



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES HISTÓRICAS
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE DOCTORADO EN HISTORIA

Historia reciente de la hiperactividad y la desatención infantil.

La Disfunción Cerebral Mínima en México (1967-1976)

Tesis

Que para obtener el grado de

Doctor en Historia

Presenta:

José Eduardo Pallares Campos

Dirigido por:

Doctor Francisco Javier Dosil Mancilla



**Esta investigación fue realizada gracias al apoyo del Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y
Tecnologías**

Morelia, Michoacán, octubre de 2025

RESUMEN

En las historias del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH), la Disfunción Cerebral Mínima (DCMi) aparece como uno de sus antecedentes inmediatos, como un diagnóstico precursor. En las décadas de los sesenta y setenta, variados síntomas asociados a trastornos de la conducta y del aprendizaje quedaron subsumidos a la categoría general DCMi, pero fueron las dificultades de atención, la impulsividad y la hiperactividad las que aparecían de manera más consistente bajo esta etiqueta, que se pensaba, podía ser ocasionada por variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, accidentes cerebrales perinatales o por alguna enfermedad o lesión ocurridas durante la etapa temprana del desarrollo. En este trabajo se analiza el modo en que fue entendida y tratada la DCMi, así como los debates que suscitó en el gremio de los psiquiatras infantiles mexicanos, entre 1967 y 1976. Ubicada dentro de los estudios históricos de la psiquiatría infantil, esta investigación privilegia el análisis de los textos publicados sobre la DCMi en la *Revista de la Clínica de la Conducta* y en las Actas del Primer Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. Se encuentra que en México no se dio una simple copia de lo propuesto por los psiquiatras estadounidenses en la explicación y el tratamiento de la DCMi, se reconocen elementos idiosincrásicos y una combinatoria de factores sociales, culturales, educativos, tecnológicos y económicos que contribuyeron a la *migración del trastorno*. A partir de esta categoría diagnóstica, los psiquiatras ampliaron el territorio de su práctica y sus redes de colaboración e intercambio de experiencias con colegas de otros países, organizaron congresos, se vincularon con maestros de educación básica y con otros profesionales de la salud. Los paidopsiquiatras funcionaron también como mediadores entre la IF y sus pacientes, probaron e investigaron los efectos de diversos fármacos y ensayaron tratamientos para los problemas de conducta de los escolares mexicanos.

Palabras clave: Historia, Disfunción Cerebral Mínima, TDAH, México, psicofarmacología

ABSTRACT

Within the historiography of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Minimal Brain Dysfunction (MBD) is frequently situated as one of its immediate antecedents and as a precursor diagnostic category. Throughout the 1960s and 1970s, a wide range of symptoms associated with behavioral and learning disorders—including attentional difficulties, impulsivity, and hyperactivity—were included under the diagnostic umbrella of MBD. At the time, it was hypothesized that such manifestations could be attributable to genetic anomalies, biochemical irregularities, perinatal brain injury, or illnesses and lesions occurring in the early stages of development. This dissertation interrogates the ways in which MBD was conceptualized and managed in Mexico, as well as the debates it provoked among child psychiatrists between 1967 and 1976, a period marked both by the ascendancy of biologically determinist explanations of mental illness and by the rapid consolidation of psychopharmacology. Situated within the field of historical studies of child psychiatry, the research provides an analysis of published discussions of MBD in the *Revista de la Clínica de la Conducta* and in the proceedings of the First National Congress of the Mexican Association of Child Psychiatry. The analysis suggests that psychiatric practice in Mexico did not amount to a mere replication of the frameworks proposed by U.S. psychiatrists, who by that period already possessed an established tradition in the explanation and clinical management of the diagnosis. Rather, the Mexican case reveals the presence of idiosyncratic elements and a distinctive configuration of social, cultural, educational, technological, and economic factors that shaped the local migration and reinterpretation of the disorder. The diagnostic category of MBD also functioned as a catalyst through which Mexican child psychiatrists expanded their professional remit and consolidated collaborative networks with colleagues abroad. They organized scientific congresses, cultivated ties with primary school

teachers who referred clinical cases, and established relationships with other health professionals dedicated to child development. Furthermore, child and adolescence psychiatrists operated as mediators between the pharmaceutical industry and their patients, undertaking clinical trials, investigating the effects of emerging psychotropic drugs, and experimenting with therapeutic strategies to address the behavioral problems of Mexican schoolchildren.

Keywords: History, Minimal Brain Dysfunction, ADHD, México, psychopharmacology

Con amor y gratitud para Yuri, compañera de vida y de este recorrido académico. En agradecimiento por las correcciones y sugerencias, por cada conversación, por las conexiones brillantes que moldearon estas páginas. Esta tesis no solo es testimonio de la historia que investigué, es también un trozo de la historia que hemos construido a lo largo de estos años.

Agradecimientos

Al Dr. Javier Dosil, quien con su experiencia me ha acompañado a lo largo de este proyecto. Mi gratitud por las conversaciones, las lecturas compartidas y sobre todo por su amistad. Sus atinadas correcciones, de las que he aprendido profunadamente, han sido fundamentales para la culminación de esta investigación.

A la Dra. Dení Trejo por su ilimitada disposición al diálogo y por su generosidad. Sus comentarios precisos y sus seminarios abrieron nuevos horizontes en mi comprensión y transformaron mi manera de pensar la historia.

A la Dra. Zardel Jacobo quien, desde mi tesis de licenciatura, me ha interpelado no solo como su alumno, sino como su colega y amigo. Su calidez y buen trato (tan escasos en el mundo académico) han sido desde entonces una fuente de admiración e inspiración. Este escrito es, en parte, el resultado de su valiosa influencia.

Con admiración a su capacidad reflexiva, por invitarme a sus eventos académicos, por las conversaciones, aunque breves pero sustanciosas, que me han ayudaron a pensar y han acrecentado también mi pasión por la historia de lo *psi*, agradezco al Dr. Carlos Olivier.

Al Dr. Agustín Sánchez Andrés, por aceptar formar parte del comité tutorial. Aprecio su amabilidad y valoro su disposición y participación.

Con amor para toda mi familia, la de Morelia y la de Ciudad de México, que desde siempre me ha sostenido. Debo una mención especial a mi papá Pepe, a mi papá Lalo y a mi hermana Bety. Se fueron mientras cursaba el doctorado, pero permanecerán por siempre en mi memoria.

Finalmente, a las personas que con su mera presencia dan sentido a la vida: lxs amigxs. Ellos y ellas también iluminaron esta travesía.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	12
De la DCMi al TDAH.....	16
Historiografía del TDAH	26
Historia reciente de la hiperactividad y la desatención infantil. México (1967-1976).....	33
Abordaje de esta investigación	34
Fuentes y delimitación temporal.....	42
Estructura de este trabajo y preguntas que lo orientan	43
CAPÍTULO 1. LA HISTORIA OFICIAL DEL TDAH A DEBATE.....	47
Sobre la “historia oficial” del TDAH.....	48
Alexander Crichton (1763-1856) y las alteraciones de la atención	50
Heinrich Hoffmann y el inquieto Phil.....	53
Sir George Frederic Still. ¿El punto de partida científico de la historia del TDAH?	60
Del “Niño con Lesión Cerebral” a la “Disfunción Cerebral Mínima”	67
De la “Reacción hiperquinética de la infancia” al TDAH	89
Balance sobre la denominada “Historia oficial del TDAH”	97
CAPÍTULO 2. LA CLÍNICA DE LA CONDUCTA Y LA PSIQUIATRÍA INFANTIL MEXICANA EN EL SIGLO XX.....	108
La Psiquiatría Infantil en México	108
La temprana psiquiatría infantil en México	116
La Clínica de la Conducta.....	122
La Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil	131
CAPÍTULO 3. LA DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA ENTRE LOS PSIQUIATRAS MEXICANOS (1967-1976).....	139
La Disfunción Cerebral Mínima entre los psiquiatras mexicanos	141
La DCMi en México	141
Las causas	146
Del diagnóstico, pronóstico y tratamiento	149
La DCMi, la hiperquinesia y los trastornos de conducta	152
Dos historias clínicas	156
Manuel (9 años)	156
Jorge (8 años y 11 meses)	160
La pugna organicismo-psicodinamismo. La DCMi desde lo bio-psico-social	162
La disputa por el desarrollo normal	166

Impacto de la DCMi en los padres, la familia y la escuela.....	170
Madres y padres de niños con diagnóstico de DCMi: entre estereotipos y culpas	172
Conclusiones sobre la DCMi en el contexto mexicano	180
CAPÍTULO 4. HISTORIA DE LOS PSICOFÁRMACOS PARA TRATAR LA HIPERACTIVIDAD Y LA DESATENCIÓN (MÉXICO 1967- 1976)	189
De los primeros tratamientos con benzedrina al metilfenidato.....	191
Hiperactividad, desatención y psicofármacos: historias paralelas. México (1967-1976).....	194
Investigaciones sobre fármacos para los problemas de conducta. El caso mexicano.....	196
Debates en México sobre los psicofármacos para tratar trastornos de la conducta	203
Psicofármacos como parte de una terapéutica multidisciplinaria	204
Psicofármacos, vitamínicos y la medicalización del aprendizaje	208
Derivados de anfetaminas y Ritalín	211
Sobre fármacos y culpas	215
¿Abusos en la prescripción? Medicar: ¿exigencia de quién?.....	216
Historia clínica. Una adolescente con problemas de conducta	218
Consideraciones finales	219
CAPITULO 5. ESE AIRE SEMÁNTICO QUE ES EL TDAH EN NUESTROS DÍAS	228
Hiperactividad y desatención después de la DCMi	229
Nudos entre DSM y TDAH	233
Los consensos sobre el TDAH.....	240
Los otros Consensos	249
TDAH en México	251
¿Son la hiperactividad y la desatención en la actualidad asuntos estrictamente médicos?	265
El TDAH en la cultura popular	267
CONCLUSIONES	274
REFERENCIAS.....	285

ÍNDICE DE TABLAS E IMÁGENES

Tabla 1. Comparativo entre las patologías de la atención descritas por Crichton y las características del TDAH en el DSM-IV-TR y DSM-5.....	51
Tabla 2. Transformaciones del TDAH en diversas versiones del DSM.....	91
Tabla 3. Servicios de psiquiatría infantil entre 1932 y 1973 en el Distrito Federal.....	117
Imagen 1. Aspecto característico de un niño hiperquinético.....	157
Tabla 4. Principales resultados de investigación sobre la medicación con anfetaminas (1937-1963)	192
Tabla 5. Fármacos utilizados para el tratamiento del niño con daño cerebral y problemas de conducta (1967 a 1976).....	201
Tabla 6. Número de diagnósticos aparecidos en diferentes versiones del DSM.....	235

ABREVIATURAS

ADHD Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

AMDATHA Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados A.C.

AMPI Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil

APA American Psychiatric Association

CC Clínica de la Conducta

DCMi Disfunción Cerebral Mínima

DCMo Defecto del Control Moral

CNCA Consejo Nacional Contra las Adicciones

DEA Dificultades Específicas de Aprendizaje

DGEE Dirección General de Educación Especial

DIF Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

DPH Departamento de Psicopedagogía e Higiene

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [diferentes versiones]

EEG Electroencefalograma

ENE Escuela Normal de Especialización

FDA Food and Drug Administration

GENPETDAH Grupo de Expertos Nacionales Para el Estudio del TDAH.

I+D Investigación Desarrollo

INP Instituto Nacional de Psicopedagogía

INPI Instituto Nacional de Protección a la Infancia

LILAPETDAH Liga Latinoamericana para el Estudio del TDAH

LC Lesión Cerebral

OMS Organización Mundial de la Salud

PETDA Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención

RCC Revista de la Clínica de la Conducta

RHI Reacción Hipercinética de la Infancia

SEP Secretaría de Educación Pública

SHME Servicio de Higiene Mental Escolar

SNC Sistema Nervioso Central

SSA Secretaría de Salud

TDAH Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad

TEP Trastorno del Estrés Postraumático

TC Trastorno de Conducta

TOD Trastorno Oposicionista Desafiante

UNAM Universidad Nacional Autónoma de México

INTRODUCCIÓN

Mientras antaño, un entusiasmo a lo Tom Sawyer era visto como parte de los ardores naturales de la juventud, en los años 60 y posteriores surgieron una serie de diagnósticos psicológicos para definir dicha conducta como patológica. La puja comenzó alta, con una “disfunción cerebral mínima”, como se denominó en los años 50 y 60. Tom Sawyer, en otras palabras, tenía una lesión cerebral. Cuando este diagnóstico fue descartado, lógicamente por absurdo, se pensó entonces en la hiperactividad y en la falta de atención, porque ya se sabe que el trato con los niños en el aula puede resultar a veces exasperante.

Edward Shorter¹

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) es un diagnóstico que está, hoy en día, profundamente arraigado no solo en el campo de la psicología, la neurología, la psiquiatría o la educación, sino, más allá, en todo el conjunto de representaciones culturales en torno a la infancia. Desatención, impulsividad e hiperactividad —conductas que configuran el trastorno—, se han vuelto, incluso, marcas de nuestra época. Resulta difícil no encontrar paralelismos entre las características que definen el TDAH y la sociedad actual: percepción de la aceleración del tiempo, disminución del umbral de atención, exigencias de destrezas para la multitarea, *zapping*, mandato de rendimiento, exigencia de perentoriedad, “distracción crónica”, humor oscilante, bajos umbrales de tolerancia a la frustración, etc. Además de ser del interés de los campos señalados, el TDAH y sus síntomas han sido también motivo de reflexión filosófica, antropológica, sociológica y cultural. Ceñirse exclusivamente al análisis de la dimensión clínica y creer que el verdadero debate solo compete al orden médico, conlleva una gran pérdida, un sesgo que imposibilita una comprensión más equilibrada del trastorno.

En 2018 se publica en Estados Unidos, *Global perspectives on ADHD. Social dimensions of diagnosis and treatment in sixteen countries*. Meredith Bergey, Angela Filipe, Peter Conrad e

¹ SHORTER, *Historia de la psiquiatría III*, p. 290.

Irina Singh, tomando como referencia a 16 países y separándose de las discusiones clínicas, buscaron conocer las dimensiones sociales vinculadas al diagnóstico y tratamiento del TDAH.² Después de localizar a académicos que, desde las ciencias sociales, habían investigado el modo en que el trastorno era percibido y había emergido en sus respectivos países, conformaron este libro que nos ayudó a comprender que, si bien es innegable hoy la globalización y el tratamiento médico del TDAH, este proceso —que continúa en crecimiento— presenta características diversas, según las particularidades de los diferentes contextos. Con “globalización del TDAH” entienden un incremento en el reconocimiento social del TDAH, un aumento en la tasa de diagnosticados a nivel mundial, una estimación de prevalencia ampliamente citada que sugiere que el 5% de niños en el mundo cumplen los criterios diagnósticos del trastorno. El texto alude también al cada vez mayor consumo de fármacos (principalmente metilfenidato) para tratarlo.³

Algunas preguntas surgidas de los escritos que integran la publicación son: ¿Es homogénea la prevalencia global? ¿Existen variaciones entre y dentro de los países? ¿Son cambiantes los criterios diagnósticos utilizados o se siguen del mismo modo? ¿La concepción del TDAH varía de acuerdo con los diferentes sistemas de salud? ¿Son considerados en todos lados los psicofármacos como la primera opción en el tratamiento? ¿Están sobre o subrecetados los psicoestimulantes?

