



El DSM como mecanismo de psicopatologización y regulación social: el caso de los niños/as en Puerto Rico

The DSM as a mechanism of psychopathologisation and social regulation: the case of the children in Puerto Rico

Otomie Vale Nieves

Universidad de Puerto Rico

Resumen

En este artículo discuto la función de psicopatologización y de regulación social que tiene el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés). Argumento que el uso de dicho Manual se está diseminando de forma acelerada por diversos países produciendo prácticas excluyentes y psicopatologizantes que tienen como uno de sus resultados más preocupantes la medicalización de niños/as a edades cada vez más temprana. Tomo como ejemplo la proliferación que ha tenido el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños/as de Puerto Rico. Abordo esta temática desde un acercamiento constructorista para cotejar los contenidos de regulación y de control de la niñez de las mismas y propongo la despatologización de estos sectores en aras de trabajar desde una mirada que respete la subjetividad en tanto producto de las relaciones sociales rechazando la medicalización de las situaciones cotidianas por las que atraviesan los/as niñas/os.

Palabras clave: **DSM; TDAH; Psicopatologización; Puerto Rico**

Abstract

In this article I discuss the function of psychopathologisation and social regulation that has Diagnostic and Statistical Manual (DSM) published by the American Psychiatric Association. I argue that the use of this Manual is spreading so accelerated among countries, having one of its most worrisome results in the medicalization of children. I take as an example the proliferation that has had the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children of Puerto Rico. I approach this topic from a constructionist standpoint in order to analyze the contents of regulation and control of that the ADHD diagnosis has in children. I propose an approach that respects the subjectivity of children as a product of social relations and that reject the medicalization of everyday situations.

Keywords: **DSM; ADHD; Psychopathologisation; Puerto Rico**

Introducción

Las sociedades contemporáneas de las que formamos parte son cada día más proclives del uso del diagnóstico psicopatológico en clave médica. La consecuente medicación

prima como alternativa para lidiar con lo que se hace llamar —desde los discursos psicológicos y psiquiátricos dominantes— “enfermedades mentales”. El manual más utilizado en Estados Unidos para denominar tales psicopato-

logías es el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM, por sus siglas en inglés). El DSM es producido por la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (APA, por sus siglas en inglés) y su uso ha sido reconocido internacionalmente, aplicándose tanto en América Latina como en Europa e incluso en Japón. Como sostiene Patricia Luna (2010, p. 1) “es considerado la Biblia del diagnóstico e investigación psiquiátrica en todo el mundo”. Tal ha sido su diseminación que se han creado agrupaciones para detener su acelerada proliferación. Un ejemplo puntual es el caso de STOP DSM que cuenta con adeptos en distintas partes del mundo tales como Argentina y México, para mencionar sólo dos.

En este artículo examino el *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad* (TDAH) según aparece en el DSM IV- TR (2002). La proliferación de dicha categoría durante los últimos años ha sido objeto de múltiples debates puesto que está siendo aplicado a niños/as a edades cada vez más tempranas. Discuto el papel predominante que tiene la farmacoterapia (y la industria farmacéutica) en este diagnóstico teniendo como uno de sus efectos más importantes la supeditación o la exclusión de las consideraciones de orden contextual, histórico y subjetivas que son imprescindibles al momento de abordar este tema.

Finalmente, examino cuál es la situación particular de Puerto Rico con relación al diagnóstico de TDAH. ¿Cómo se aborda el diagnóstico y cuáles son algunos de los enfoques que se tienen en cuanto a éste? Lo que ocurre en Puerto Rico, ¿guarda alguna correspondencia con lo que está ocurriendo en otras partes del mundo, particularmente en Estados Unidos? Hace más de cien años que Puerto Rico es un territorio de Estados Unidos y muchas de las tendencias que se originan allí terminan cobrando fuerza en Puerto Rico. Esto incluye en particular el caso de los diagnósticos psicopatológicos ya que en Puerto Rico se utiliza el susodicho DSM.

Parto desde una postura constructorista para abordar esta discusión, de manera que pueda aportar a la reflexión sobre la compleja trama que involucra en la contemporaneidad la puesta en circulación de dicha categoría. Indago sobre los contenidos de regulación, control y tutelaje de la niñez que acompañan de formas imperceptibles dicho diagnóstico.

También, como consecuencia de lo anterior, propongo el vínculo de dicho diagnóstico con la industria farmacéutica.

DSM

El DSM lleva cinco publicaciones (con sus respectivas revisiones) desde la primera en el año 1952. Actualmente la APA tiene alrededor de 36,000 miembros (APA, 2012a; 2012b), incluyendo un enlace para miembros internacionales. Para el 1989 manejaba “un presupuesto aproximado de 20 millones de dólares” (Figert, 1996, p. 35). En el 2010 reportó ingresos por la suma de 40.3 millones de dólares (APA, 2012c). Su próxima publicación, el DSM 5 (nótese que se elimina el uso del número romano) está pautada para mayo del 2013 (APA, 2012a). Esta nueva edición ha sido ampliada (cuenta más de 900 páginas) y contiene una nueva gama de diagnósticos, incluyendo una revisión del TDAH que haría más amplio su diagnóstico. Por el variado espectro de conductas que podrían ser diagnosticadas como psicopatologías esta nueva versión ha creado más debates y controversias (Moisse, Katie 2012).

