical Reason*, op. cit., p.7.

23
n
á
c
a
t
e

Una articulación directa del diagnóstico con la terapéutica, de la supresión de los síntomas con el conocimiento de la enfermedad, reducida en sus manifestaciones a un estricto mínimo: Foucault lo llamó “despsiquiatrización”. Una forma

donde el poder médico se mantiene dentro de lo que tiene de más estricto, pero sin que tenga que encontrar o enfrentar a la locura misma. Demos a esta forma “aséptica” y “asintomática” de despsiquiatrización el nombre de “psiquiatría de producción cero”; la psicocirugía y la psiquiatría farmacológica son sus dos formas más notables⁶⁶.

*

Cuando el 14 de noviembre de 1962, Lacan caracteriza al psicoanálisis como una experiencia erótica, como una realización de eros - “Yo no les desarrollo una psicología directa lógica, un discurso de esa realidad irreal que se llama ‘psyché’ sino una praxis que merece un nombre: erotología”⁶⁷ - lo aparta definitivamente de toda posición normalizante, de toda práctica médica o psicoterapéutica.

Freud pagó tributo al biologismo del siglo XIX produciendo, por ejemplo, un modelo de desarrollo para la libido, pero dio un paso decisivo al rechazar la teoría de la degeneración y desestabilizó la distinción entre lo normal y lo patológico cuando describió la parcialidad de las pulsiones y las fantasías perversas de los neuróticos, separando radicalmente la sexualidad humana de aquello que se entendía como naturaleza. Si bien partió de la nosografía de su época -a la que, por otra parte, puso en cuestión- no quedó amarrado al saber psiquiátrico. Al fundar su método en el decir particular de cada caso, no sólo rompió con la condición objetivante del método científico sino que estableció una disyunción radical con el saber médico, que responde a otra lógica, que participa de otro método. No es el mismo síntoma el que la psiquiatría recorta y codifica en términos de entidades mórbidas o trastornos y el síntoma que, como portador de una verdad, descubre la experiencia de cada análisis en el espacio que crea la transferencia. Y si para la

66 M. Foucault, *El poder psiquiátrico*, op. cit., p.391.

67 J. Lacan, seminario *L’Angoisse*, sesión del 14 de noviembre de 1962.



medicina es el saber referencial acumulado el que dirige la exploración clínica, la indicación de Freud⁶⁸ de abordar cada caso como si fuera el primero, prescindiendo de los conocimientos adquiridos y eliminando las convicciones preexistentes, instauró otra relación al saber y a la verdad para el psicoanálisis.

Lacan introdujo un sujeto producido por el lenguaje, que no se corresponde con el individuo o con su cuerpo. El individuo,

el *indivis*, es el sujeto estadístico, vale decir, disuelto dentro de la estadística (la estadística supone que el mismo individuo responde a la pregunta 3 y a la pregunta 12 del formulario que hay que llenar, a cada una y a todas las preguntas; eliminen esa suposición, y ya no es posible ningún cálculo)⁶⁹.

El tiempo y el trato que convienen a ese sujeto no son los del interrogatorio médico, ni los de los de la mirada que busca signos conductuales de disfunción neurológica o los de las pruebas que exploran funciones que pretenden decir de las particulares formas en las que alguien se encuentra concernido por los objetos del mundo. Es así que cuando en un congreso de psiquiatría se habla de niños “*que atienden a lo `interesante´ y no a lo `importante´*” -al margen de que se obvia preguntarse ¿lo importante, para quién?- el vínculo paradójal que inadvertidamente se genera entre “*interesante*” e “*importante*” resulta revelador de eso que Lacan llamó “*la relación totalmente anómala y bizarra con su goce que caracteriza a nuestra especie animal*”⁷⁰.

Desde muy temprano en su enseñanza, se preguntó por el saber en el psicoanálisis. Un saber no sabido que situó en el inconsciente, un sujeto-supuesto-saber como figura de la transferencia, un sujeto dividido entre el saber y la verdad. Sobre el final de su recorrido, en la sesión del 11 de enero de 1977 del seminario *L'insu que sait de l'Une-bévue s'aile à mourre*, leemos:

[...] que eso en lo que me esforcé (suspira) fue en decir lo verdadero [...] Decir lo verdadero sobre qué, sobre el saber, es eso en lo cual creí poder fundar el psicoanálisis ya que a fin de cuentas todo lo que he dicho se sostiene, decir la verdad sobre el saber no era forzosamente suponer el saber al psicoanalista. Ustedes saben que definí en esos términos la transferencia... pero pff!!

68 Sigmund Freud, “De la historia de una neurosis infantil”, *Obras Completas*, Vol. XVII, Amorrortu Ed., Bs. As., 1979, p.47.

69 Jean Allouch, *El psicoanálisis, ¿es un ejercicio espiritual? Respuesta a Michel Foucault*, Ed. literales de la *école lacanienne de psychanalyse*, Córdoba y el cuenco de plata, Buenos Aires, 2007, p.20.

70 J. Lacan, seminario inédito *Le savoir du psychanalyste (1971-72)*, sesión del 2 de diciembre de 1971.



eso no quiere decir que... que eso no sea una ilusión.[...] Lo que queda pues de eso [...] que el saber y la verdad no tienen ninguna relación entre ellos⁷¹.

Y más adelante:

El saber en cuestión es pues el inconsciente. [...] hice notar que el saber en cuestión era ni más ni menos que el inconsciente y que en suma (tose) era muy difícil saber bien la idea que de él tenía Freud. (Toma una voz más fuerte) Todo lo que él dice me parece, me pareció, impone que sea un saber [...] Se trata en el saber de eso que podemos llamar... efecto de significantes⁷².

Lejos de la idea de una supercomputadora mental como figura de un amo con funciones cognocentes, desde la introducción del estadio del espejo, Lacan estableció el carácter imaginario del yo, su constitución por identificación con la imagen del semejante y su función de desconocimiento. El 15 de febrero de 1977 puso en relación la conciencia y el saber:

La conciencia está bien lejos de ser el saber, ya que eso a lo que se presta es precisamente a la falsedad, yo sé no quiere decir nunca nada y se puede fácilmente apostar que lo que se sabe es falso. Es falso pero está sostenido por la conciencia cuya característica es la de sostener con su consistencia eso falso. Es al punto de que se puede decir que hay que mirar dos veces antes de admitir una evidencia, que hay que cribarla como tal, que nada es seguro en materia de evidencia⁷³.

Podemos decir, entonces, que el saber singular del psicoanálisis no admite ser constreñido por el corsé clasificatorio de la práctica diagnóstica. Una práctica que por su posición objetivante, su poder de autoridad, su apelación al registro identitario, se le revela incompatible y funciona, cuando emerge en su contexto, como resistencia al propio método. En estos tiempos donde el recurso a la codificación de los síntomas alcanza una exacerbación máxima, establecer claramente la ajenidad del psicoanálisis respecto al diagnóstico constituye una forma de reconocerlo en su especificidad, muchas veces diluida dentro los saberes de "la función psi".

71 J. Lacan, "L'insu que sait de l'Une-bévue s'aile à mourre", *revue de psychanalyse*, No. 21, Paris, hiver 2003-2004, p. 70.

72 Ibid., p.70.

73 Ibid., p. 101.