² Meredith Bergey (1980-) es profesora del Departamento de Sociología y Criminología de la Universidad Villanova, Pennsylvania, Estados Unidos. Su campo de estudio es la salud pública y la antropología médica. De modo particular ha estudiado los diagnósticos en psiquiatría y en neurodiscapacidades, la globalización y traducción de estos conocimientos y las perspectivas críticas en salud global.

Angela Filipe (1983-) es profesora del Departamento de Sociología, co-directora del Instituto de Humanidades Médicas de la Universidad Durham, Reino Unido.

Peter Conrad (1945-2024), sociólogo y médico estadounidense, fue presidente de la sección de Sociología Médica de la Asociación Americana de Sociología (1989-1990). Miembro de la Universidad de Brandeis (donde dirigió el programa interdisciplinario “Salud: Ciencia, Sociedad y Política”, investigó desde la década de los setenta el proceso de medicalización de la hiperactividad infantil.

Irina Singh es profesora de la Universidad de Oxford, en la que forma parte del *Neuroscience Ethics and Society Team*, grupo interdisciplinario que investiga la intersección entre neurociencias, salud mental y bioética. Sus trabajos sobre las dimensiones sociales y éticas del TDAH son ampliamente citados en los textos especializados.

³ BERGEY *et al.*, *Global perspectives on ADHD*.

Las respuestas que encuentran son numerosas, pero podemos resumir diciendo que muchos de los problemas asociados a estas interrogantes se manifiestan de modo diferente en cada país. La adopción a nivel global de los criterios diagnósticos del TDAH, sobre todo a partir de la tercera versión de 1990, del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), ha sido más compleja de lo que parece a simple vista, y justamente los escollos tienen que ver con aspectos éticos, sociohistórico y políticos propios de los contextos nacionales y culturales que se analizan. La adopción de las directrices diagnósticas es integradas y aplicadas idiosincrásicamente, en algunos países pueden encontrar resistencia (aunque solo sea inicialmente) y en otros su adopción se ve fuertemente influenciada por circunstancias históricas y políticas. Para algunos el tratamiento médico se convierte en la opción primera, para otros es la última estrategia.

La variada geografía de los estudios sobre el TDAH que se presentan en el libro citado (Estados Unidos, Canadá, Australia, Reino Unido, Alemania, Portugal, Irlanda, Brasil, Argentina, Italia, Chile, Francia, Nueva Zelanda, Japón, Taiwán y Ghana), permiten ver que algunos países se ciñeron a los criterios diagnósticos y al tratamiento médico de forma temprana, y que en otros la adopción fue más tardía, más paulatina. Fundamentalmente, posibilita observar que las contingencias sociales, la variabilidad de las exigencias académicas (desde educación básica a universitaria), la estigmatización de la salud mental, la promoción por parte de la industria farmacéutica de sus productos y del enfoque médico para tratar los trastornos mentales, la particularidad de las políticas sanitarias y educativas, los sistemas de salud, la disponibilidad de medicamentos, la defensa o resistencia de grupos de profesionales o de usuarios, los factores tecnológicos, las comunidades en línea de diagnosticados, y la complejidad de los contextos

particulares, son factores que han moldeado la comprensión, la prevalencia y la adopción del diagnóstico y el tratamiento del TDAH.⁴

En la citada publicación no encontramos un capítulo que analice la situación de México. La fuerte penetración de las farmacéuticas trasnacionales en este país durante la segunda mitad del siglo, la cercanía con los Estados Unidos y la adopción de las directrices diagnósticas propuestas por el DSM, dirigieron los esfuerzos entre el gremio de psiquiatras mexicanos a asumir un irrestricto apego a los consensos de sus homólogos del norte. Además de algunos breves artículos críticos, y otros pocos que intentaban presentar una visión más balanceada sobre el TDAH,⁵ no se consolidaron en México esfuerzos interdisciplinarios que pusieran en cuestionamiento la perspectiva neuropsiquiátrica del trastorno, tal como sucedió en otros países.⁶ En síntesis, no había —y son escasos aún— los estudios que, desde una perspectiva social, analizan con detenimiento la irrupción y el despegue del TDAH en México. En este sentido, queda justificado el presente trabajo, no solo por la importancia que entraña estudiar el incremento en la tasa de niños diagnosticados con TDAH, sino también porque existe una carencia de investigaciones que den cuenta de la singularidad de dicho proceso en nuestro país.

El objetivo de la presente investigación es analizar la perspectiva diagnóstica, el tratamiento y los debates sobre la Disfunción Cerebral Mínima (DCMi) que se dieron en el gremio de los psiquiatras infantiles mexicanos, entre 1967 y 1976. Lo anterior, tiene como finalidad comprender los antecedentes del abordaje al TDAH desde el modelo neuropsiquiátrico que se ha instaurado de manera global en las últimas cuatro décadas. Para ello, nos centramos en la

⁴ BERGEY y FILIPE, “ADHD in global context”, pp. 2-8.

⁵ NORANDI, “Ritalín: más de 50 años, 2006; SZÉKELY, “Trastorno del deficit de atención”, pp. 61-69; KRAUS, “Ética e infancia”, pp. 10-11; FERNÁNDEZ VALLEJO, “Impacto corporal de los medicamentos”.

⁶ Véase: “Consenso de expertos del área de salud”, pp.133-138; “Consenso Internacional de Expertos”, pp. 245-254; LAZA ZULUETA y JORQUERA CUEVAS, *Evaluación de la situación asistencial*. Nos referiremos a estos documentos en el capítulo 5.

indagación del auge de las explicaciones biologicistas y en el desarrollo de la psicofarmacología. Entendiendo estos cambios como hechos que desbordan los márgenes del campo biomédico, y que se ven influenciados por aspectos sociales, culturales, tecnológicos, económicos, etc. Enmarcando, además, estas transformaciones, en un contexto de crisis de los modelos tradicionales de familia, educación y disciplina.

El epígrafe con el que abrimos resume el recorrido que planteamos en esta investigación. En las historias del TDAH, la Disfunción Cerebral Mínima (DCMi) suele aparecer como uno de sus antecedentes inmediatos, se le reconoce como un diagnóstico precursor, un hito en la historia reciente del trastorno. En este trabajo analizamos la DCMi y los debates que, en torno a ésta, sostuvieron los psiquiatras mexicanos de la década de los sesenta y setenta. Los diagnósticos en psiquiatría no permanecen estáticos. Tampoco son “descubiertos” por profesionales trabajando en su torre de marfil. Es en un marco social y cultural que dinámicamente se reestructura lo considerado normal, lo disfuncional, lo problemático (o el eufemismo que se prefiera). Esta perspectiva, que parecería evidente, se contrapone a quienes sostienen que lo que se hace al incluir y consensuar sobre una categoría diagnóstica es simplemente describir una realidad desconocida —o no comprendida hasta ese momento—, que puede ser revelada gracias a la pericia técnica o al ojo entrenado del psiquiatra. Volveremos sobre la perspectiva de análisis que hemos adoptado, pero por ahora, conviene detenernos en algunas precisiones conceptuales e historiográficas.

De la DCMi al TDAH

Diversos autores han señalado que el TDAH no es reciente, ya desde finales del siglo XVIII se documentaban casos donde aparecían niños impulsivos, inquietos y con dificultades de adaptación a la escuela o a las exigencias familiares y sociales. Sin embargo, es hasta la década del cincuenta en el siglo pasado, que el trastorno será descrito de manera más cercana a como se conoce hoy en

día, sobre todo a partir de los trabajos sobre la Disfunción Cerebral Mínima (DCMi). Las historias del TDAH suelen asociarlo a designaciones tales como: “retraso mental ligero”, “daño al sistema nervioso central”, “secuela posencefálica”. También se identificó con una “inestabilidad intelectual y física”, “defectos en el control moral”, “conducta de rareza”, “niño turbulento”, “síndrome orgánico-cerebral”, “dementes traumáticos”.⁷ Más recientemente, como “lesión cerebral”, “disfunción cerebral mínima”, “síndrome hiperquinético”, etc. Para Millichap, más de cuarenta términos han sido utilizados para describir la hiperactividad infantil, algunos de ellos enfatizan los síntomas, las causas o los problemas educativos asociados con la conducta.⁸

En los años sesenta, la búsqueda de una causalidad orgánica para explicar los “trastornos de conducta” en los niños se concretó en un cúmulo de investigaciones vinculadas con la DCMi.⁹ En estos años fueron auspiciados, por organismos de salud de Estados Unidos, diversos proyectos de investigación que buscaban dar respuesta a las exigencias de padres, maestros de primaria y programas escolares públicos, a fin de que se definiera con claridad la mejor forma de diagnosticar y tratar los trastornos conductuales y del aprendizaje en los niños.

La DCMi resultó entonces una categoría sumamente abarcativa e imprecisa que se abandonó muy rápidamente; sin embargo, dejó una profunda huella. Sam Clements, figura central en las indagaciones sobre el tema, identificó diez características asociadas a la DCMi:

⁷ TÉLLEZ VILLAGRA, VALENCIA FLORES y BEAUROYRE HIJAR, “Cronología conceptual del trastorno”, pp. 39-44.

⁸ MILLICHAP, “Definition and History of ADHD”, p. 2.

⁹ Existen todo un conjunto de antecedentes vinculados con la DCMi, por ejemplo, los trabajos de Kramer y Pollow, Kahn y Cohen, Gesell, Strauss y Lehtinen, mismos que serán motivo de análisis en el primer capítulo de este trabajo. Por ahora baste decir que la DCMi no surge de la nada. Como sucede con los diagnósticos en psiquiatría, éstos se van reconfigurando a partir de su cercanía o la distancia que van tomando con otros con los que guardan cierta similitud. Agregándose además que, hay elementos sociales, tecnológicos, políticos, etc., que participan también en las derivas que va tomando un diagnóstico. El corte que hacemos en estos breves párrafos referidos a nuestro objeto de investigación tiene como finalidad brindar un marco conceptual general para esta introducción.

hiperactividad, alteraciones perceptivo-motoras, labilidad emocional, déficits de coordinación, trastornos de la atención, impulsividad, trastornos de la memoria y el pensamiento, discapacidades específicas en el aprendizaje de la lectura, aritmética, escritura u ortografía, trastornos del habla y la audición, signos neurológicos e irregularidades encefalográficas. Debemos enfatizar un punto: cada una de estas conductas era detallada en una serie de síntomas y signos específicos que podían servir como guía para su diagnóstico. El agrupamiento de éstos formaba entidades clínicas reconocibles (por ejemplo, “síndrome hiperkinético, retraso primario de la lectura, afasias, etc.), que eran aceptadas como subcategorías. Estos complejos síntomas, quedaban subsumidos dentro de la categoría general DCMi.¹⁰ Hablamos entonces de un conjunto de comportamientos desregulados. Sin embargo, eran las dificultades de atención y la hiperactividad las que aparecían de manera más consistente bajo el paraguas de esta designación.

Sam Clements y John Peters apuntaban que la afectación podía ser ocasionada por variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, accidentes cerebrales perinatales o por alguna enfermedad o lesión ocurridas durante la etapa temprana del desarrollo y maduración del SNC.¹¹ La desorganización de la función cerebral traía consigo dificultades en el desarrollo, que se agravaban cuando existía un entorno interpersonal familiar o escolar adverso. El entorno entonces no se consideraba causa, solamente empeoraba la disfunción cerebral. Lo que sostenían entonces es que la alteración asociada a la DCMi producía defectos en la percepción, hiperactividad, dificultades en la lectura y en el aprendizaje, dislexia, impulsividad, retrasos en el desarrollo, complicaciones en la adquisición de patrones de autoinhibición, etc. Así, una detección temprana de estos síntomas, y la buena respuesta a las drogas —más que los beneficios de la psicoterapia—,

¹⁰ CLEMENTS, *Minimal brain dysfunction*, p. 13.

¹¹ Sam Clements fue profesor en el Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta y director de la *Child Guidance Clinic*, de la *University of Arkansas for Medical Sciences*. John Peters (1917-2011). También profesor de psiquiatría y director del Centro de Estudios Infantiles, en la misma universidad.

producían una recuperación de los efectos desorganizadores del daño cerebral.

La perspectiva de los autores puede ser definida como contraria al postulado que sostendría que las condiciones psicopatógenas son causa de la DCMi.¹² Pese a que los exámenes físicos y neurológicos describían a estos niños en los límites normales, es decir, no se detectaban deficiencias neurológicas, se planteó que existían algunos déficits más sutiles que representaban un daño o disfunción cerebral, aunque fuera leve. De lo anterior se desprendía que un comportamiento anormal podía estar asociado a una disfunción cerebral, sin que existieran anormalidades neurológicas obvias o plenamente identificables. Así, la DCMi pasó a ser el sello de niños que parecían "normales", pero que presentaban incapacidad de aprender, hiperactividad, falta de atención, etc. Este diagnóstico sentó las bases para ubicar la causa de sus síntomas en la función cerebral y no en aspectos psicológicos. A la postre, neurólogos y psiquiatras consideraron que no se podía agrupar a los niños hiperactivos con otros trastornos del neurodesarrollo, tales como las dificultades específicas del aprendizaje o las anomalías motoras.¹³

La variedad de procedimientos diagnósticos que se seguían muestra la diversidad de alteraciones que quedaban subsumidas a la DCMi. Entre los instrumentos sugeridos por Clements y Peters se encuentra: 1) El examen físico y la historia. Principalmente se buscaba la detección de condiciones como parálisis cerebral, retraso mental, defectos oculares o auditivos, etc. Con la historia del paciente se pretendía obtener datos sobre la gestación y el desarrollo, por ejemplo, el peso al nacer o las enfermedades padecidas durante la infancia. También detectar condiciones de enfermedad o lesiones causantes de la DCMi e indagar acerca de la historia médica pre, peri y posnatal, así como las enfermedades o síntomas que pudieran ser responsables de la condición. Las entrevistas con los padres tenían como fin conocer las dinámicas interpersonales, las tensiones

¹² CLEMENTS y PETERS, "Minimal Brain Dysfunctions", pp. 193-195.