Como propone Ann Figert (1996), el DSM es la estructura que produce-recoge-circula lo que oficialmente se denomina “desorden” o “enfermedad” mental. Al decir de Néstor Braunstein (1978/1996) el DSM crea la idea de continuidad entre categorías discontinuas, produce la imagen de proximidad y produce un imaginario de homogeneidad donde, en otro contexto, sería impensable. Nos dice lo siguiente: “se dijo que las “enfermedades mentales” existen en el espacio clasificatorio. No que no existan. Su materialidad es simbólica. Existen a través de sus efectos. No existían antes de que se elaborase el concepto” (Braunstein, 1978/1996, pp. 20-21). El DSM, al decir de Paul Watzlawick (1996/2000), tiene un carácter profético puesto que una vez sus categorías circulan a través del entramado social, empieza a tomar materialidad mediante la identificación de determinadas conductas con lo que ahora se hacen llamar “síntomas” y “patologías”, “síndromes” o “trastornos”. Michel Foucault (1964/1986) nos recuerda que este legado viene desde el Gran Encierro en Europa, donde los rostros familiares pasaron a ser desconocidos. Según Foucault, gran parte de lo que llamamos “enfermedad mental” está vinculada de formas imperceptibles a transgresiones en el orden social, moral y éti-

co. Esto supone que las categorías psicopatológicas contenidas en el DSM se vinculan a un régimen político de regulación y de control de las conductas humanas (Braunstein, 1978/1996; Castel, & Lovell, 1980; Figert, 1996; Foucault, 1964/1986; Parker et al, 1995; Rosenhan, 1996/2000; Watzlawick, 1996/2000).

La legitimidad de dicho Manual se ha logrado, en primer lugar, mediante su revisión continua, lo cual ha implicado el modificar/eliminar/incorporar nuevas categorías y continuar el circuito de psicopatologización y de regulación de sectores cada día más amplios del espectro social (Braunstein, 1978/1996; Gergen, 1992/1997; Luna, 2010). En segundo lugar, ha aparecido en el espectro psiquiátrico, psicológico y cotidiano como la Autoridad sobre los temas tratados. En tercer lugar, sus categorías se han convertido en referentes familiares a través de los discursos sociales generales. Así se han ido creando las condiciones de posibilidad para que cada sujeto haga suyos los discursos del síndrome, de la enfermedad y del trastorno. Como sostienen Till Wykes y Felicity Collard (2010), para referirse a la situación de Inglaterra, a pesar de los estigmas que esto pudiera suponer, la gente está empezando a localizar sus patrones de conducta dentro de determinadas categorías cuando tienen una lista de síntomas que al juntarse los constituirían en personas “bipolares”.

El TDAH, es una de las categorías diagnósticas que más ha trascendido las fronteras de los Estados Unidos y ha comenzado a llegar a distintas partes del mundo: tanto en América Latina como en Europa. Como propone Eugenia Bianchi (2010) tal proliferación ha supuesto que emerjan distintos grupos en Europa y en América Latina (Argentina) cuyo propósito es reflexionar sobre ese incremento y sobre las consecuencias de que la medicación se haya convertido en la forma más común de tratamiento.

TDAH

El TDAH aparece por primera vez con ese nombre en el DSM III en el año 1980. En un periodo de cerca de 32 años se ha convertido en uno de los diagnósticos más aplicados en diversos países, a tal punto que se ha podido llamar “epidemia” (Luna, 2010). En esos mismos términos se expresa Allen Frances, a car-

go de la edición anterior del DSM IV, cuando afirma que su grupo, de forma inadvertida, contribuyó a la creación de “tres falsas epidemias: el TDAH, el autismo y el desorden bipolar en la infancia”. (Luna 2010, p. 4). Igual postura sostienen Wykes y Collard (2010) cuando afirman que los cambios que se le han hecho a la versión previa del DSM han contribuido al aumento de esos tres diagnósticos.

Para la década de los noventa en Estados Unidos el porcentaje de niños/as de edad escolar diagnosticados/as con TDAH fluctuaba entre 3% y 5% (Bauermeister & Matos, 1997; Schmitz, Filipone & Edelman, 2003). Para mediados de la década del 2000 dicho índice aumentó de 5% a 8% en niños/as entre 4-17 años de edad (Goldstein, 2006). En la siguiente sección examinaré brevemente cuáles son algunas características diagnósticas del TDAH de manera que podamos vincular las mismas con determinadas formas de concepción de la niñez y con proyectos imperceptibles de control social.

Características diagnósticas del TDAH según el DSM IV TR

El DSM IV-TR (2002) indica que, para realizar el diagnóstico de TDAH, “haya patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar” (Criterio A) (p. 97). En este primer criterio se asume que hay una psicología del desarrollo que le sirve de vector y de guía al/la psiquiatra o al/la psicólogo/a. Esta premisa es cuestionada por John Broughton (1987), Adriene Harris (1987) y Erica Burman (2008a, 2008b). Plantean estos/as autores/as que hay que interrogar y deconstruir la noción de desarrollo en tanto asumida como categoría generalizada y con existencia independiente de nuestra necesidad de construirla. Afirman que en los procesos mismos de explicar lo que es el desarrollo lo estamos construyendo. Como consecuencia, aquellos niños/as que no alcanzan los niveles mínimos de desarrollo para cada etapa o periodo establecidos por las teorías, serán objeto de intervención o clasificados con algún desorden del desarrollo. Los/as autores afirman la importancia de reconocer la especificidad, el contexto, las diferencias y las particularidades no ya como psicopatologías o defectos que deben ser corregidos, sino más bien como formas diversas de vivir la niñez.

El DSM añade que, para el criterio B, algunos de los síntomas de los subtipos “causantes de problemas” pudieran haber aparecido antes de los 7 años de edad, aunque aclara que bastantes diagnósticos se realizan habiendo estado los síntomas por varios años. El criterio C es muy interesante porque explicita que de los problemas relacionados con los síntomas, deben presentarse en por lo menos dos situaciones de las siguientes: casa, escuela o trabajo. El criterio D establece que debe haber interferencia clara con las esferas identificadas. En estos criterios se asume naturalmente la suposición del imperativo normalizador, integrador y adaptativo. El/la niña se convierte en objeto de intervención y de la mirada del otro cuando se constituye en problema, es decir en cuanto no es capaz de asumir las normas e integrarse como se espera de él o de ella. Burman (2008a) nos recuerda que el proyecto de regulación de la niñez comienza cada día a edades más tempranas.