¹³ TAYLOR, "Antecedents of ADHD", p. 73.

emocionales, etc. 2) Evaluación psicológica. Se sugería el uso de una batería de pruebas psicológicas: Escala de Inteligencia Infantil Wechsler (WISC), Gestáltico Visomotor de Bender, Test de Michigan, Prueba de lectura oral de Gray, además de la obtención de datos por medio de un dibujo a mano alzada y algunas pruebas de ortografía. Con esto se examinaban los datos acerca de la inteligencia, la percepción, la detección de un posible daño cerebral, la capacidad de lectura, el desempeño verbal y la aritmética, etc.¹⁴ 3) Examen neurológico. Se sugerían un conjunto de exámenes en los que se evaluaban los reflejos posturales y la coordinación, por ejemplo, se buscaban anomalías en los movimientos de brazos, movimientos involuntarios, rotación o rigidez en el giro de la cabeza. Respecto a la coordinación se registraban los movimientos al caminar en talones, de puntas, sobre una línea, al saltar, se describía si el andar era torpe, tenso o rígido. Los autores sugerían, además, una valoración del dibujo de imágenes, la lecto-escritura, los defectos del habla, la capacidad de atención, la hiperactividad y la motricidad gruesa. Así como otras pruebas (confusión derecha-izquierda, lateralidad, coordinación) que pudieran orientar el diagnóstico hacia alguna alteración neurológica.¹⁵

Como tratamiento, se proponía el educativo (ajustes en la enseñanza, apoyo de profesores especialistas en desviaciones específicas del comportamiento y el aprendizaje) y la terapia médica –sobre todo con medicamentos– encaminada a controlar o eliminar los síntomas. Con relación a los fármacos, mencionaban, entre los más utilizados para reducir la hiperactividad y aumentar la atención, el clorhidrato de captodiamio (Suvren), el clorhidrato de tioridazina (Meleril) y las anfetaminas. Aunque estas últimas ya habían sido utilizadas durante años para tratar los síntomas conductuales de la DCMi, los autores no las encontraban tan útiles como los otros fármacos

¹⁴ Los autores descartan el uso de pruebas de capacidades de los niños con DCMi (o a quienes se les supone), que no están relacionadas con la evaluación de la inteligencia, por ejemplo, el dibujo de personas u objetos, el Test de Rorschach y otras técnicas proyectivas, que sobre todo están orientadas a evaluar la personalidad.

¹⁵ CLEMENTS y PETERS, “Minimal Brain Dysfunctions”, pp.189-193.

referidos. El tratamiento también incluía psicoterapia individual y familiar, además de asesoramiento a profesores y a las escuelas.¹⁶

Desde finales de la década de 1960, el concepto de DCMi recibió críticas al considerarse general y heterogéneo, sin una base empírica clara. Sin embargo, persistió hasta los setenta, momento en el que aparecerá una eclosión de etiquetas mucho más específicas y descriptivas: problemas de aprendizaje, dislexia, trastornos del lenguaje, hiperactividad, etc., que sustituyeron, progresivamente, el cajón de sastre en que se había convertido la DCMi.¹⁷ Pero los saltos no se producen de manera claramente secuencial. Un ejemplo lo encontramos con los señalamientos del propio Clements, quien, a partir de una búsqueda de los síntomas atribuidos a la DCMi, señala el uso de muchos términos para describir un mismo síntoma. Por ejemplo, la actividad motora excesiva era mencionada como: “hiperactividad, hipercinesis, impulso orgánico, inquietud, obsesión motora, inquietud motora o nerviosismo”.¹⁸

Otra importante crítica hacia la DCMi tuvo que ver con que no se encontraba una evidencia clara de que en los niños diagnosticados como hiperactivos existiera un historial que sugiriera un daño cerebral causado por complicaciones prenatales o de nacimiento. Lo anterior tampoco implica que se diera mayor importancia a una causa psicológica o ambiental, todo lo contrario: la crítica apuntaba a que no se podía hablar de daños estructurales, pero sí de trastornos funcionales del cerebro, manifiestos desde una edad temprana y que podían ser atribuibles a un temperamento innato. Lo anterior se sustentaba en investigaciones genéticas y en la observación clínica, en la que

¹⁶ CLEMENTS y PETERS, “Minimal Brain Dysfunctions”, pp. 193-194; CLEMENTS y PETERS, “Psychoeducational programming”, pp. 47-51.

¹⁷ Al menos en el caso mexicano, en la década de los ochenta todavía circulan artículos e investigaciones que usan el término DCMi en el sentido que lo hemos descrito en el apartado anterior, en otros casos, es usado como un sinónimo de “síndrome hiperquinético” o “trastorno de déficit de atención”. Como hemos apuntado, las transiciones entre etiquetas diagnósticas no suelen ser lineales ni se corresponden con espacios cronológicos claramente delimitados.

¹⁸ CLEMENTS, *Minimal brain dysfunction*, p. 11.

encontraban que padres de niños hiperactivos habían sido “problemáticos” en su juventud, habían abandonado la escuela y de adultos se mostraban inquietos y con “mal genio”.¹⁹ La efectividad en el uso de medicamentos estimulantes y el cambio dramático que producían en el comportamiento, afianzó, en cierta forma, la tesis de la base biológica de la hiperactividad.

Una categoría diagnóstica suele surgir asociada a otra con la que conserva similitudes. Así sucedió en 1968 en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, en su segunda edición (DSM-II), donde se incluyó la “Reacción hipercinética de la infancia”; un síndrome conductual que podía tener –o no– una causa orgánica. Como su nombre lo indica, el rasgo sobresaliente era la hiperactividad, pero incluía también la inquietud, la distracción y la escasa atención. Se presentaba principalmente en niños pequeños y mostraba una considerable disminución a partir de la adolescencia.

La psiquiatría en Estados Unidos, en la segunda mitad del siglo pasado, experimentó profundas transformaciones. Los enfoques psicoanalíticos fueron desdeñados, perdieron terreno frente a los avances de la psicofarmacología. El control de los síntomas con los medicamentos y las tecnologías en la observación del funcionamiento del SNC, pese a que no aseguraban evidencias en el diagnóstico, forjaron la imagen de un trastorno derivado de una química cerebral alterada.

En 1980 el DSM-III, se planteó una reconceptualización en lo que en ese momento se denominó “Trastorno por Déficit de Atención (con o sin hiperactividad)”. Algunos de los cambios sustanciales que se produjeron, en esta y las siguientes versiones del DSM, fueron la presentación de una lista muy específica de síntomas, consideraciones sobre la especificidad de la edad, duración de los síntomas y criterios de exclusión. A partir de aquí, y solo con ligeros cambios,

¹⁹ STEWART, “Hyperactive children”, pp. 97-98.

quedó signada la perspectiva de la psiquiatría norteamericana como el enfoque dominante, que a nivel mundial fue ganando cada vez más adeptos y una aceptación casi generalizada.

En el *DSM-5* (2012), el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH o ADHD por sus siglas en inglés) es considerado como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por un agrupamiento de síntomas ligados a desatención, hiperactividad e impulsividad, los cuales interfieren el funcionamiento y desarrollo del ámbito escolar, familiar y social.²⁰ Se pueden contar entre las características asociadas al trastorno: la incapacidad de seguir tareas o dificultad para mantener un esfuerzo sostenido en ellas cuando requieren atención, tendencia a jugar, a la inatención, constantes olvidos, elevada distracción y desorganización, bajo autocontrol, irritabilidad, labilidad emocional, etc. Todas ellas muestran una afectación y malestar clínicamente significativos, y sus niveles deben ser incompatibles con la edad o con los parámetros de desarrollo esperados.²¹ En muchos casos, sin existir un trastorno del aprendizaje, el rendimiento académico suele verse alterado. Algunas pruebas de atención, memoria o de las funciones ejecutivas pueden mostrar alteraciones, pero es fundamental señalar que, pese al deterioro en los procesos cognitivos, esto no es evidencia de la existencia de TDAH. Desde la perspectiva neuropsiquiátrica se considera que el diagnóstico es fundamentalmente clínico, pues no existe un marcador biológico que resulte contundente. El electroencefalograma, las imágenes de resonancia magnética o pruebas genéticas son usadas para fines de investigación, pero no para diagnosticar la presencia de TDAH.²²

Sobre las causas, factores de riesgo y pronóstico, existen varias sospechas; sin embargo, las investigaciones al respecto tampoco arrojan datos contundentes. Por ejemplo, el muy bajo peso

²⁰ Los trastornos del neurodesarrollo son afecciones que se manifiestan fundamentalmente en el desarrollo temprano. "El rango de los déficits varía desde limitaciones muy específicas del aprendizaje o del control de las funciones ejecutivas hasta deficiencias globales de las habilidades sociales o de la inteligencia". AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5*, pp. 31-32.

²¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5*, p. 32.

²² FARAONE *et al.*, "The World Federation of ADHD", pp. 789-818.

al nacer, fumar o consumir alcohol durante el embarazo, la dieta, los antecedentes de maltrato infantil, la exposición a neurotóxicos (plomo), infecciones (encefalitis), etc., se ha considerado que aumentan el riesgo de TDAH, pero no se establecen asociaciones causales. Se ha investigado también la correlación de algunos genes específicos con el trastorno, pero tampoco se han encontrado factores correlacionales suficientes, aunque lo que se sugiere es que existe una heredabilidad considerable del TDAH, sobre todo en parientes biológicos de primer grado.²³ Se han reportado también otros aspectos que pueden causar los síntomas, tales como: la privación extrema en etapas tempranas de la vida y lesiones traumáticas, que son útiles para entender las causas, no así para diagnosticar. Se trataría entonces de una asociación de factores ambientales y genéticos. Pese a las diferencias reportadas, suele estimarse que 5% de los niños en edad escolar presentan el trastorno, existiendo también variaciones respecto al género, esto es, una proporción de 2:1 entre el sexo masculino y el femenino.²⁴

Según lo determinado por las agencias reguladoras de fármacos de todo el mundo, varios medicamentos son seguros y eficaces para el tratamiento de los síntomas del TDAH. Éstos se suelen clasificar en: estimulantes (metilfenidato y anfetamina) o no estimulantes (atomoxetina, guanfacina de liberación prolongada y clonidina de liberación prolongada). En relación a las terapias no farmacológicas (por ejemplo: el entrenamiento a padres para que mejoren sus métodos de disciplina y de interacción con sus hijos, las terapias de modificación de la conducta social y de desarrollo de habilidades organizativas, el entrenamiento cognitivo y de neurofeedback, los suplementos dietéticos, la reducción de alimentos con colorantes sintéticos o con alto contenido de azúcares añadidos y el ejercicio), se ha encontrado que tienen solamente una ligera incidencia en los problemas conductuales y la reducción de la crianza negativa. Hay mejoras en la atención,

²³ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5*, pp. 61-62.

²⁴ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5*, pp. 61-63.

reducción de los síntomas de hiperactividad e impulsividad, pero escasos o ningún efecto sobre los síntomas de habilidad emocional o sobre síntomas oposicionistas.²⁵

Es importante apuntar que, si bien el modelo de la psiquiatría norteamericana se ha erigido desde hace más de dos décadas como la perspectiva hegemónica sobre el TDAH, han existido una serie de debates y controversias acerca de la etiología, el diagnóstico y el tratamiento.

Por ahora, nos parece relevante resaltar que no existen datos concluyentes. Sobre el TDAH, solo por arrogancia, pedantería o sectarismo, algún profesional de la salud puede afirmar que la discusión sobre el tema está zanjada. Se infieren algunos aspectos por la sintomatología. Se investigan y ponen a prueba algunas hipótesis. Se señala que falta mucho por aprender del trastorno y sus manifestaciones, que estamos empezando a entender cómo los genes y el medio ambiente se combinan para causar trastornos, afectar el cerebro y producir síntomas. Se reconoce que las investigaciones futuras deben analizar la imbricación de los mecanismos biológico y psicológicos para lograr una mejor comprensión, y que es fundamental seguir estudiando las trayectorias vitales de los diagnosticados con TDAH; que pese a los avances en pruebas computarizadas y en psicofarmacología, hay mucho que conocer sobre el diagnóstico y el tratamiento.

Si bien en este trabajo analizamos el modo en que se construyó o los antecedentes de la mirada neuropsiquiatra del TDAH, se tiene claro que para conocer su historia, la forma en que esta perspectiva se ha configurado y los debates que en su seno han surgido, es necesario un abordaje que no se limite al estudio de la transformación en las etiquetas diagnósticas –como si sus transformaciones fueran solamente efecto de la pericia profesional–, sino preguntarnos, ¿qué tuvo que pasar para que un conjunto de conductas sean asumidas como un trastorno? Lo anterior precisa, como explicaremos más adelante, de un abordaje que no se restrinja al campo biomédico. Para

²⁵ FARAONE *et al.*, “The World Federation of ADHD”, pp. 789-818.

aproximarnos de mejor manera a la comprensión de la historia de los síntomas del TDAH, es necesario analizar los factores culturales, educativos, tecnológicos, económicos, sociales, etc., implicados con el diagnóstico.

Historiografía del TDAH

Luciana Vieira Caliman elaboró una cartografía de las historias del diagnóstico del TDAH, en la que enumera tres perspectivas acerca del trastorno.²⁶ Una, la identificada como la “historia oficial”. La segunda, denominada “historia crítica”, sostiene que no es posible asociar síntomas tan diversos a un cuadro patológico. En el margen de las anteriores, una tercera posibilidad —la cual suscribimos en este trabajo, pero que sin duda se acerca más a la perspectiva anterior y en pugna con la primera— sostiene que la historia del TDAH se compone de otros diagnósticos, esas patologías diversas desafían y legitiman a su vez los conocimientos psiquiátricos de una época, los diagnósticos generales e imprecisos son pasajes, procesos en los que desde el campo médico se pensó la condición de personas que no tenían una patología mental grave, ni tenían una discapacidad, sino que su conducta no correspondía a las expectativas morales, políticas o económicas de su contexto social.

Con “historia oficial” se alude a un conjunto de trabajos que sostienen que si rastreamos trastornos psiquiátricos en diferentes momentos de la historia, podemos encontrar algunos que describan síntomas parecidos al TDAH. Esta perspectiva es fundamentalmente la que suscriben quienes avalan el modelo neuropsiquiátrico y el tratamiento farmacológico del trastorno, que ven en sus relatos históricos la confirmación de que éste tiene bases neurológicas, que no es una

²⁶ CALIMAN, “Notas sobre a história oficial”, pp. 46-61; CALIMAN, *A Biologia moral da atenção*.

construcción social y que ha existido desde hace siglos de manera más o menos cercana a como hoy lo entendemos. Estos trabajos, suelen dar poca importancia al contexto sociocultural que explica cada una de las entidades nosológicas y sostienen la tesis “presentista”,²⁷ que apunta a que el TDAH tiene una larga historia, pero que no existía tecnología médica ni el suficiente conocimiento sobre el funcionamiento cerebral para diagnosticarlo.

Las historias del TDAH que marchan en esta línea suelen insistir en ciertos hitos, actores o acontecimientos como clave para entender las derivas que tiene la preocupación por la impulsividad, la desatención y la hiperactividad infantiles. Son representativos los trabajos de Klaus Lange, Susanne Reichl, Katharina Lange, Lara Trucha y Oliver Trucha, *The history of attention deficit hyperactivity disorder*²⁸, y de Eric Taylor, *Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts*.²⁹ Por el momento no nos detendremos en detallarlos, dado que su análisis será motivo del primer capítulo.

Cabe apuntar que existe una cantidad sumamente amplia de trabajos que describen la historia de la hiperactividad de modo sintético, es decir, sin un análisis exhaustivo de los elementos que la componen, pero que avalan la tesis de que las descripciones cercanas al TDAH ya aparecen desde finales del siglo XVIII y con más claridad en el XIX. Estos textos no son motivo de análisis para esta investigación, pero tienen un papel fundamental en la divulgación de las ideas acerca de la historia del trastorno; en buena medida son las referencias más leídas, las aseveraciones simplificadas que forman parte del entramado de los saberes sobre el TDAH.