Cabe destacar además que la mirada es dirigida fundamentalmente hacia el niño o la niña. No hay un reconocimiento explícito de la importancia del contexto como escenario explicativo para dar cuenta de la conducta observada. Este acercamiento de una psicología individual (Burman, 2008a, 2008b) localiza en el sujeto la raíz del supuesto problema y produce un efecto de exclusión y de invisibilización del contexto donde se produce la misma. Al buscar causas (aunque toda la literatura revisada afirma que no hay una causa conocida) vinculadas a aspectos genéticos, neuroquímicos o cerebrales con los fármacos como tratamiento por excelencia, se soslaya la importancia de la dimensión social y subjetiva. En la siguiente sección hago un breve recorrido del auge de la farmacoterapia.

La industria farmacéutica

Las generaciones actuales nacieron conociendo el TDAH. Una vez la propia categoría ha sido asumida, se procede a explicar, a partir de referentes fundamentalmente relacionados a las dimensiones biológicas: ADN, diferencias anátomo-cerebrales y alteraciones neuroquímicas. Como consecuencia los fármacos aparecen como la alternativa más empleada para su “tratamiento”. Como sostiene Figert (1996) la industria farmacéutica ha ido creciendo de forma vertiginosa en las últimas décadas en Estados Unidos. Parafraseando a Figert (1996) cuando se refiere a la industria del PMS (*Pre*

Menstrual Syndrom), podríamos decir que existe la “industria del TDAH”.

Gilbert Garza y Amy Fisher Smith (2009, p. 523) afirman también que “las drogas van a ser la terapia por excelencia cuando los problemas o desórdenes psicológicos son explicados en términos zneurobiológicos” (traducción propia). En una investigación más precisa sobre este tema, Lisa Cosgrove, Sheldon Krimsky, Manisha Vijayaraghavan y Lisa Schneider (2006), estudiaron los tipos y el grado de vínculos económicos entre las industrias farmacéuticas y los consultores o paneles de miembros responsables de revisar el DSM IV y el DSM IV-TR. Proponen que las compañías farmacéuticas proveen cantidades sustanciales de dinero para las convenciones, las revistas (journals) y para las investigaciones relacionadas a lo que se va a incluir en el DSM. Dicha investigación concluye que sí existe un vínculo entre éstos y que es más fuerte cuando los fármacos son la forma más utilizada para el tratamiento.

La preocupación por la proliferación de la prescripción de fármacos tiene diversos matices. Incluye también aquellos quienes entienden que son necesarios para determinados diagnósticos. Tal es el caso del editorial de Sam Goldstein (2006), del *Journal for Attention Disorders*, donde se pregunta si el TDAH es una industria en crecimiento. En primer lugar, cita el informe del Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés) publicado en el 2005 donde se indica la preocupación por la cantidad de medicamentos que estaban siendo recetados para el TDAH en Estados Unidos. El segundo reporte se concentra en adultos y el tercero trata sobre los tratamientos farmacológicos. Sostiene que estos informes no sugieren que haya una conspiración ni mucho menos, tampoco afirman la tesis de que el TDAH es una industria en crecimiento. Sin embargo, reconoce que ha habido un vertiginoso incremento en el diagnóstico y tratamiento de niños /as y adultos con TDAH. Concluye que hay cuatro posibles respuestas al incremento en diagnósticos y en la farmacoterapia como alternativa en crecimiento: efectividad (los síntomas se suprimen), rapidez (estos tratamientos son más rápidos y requieren menos esfuerzo), algunos síntomas son reflejo de la condición humana (algunos síntomas son experimentados por la población general de forma

menos dramática) y, por último, los síntomas del TDAH son hasta cierto punto genéricos (los síntomas más importantes son presentados también en otras condiciones psiquiátricas incluyendo depresión y ansiedad).

Otros datos importantes de Estados Unidos, los aportan William O. Cooper, Gerald B. Hickson, Catherine Fuchs, Patrick G. Arbogast y Wayne A. Ray (2004) cuando realizan un estudio en el estado de Tennessee con niños/as que eran recipientes del Tennessee Medicaid (“TennCare”). Plantean que en dicho Estado, la proporción de niños/as que se convirtieron en nuevos usuarios de antipsicóticos prácticamente se duplicó entre el periodo del 1996 al 2001: de 23/10,000 en 1996 a 45/10,000 en 2001. En el 1996, el 6.8 por ciento de los nuevos diagnósticos recibieron algún antipsicótico atípico, para el 2001 había aumentado a un 95.9 por ciento. De ese incremento en la prescripción de antipsicóticos, gran parte era para el TDAH. Los/as investigadores/as concluyen que el uso de medicamentos antipsicóticos para niños/as y adolescentes que no tienen diagnóstico de psicosis o de síndrome de Tourette es controversial. Nuevamente, esta es una fuente que no rechaza el uso de fármacos y aun así alerta sobre su uso inapropiado.

Por su parte Mark Shmitz, Prema Fillipon y Elaine Edelman (2003) encontraron una correspondencia entre el incremento en los diagnósticos de TDAH y el incremento en la fabricación de Ritalin (el fármaco más recetado para éste). Esto es así en la medida en que se asocia (aunque no se establece causalidad) el TDAH con algún problema biológico. Se conoce a la Ritalin como la píldora que permite enfocarse y que resuelve de forma rápida una situación de auto control. En la actualidad es el Adderall otro de los fármacos que más se está recetando. Todo esto supone una serie de controversias que van por tres flancos, a saber: los efectos secundarios que puede tener el uso prolongados de estas drogas (particularmente cuando se empiezan a utilizar a edad tempranas); el reducido peso que se le adscribe a la dimensión relacional y subjetiva y, por último, las controversias en cuanto al destino que tiene algunos de estos fármacos cuando comienzan a ser vendidos en los colegios y en las escuelas por quienes tienen el diagnóstico.

Esta tendencia antes descrita se confirma cuando entidades con el poder y el prestigio del *National Institute of Mental Health*, de Estados Unidos, dice lo siguiente (2012, p. 3):

Los científicos no están seguros sobre qué causa el TDAH, sin embargo muchos estudios sugieren que los genes juegan un papel importante. Como muchas otras enfermedades, el TDAH es resultado probablemente de una combinación de factores. Además de la genética, los investigadores están buscando posibles factores ambientales y están estudiando cómo las lesiones en el cerebro, la nutrición, y el ambiente social contribuyen al TDAH (traducción propia).