Por otro lado, los estudios críticos de la historia del TDAH tienen como característica

²⁷ El término lo uso en el sentido que lo entiende BERRIOS: “por presentista se intenta aquí significar una forma de historiografía que describe los sucesos cronológicamente y como inexorablemente progresivos; o sea, se presupone que el desarrollo más reciente es necesariamente superior”. BERRIOS, *Historia de los síntomas*, pp. 207-208.

²⁸ LANGE *et al.*, “The history of attention”, pp. 241-255.

²⁹ TAYLOR, “Antecedents of ADHD”, pp. 69–75.

común que ponen en tela de juicio la idea de que el trastorno ha existido desde hace muchos años y que era reconocido con otras designaciones –que incluían síntomas cercanos a los que hoy son descritos en el DSM-5–. Estos trabajos son realizados a partir de perspectivas historiográficas que entienden los fenómenos de la salud desde un entramado social, cultural, económico, ideológico y tecnológico, desde una imbricación compleja de fenómenos y actores. Estas investigaciones son realizadas también desde la antropología, la sociología o disciplinas directamente ligadas a la salud, pero con un enfoque histórico que marcha a contrapelo de la “historia oficial”. A continuación, se presenta una muestra de estudios que se suscriben a esta perspectiva.

Partiendo del planteamiento de Russel A. Barkley –un reconocido representante de la interpretación neurológica del TDAH–, quien sostiene que éste se ocasiona debido a un defecto en la inhibición del autocontrol, a un defecto en la voluntad, Luciana Vieira Caliman observa que dicha hipótesis no es nueva, pues ya a principios del siglo XX George Still describió los comportamientos de niños considerados anormales, bajo la designación “defecto del control moral”, también como un déficit en la función inhibitoria de la voluntad. Para la autora, la etiología de la condición mórbida descrita por Still está planteada en los mismos términos que en el TDAH. En ambos, la patología tiene un carácter moral y una causa biológica y cerebral, compartiéndose también los síntomas de inatención e hiperactividad. Por otro lado, Caliman analiza la epidemia de encefalitis aparecida en las primeras décadas del siglo pasado, misma que se asoció a más de cuarenta síntomas (catatonía, síntomas cercanos al Parkinson, alucinaciones, obsesiones, etc.) y que suele ocupar un lugar en las historias oficiales del TDAH. Llama la atención la variabilidad de comportamientos asociados a la encefalitis y las escasas similitudes con el TDAH. La pregunta entonces es: ¿por qué esta asociación? La respuesta para la autora en parte está en que la encefalitis reforzó “la investigación cerebral de los sistemas inhibidores, fortaleciendo la interpretación

neurofisiológica de la patología mental”; destaca también el uso de las tecnologías de imágenes cerebrales empleadas para estudiar la encefalitis, convirtiéndose así en un campo de interés para los neurólogos, además que dichas imágenes han sido también utilizadas para legitimar el enfoque neuropsiquiátrico del TDAH. Sintetizando, Caliman sostiene que la historia oficial del TDAH valida, desde un “discurso científico purista”, la perspectiva neurobiológica del trastorno, omitiendo la mayoría de las veces los aspectos morales y políticos asociados a los pasajes de esta historia. Lo anterior no lleva a la autora a afirmar que el TDAH sea un diagnóstico inexistente, pero tampoco que se trata de una patología desligada de su propio contexto cultural, social y tecnológico. El TDAH y su historia —nos dice— puede ser entendida dentro de las “biologías morales de la voluntad y la atención”, es una “historia de la naturalización de la moral y la moralización de lo natural”. A contracorriente de la historia oficial, para Caliman es necesario construir una historia en los márgenes del TDAH, un análisis de ruptura con la mirada biológica reduccionista, que posibilite una comprensión de las “patologías de la atención y la hiperactividad desde marcos más pluralistas”.³⁰

En una línea similar, Adam Rafalovich analiza la conformación histórica del TDAH partiendo de las discusiones sobre “imbecilidad” e “idiotéz” hacia finales del siglo XIX en Europa Occidental y Estados Unidos. Para el autor, la historia del TDAH en la infancia puede ser entendida como un intento de biologizar y patologizar la moralidad. Aunado a lo anterior, documenta la emergencia y entronización del modelo neurológico del TDAH frente a los modelos psicodinámicos, y las transformaciones que trajo consigo en las escuelas y en los padres de niños con TDAH este diagnóstico.³¹ En otro texto, Rick Mayes y Rafalovich estudian de manera

³⁰ CALIMAN, “Notas sobre a história oficial”, p. 46-61. CALIMAN, *A Biologia moral da atenção*.

³¹ RAFALOVICH, *Framing ADHD children*; RAFALOVICH, “The conceptual History of Attention”, pp. 93-115.

conjunta la evolución histórica del TDAH y las controversias del uso de estimulantes desde 1900 hasta 1980, haciendo especial énfasis en los debates generados en Estados Unidos por el uso de tratamiento con estimulantes para niños entre 1950 y 1970, periodo asociado al despegue de la psicofarmacología pediátrica.³²

En su tesis doctoral, María Teresa Brancaccio realiza un trabajo sobre la historia de la hiperactividad en el que analiza la emergencia en 1890 de los niños con desórdenes de conducta en el contexto francés, británico e italiano; y finaliza su investigación con los enfoques biológicos de la hiperactividad en Norteamérica —afianzados en la última década del siglo pasado—. Su trabajo enfatiza el análisis del contexto de la masificación de la educación [del siglo XIX en Europa. Piensa la historia del TDAH en el marco de la inadaptación en las escuelas de ciertos niños considerados “disfuncionales”, y la disputa por su trato entre profesionales médicos, psiquiatras, maestros y psicólogos.³³

Por su parte, Andrew Lakoff, revisa el contexto histórico y social que explica la emergencia del déficit de atención en el contexto escolar norteamericano. Identifica las formas de entender y tratar la falta de inhibición del comportamiento infantil desde inicios del siglo XX, bajo el predominio de la noción de patología del control moral y hasta la explicación de la impulsividad como causa orgánica.³⁴

Matthew Smith estudia la evolución del diagnóstico de hiperactividad en la psiquiatría norteamericana. Señala que fue en los sesenta cuando se consideró una condición neurológica, después de que la psiquiatría biológica ganó terreno dentro de la comunidad científica norteamericana —y mundial— como la aproximación válida frente al psicoanálisis y la psiquiatría

³² MAYES y RAFALOVICH, “Suffer the restless children”, p. 435-457.

³³ BRANCACCIO, “*But Fidgety Phill*”, 2001. Una síntesis de este trabajo se puede encontrar en BRANCACCIO, “Educational Hyperactivity”, pp. 165-177.

³⁴ LAKOFF, “Adaptive will: the evolution”, pp. 149-169.

social para abordar estos temas. Smith revisa fuentes diversas: artículos académicos resultado de investigaciones influyentes en relación con el trastorno, discusiones que han tenido lugar en libros especializados, debates en los medios, comentarios de corresponsales de salud de algunos diarios. Además, cree que en esta historia no podemos dejar de incluir a los escépticos (a quienes consideran que la hiperactividad no existe y que es un invento de las farmacéuticas y/o de los psiquiatras), a las atribuciones a la dieta de los menores como causa de los síntomas, a la implicación de la crianza, el marketing de las compañías farmacéuticas, el imaginario de los maestros o los padres de niños hiperactivos. Es decir, los actores que determinan o modifican los acontecimientos o los procesos históricos, y que aquí son múltiples: la industria farmacéutica, las redes de expertos de la salud, los medios de comunicación, la investigación producida en universidades u otras instituciones especializadas, las escuelas, el *campo psi*, los niños con TDAH y sus padres, etc.³⁵

Fernando García de Vinuesa Fernández en “La prehistoria del TDAH” señala la polarización en los debates acerca de la existencia *versus* la invención del trastorno. Respecto a lo primero, apunta que se ha enfatizado que el trastorno no es nuevo, “sino un viejo conocido de las ciencias de la salud mental”, que “tiene más historia de la que podemos imaginar”; visto así, el rastreo de diagnósticos que se ubican desde mediados del siglo XVIII se convierte en una prueba de que la hiperactividad, la desatención y la impulsividad infantil han estado presentes como patologías desde hace mucho. Sin embargo, esta tesis no convence al autor, quien analiza tres hitos de la historia oficial del TDAH, en los que encuentra una inespecificidad diagnóstica y representaciones de cómo no debe comportarse un niño del siglo XIX y XX. Para él, no sólo los

³⁵ SMITH, “Psychiatry Limited: Hyperactivity”, pp. 541-559. Siguiendo a Allan Young en su trabajo sobre la historia del estrés post-traumático, Matthew Smith señala que el crecimiento de la hiperactividad como concepto médico y cultural ha sido también moldeado por grupos de pacientes y asociaciones ligadas a los derechos de personas con discapacidad. El texto referido es YOUNG, *The Harmony of illusions*.

criterios del TDAH carecen de validez, “sino que su carta de presentación histórica, al ser cuidadosamente analizada, se desmorona”, hay una falta de rigor alrededor del TDAH. Su “propia historia”, lejos de aportar claridad, establece relaciones artificiales entre diagnósticos carentes de coherencia.³⁶

Siguiendo la vertiente de Michel Foucault, otro conjunto de trabajos explica el TDAH y su historia como una forma de control social. Peter Conrad estudia el surgimiento de la hiperactividad infantil como una forma moderna de control avalada por el Estado, el campo médico, los grupos especializados en su atención, los medios de comunicación, los reformadores de las leyes, los movimientos sociales, las organizaciones profesionales, las universidades, la industria farmacéutica, los consumidores, entre otros.³⁷ En la misma línea de análisis podemos contar también los escritos que Peter Conrad realiza junto con Joseph W. Schneider,³⁸ y otro con Deborah Potter,³⁹ en cuyas interpretaciones incluyen a un conjunto de actores que se entrelazan para hacer posible el reconocimiento del trastorno como enfermedad, y para la creación de mercados orientados a la salud o a las “mejoras” del comportamiento infantil.

Eugenia Bianchi piensa el TDAH desde algunas herramientas teórico-metodológicas de Michel Foucault, tales como: medicalización y normalización de la sociedad, régimen de verificación y poder, formación discursiva, entre otras. Para la autora, no se trata solamente de hacer una traspolación de conceptos, de pensar, por ejemplo, la noción de infancia anormal o el modo en que, para Foucault, la psiquiatría y la infancia se vincularon desde mediados del siglo XIX, y entonces pensar desde estos referentes el TDAH. Se trata más bien de problematizar el trastorno considerando su historicidad, las relaciones de poder implicadas en su conformación, las

³⁶ GARCÍA DE VINUESA, “Prehistoria del TDAH”, pp. 107-115.

³⁷ CONRAD, “The discovery of Hyperkinesis”, pp. 12-21; CONRAD, *The medicalization of society*.

³⁸ CONRAD y SCHNEIDER, *Deviance and Medicalization*.

³⁹ CONRAD y POTTER, “From hyperactive children”, pp. 557-582.

condiciones que hicieron posible su emergencia y circulación como síndrome, enfermedad o trastorno de la conducta infantil.⁴⁰ En trabajos más recientes, Bianchi con un equipo de trabajo del Instituto Gino Germani (Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales) y del Instituto de Medicina Social (Universidad do Estado do Rio de Janeiro) han realizado investigaciones sobre los procesos del marketing farmacéutico del TDAH en Argentina y Brasil, interesándose principalmente en actores no médicos.⁴¹

Dejo aquí esta aproximación a la historiografía del TDAH que sigue creciendo día con día. Es importante anotar que cada perspectiva va agregando a su propia narrativa personajes, hitos fundacionales, matices y nuevos elementos interpretativos.

Historia reciente de la hiperactividad y la desatención infantil. México (1967-1976)

La desatención, la impulsividad y la hiperactividad infantil han sido conductas o síntomas escurridizos en la historia (y la práctica) de la psiquiatría infantil. El niño con problemas de conducta ha representado también un desafío historiográfico en tanto no se ubica dentro de aquellos que padecen una alteración mental grave y evidente (por ejemplo, un deterioro generalizado del intelecto, niños para los que se tuvo designado un espacio de internamiento en instituciones psiquiátricas); pero tampoco están dentro de aquel grupo que presenta una identificada discapacidad, ya sea motora, sensorial o intelectual. Hablamos aquí de una alteración limitada, difusa, que bascula entre la norma y la patología y que desde inicios del siglo pasado en nuestro país (periodo que corresponde a una expansión de la educación básica, a la creación de

⁴⁰ BIANCHI, “La perspectiva teórico-metodológica”, pp. 43-65; BIANCHI, “Problematizando la noción de trastorno”, 2012; BIANCHI, “Tests psicométricos y construcción de la infancia”.

⁴¹ BIANCHI *et al.*, “Medicalización más allá de los médicos”, pp. 452-462; BIANCHI y FARAONE, “El Trastorno por Déficit”, pp. 75-98.

instituciones de atención a la infancia y del reconocimiento de derechos para esta población, además de las propias transformaciones en el campo de la psiquiatría), ha sido pensada desde diferentes modelos.

Una muestra clara de la complejidad de ubicar estas conductas en un espacio patológico, en una clasificación diagnóstica (lo que deriva también en pugnas acerca de quién y cómo se debe tratar a estos niños), ha sido la dificultad de nombrarlo. Ejemplo de esa inespecificidad la encontramos en la designación “falso anormal”, “niño problema” o en la DCMi. Desde estas etiquetas y en el marco de una exigencia de educación obligatoria, a lo largo del siglo pasado, fueron pensados los problemas de conducta y los desórdenes de la hiperactividad.

Abordaje de esta investigación

Sostenemos, en primer lugar, que el TDAH tiene una historia, pero ello no implica que los síntomas que hoy lo componen, hayan tenido el mismo sentido en otros momentos. Su “prehistoria” no se reduce a intentos fallidos de delimitación. Planteamos que lo importante es comprender el modo en que la hiperactividad, la desatención y la impulsividad han sido pensados como síntomas vinculados con el comportamiento de niños en la escuela y la familia, bajo diferentes designaciones y teniendo estas conductas significados diversos a lo largo de los años. En otras palabras, la desatención infantil y la hiperactividad no son las mismas hoy que hace 120 años. Así, la Disfunción Cerebral Mínima (DCMi), término que se reconoce como uno de los antecedentes más inmediatos del TDAH, es solamente un modo en que los síntomas señalados han sido pensados, un pasaje reciente. Del mismo modo, el TDAH será un eslabón más en esa historia, pero no el último, no el que cierra la cadena. Aunque es también innegable que en nuestro horizonte de

análisis éste tiene una presencia constante, hay una permanente mención al modo en que este trastorno es planteado en la actualidad desde la perspectiva neuropsiquiátrica. En cierta forma, la indagación sobre la DCMi que hacemos es la búsqueda por comprender qué antecedió al TDAH, al diagnóstico que en los últimos años es considerado el más frecuente en la clínica psiquiátrica infantil. Consideramos que lo que se ha querido ver como la historia del TDAH, es en buena medida una historia de cómo han sido pensados, interpretados, diagnosticados y tratados los síntomas que lo componen, en diferentes periodos históricos; desde los modelos psiquiátricos prevalecientes, con las tecnologías médicas, y en el contexto de cambios sociales, culturales y económicos que se generan en contextos específicos. Para decirlo de otro modo, más que una historia del TDAH, lo que tenemos son historias del modo en que han sido leídos estos comportamientos infantiles “inadaptados” en distintas épocas. No hay TDAH a principios del siglo pasado, mucho menos en un relato infantil sobre un niño travieso de la primera mitad del XIX. En todo caso, lo que podemos rastrear es una creciente preocupación por la conducta de los niños, vinculada al surgimiento de la infancia moderna, en el contexto de profundas transformaciones de la familia y del afianzamiento del binomio infancia-educación.