Notemos la ambigüedad con se aborda el tema por una fuente que tiene un reconocimiento indisputable en Estados Unidos. De un lado plantea que los/as científicos/as no están claros de las causas de TDAH pero acto seguido indica que hay mucha literatura que apunta a que la genética juega un rol importante. La ubicación del TDAH como “cualquier otra enfermedad” lo coloca dentro del espectro médico aunque hay un intento pálido por conceder peso a otros elementos.

Más adelante dicho manual del *National Institute of Mental Health* publica una tabla de los medicamentos aprobada por la Administración Federal de Drogas (*Federal Drug Administration*, FDA por sus siglas en inglés) que pueden ser administrados a niños/as con diagnóstico de TDAH. Llama la atención que al menos tres, de la lista de 17, pueden ser prescritos a partir de los tres años de edad. Estos son Aderrall (anfetamina), Dexedrine (dextroanfetamina) y Dextrostat (dextroanfetamina). Los restantes (incluyendo el Ritalin) son aprobados a partir de los seis años de edad. No obstante, el propio DSM IV TR especifica que “es difícil establecer este diagnóstico en niños de edad inferior a los 4 ó 5 años, porque su comportamiento característico es mucho más variable que el de los niños de más edad, pudiendo incluir características similares a los síntomas del trastorno por déficit de atención” (2002, p. 102). Esto quiere decir que ya la FDA ha aprobado tres medicamentos que pueden ser recetados a niños/as de hasta tres años con lo cual en la praxis el diagnóstico se está llevando a cabo a esas edades.

Aquí debo aclarar que si bien no establecen relaciones de causalidad hay un incremento en la tendencia a establecer relaciones con las bases antes señaladas. Schmitz et. al,

(2003) realizaron un estudio sobre la representación social del TDAH entre los años 1988-1997 y encontraron que es a mediados de los noventa cuando se empieza a inclinar la balanza hacia explicaciones biológicas con la inclusión de reportes vinculados a la dimensión genética. En su estudio encuentran que en los artículos analizados “el tratamiento con medicamentos era el método más común discutido” (p. 393). En la medida en que aparece ésta como la solución por excelencia se van dejando fuera una serie de consideraciones de carácter medular. En primer lugar, como plantea Elizabeth Rudinesco (2011, p. 1) “los psicotrópicos tienen por resultado normalizar la conducta y suprimir los síntomas más dolorosos del sufrimiento psíquico sin buscar su significación”. Ese giro hacia la medicación de lo que podría ser el dolor o la angustia (en caso de que lo fuera) supone el borrado de las consideraciones subjetivas y de la inter subjetividad cuya importancia es insoslayable cuando trabajamos con los seres humanos. Esto supone una vuelta al reduccionismo explicativo, pero lanzado con más fuerza en la medida en que en la contemporaneidad se dispone de un andamiaje técnico más sofisticado.

Los movimientos STOP DSM también destacan la importancia de la subjetividad y el reconocimiento del contexto. Estos grupos denuncian la diseminación del DSM y su uso preferencial al momento de abordar los problemas de los/as niños/as y de los/as jóvenes. (Daimaira, 2012). Además, denuncian el uso descontrolado de fármacos. (Manifiesto Por un abordaje subjetivante del sufrimiento psíquico en niños y adolescentes - No al DSM Campaña Internacional STOP DSM, 2011; Manifiesto de Porto, 2012). También existen grupos originados desde la Asociación de Psicólogos de Estados Unidos y de otras partes del mundo llamado *Coalition for DSM 5 Reform* (2012) donde incluyen cartas, artículos, documentos y manifiestos donde se pide que se revise el DSM 5 puesto que esta nueva edición aumenta la cantidad de diagnósticos y flexibiliza el diagnóstico de algunos existentes (como es el caso del TDAH). Como sostienen Garza, Gilbert y Amy Fisher Smith (2009) en la medida en que en las últimas décadas se ha puesto el peso en el cerebro como la fuerza fundamental detrás de la conducta y de la mente, giramos hacia un reduccionismo explicativo. Una de las consecuencias es que borra las ex-

periencias subjetivas y además la responsabilidad o intencionalidad del sujeto en la medida en que el modelo explicativo busca en las alteraciones neuroquímicas las causas de determinada conducta.

TDAH en Puerto Rico

Puerto Rico, desde 1898, es un “territorio” de Estados Unidos. Aquí se utiliza el DSM IV TR para diagnosticar. También quiero aclarar que la sociedad estadounidense —asumo que en Puerto Rico ocurre lo mismo— es muy proclive del consumo de fármacos como regla general. Esta información la constata el *National Institute of Health* de Estados Unidos (2011; 2012) cuando sostiene que existe un abuso de drogas con prescripción donde para 2010, siete millones de la población tenía dicho problema. También plantean que, luego de la marihuana y el alcohol, los medicamentos que se encuentran en los mostradores (overthecounter-OTC) son las drogas más abusadas por personas de catorce años o más. Si bien no existen estos datos para Puerto Rico me permito sugerir que la situación debe ser análoga que en Estados Unidos. En ese sentido quizá las señales de alarma sobre el excesivo uso de farmacoterapia con niños/as no se han hecho sentir como en otros lugares del mundo (incluyendo a Estados Unidos porque los debates que allí se suscitan apenas llegan acá). La tendencia aquí ha sido a reivindicar el uso de la farmacoterapia en la medida en que es eficaz porque se tiene como punto de referencia la supresión de síntomas que permiten la reintegración del/la niño/a al escenario correspondiente (mayormente escolar).

En Puerto Rico, como en muchas otras partes, la figura del médico se ha erigido como una cuya palabra es difícil de cuestionar. Como sostiene Ian Parker et al (1995) el discurso psicopatológico aparece presentado como objetivo y neutral y aquellos que los aplican lo hacen con exterioridad a su propia constitución y perpetuación en el tiempo. Además, la familia, como propone Jacques Donzelot (1997) debe ejercer una función de gobierno sobre sus miembros. Es una de las encargadas de activar las redes de control y de tutelaje sobre la niñez. “Presta atención a tus hijos” podían leer los padres y las madres en un local de comida rápida cuando tomaban su bandeja (Vale Nieves, 2004). El pequeño mantel individual (place mat) desechable que cubría la bandeja era un anuncio sobre la importan-

cia de identificar los síntomas de los hijos para ver si tenían TDAH. Este ejemplo ilustra una de las múltiples formas como se convoca a la familia a hacer cargo de sus hijos/as.

Además, los chicos/as en Puerto Rico van cada día más a cuidados y a pre escolares en la medida en que sus progenitores tienen que salir a laborar (cada día más mujeres se emplean y las licencias por maternidad son de dos meses). El orden, mediante las horas de alimentación, las siestas, e incluso los juegos, aumentan a más temprana edad cada día. Los espacios abiertos y públicos para el asueto se han ido reduciendo o proyectándose como potencialmente peligrosos. La regulación de las prácticas de los niños/as por parte de determinados sectores sociales (particularmente la clase media) supera la dimensión escolar para incorporar otras actividades extra curriculares: pelota, fútbol, baile, entre otras. Eso implica una regulación desde que se levantan hasta que se acuestan limitando a niveles insospechados el tiempo para el ocio.

Otro elemento importante que ayuda a la proliferación del diagnóstico es la que se vincula a la regulación y encuadre de las llamadas etapas o estadios del desarrollo. Las mismas ya no son patrimonio exclusivo de las universidades, de los psicólogos o psiquiatras sino que se han diseminado por todo el entramado social. Para cada edad hay una etapa, una actividad y un juguete. Si no se presenta la actividad correspondiente (control motor, hablar, caminar, ir al baño) hay que verificar qué anda mal. De esto se encargará quienes cuidan, los médicos, la familia, los medios de difusión, entre otros.

En Puerto Rico, en relación al TDAH, se han realizado diversas investigaciones, se han radicado proyectos de ley, existen psicólogos y psiquiatras especializados en dicho trastorno, entre otras. Veamos algunos ejemplos. En el *Behavioral Science Research Institute* (BSRI) (en español, Instituto de Investigación de las Ciencias de la Conducta) del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, se han llevado a cabo investigaciones epidemiológicas relacionadas con el TDAH. En ellas colaboran profesionales cuyas afiliaciones son diversas: educación, psicología, universidades privadas de Puerto Rico y universidades de Estados Unidos, entre otros. Gran parte de los fondos que financian las investigaciones del BSRI provienen del *National Institute of Health*

en Estados Unidos. En términos estadísticos se indica que el 7.5 % de la población general de niños/as y jóvenes (entre 4-17 años) tiene dicho diagnóstico (Bauermeister et al, 2007).

También se encuentran decenas de artículos sobre el tema del TDAH y varios libros publicados por el psicólogo José J. Bauermeister, considerado como una de las personas que más ha investigado el tema del TDAH en Puerto Rico. Dicho autor publicó por primera vez en el año 2002 la guía llamada *Hiperactivo, impulsivo, distraído ¿Me conoces? Guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales*. Una segunda edición fue publicada en el 2008. De la misma forma hay libros, tesis y disertaciones producidas en los últimos años donde se aborda dicha temática. Esto sugiere que el tema se ha ido convirtiendo en uno muy relevante.

Esto queda constatado cuando en un sólo día de circulación general en la isla para el año 2004 se publicaron un total de 14 artículos relacionados con el TDAH en Puerto Rico. La mayoría de los titulares aludían a la importancia de hacer el diagnóstico a tiempo ya que había muchos niños/as que cumplían con los requisitos diagnósticos pero no habían sido diagnosticados. Algunos titulares alusivos son: *Lupa al ADHD en la Isla, A la deriva la salud mental de los adultos del mañana, Tratamiento infantil con cese arbitrario en verano, Menores desequilibrados a su suerte, Tratamiento contra la hiperactividad, Nueva opción para el ADHD, Alerta al trastorno de atención*, entre otros. El contenido de dichos artículos gira en torno a tres temas importantes. En primer lugar, se señala la importancia de conocer la “enfermedad”. En este primer tema se destacan las consultas con expertos/as quienes asesoran al público general sobre dicho tema. Además de destacar la importancia de conocer el TDAH, los artículos destacan que hay aprobadas celebraciones tales como el Día Nacional del Niño y Adulto con ADD, la Semana del ADD, entre otras.

En segundo lugar, se destaca el tema de la importancia de hacer el diagnóstico temprano porque se asume que hay muchos niños/as con el déficit sin ser diagnosticados y porque, de no hacerse, las conductas más adelante se agravarán. Un ejemplo lo vemos cuando se entrevista a una psicopedagoga y ésta informa que:

Si no se les da el tratamiento adecuado, al llegar a la adolescencia su condición se junta con otras como trastorno oposicional desafiante, depresión y uso de sustancias controladas que pueden llevarlos a la deserción escolar y a la delincuencia (Parés-Arroyo, 2004, p. 16).

El tercer tema vincula el TDAH con dimensiones neurobiológicas o hereditarias. Un ejemplo de este tipo de argumento es el siguiente: “el ADD es una condición neurobiológica relacionada en gran medida a la química y anatomía del cerebro” (Millan Pabón, 2004a, p. 1). En otros artículos se reconoce que las causas no han sido identificadas en su totalidad pero que se conoce que “la condición puede tener una base biológica/genética ya que es más común encontrar este diagnóstico entre familiares de personas que ya han sido diagnosticadas con TDAH” (Martínez y Nazario, 2004, p. 1). Como ejemplo de este tercer tema salen en relieve artículos completos dedicados a la aprobación y circulación de un nuevo medicamento para el TDAH. Otro artículo destaca que “las medicinas no deben tomar vacaciones durante el verano, especialmente cuando se trata de las terapias de niños con trastornos de déficit de atención e hiperactividad (ADHD)” (Millán Pabón, 2004b, p. 1). Entre todos los catorce artículos sólo uno reivindicó el uso de terapias combinadas explicitando que había que bajar el porcentaje de fármacos recetados para esta condición.