Si bien hacemos hincapié en la historia de las transformaciones del diagnóstico, elaboradas por profesionales reconocidos social, científica y académicamente, se abordan también otros actores y otras acciones que dotan de legitimidad y sentido la práctica de estos grupos y participan en la creación de ciertas necesidades de atención a la patología, el trastorno o la conducta que debe ser modificada. El análisis de las disquisiciones sobre las designaciones diagnósticas no debe llevar al engaño de creer que es aquí donde se encuentra la relevancia primera del tema. No es que primero aparezca un trastorno y luego se generen una serie de debates, lo que implicaría que estamos ante un asunto que compete privativamente al campo biomédico, y que sólo después cobra

relevancia en otros ámbitos. Nada más alejado de nuestras intenciones: el diagnóstico implica una compleja interacción de elementos. Analizar estos componentes y sus vínculos nos permitirá comprender mejor el papel de la psiquiatría infantil en la sociedad y su relación con la cultura. Por más que un grupo de profesionales del campo médico se asuman como “los expertos” sobre la materia, el TDAH los desborda. Para pensar la historia del trastorno o de sus síntomas se vuelve necesario estudiar los efectos y la configuración de esa “mirada oficial”, sin duda hoy hegemónica pero no por ello única o eterna.

Para apuntar de manera más clara el abordaje que se propone, puede señalarse, siguiendo a Phil Brown, que la crítica al diagnóstico es en sí misma una crítica a la psiquiatría pues es finalmente su lenguaje.⁴² Postura cercana a Nikolas Rose quien se pregunta si los efectos “privados” de la interioridad psicológica se constituyen a partir de la imbricación de lenguajes, prácticas, técnicas y artefactos,⁴³ Lo central radica en identificar los efectos de ese lenguaje y esa práctica que se anudan en el diagnóstico. Se trata entonces de pensar los síntomas asociados al TDAH en su contexto de producción, situarlos temporalmente asumiendo la historicidad de las categorías diagnósticas; advirtiéndolo que surgen en coyunturas concretas y como consecuencia de la acción política, el contexto cultural, variaciones en las normas estadísticas, posibilidades de tratamiento con que se cuente y del avance tecnológico que se disponga para el diagnóstico.

Dentro de los estudios de la historia de la psiquiatría infantil en que ubicamos el presente trabajo, se analizan y piensan los problemas de conducta –y su tratamiento– en un contexto de crisis coetáneas: la del modelo tradicional de familia, de las prácticas de crianza, de disciplina

⁴² BROWN, “The Name Game:”, pp. 387-388. Phil Brown es profesor de sociología y ciencias de la salud en Northeastern University y director del Social Science Environmental Health Research Institute. Su trabajo se ha centrado en la sociología del diagnóstico, los movimientos sociales en salud, la salud ambiental y en los conflictos y disputas científicas y sociales que impactan la salud.

⁴³ ROSE, “Assembling the modern self”, p. 226.

escolar, de los modelos educativos y de una reconfiguración de la noción de enfermedad mental – en el marco del expansionismo diagnóstico que se intensificó durante la década de 1960–, además del crecimiento de las explicaciones biológicas y del desarrollo de la psicofarmacología.

Desde hace décadas, Phil Brown y más recientemente Annemarie Jutel han insistido en la necesidad de reconocer la sociología del diagnóstico como una especialidad de los estudios sociales de la salud mental. Campo necesariamente amplio y heterogéneo en sus intereses y métodos, integrado por orientaciones que comparten la preocupación por el estudio de las vicisitudes, desarrollos, sesgos y controversias de los diagnósticos biomédicos.⁴⁴ Así, orientan nuestra investigación, en términos generales, los planteamientos de la sociología del diagnóstico. En concreto, dos autores que han hecho relevantes aportes sobre las implicaciones del diagnóstico en psiquiatría: el sociólogo Peter Conrad y el filósofo e historiador de la ciencia Ian Hacking.

Conrad señala que la medicalización es la entrada en la jurisdicción médica de los conflictos humanos. Un proceso por el que un problema no médico llega a ser definido y tratado como un problema médico, definido como enfermedad o desorden.⁴⁵ Para el autor, las descripciones en términos de comportamiento disruptivo, desobediente, rebelde, antisocial, “emocionalmente perturbado”, “niño problema” –utilizadas antes de los años sesenta– hacían referencia a niños cuyo comportamiento era manejado en el contexto familiar, escolar o en clínicas de orientación. En estricto sentido, no era considerado un asunto de carácter médico. ¿Cómo es que esta constelación de comportamientos se convirtió en un trastorno médico?⁴⁶

⁴⁴ BROWN, Phil. “The Name Game”, pp. 387-388; JUTEL, “Sociology of diagnosis”, pp. 278-299; JUTEL, “Classification, disease, and diagnosis”, pp. 189-205. Jutel (1958) ha investigado el modo en que los factores sociales y culturales afectan la experiencia de la enfermedad y la salud. Además de ser profesora en la Victoria University of Wellington, New Zealand, especialista en sociología del diagnóstico, con formación en enfermería, es novelista gráfica y trabajó en Francia, Estados Unidos y en Nueva Zelanda en oncología médica y en enfermería de cuidados intensivos pediátricos.

⁴⁵ CONRAD, “Medicalization and social control”, p. 209; CONRAD, *The medicalization of society*, p. 4.

⁴⁶ CONRAD, “The Discovery of Hyperkinesis”, p. 16.

De manera temprana, en 1975, Conrad se interesó por el estudio de la hiperactividad desde la perspectiva del control social. En sus trabajos en solitario y en colaboración con Schneider ofrece un análisis detallado de cómo ciertos comportamientos considerados desviados, se transforman en enfermedades, se definen como problemas médicos, quedando la medicina obligada y/o autorizada a brindar un tratamiento, una solución. Los niños portadores de estas conductas también son “descubiertos” o reclutados por esos mismos especialistas. Conrad se pregunta por qué se volvió tan popular la hiperactividad durante la década de 1960, por qué de repente “aparecen” tantos niños con patrones de exceso de actividad motora, con tiempos cortos de atención, inquietud, nerviosismo, torpeza, comportamientos agresivos, impulsivos, con baja tolerancia a la frustración y escaso cumplimiento de reglas. Para el autor, hablamos de síntomas de un comportamiento desviado cuya medicalización es resultado de factores clínicos y sociales. Respecto a los clínicos cuenta la importancia de la definición de la “DCMi”, “daño cerebral mínimo”, “trastorno del impulso hiperquinético” o etiquetas diagnósticas similares, además de la observación de comportamientos parecidos a otros trastornos cuya causa orgánica estaba claramente definida. También incluye las observaciones de los efectos de medicamentos anfetamínicos en los trastornos de conducta y del aprendizaje —desde finales de la década de 1930—, y el auge de la psicofarmacología hacia mediados de siglo, (de modo particular destaca que Ritalin fue aprobado por la FDA como medicamento para su uso en niños en 1961). Entre los factores sociales señala la promoción y la publicidad de la industria farmacéutica, dirigida a médicos y al sector educativo; además del rol que jugó el gobierno con una serie de políticas que promovían el tratamiento de la DCMi con Ritalin, en algunos casos señalando las mejoras en la conducta y como potenciador del aprendizaje, además de impulsar la investigación, los informes y la promoción

para que fuera conocido el trastorno y los fármacos para tratarlo.⁴⁷

El proceso de medicalización —según Conrad— debe distinguir entre lo normal y lo anormal; parte de reconocer como insuficientes e inaceptables formas previas de control social y —de manera concomitante a esto— se debe disponer de una nueva forma que sustituya o se imbrique con la ya existente. Habla también de la existencia de datos orgánicos ambiguos en la nueva definición. Sostiene que el especialista del campo médico debe aceptar la ampliación de su jurisdicción, aunado a que el Estado, la sociedad, las asociaciones médicas y asociaciones para niños con diferentes discapacidades de aprendizaje, etc., deben legitimar al especialista médico como el garante de conocimientos y del manejo de técnicas diagnósticas sobre el comportamiento medicalizado. El autor sugiere cinco mecanismos que, en su articulación, describen el proceso de medicalización: la identificación inicial de una conducta como desviada, la definición del comportamiento desde la comunidad médica (lo que limita o saca de la discusión sobre el tema a personas y/o profesionales que pueden aportar desde sus propias concepciones al conocimiento de la cuestión), establecer afirmaciones y consensos, impugnar la validez de la designación o del diagnóstico existente —sobre todo si es ajeno a la comunidad médica, pues se intenta justamente llevarlo hacia ésta—, y por último, su institucionalización como un diagnóstico médico, subrayando así el papel crucial de la medicina como autoridad en la definición y gestión de la desviación.

Por su parte, Ian Hacking, a partir de lo que denomina “enfermedad mental transitoria” (referida a aquellas patologías que aparecen y desaparecen en contextos y tiempos específicos) ha propuesto cuatro elementos o vectores que —en conjunto e imbricados— constituyen el “nicho ecológico de la enfermedad mental”. Vector lingüístico-taxonómico; el trastorno, enfermedad o conjunto de síntomas deben poder ser nombrados (expresados en un lenguaje) e incluidos en un

⁴⁷ CONRAD, “The Discovery of Hyperkinesis”, pp. 12-17; CONRAD & SCHNEIDER, *Deviance and medicalization*”, pp. 155-160.

sistema clasificatorio. Vector de polaridad cultural; el trastorno puede ubicarse dentro de los pares dicotómicos: normal-anormal, vicio-virtud, funcional-disfuncional, sano-enfermo. Vector de observabilidad; un “efecto de tangibilidad” de la enfermedad se logra al ser reconocida por el grupo de expertos, pero también al ser identificable por un sistema diagnóstico o por alguna otra tecnología médica. Vector de liberación-agregación; el profesional puede diagnosticar (agregar) y liberar (tratar, curar), es la intervención la que hace posible conseguir un estado de salud, normalidad o funcionalidad. Existen otros profesionales que pueden favorecer la agregación; en el caso del TDAH, podríamos mencionar a maestros, padres, comunicadores.⁴⁸

Lejos de pretender que las propuestas de Hacking y Conrad puedan aplicarse al pie de la letra al pasaje de la DCMi al TDAH, en el contexto mexicano, lo que nos parece pertinente para nuestro análisis es la articulación de elementos que proponen ambos.

Observamos en los planteamientos de esos autores diversos puntos de encuentro. Ambos ofrecen propuestas valiosas para pensar la historia de la hiperactividad y la desatención vinculadas a diferentes etiquetas diagnósticas. Asumen que algunos trastornos mentales no son entidades naturales, ahistóricas y fijas, sino que se transforman a lo largo del tiempo y bajo influjos sociales y médico-tecnológicos específicos. Subrayan también, el papel central del contexto social, cultural e histórico en la configuración de una categoría diagnóstica y en su tratamiento. Pero podemos encontrar también algunas diferencias o matices entre los dos. Mientras que para Conrad las categorías diagnósticas y la medicalización funcionan como formas de control social, Hacking enfatiza la comprensión de cómo estas categorías participan en la configuración de la experiencia subjetiva de las personas, influyendo en el modo en que viven, experimentan y expresan sus problemas y crean su identidad.

⁴⁸ Sobre el planteamiento de Hacking, véase: HACKING, *Mad travelers*; HUERTAS, “La locura construida”, pp. 102-124; VIJANDE MARTÍNEZ, “Los estereotipos de género”, pp. 173-194.

Consideramos que sus directrices tienen un gran valor heurístico para analizar lo sucedido en el contexto mexicano. Pero más allá de traspolar su análisis, el presente trabajo está orientado a dar cuenta de los debates que se suscitaban en nuestro contexto. Nos interesa identificar cómo estas particularidades sociales representaron un modo singular de pensar la psiquiatría infantil y los síntomas de la desatención, la hiperactividad y la impulsividad.

Sostenemos que la popularización del TDAH no ha sido solamente responsabilidad del “poder psiquiátrico” o de la industria farmacéutica, como lo plantean algunos análisis que se asumen críticos, pero que terminan siendo igualmente reduccionistas.⁴⁹ Una aproximación que muestre la complejidad y las implicaciones de un desorden como la DCMi precisa el análisis de los aspectos médicos, culturales, educacionales, económicos, demográficos, tecnológicos, políticos y sociales, además del rol protagónico de las asociaciones de pacientes o de madres y padres de menores con el trastorno, de la industria farmacéutica, los medios de comunicación, etc.

La propuesta de análisis de la hiperactividad planteada por Peter Conrad y lo referente al nicho ecológico de la enfermedad mental enunciado por Ian Hacking, tienen la particularidad de pensar un anudamiento entre lo que ocurre en el campo médico y otros factores “externos”, es decir, no se centran exclusivamente en los debates y luchas que al interior de tal campo se gestan. Ambos estarían sugiriendo la pertinencia de analizar la DCMi y otros diagnósticos asociados al TDAH no solo desde las transformaciones “al interior” de la psiquiatría infantil o desde la economía de mercado, como un plan de la industria farmacéutica, sino como hilos superpuestos con las otras dimensiones señaladas.

⁴⁹ David Healy observa, a propósito de la proliferación de la depresión como condición psiquiátrica y de su tratamiento farmacológico, que no podemos señalar que dicha condición sea una creación, pero que sí que existe una agresiva campaña de comercialización que promueve nuevos trastornos con sus respectivas terapéuticas. HEALY, *The Antidepressant Era*. Siguiendo al autor, consideramos un error plantear que la hiperactividad y la desatención son solamente una conspiración médica.

Proponemos pensar de manera articulada los factores sociales (el tipo de exigencias y vínculos que demanda el momento histórico), antropológicos (las mutaciones en las subjetividades que generan los avances biomédicos), psicológicos (las consideraciones sobre la infancia y su comportamiento), lingüísticos, discursivos, tecnológicos, políticos, etc. Advertimos que esta investigación se ha centrado más en algunos de estos aspectos, otros son solamente nombrados, pero es reconocida su impronta. Ha tenido que ser así por cuestiones de delimitación, pero es evidente que el análisis de un hecho tan complejo puede –y debe– realizarse desde múltiples enfoques, fuentes y marcos interpretativos.

Fuentes y delimitación temporal

Pensar fechas vinculadas con la emergencia, consolidación o declive de un paradigma en psiquiatría tiene una eficacia divisoria cuestionable. Por ello, si bien fijamos límites temporales, conviene más pensar en tendencias que va imponiendo un paradigma psiquiátrico, en pautas ligeramente dominantes, aunque siempre diversas, que se entrelazan con otras que las preceden y que anuncian a su vez transformaciones futuras.