Otro ejemplo de cómo el tema del TDAH ha ido cobrando espacio y notoriedad es el proyecto de ley ELA P. de la C. 540 del 12 de enero del 2009, de la autoría de Héctor Torres Claderón y María M. Vega Pagán, en el cual se plantea que “por su parte, el TDAH es uno de los trastornos neuroconductuales más comunes en la infancia, el cual puede perdurar hasta la edad adulta. En la actualidad no se conocen las causas de esta afección” (p.2). En este último caso el proyecto de ley va encaminado a proteger los derechos de los niños/as con dicho diagnóstico. Sin embargo, de entrada, le llama trastorno neuroconductual. Dicha adscripción lo ubica en el plano neurológico con todas las implicaciones que he explicado previamente.

Como sugerimos previamente la farmacoterapia, particularmente los psicoestimulantes, es la forma prevaleciente de “tratar” el diagnóstico de TDAH. Siendo la medicación con psicoestimulantes la más recomendada y utilizada para el tratamiento del THAD) en Estados

Unidos y otras partes del mundo, suponemos que este es el caso en Puerto Rico. (Bauermeister, et. al, 2007; Bauermeister & Matos, 1997; National Institute of Mental Health, 2012; Shmitz et al, 2003).

En una investigación realizada por Héctor Bird et al (2008) encontraron que a pesar de que en Puerto Rico hay menos tratamiento para los niños/as con diagnóstico de TDAH, aquellos que lo reciben tienden a tener más tratamiento con fármacos que el grupo con el que se comparó que fueron puertorriqueños en South Bronx en Estados Unidos. El propio estudio sugiere que la diferencia puede deberse a que en Estados Unidos hay más grupos opuestos a la medicación que en Puerto Rico. A pesar de esto el estudio indica que esta población recibe menos tratamiento con fármacos, el más indicado según ellos, que la población general en Estados Unidos que asciende a un 56.3 por ciento. Esto lleva a los investigadores a concluir que los niños/as puertorriqueños, tanto en Puerto Rico como en South Bronx no están recibiendo los servicios que necesitan. Lo que quieren decir es que, habiendo una alta incidencia del diagnóstico, los/as niños/as puertorriqueños, al compararlos con los estadounidenses, reciben menos servicios.

Como se desprende de lo antes señalado la situación sobre la difusión y las formas de abordaje del TDAH en Puerto Rico no parece variar de las de otros lugares, particularmente Estados Unidos. La diferencia fundamental radica en que en Puerto Rico no se está experimentando un nivel de preocupación y de debate sobre dicho diagnóstico como está ocurriendo en Estados Unidos y en otras partes de América Latina y de Europa. Esta situación es preocupante puesto que la tendencia es a que se siga incrementando el porcentaje de niños/as diagnosticados sin que necesariamente se produzca el debate que conduzca a una reflexión ponderada sobre las consecuencias de su diseminación y de que se privilegie la farmacoterapia por sobre otras formas de terapia.

Resumen/Reflexiones finales

Se ha documentado el aumento vertiginoso del diagnóstico de TDAH en y fuera de Estados Unidos. Las características diagnósticas del TDAH tal como las propone el DSM IV TR (APA, 2002) parten de premisas que asumen los principios de la psicología de desarrollo; requiere de la normalización, integración y adaptación como corolarios fundamentales y asume una psicología individual. Como parte del régimen de regulación la el tratamiento farmacológico prima como alternativa. Finalmente, al contextualizar esos temas en el caso particular de Puerto Rico, aparece la difusión de dicha categoría diagnóstica a distintos niveles, teniendo como uno de sus efectos un incremento en los últimos años paralelo a Estados Unidos y otros países de América Latina y Europa. Además, la literatura revisada marca un vínculo entre la categoría y las explicaciones neurológicas, hereditarias y biológicas en general frente lo que supondría una comprensión que diera énfasis a las dimensiones relacionales, contextuales e intersubjetivas, entre otras.

Este proceso descrito hasta el momento coincide en cierta medida con lo que proponen Mark F. Schmitz et al (2003) cuando afirman que es necesario un proceso de objetificación y de anclaje del TDAH a través de las representaciones sociales de modo que las personas puedan comparar sus propios mapas mentales y sus síntomas con las representaciones sociales que le son provistas. Ellos/as plantean que esto se logra mediante la participación del discurso científico junto con los medios populares de difusión creándose las coordenadas correspondientes para que dicho proceso ocurra. Afirman los/as autores/as que “los grupos sociales a los que el individuo pertenece van guiando los procesos de percepción y de comparación, fijados primariamente mediante el conocimiento cultural y social sobre lo que debe ser una conducta apropiada y la salud mental” (2003, p. 402, traducción propia).

Otro corolario fundamental es aquel que pone de manifiesto que los fármacos son el modo por excelencia de “tratar” niños/as de hasta tres años (como propone el NIMH) con dicho diagnóstico. Este incremento ha generado oposición a través del mundo. He consignado a través de esta reflexión algunas de estas expresiones, así como la preocupación de la

ausencia de un movimiento de cuestionamiento similar en el contexto de Puerto Rico.

Esto debe ser motivo de reflexión en tanto las formas de psicopatologización, de encuadre y control social de la niñez contemporánea se orientan a la medicalización de la infancia. No puedo identificar a un sector como aquel que tiene todo el peso o el poder sobre estas prácticas. En ese sentido planteo que el diagnóstico del TDAH forma parte de una compleja red de control y tutelaje de la infancia. Esta red forma parte de la creación de categorías psicopatológicas cuya finalidad imperceptible se vincula a regímenes de control social como mencioné al comienzo de este escrito (Braunstein, 1978/1996; Castel & Lovell, 1980; Figert, 1996; Foucault, 1964/1986; Parker et. al, 1995).