Partiendo de la advertencia anterior, la temporalidad en la que se ubica este trabajo corresponde a la aparición de la *Revista de la Clínica de la Conducta* (1967) y a la organización de un Simposio sobre la DCMi en el que participaron psiquiatras infantiles que laboraban en la Clínica de la Conducta. Institución que, al recibir a los niños canalizados de las primarias y secundarias de la Ciudad de México por problemas de conducta y aprendizaje, fungió como el epicentro de una serie de debates y transformaciones que se dieron en torno a la DCMi y a la práctica de la psiquiatría infantil en México. Elegimos 1976 como corte, dado que en este año sale

a la luz el libro que, desde nuestro punto de vista, constituye un documento central en la historia del TDAH en México, *El niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral* de Rafael Velasco Fernández, texto que desde el propio título anuncia el lazo entre la hiperquinesis y la DCMi –lazo que oscila entre la cercanía y un distanciamiento que aquí ya se avisa–. Coincide también esta fecha con el Primer Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil (AMPI), en el que se debatió ampliamente sobre la DCMi.

Revisaremos la producción escrita y la participación en congresos de los miembros fundadores de la AMPI, principalmente de aquellos que escribieron y discutieron sobre la DCMi. Si bien estos autores publicaron en una variedad de revistas especializadas y algunos libros sobre el tema que nos ocupa (y que también serán examinados), privilegiaremos el análisis de algunas fuentes que consideramos nodulares para el tema que nos ocupa. Destacan la *Revista de la Clínica de la Conducta* y las Actas del Primer Congreso Nacional de la AMPI.

Estructura de este trabajo y preguntas que lo orientan

En el capítulo uno se estudian los modos en que ha sido pensada la historia “oficial” del TDAH por los partidarios del modelo neuropsiquiátrico. Hacemos un recorrido por los principales acontecimientos y autores que en estas historias aparecen como hitos, contextualizándolos y explicando la pertinencia o causa de su inclusión en estos relatos. Algunas preguntas que intentan responderse son: ¿Desde qué perspectivas ha sido pensada la historia del TDAH? ¿Cómo se explica la emergencia y el pasaje de una descripción diagnóstica asociada al TDAH a otra? ¿Por qué hay elementos y actores que aparecen insistentemente en esas historias y cómo se articulan éstos en las narrativas sobre la historia del TDAH? ¿Cómo plantear la historia de un trastorno que

no se identifica de manera clara en tiempos pasados ni de manera similar a como se entiende en la actualidad?

En un segundo capítulo, se da cuenta del contexto en el que se dirimieron las disputas y controversias sobre la DCMi en México. Abrimos mostrando los antecedentes de la profesionalización de la psiquiatría infantil, hasta la creación, en 1975, de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil A.C. (AMPI). Uno de los aspectos más relevantes para que se conformara una agrupación de especialistas en el país, fue el trabajo que ellos realizaban en diferentes instituciones públicas que ofrecían servicios de psiquiatría infantil, destacando para nuestros intereses la Clínica de la Conducta, de la que se hablará también.

Posteriormente, se analizan los debates que sobre la DCMi se generaron entre los psiquiatras infantiles hacia finales de los sesenta, en un lapso aproximado de diez años. Algunas interrogantes que guían este capítulo son: ¿Cómo se plantearon los debates acerca de la DCMi y su tránsito a otras etiquetas diagnósticas en el contexto de la profesionalización de la psiquiatría infantil en México? ¿De qué modo los debates en el seno de la AMPI hicieron eco en las particularidades relacionadas con la DCMi? ¿Qué tipo de abordajes en la comprensión de la DCMi plantearon los miembros de la AMPI en sus reuniones, en diferentes producciones académicas, en las instituciones de salud para las que trabajaban y en los programas de formación con los que se encontraban vinculados? ¿Bajo qué cambios socioculturales, tecnológicos y de paradigmas en la psiquiatría infantil se dio la irrupción y las transformaciones relacionadas con la DCMi? ¿De qué manera los cambios en los modelos de intervención de la psiquiatría infantil y las transformaciones sociales, culturales, tecnológicas, etc., explican la paulatina hegemonía de la psiquiatría norteamericana en la perspectiva sobre el TDAH?

El capítulo cuarto está orientado a comprender el influjo que la psicofarmacología tuvo

para tratar la DCMi. Siguiendo la lógica del capítulo anterior, se analizan los debates y publicaciones de los psiquiatras infantiles vinculados a la Clínica de la Conducta. El periodo de análisis es el mismo, de 1967 a 1976. Se presenta un recuento de los diferentes fármacos utilizados en ese momento para tratar la hiperactividad, la impulsividad y la desatención. Ritalin era, para ese entonces, uno más entre los múltiples fármacos recomendados (más de veinte). En las instituciones que ofrecían servicios de psiquiatría infantil, y en el caso concreto de la Clínica de la Conducta, se ensayaron dosis, se probaron posibles usos y se recetaron diferentes medicamentos —algunos incluso, con pocas posibilidades de éxito terapéutico—. Mostramos que hubo un vínculo estrecho entre profesionales de la salud y empresas farmacéuticas trasnacionales que, de diversos modos, fungieron como promotoras de sus productos. Pasamos revista también a una serie de discusiones que generaron los psicofármacos utilizados para tratar los trastornos de conducta. Se detalla la manera en que éstos fueron considerados, junto con los vitamínicos, como potenciadores del aprendizaje. Analizamos los debates sobre el abuso en la prescripción de medicamentos y cuáles eran sus posibles causas. En este, como en el capítulo anterior, presentamos historias clínicas que nos permiten ilustrar con mayor claridad lo referido. Algunas preguntas que se plantean son: ¿Cuáles fueron los debates entre los miembros de la AMPI y en la literatura especializada de la época, acerca de la prescripción de fármacos para tratar los trastornos de conducta? ¿Qué tipo de terapéuticas se propusieron en el periodo analizado? ¿Cuál fue la postura de la psiquiatría infantil sobre los tratamientos farmacológicos, psicológicos y psicoeducativos? ¿Qué transformaciones sociales, culturales, políticas, tecnológicas y económicas están vinculadas con los modelos de intervención de la psiquiatría infantil en el periodo de estudio?

El último capítulo podría pensarse como una suerte de posfacio, en tanto tiene como objetivo mostrar qué sucedió —en México y globalmente— con la desatención y la hiperactividad

después de la DCMi. Lo hemos llamado “Ese aire semántico que es el TDAH en nuestros días”, en tanto creemos que la aparente claridad de la psiquiatría biológica para definir las directrices diagnósticas ha abierto –paradójicamente– la puerta a un variado cúmulo de significados, ideas, percepciones y representaciones sobre el trastorno que aluden a ese “aire semántico”. Consideramos que el TDAH ya no es estricta y solamente una afección neuropsiquiátrica. Esta interpretación, por más que se considere objetiva, fundamentada en evidencia, consensuada estadísticamente y blindada de una ideologización, resulta insuficiente para entender la popularización del trastorno. Su comprensión trasciende la definición clínica y precisa del análisis desde elementos sociales, culturales, políticos y económicos, directamente vinculados con el diagnóstico. Se reconozcan o no tales influjos, éstos permean la definición que del trastorno se tiene en el campo biomédico. Algunas otras interrogantes que guían la discusión son: ¿qué tuvo que suceder para que se afianzara como hegemónica –en nuestro país– la perspectiva neuropsiquiatra del TDAH? ¿Es el TDAH un asunto que compete exclusivamente al campo biomédico? ¿La variedad de significados y la multiplicidad de representaciones que en décadas recientes ha adquirido el TDAH, obliga a pensarlo también desde las humanidades y las ciencias sociales?

CAPÍTULO 1. LA HISTORIA OFICIAL DEL TDAH A DEBATE

Diversos autores han señalado que el TDAH no es un trastorno reciente, sostienen la idea de que, desde finales del siglo XVIII, se documentaban casos donde aparecían niños impulsivos, inquietos y con dificultades de adaptación a la escuela o a las exigencias familiares y sociales. Sin embargo, es hasta la década del cincuenta en el siglo pasado, que será descrito de manera más cercana a como se conoce hoy en día. En las historias del TDAH, éste suele asociarse a diagnósticos tales como: “retraso mental ligero”, “daño al sistema nervioso central”, “secuela posencefálica”; también se identificó con una “inestabilidad intelectual y física”, “defectos en el control moral”, “conducta de rareza”, “niño turbulento”, “síndrome orgánico-cerebral”, “dementes traumáticos”.⁵⁰ Y más recientemente como lesión cerebral, disfunción cerebral mínima, síndrome hiperquinético, etc. Para Millichap, más de 40 términos han sido utilizados para describir la hiperactividad infantil, algunos de ellos enfatizan los síntomas, las causas o los problemas educativos asociados con la conducta.⁵¹

Este capítulo tiene como objetivo analizar cómo ha sido construida y pensada la llamada “historia oficial” del TDAH. Considerando lo anterior, algunas preguntas que intentan responderse son: ¿cómo se explica la emergencia y el pasaje de una descripción diagnóstica asociada al TDAH a otra? ¿por qué hay elementos y actores que aparecen insistentemente y cómo se articulan en las narrativas de esta historia? ¿cuáles son los mecanismos que hacen ver algunas historias como hegemónicas o dominantes? ¿cómo plantear la historia de un trastorno, cuya existencia no se identifica de manera clara en fechas pasadas ni de manera similar a como se entiende en la actualidad?

⁵⁰ TÉLLEZ VILLAGRA, VALENCIA FLORES y BEAUROYRE HIJAR, “Cronología conceptual del trastorno”, pp. 39-44.

⁵¹ MILLICHAP, “Definition and History of ADHD”, p. 2

Dividiremos este capítulo en dos apartados, en el primero se analizarán algunos autores y acontecimientos que, recurrentemente, aparecen en la “historia oficial”. Lo que se persigue es comprender el motivo de su frecuente inclusión en estos relatos, y el modo en que se plantea la relación entre los hitos que los configuran. En un segundo momento se hará una valoración crítica de esta perspectiva a fin de contar con elementos para, en los siguientes capítulos, acercarnos a lo acontecido en México en relación al trastorno.

Sobre la “historia oficial” del TDAH

Con “historia oficial” hacemos referencia a una serie de trabajos que sostienen que, si rastreamos trastornos o clasificaciones psiquiátricas en diferentes momentos de la historia, podemos encontrar algunas que describan síntomas parecidos al TDAH. Esta perspectiva es fundamentalmente la que suscriben quienes avalan el modelo neuropsiquiátrico o neurobiológico y el tratamiento farmacológico del trastorno, que ven en sus relatos históricos la confirmación de que el TDAH tiene bases neurológicas, que no es una construcción social y que ha existido desde hace más de dos siglos de manera más o menos cercana a como hoy lo entendemos. Estos trabajos, realizados fundamentalmente por médicos, suelen dar poca importancia al contexto sociocultural que explica cada una de las entidades nosológicas y sostienen la tesis “presentista”,⁵² que apunta a que el TDAH tiene una larga historia, pero que no existían medios técnicos ni el suficiente conocimiento sobre el funcionamiento cerebral para diagnosticarlo.

Como se ha recalcado, las historias del TDAH que marchan en esta línea suelen insistir en

⁵² El término lo usamos en el sentido que lo entiende BERRIOS: “por presentista se intenta aquí significar una forma de historiografía que describe los sucesos cronológicamente y como inexorablemente progresivos; o sea, se presupone que el desarrollo más reciente es necesariamente superior”. BERRIOS, *Historia de los síntomas*, pp. 207-208.

ciertos actores o acontecimientos como clave para entender las derivas que tiene la histórica preocupación por la impulsividad, la desatención y la hiperactividad infantiles. Recuperaremos algunos pasajes de esta “historia científica” del trastorno, utilizando como guía para nuestro recorrido el trabajo de Klaus Lange, Susanne Reichl, Katharina Lange, Lara Trucha y Oliver Trucha, *The history of attention deficit hyperactivity disorder*,⁵³ Paul Bernard Foley, “*Sons and daughters beyond your control: episodes in the prehistory of the attention deficit/hyperactivity syndrome*”,⁵⁴ Jose Martinez Badía y Jose Martinez Raga, “*Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder*”,⁵⁵ y de Eric Taylor, *Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts*.⁵⁶ Esta selección obedece a que son textos frecuentemente citados por un conjunto de trabajos que avalan la tesis de que las descripciones cercanas al TDAH ya aparecen desde finales del siglo XVIII y, con más claridad, en el XIX.⁵⁷

⁵³ LANGE *et al.*, “The history of attention deficit”, pp. 241-255.

⁵⁴ FOLEY, “Sons and daughters beyond your control”, pp. 125-151.

⁵⁵ MARTINEZ BADÍA y MARTINEZ RAGA, “Who says this is a modern disorder?”, pp. 379-386.

⁵⁶ La postura de Eric Taylor resulta particularmente interesante. Profesor emérito de psiquiatría de niños y adolescentes del King’s College London Institute of Psychiatry, es, sin embargo, una voz crítica dentro de la llamada “historia oficial”. Reconoce algunos aspectos de la escuela psiquiátrica neurobiológica, éxitos en la investigación y en ensayos clínicos con medicamentos, además de cambios en la estructura y función de los sistemas cerebrales y en los neurotransmisores de diagnosticados con TDAH; sin embargo, alerta sobre el reduccionismo que muchas veces acompaña a partidarios de esta perspectiva. Para el autor, el estudio de las influencias sociales y culturales suelen soslayarse en detrimento de una mejor comprensión del trastorno. Su planteamiento sobre la historia del TDAH es abordado como un análisis que comprende la interacción médica y el cambio social, y el modo en que el comportamiento incontrolado en los niños ha sido visto como problema médico en relatos del siglo XVIII y XIX. Al respecto plantea la necesidad de estudiar las cuestiones culturales a fin de comprender qué tipo de control sobre los niños se ha buscado en diferentes momentos. TAYLOR, “Antecedents of ADHD”, pp. 69–75.

⁵⁷ Sería imposible dar cuenta de todo el conjunto de artículos que enumeran una serie de pasajes o construyen cronologías conceptuales con relación a lo que suelen denominar como los antecedentes cercanos del TDAH, por lo que éste no es una moda ni una construcción social, sino que tiene ya una larga data. Es frecuente encontrar desarrollos sintéticos sobre este argumento en libros generales sobre el TDAH, en artículos de divulgación o tesis. Sirva como una minúscula muestra las siguientes referencias: FARAONE, “The World Federation of ADHD”, pp. 789-818; KOS y RICHDALÉ, “The history of attention”, pp. 22-24. FERNANDES, PIÑÓN BLANCO y VÁZQUEZ JUSTO, “Concepto, evolución y etiología”, pp. 21-29; GUERRERO, “Evolución histórica y mitos”, pp. 38-46; EFRON, “Attention-deficit/hyperactivity disorder”, pp. 69-73; LEAHY, “Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder”, pp.10-16; ALBRECHT, “ADHD history of the concept”, pp. 10-22; ROMERO, “ADHD: The history of a diagnosis”.

Además de los textos citados, introduciré los aportes de otros afines a esta postura, e incorporaré algunos elementos críticos con el fin de problematizar lo planteado por esta “historia oficial”.

Alexander Crichton (1763-1856) y las alteraciones de la atención

El médico escocés Alexander Crichton se interesó, a partir de su práctica clínica en París, Stuttgart y Viena, en la enfermedad mental. En 1798 publica en tres tomos *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects*. El autor incluye observaciones clínicas de enfermedades mentales que, como el título señala, se realizan desde una perspectiva médica y fisiológica. En el segundo tomo presenta un estudio titulado “Sobre la atención y sus patologías”, en el que da cuenta de dos formas de inatención anormal. La primera, que se refiere a la incapacidad de atender de manera consistente a cualquier objeto, es ocasionada por una sensibilidad antinatural o mórbida de los nervios, y puede una persona nacer con ella (teniendo efectos a temprana edad y generando dificultades para atender en el ámbito educativo, aunque no impedía totalmente la instrucción, además de que disminuía con la edad), o ser efecto de enfermedades accidentales. La segunda es una suspensión total de los efectos de la atención en el cerebro.⁵⁸

Lange *et al.*, Martínez Badía y Martínez Raga realizan un comparativo entre lo señalado por Crichton respecto a la atención y la descripción del TDAH que aparece en el *DSM IV-TR* y *DSM-5*.⁵⁹ Las similitudes que establecen son las siguientes.

⁵⁸ LANGE *et al.*, “The history of attention deficit”, p. 242.

⁵⁹ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. La versión más actualizada de este Manual es el DSM-5-TR, de 2024. Utilizamos en este trabajo la versión anterior: DSM-5 (2014). No hay cambios significativos entre las dos.

Descripción de Crichton	Descripción del TDAH en el DSM IV-TR y 5
Incapacidad para atender en grado suficiente y de manera consistente a algún objeto	Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas
La atención se retira incesantemente de una impresión a otra	Se distrae fácilmente con estímulos extraños.
Cuando una persona nace con el desorden, llega a tener manifestaciones evidentes desde periodos tempranos de su vida	Los síntomas se presentan antes de los siete años
Incapacidad para atender de manera constante cualquier objeto en el aula. Los síntomas interfieren en el aprendizaje, por lo que sugería una intervención educativa específica.	Dificultades escolares.
Las dificultades de atención disminuyen con la edad	Según algunos estudios, el TDAH tiene menores afectaciones durante la pubertad. Aunque, investigaciones recientes demuestran que 50% de los niños con el trastorno conservan los síntomas en la edad adulta.
Los problemas de atención estaban asociados a otros trastornos físicos y mentales.	Alta comorbilidad.

Tabla 1. Comparativo entre la descripción de las patologías de la atención descritas por Crichton y las características del TDAH en el DSM-IV-TR y DSM 5

Es importante señalar que Crichton hace referencia de manera específica a una distracción asociada a la locura (*insanity*), en la que cualquier estímulo, como el ruido (ej. un ladrido de perro) y la luz, pueden producir dificultades en la atención, siendo ésta descrita en términos de una afectación del estado de los nervios. Lange *et al.* sostienen que si bien no es idéntica la formulación que hace Crichton con el reciente concepto de TDAH, y que aun cuando no conocemos los desórdenes de sus pacientes que asocia a las alteraciones de la atención, su trabajo es una evidencia de la existencia del trastorno desde finales del siglo XVIII.⁶⁰

Lo anterior precisa de un detallado análisis. Los trabajos de Crichton son muestra de una preocupación por los estudios fisiológicos de la atención y del análisis clínico de sus alteraciones patológicas, que pueden estar presentes como síntomas de diferentes trastornos mentales.

⁶⁰ LANGE *et al.*, “The history of attention deficit”, p. 242. Martínez Badía y Martínez Raga son aún más enfáticos al establecer las similitudes entre Crichton y las actuales designaciones del TDAH, sugieren que se hace referencia en ambas descripciones a los mismos síntomas.

Argumento también sostenido por Eric Taylor, quien precisa que las descripciones clínicas de Crichton presentaban niños incontrolables, con fallas en la atención, crueles, violentos y destructivos, que en algunos casos amenazaban con suicidarse, con falta de regulación y control de sus impulsos, lo cual era motivo de preocupación para sus padres y maestros. Su comportamiento era atribuido a la locura, por lo que muchos casos fueron estudiados en instituciones psiquiátricas.⁶¹ Resalta también que lo que Crichton describió como una “enfermedad de la atención” podía tener una variada etología: enfermedades metabólicas o endocrinas, lesiones cerebrales o trastornos neurológicos como la epilepsia.⁶²

Conviene señalar que las menciones a Crichton suelen ir acompañadas de otras referencias a la literatura psiquiátrica de finales del siglo XVIII y el XIX, sobre todo para hacer notar la presentación de casos y la preocupación en los trabajos de diversos psiquiatras de origen alemán, escocés, francés, etc., por trastornos de la atención y la impulsividad en la infancia. Al respecto suele nombrarse a Adam Weikard (1773-1775), John Haslam (1809), Benjamin Rush (1812), Charles West, Heinrich Neumann (1859), Henry Maudsley (1867) William Ireland (1877), Désiré-Magloire Bourneville (1885), Thomas Clouston (1899), entre otros. Destaca un interés en las “historias científicas del TDAH”, el intento de homologar los síntomas descritos en otros momentos con la conceptualización reciente del trastorno. En todo caso, lo que podría decirse es que hay un conjunto de nosologías psiquiátricas en las que las patologías de la atención y la impulsividad ya aparecen –no solo en la literatura educativa sino también en la médica– pero no de manera uniforme, del mismo modo que sus causas, que eran explicadas de variadas maneras, tales como: “enfermedades de la mente”, “organización defectuosa de las facultades morales de la mente”, “centros nerviosos desordenados”, “sistema nervioso inestable”, “actividad cerebral

⁶¹ TAYLOR, “Antecedents of ADHD”, p.70.

⁶² MARTINEZ BADÍA y MARTINEZ RAGA, “Who says this is a modern disorder?”, pp. 379-386.

excesiva”, “sobreactividad de las células nerviosas”, “desregulación o sobreestimación de las fibras cerebrales”, “sensibilidad desregulada de los nervios”, “reactividad cerebral excesiva a estímulos mentales y emocionales”. Lo problemático en estas historias es la tendencia a describir las tesis de los autores que citan, homologándolas al vocabulario psiquiátrico actual. Como si un niño diagnosticado con TDAH tuviera características cercanas (si no es que idénticas), a uno que hacia finales del siglo XVIII y hasta principios del XX se le reconocía como “neurótico”, “nervioso”, “inestable mental”, “incansablemente activo”, “escolar anormal”, o con “hipermetamorfosis”, voluntad explosiva”, “hiperexcitabilidad” o “hipersensibilidad”.⁶³

Así, se intenta hacer ver que “falta de atención”, “falta de disciplina” o “desobediencia” han tenido una significación unívoca a lo largo del tiempo e independientemente del contexto, como si esos vocablos tuvieran un sustrato inalterable y los psiquiatras de los últimos doscientos años hablaran la misma lengua. La preocupación por la desatención y por la incontrolabilidad en los niños, sin duda no es nueva, pero estas conductas se manifiestan en diversos contextos en donde pueden tener grados y significados diferentes, además de que las causas no tienen necesariamente el mismo origen.

Heinrich Hoffmann y el inquieto Phil

Otro de los autores frecuentemente citados en la historia del TDAH es el alemán Heinrich Hoffmann; médico obstetra que trabajó desde 1851 y hasta su muerte en un hospital psiquiátrico (“*lunatic asylum*”) fundado por él en Frankfurt. Este autor consideraba que los trastornos mentales eran una cuestión médica. En 1844 publica –como regalo de navidad a su hijo de tres años– un

⁶³ MARTINEZ BADÍA y MARTINEZ RAGA, “Who says this is a modern disorder?”, pp. 379-386; FOLEY, “Sons and daughters beyond your control”, pp. 125-151.

conjunto de historias infantiles ilustradas, tituladas *Der Struwwelpeter*. Un año después aparece una segunda edición que incluye el relato “Fidgerty Phil”, en el que se narra en verso un conflicto familiar durante la cena, ocasionado por la conducta inquieta del hijo Phil, quien termina cayendo sobre la mesa, al tiempo que tira la comida y ocasiona un desastre.

La historia es recuperada en un cúmulo de textos que aseguran existe una asombrosa similitud entre los síntomas del TDAH y lo descrito por Hoffman, que posiblemente basó sus relatos en su “experiencia psiquiátrica con niños”. “Fidgerty Phil” hace ver, —sostienen— que el TDAH no es resultado de las condiciones de la sociedad moderna, y que esta narración es un documento que puede ser usado en la historia de la medicina para mostrar una temprana descripción de los síntomas del trastorno.⁶⁴ Para Millichap, Hoffman representa en “Fidgerty Phil”, la típica conducta de un niño con TDAH, viviendo en una época en la que existía mayor permisividad en la disciplina en relación con el presente.⁶⁵

La historia de Hoffman no ha sido el único intento por encontrar comportamientos cercanos al TDAH en la “literatura infantil”, pero sin duda es el más citado. Jessica Katz y Christopher Clardy, de manera muy seria —aunque no lo parezca— han señalado que en la novela “Ana de las tejas verdes”, escrita en 1908 por Lucy Maude Montgomery, la protagonista Anne Shirley, muestra conductas hiperactivas e inatentas conforme a la definición actual de TDAH. De esta interpretación un tanto sesgada infieren que el trastorno ya estaba presente desde principios del siglo XX. Y van más allá, indican que la autora comparte características con la protagonista, de lo que concluyen que ésta podría haber tenido TDAH y sugieren que acercarse a los clásicos de la literatura puede

⁶⁴ DOBSON, “Could Fidgerty Philipp be proof that ADHD”, p. 643; THOME y JACOBS, “Attention deficit hyperactivity disorder”, pp. 303-306. Una temprana mención a las similitudes entre la descripción de Hoffmann y el conjunto de síntomas que caracteriza el “síndrome del niño hiperactivo” la encontramos en: STEWART, “Hyperactive children”, p. 94.

⁶⁵ MILLICHAP, “Definition and History of ADHD”, p. 1.

dar luz sobre los procesos de pensamiento de una persona con este trastorno y otras enfermedades, toda vez que sean mirados a través de la lente médica.⁶⁶

Volviendo al autor objeto de análisis en este apartado, y como muestra de la relevancia que se le ha concedido, podemos señalar que en una breve nota dirigida en 1988 al editor del *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Burd y Kerbeshian dejan evidencia de que, tras un simposio sobre TDAH, se discutió acerca del epónimo que a éste debiera darse. Algunos participantes sugirieron *Hoffmann Syndrome*, señalando que en el poema “Fidgerty Phil” ya se describe a un niño con dificultades de atención, impulsividad e hiperactividad motora. Otra propuesta fue *Locke-Hoffmann Syndrome*, que considera además de los aportes del médico y poeta alemán, al filósofo John Locke, quien afirmaba, en 1972, la necesidad de encontrar un remedio adecuado y eficaz para el desvío del pensamiento que implican los problemas de falta de atención.⁶⁷

Lange *et al.* explican, a partir de una serie de encadenamientos basados en ciertas similitudes, que Hoffman realiza una descripción cercana al TDAH. Por ejemplo, el padre advierte al principio del relato sobre una posible conducta de Phil (o Felipín en la traducción española): “- ¡Vamos a ver si hoy, por fin, se está quieto Felipín!-.” Al anticipar el padre una conducta indeseada, tenemos una muestra de que no estamos frente a un evento ocasional, tal como lo hace ver el DSM IV-TR, cuando establece que, para ser considerados como tal, los síntomas del TDAH deben ser persistentes al menos los últimos seis meses. Agregan también, que al mencionar Hoffman en la historia: “Felipín no escucha lo que su padre le dice”, podemos pensar en una descripción de síntomas (“a menudo no escucha cuando se le habla directamente” y “a menudo no sigue

⁶⁶ EDISON y CLARDY, “Lucy Maude Montgomery”, pp. e270-e272.

⁶⁷ BURD, y KERBESHIAN, “Historical roots of ADHD”, p. 262. Al respecto véase también: BUDRYS, “Neurological eponyms derived from literature and visual art”, pp. 171-178.

instrucciones”) ligados a la inatención. Al no seguir las indicaciones de su padre acerca de quedarse quieto en la mesa durante la cena, Phil se ríe, se retuerce y se balancea en la silla, conductas que pueden ser pensadas para Lange *et al.*, como síntomas de hiperactividad motriz, descrita en el DSM IV-TR como: “a menudo mueve manos y pies o se retuerce en el asiento”. Al finalizar el relato, los padres desesperan al haberse quedado sin cenar. Y aquí encuentran otra muestra de un síntoma del TDAH, que señala que éste causa un deterioro en el funcionamiento social del niño.⁶⁸

En la misma línea, para algunos autores, “Johnny in the air”, otro cuento de Hoffman incluido en el mismo libro, también nos da una descripción de síntomas ligados al TDAH. En el relato Johnny siempre mira el cielo y las nubes como si flotara, su distracción lo lleva a chocar con un perro y finalmente a caer en un río. Como puede advertirse, este comportamiento fue fácilmente relacionado con el criterio del DSM IV-TR: “a menudo se distrae con cualquier estímulo”.⁶⁹

Ahora bien, Lange *et al.* matizan sus aseveraciones, en tanto el libro de Hoffman se publica en una época en la que eran comunes los cuentos educativos de advertencia (*cautionary tales*), historias en las que se muestran niños con mala conducta que sufren la consecuencia de sus actos, sin embargo, estos textos se dirigen a un amplio público y no describen una enfermedad o condición patológica. Para ese momento, los síntomas de hiperactividad y de falta de atención no se habían definido como trastornos psiquiátricos, por lo que Hoffmann estaría presentando observaciones de comportamientos “disruptivos”, y no de desórdenes médicos. Estos autores

⁶⁸ LANGE *et al.*, “The history of attention deficit”, p. 242. Thome y Jacobs realizan comparaciones similares, estableciendo similitudes entre los síntomas de la hiperactividad según los describe la CIE 10, con “Fidgety Phil”. Véase: THOME y JACOBS, “Attention deficit hyperactivity disorder”, p. 305.

⁶⁹ LANGE, et al., “The history of attention deficit”, p. 243; MARTINEZ BADÍA y MARTINEZ RAGA, “Who says this is a modern disorder?”, p. 381. Thome y Jacobs consideran que en otros relatos de Hoffman se pueden identificar síntomas de inatención, por ejemplo en “The story of Johnny Look-in-the-Air”, o patologías como violencia y conducta antisocial en “The story of Cruel Frederick”, piromanía y desórdenes alimenticios en “The dreadful story of Pauline and the Matches” y “The story of Augustus who would not any soup”, respectivamente. THOME y JACOBS, “Attention deficit hyperactivity disorder”, pp. 303–306.

sostienen que el relato de Hoffman es muy corto y lo que describe no es suficiente para asemejarlo a los criterios diagnósticos del TDAH, por lo que no se puede decir si es o no la descripción de un caso, pero para ellos, “Fidgerty Phil” representaría una alegoría del TDAH.⁷⁰

Eric Taylor tacha de “historiadores incautos” a quienes han hecho de las historias de *Struwwelpeter* un caso psiquiátrico. Apunta que Hoffman escribió el texto en 1845, antes de hacerse cargo de un manicomio y sin experiencia previa en niños con psicopatologías. Taylor recupera algunos aspectos biográficos de Hoffman para señalar que éste encontraba los libros infantiles demasiado ingenuos, falsos y racionales. Como resultado, no escribía para niños completamente idealizados e inocentes, sino para niños reales que podían disfrutar de una historia de miedo. El relato del pequeño Phil no se trata —dice— de la descripción de una enfermedad, Hoffmann no busca patologizar, presenta en cambio la imagen de un niño como “agente activo”, que vive su propia vida y la complejidad que ésta encierra; las descripciones que hace de los niños van más allá de los estereotipos de ángeles o salvajes. Son relatos que propician en los niños el gusto por lo macabro; las imágenes de las familias que presenta Hoffman, contrastan con las representaciones de las típicas familias del siglo XIX.⁷¹ En concordancia con lo anterior, Thome y Jacobs resaltan la ruptura de Hoffmann con la imagen de la “inocencia infantil”, y sostienen que construye una psicología infantil moderna que sienta un precedente a los trabajos de Sigmund Freud, en las que los conflictos sexuales y los complejos infantiles buscan ser comprendidos.⁷²

⁷⁰ LANGE *et al.*, “The history of attention deficit”, p. 242.