En el caso particular de Puerto Rico la literatura revisada, y la opinión de muchos denominados expertos en la materia, es que faltan aún muchos niños/as por ser diagnosticados y que éstos/as son discriminados y no tienen amparo por no haber sido diagnosticados. Esto supone un reclamo de que se hagan más diagnósticos de los que existen en la actualidad. Paradójicamente, mientras en otras partes del mundo se reclama que se detenga la medicalización de la niñez, aquí se reclama que se hagan más diagnósticos con la consecuente probabilidad de que serán medicados.

No hay duda de que existen chicos/as que pueden sentir angustia, desasosiego, ansiedad (no estoy segura que sea más que los jóvenes o que los adultos) y que puedan necesitar ayuda psicológica. Mi argumento central es que se ha desviado el espectro relacional como vector central de los que denominamos conducta y procesos psicológicos y que paulatinamente ha sido sustituido por una mirada médica con enfoque genético o químico. En ese proceso se abandona la reflexión obligada sobre las bases que produce esa subjetividad particular en los/as niños/as. En el caso de los niños/as que son menores de edad, el rechazo a la farmacoterapia no existe como posibilidad. Las redes de tutelaje, los medios de difusión masiva, las propias redes cotidianas y familiares van presionando a su círculo familiar (que por regla general es la madre) para que tome cartas en el asunto. Esto ha supuesto la medicación de miles de niños/as. Como consecuencia de ese modelo explicativo se

obtuvo el proceso de psicoterapia, en los casos que fuera necesario.

Es la dimensión ética (además de las consecuencias de otro orden) lo que debe ser considerado al momento de pensar si medicar cada día más a la niñez. Ese proyecto de psicopatologización de la infancia se ha robustecido en los últimos años y parece que, si no reflexionamos sobre sus orígenes y consecuencias, continuará como una enorme avalancha de nieve. Restituir la reflexión en cuanto a la importancia del reconocimiento de la subjetividad en tanto relacional, en la niñez y en cualquier momento de la vida de los sujetos, es de vital importancia para un proyecto que tenga como postura vertebrante un posicionamiento ético sobre éste tema.

Referencias

- American Psychiatric Association (2012a). *Membership*. Recuperado el 6 de mayo de 2012, de <http://www.psychiatry.org/about-apa-psiychiatry>
- American Psychiatric Association (2012b). *Becoming an International Member*. Recuperado el día 6 de mayo de 2012, de <http://www.psych.org/join-participate/international-psychiatrists>
- American Psychiatric Association (2012c). *Annual Report*. Recuperado el día 6 de mayo de 2012, de http://apps.psychiatry.org/AnnualReport2010/finance_charts.html
- Bauermeister, José & Matos, Maribel (1997). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: una visión actualizada. *Psicología contemporánea*, 4, 76-85.
- Bauermeister, José J.; Shrout, Patrick E.; Ramírez, Rafael; Bravo, Milagros; Alegría, Margarita; Martínez-Taboas, Alfonso; Canino, Glorisa (2007). ADHD Correlates, Comorbidity, and Impairment in Community and Treated Samples of Children and Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 883-898. DOI 10.1007/s10802-007-9141-4.
- Bianchi, Eugenia (2010). La perspectiva teórico-metodológica de Foucault: algunas notas para investigar el ADHD. *Revista Latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 8(1), 43-65. Recuperado el 11 de junio de 2012, de <http://umanizales.edu.co/revistacinde/index.html>
- Bird, Hector; Shrout, Patrick E.; Duarte, Cristiane; Shen, Sa; Bauermeister, José & Canino, Glorisa (2008). Longitudinal Mental Health Service and Medication Use for ADHD Among Puerto Rican Youth in Two Contexts. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 47(8), 879-889. Recuperado el 12 de junio de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/efetch.fcgi?dbfrom=pubmed&retmode=ref&cmd=prlink&id=18596555>
- Braunstein, Néstor (1978/1996). *Psiquiatría, teoría del sujeto (hacia Lacan)*. México DF: Siglo XXI.
- Broughton, John (1987). An Introduction to Critical Developmental Psychology. En John M. Broughton (Ed.) *Critical Theories of Developmental Psychology* (pp. 1-30). New York: Plenum.
- Burman, Erica (2008a). *Deconstructing Developmental Psychology*. New York: Routledge.
- Burman, Erica (2008b). *Developments, Child, Image, Nation*. New York: Routledge.
- Castel, Françoise & Lovell, Anne (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada*. Barcelona: Anagrama.
- Coalition for DSM 5 Reform (2012). Recuperado el 12 de junio de 2012, de: <http://dsm5-reform.com/>
- Cooper, William O.; Hickson, Gerald B.; Fuchs, Catherine; Arbrogast, Patrick G. & Wayne A. Ray (2004). Users of Antipsychotic Medications Among Children Enrolled in TennCare. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 158(8), 753-759. Recuperado el 20 de mayo de 2012, de <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=485794>
- Cosgrove, Lisa; Krinsky, Sheldon; Vijayaraghavan, Manisha & Schneider, Lisa (2006). Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 154-160. Recuperado el día 20 de mayo de 2012, de <http://www.tufts.edu/~skrimsky/PDF/DSM%20C/OI.PDF>
- Damaria, Viviana B. (2012, agosto). Por un abordaje desde lo subjetivo. *Página 12*. Recuperado el día de 3 de junio de 2012, de <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplemento/s/rosario/21-34934-2012-08-02.html>
- Donzelot, Jacques (1997). *The Policing of Families*. London: John Hopkins Press.
- DSM IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2002). Traducción de Juan J. López y Manuel Valdez. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Figert, Ann E. (1996). *Women and the Ownership of PMS. The Structuring of a Psychiatric Disorder*. New York: Walter de Gruyter Inc.

- Foucault, Michel (1964/1986) *Historia de la locura en la época clásica*. México DF: Fondo de cultura económica.
- Garza, Glibert & Fisher-Smith, Amy (2009). Beyond Neurobiological Reductionism: Recovering the Intentional and Expressive Body. *Theory and Psychology*, 19(4), 519-544.
- Gergen, Keneth (1992/1997) El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. Barcelona: Paidós.
- Goldstein, Sam (2006). Is ADHD A Growth Industry? *Journal of Attention Disorders*, 9, 461-464.
- Harris, Adrienne (1987). The Rationalization of Infancy. En John M. Broughton (Ed.) *Critical Theories of Developmental Psychology* (pp. 33-60). New York: Plenum.
- Luna, Patricia (2010, agosto). ¿Estamos todos locos? *BBC Mundo- Ciencia y tecnología*. Recuperado el 15 de junio 2012, de http://www.bbc.co.uk/mundo/ciencia_tecnologia/2010/08/100804_estamos_todos_locos_pl.shtml
- Manifiesto de Porto (2012, 24 de julio). *STOP DSM*. [Entrada de blog]. Recuperado el 27 de julio de 2012, <http://stopdsm.blogspot.com/2012/07/manifiesto-de-porto-por-una-abordagem.html>
- Manifiesto Por un abordaje subjetivante del sufrimiento psíquico en niños y adolescentes - No al DSM Campaña Internacional STOP DSM (2011). Recuperado el 10 de junio de 2012, de <http://stopdsm.blogspot.com/2011/05/el-manifiesto-de-buenos-aires-por-un.html>
- Martínez, Karen & Nazario, Lelis (2004, enero 24). Tratamiento contra la hiperactividad. *El Nuevo Día, archivo digital*, pp. 1,3. Recuperado el 12 de mayo de 2012, de <http://adendi.com/imprimir.asp?num597434>
- Millán-Pabón, Carmen (2004a, enero 17). Salud admite no dar prioridad al déficit de atención. *El nuevo día*, pp. 1,2.
- Millán-Pabón, Carmen (2004b, marzo 31). Menores desequilibrados a su suerte. *El nuevo día*, pp. 1,2.
- Millán-Pabón, Carmen (2004c, junio 15). Tratamiento infantil con cese arbitrario en verano. *El nuevo día*, pp. 1,2.
- Moisse, Katie (2012, marzo). American Psychiatric Association under fire for new disorders. *ABC News*. Recuperado el 15 de junio de 2012, de http://abcnews.go.com/m/story?id=15556263&si_d=26
- National Institute of Health (2012). *Drug Facts: Prescription and Over-the-Counter Medications*. Recuperado el 11 de mayo de 2012, de <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/prescription-over-counter-medications>
- National Institute of Health (2011). *Prescription Drug Abuse*. Recuperado el 12 de mayo de 2012, de <http://www.drugabuse.gov/publications/topics-in-brief/prescription-drug-abuse>
- National Institute of Mental Health (2012). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*. Recuperado el 6 de junio de 2012, de http://www.nimh.nih.gov/health/publications/attention-deficit-hyperactivity-disorder/adhd_booklet.pdf
- Pares-Arroyo, Marga (2004, noviembre 16) Alerta al trastorno de atención. *El nuevo día*, pp.1,2.
- Parker, Ian; Georgaca, Eugenie; Harper, David; McLaughlin, Terence & Stowell-Smith, Market (1995). *Deconstructing Psychopathology*. London: Sage Publications.
- Proyecto de Ley ELA P. de la C. 540 del 12 de enero de 2009. Recuperado el 13 de junio de 2012, de <http://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=TDAH+en+PR+leyes&ie=UTF-8&oe=UTF-8>
- Rosenhan, David (1996/2000). Acerca de estar sano en un mundo enfermo. En Paul Watzlawick (Ed.) *La realidad inventada. ¿Cómo sabemos lo que creemos?* (pp.99-120) Barcelona: Gedisa.
- Rudinesco, Elizabeht (2011). *¿Por qué el psicoanálisis?* Barcelona: Paidós.
- Rivera-Arguizoni, Aurora (2004a, octubre 9) Lupa al ADHD en la Isla. *El Nuevo Día*, pp. 1,2.
- Rivera-Arguizoni, Aurora (2004b, mayo 17) Nueva opción para el ADHD. *El Nuevo Día*, pp. 1,2.
- Rivera-Arguizoni, Aurora (2004c, mayo 2) A la deriva la salud mental de los adultos del mañana. *El Nuevo Día*, pp. 1,2.
- Rivera-Arguizoni, Aurora (2004d, abril 10) Opciones para la hiperactividad. *El Nuevo Día*, pp. 1,2.
- Shmitz, Mark; Fillipone, Prema & Edelman, Elaine (2003). Social Representations of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder 1988-1997. *Culture and Psychology*, 9, 383-406.
- Vale-Nieves, Otomie (2004). Los jóvenes en Puerto Rico: construcción de los imaginarios sociales dominantes. Ponencia presentada en las III Jornadas Patagónicas de Comunicación y Cultura (pp.201-216). Patagonia, Argentina: Centro de Estudios Patagónicos de Comunicación y Cultura y Universidad del Comahue.
- Watzlawick, Paul (1996/2000). Profecías que se autocumplen. En Paul Watzlawick (Ed.) *La realidad*

inventada. ¿Cómo sabemos lo que creemos? (pp. 82-98) Barcelona: Gedisa.

Wykes, Til & Callard, Felicity (2010). Diagnosis, diagnosis, diagnosis: towards DSM-5. *Journal of*

Mental Health, 19(4), 301-304. Recuperado el 15 de mayo de 2012, de http://durham.academia.edu/FelicityCallard/Papers/838527/Diagnosis_diagnosis_diagnosis_towards_DSM-5



OTOMIE VALE NIEVES

Catedrática del Departamento de Psicología en la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Puerto Rico. Tiene un doctorado en Psicología Clínica en la Universidad de Puerto Rico. Sus intereses de investigación se vinculan a la construcción social de género, juventud, tecnología y psicología crítica.

DIRECCIÓN DE CONTACTO

otomievalenieves@gmail.com

FORMATO DE CITACIÓN

Vale Nieves, Otomie (2013). El DSM como mecanismo de psicopatologización y regulación social : el caso de los niños/as en Puerto Rico. *Quaderns de Psicologia*, 15(1), 21-32. Extraído el [día] de [mes] de [año], de <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/1164>

HISTORIA EDITORIAL

Recibido: 05/03/2013

1ª Revisión: 16/04/2013

Aceptado: 27/05/2013