⁷¹ TAYLOR, “Antecedents of ADHD”, p.70-71. Entre quienes sostienen que en Hoffman, con su historia sobre “Fidgerty Phil” aparecen ya menciones similares al TDAH desde mediados del siglo XIX, podemos citar: ANASTOPOULOS, BARKLEY y SHELTON, “The history and diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder”, p. 96.

⁷² JOHANNES y JACOBS, “Attention deficit hyperactivity disorder”, p. 305. Al menos en un texto de Freud aparece mencionado Hoffmann, refiriendo *Struwwelpeter* como una “obra cuyo encanto está en la profunda comprensión de los complejos de la infancia, tanto sexuales como de otro género”; y viendo en una historia del médico, en el que se amenaza con la amputación del dedo a un niño, con el fin de erradicar la costumbre del chupeteo, un reemplazo de la castración. FREUD, “Lecciones introductorias al psicoanálisis”, p. 2353.

Resulta pertinente recordar que para la época en la que el relato de Hoffmann ve la luz, la figura del hijo comienza a posicionarse en el centro de la dinámica familiar, resultando de ello una literatura cada vez más prolija sobre la infancia. Una serie de discursos médicos, jurídicos, pedagógicos y filantrópicos elaboran sendas teorías sobre la educación, la salud y el disciplinamiento de los niños, poniendo especial atención en delimitar las funciones y expectativas hacia éstos dentro de la familia y –en un campo social más amplio– el Estado. De esta manera, en el siglo XIX, los hijos viven –en palabras Michelle Perrot– en una especie de “totalitarismo familiar” que pone sobre sus hombros el futuro de la familia.⁷³ Aunado a este proceso, se comienza a tematizar respecto a la necesidad de los cuidados del hijo, pues se le atribuye el porvenir de la nación. Será en adelante el “productor, reproductor, ciudadano y soldado del día de mañana”.⁷⁴ Para que ese proyecto se lograra, era necesario educar y formar al niño en el control de sí, la atención y la obediencia, y es en este marco donde textos como el de Hoffmann comienzan a proliferar. Toda una literatura de corte pedagógico se desarrolla en torno a las conductas deseables en la infancia y, por el contrario, comienzan también a circular textos que pretenden —de manera preventiva— mostrar las terribles consecuencias de las conductas que salen de la norma.

Como se ha apuntado, incluso autores que podemos ubicar dentro de la llamada “historia oficial” del TDAH, han criticado que se incluya en ella los cuentos de Hoffmann, sobre todo por considerar su descontextualización. En esta línea, Navarro González y García Villamizar apuntan que “probablemente la descripción de estos comportamientos no pretendía más que ejemplificar a los niños cómo no debían comportarse”.⁷⁵ Como observa Carlos Rey, el propio Hoffmann contó que:

⁷³ PERROT, “Figuras y funciones”, p. 164.

⁷⁴ PERROT, “Figuras y funciones”, pp. 151-152.

⁷⁵ NAVARRO GONZÁLEZ y GARCÍA VILLAMISAR, “El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva”, pp. 23-36.

la pedagogía de estas historietas ilustradas se basa en la premisa de que a los niños todo les entra por los ojos antes que por las orejas. Sostenía el Dr. Hoffmann que *gato escaldado, del agua fría huye*. De la misma manera, los niños pueden volverse prudentes al observar las malas experiencias de los protagonistas de sus viñetas. La pedagogía es clara y sencilla: los niños tienen que conocer las consecuencias negativas de la desobediencia. *Si juegas con fuego te puedes quemar, si maltratas a los animales te pueden morder, si no te comes la sopa puedes enfermar hasta morir, si no te estás quieto te puedes caer*, etc. Al fin y al cabo no hacía mucho que la infancia compartía mesa con los adultos.⁷⁶

Todo un conjunto de autores argumenta también que “Der Struwwelpeter” es una literatura de talante aleccionador y didactista, pues enseña las costumbres y las conductas que deben seguirse según lo demanda la época. Marcela Carranza ha hecho notar que:

todos los poemas de *Der Struwwelpeter* poseen la misma estructura narrativa: se presenta al personaje con un rasgo de comportamiento contrario a la norma social: no comer la sopa, chuparse los pulgares, jugar con fósforos, pegarle a los animales, reírse de un niño negro. [...] Luego un hecho provoca el desenlace, y es en este punto donde el libro toma distancia de las convenciones propias de los relatos instructivos, dado que cada historia finaliza sin ningún tipo de moraleja explícita para el lector. En lugar de la moraleja en voz del narrador el desenlace posee características hiperbólicas de un humor negro sorprendente. Las consecuencias que se derivan por la transgresión de la norma son terribles y exageradas.⁷⁷

En la misma línea, “Der Struwwelpeter”, apunta Gemma Lluch, forma parte del género de la psicoliteratura y de esos libros que inauguran la literatura infantil, que tenían un finalidad didáctica y educativa, encaminada sobre todo a la transmisión de valores y hábitos de comportamiento, “de una visión del mundo que los adultos creen adecuada”, “una moralización sentenciosa, directa, seria y coercitiva [...] En la tradición de la ‘literatura instructiva’ o de los *cautionary tales* [...], historias o poemas que advierten sobre los peligros de actuaciones

⁷⁶ REY, “Pedro Melenas, el terror de las neuronas”, pp. 878-879.

⁷⁷ CARRANZA, “Tres clásicos entre la obediencia y la desobediencia”.

incorrectas o insensatas, que aparecen a finales del siglo XVIII”.⁷⁸

Ahora bien, si como se ha apuntado, hay interés en el estudio de la atención y en sus dificultades desde la filosofía (tal es el caso de Locke), entonces, ¿por qué no son recuperados esos planteamientos en las historias oficiales del TDAH? ¿por qué más allá de ser solamente admoniciones para niños desobedientes, se les suele ver como un crisol de síntomas cercanos a lo que hoy podría diagnosticarse como TDAH? ¿por qué se incluye como parte de la “historia oficial” una narración infantil, pero no todo un conjunto de novelas del XIX (Dickens, Balzac, Charlotte Bronte, etc.) en las que aparecen, en todo caso, niños con características más cercanas al TDAH que las descritas por Hoffman? La respuesta parece clara: la voz de un médico es aceptable, pero no la opinión de un filósofo o el relato de un escritor o escritora. Coincidimos con Carlos Rey, el vínculo entre Hoffmann y el TDAH es endeble, “este antecedente histórico, como todo acto fundacional, es un puro relato: un mito”, una forma de legitimidad histórica, pero claramente una construcción forzada de una evidencia científica.⁷⁹

Sir George Frederic Still. ¿El punto de partida científico de la historia del TDAH?

Si Hoffmann con sus poemas representa para algunos el acto fundacional del TDAH, otros buscan el origen de la historia del trastorno en pasajes más recientes. Para diversos autores, el inicio del punto de vista científico sobre el TDAH se encuentra en las conferencias dictadas en 1902 por el pediatra británico Sir George Frederic Still, tituladas: *The Goulstonian lectures on some abnormal pschical conditions in children*.⁸⁰ En ellas, el llamado padre de la pediatría analiza las condiciones

⁷⁸ LLUCH, "La literatura que educa en valores", pp. 135-136.

⁷⁹ REY, "Pedro Melenas, el terror de las neuronas", p. 879.

⁸⁰ Entre quienes sostienen que los planteamientos de Still, de 1902, sería la primera descripción moderna del trastorno podemos contar a: MARTINEZ BADÍA y MARTINEZ RAGA, ¿“Who says this is a modern

psíquicas de casos originados por un Defecto del Control Moral (DCMo), que pueden clasificarse en dos grandes grupos: los asociados a una enfermedad física, por ejemplo, un tumor cerebral, meningitis, epilepsia, traumatismo craneal, retraso mental, etc., y otros casos en los que se manifiesta el DCMo sin deterioro general físico o intelectual. Still estudió veinte casos que pertenecen a este último grupo, 15 niños y 5 niñas, señalando que la manifestación patológica (*morbid*) del déficit puede considerarse cuando el niño no cumple la conducta moral establecida como normal.⁸¹ Still describe en algunos casos conductas asociadas a la frustración, hostilidad y agresión, con ciertos arrebatos de ira, expresiones desbordadas que muestran incapacidad para el control de las emociones, una excitabilidad excesiva, una incapacidad para mantener de forma sostenida la atención, en casos —y esto es lo importante para el autor— donde no hay deterioro del intelecto.

Russell Barkley, uno de los autores más citados en textos e investigaciones sobre el TDAH desde el modelo neuropsiquiátrico, señala que la pérdida del control de la actividad volitiva conforme a la idea del bien de todos, o en otras palabras, la incapacidad de los niños que presentaban DCMo para comprender la secuencia de las propias acciones, es una de las principales aportaciones de Still. El pediatra británico reconocía la importancia de la conciencia moral (una comparación cognitiva o consciente de la actividad volitiva del individuo con la del bien de todos) y que el intelecto tenía un papel importante, pero aún más relevante resultaba la consideración de las consecuencias del comportamiento a largo plazo, pues implicaba prever las repercusiones del actuar. Por lo tanto, una persona que no sufría ningún retraso intelectual, y que sin embargo manifestaba un control moral defectuoso, no presentaba una inhibición de la voluntad. Y es éste

disorder?”, pp. 379-386; LANGE, et al., “The history of attention deficit”, pp. 241-255; BARKLEY, “The relevance of the Still lectures”, pp. 137-140; STUBBE, “Attention-deficit/hyperactivity disorder overview”, p. 470.

⁸¹ STILL, “The Goulstonian lectures”, pp. 1163-1168.

precisamente, uno de los aspectos que vincula a Still con las actuales teorías del TDAH, cuando señalan que el trastorno se asocia a un déficit del funcionamiento ejecutivo, es decir, un déficit en las capacidades cognitivas que posibilitan la autorregulación, la inhibición conductual.⁸²

Barkley y Lange *et al.* ven en los casos presentados por Still descripciones similares a la impulsividad en el TDAH (baja tolerancia a la frustración y arrebatos de ira), un grado desadaptativo en el nivel de desarrollo. Para Barkley, la pasión o emocionalidad exacerbada (*passion or a heightened emotionality*), describe una respuesta de ira, agresividad e irritabilidad, que ahora puede entenderse como una baja tolerancia a la frustración, relacionada en niños diagnosticados con TDAH a bajo nivel de control inhibitorio, a una pobre regulación afectiva y a dificultades en las interacciones sociales.⁸³

Lange *et al.* señalan una coincidencia en la proporción de los casos estudiados por Still, pues corresponde con la prevalencia por género que existe en el TDAH (3:1 del sexo masculino respecto al femenino), lo que les hace pensar en un cierto parangón entre el DCMo y el TDAH. Otro vínculo que ven los autores es que, como se establece para el TDAH, los síntomas aparecen antes de los 7 años, Still encuentra lo mismo en 7 de 9 casos estudiados. Por otro lado, en los casos de DCMo sin alteraciones físicas, Still notó que algunos niños habían tenido trastornos cerebrales graves en la primera infancia; para Lange *et al.*, esta diferenciación se vincula con los conceptos que serán el preámbulo del TDAH: el daño cerebral mínimo, la disfunción cerebral mínima y la hiperactividad.⁸⁴

Argumenta Barkley que si bien la mayor parte de los niños estudiados por Still mostraban

⁸² BARKLEY, “The relevance of the Still lectures”, p. 138; FOLEY, “Sons and daughters beyond your control”, p. 130.

⁸³ BARKLEY, “The relevance of the Still lectures”, p. 137.

⁸⁴ BARKLEY, “The relevance of the Still lectures”, p. 138; LANGE, *et al.*, “The history of attention deficit”, pp. 241-255

problemas para mantener de manera sostenida la atención y dificultades en la autorregulación, (los que asocia con las descripciones actuales del TDAH), también presentaban otras conductas ligadas a la agresividad, a la crueldad, resistencia a la disciplina, etc., comportamientos que hoy en día se asocian con el Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) o el Trastorno de Conducta (TC). A partir de estudios propios y de otros autores, señala Barkley que en la actualidad entre un 40% y un 85% de casos atendidos de TDAH, manifiestan comorbilidad con el TOD y entre 25% y 55% con el TC, evidencia de que ya Still describía algo cercano al TDAH. Considerando datos arrojados por estudios recientes, otros aspectos que para Barkley acercan lo apuntado en las Conferencias de Still al TDAH son: la propensión a lesiones ocasionadas por accidentes, una mayor amenaza para otros niños debido a comportamientos agresivos o violentos, además de observarse casos de alcoholismo, delincuencia, trastornos afectivos como la depresión o el suicidio en parientes biológicos.⁸⁵

Entre los casos que presenta Still encontramos niños que disfrutaban de atormentar a otros menores, que ríen de su dolor, que se muestran agresivos e insensibles a los castigos, que amenazan con dañar a sus madres y desprecian cualquier tipo de autoridad, incapaces de mostrar afecto, que roban, son crueles con los animales. Estas “conductas extremas” o estos “comportamientos desviados” eran asociados al Defecto del Control Moral, padecimiento crónico, sostenía Still, en la mayoría de los casos. Para Lange *et al.*, hay aquí síntomas ligados al TDAH, aunque no lo describirían de manera consistente como diagnóstico clínico; el aporte de Still, sin embargo, sería diverso, distingue sus descripciones del retraso mental y de síntomas causados por enfermedades físicas en un momento histórico en que la psicopatología infantil busca desde las discusiones médicas romper las tesis sobre la moral, trazando una conexión entre un daño cerebral y un

⁸⁵ BARKLEY, “The relevance of the Still lectures”, p. 137.

comportamiento infantil desviado. Otro aporte, apuntan, tiene que ver con la atribución de la crianza como una causa que puede explicar la falta de control moral.⁸⁶

Respecto al último punto, Barkley es más enfático, pues señala que aunque Still mostró casos de niños con una vida familiar caótica, otros provenían de una crianza que podía considerarse adecuada; aclaró además que para Still, cuando estaba implicada la mala crianza, no se debía utilizar para ellos la categoría de DCMo, pues ésta debía aplicarse exclusivamente a los casos donde había un fallo mórbido (orgánico) en el control moral. Este aspecto es muy importante para Barkley, para rescatar a Still del olvido y colocarlo como un precursor que se adelanta 90 años en disociar el TDAH de la crianza como causa, al proponer una predisposición biológica que explica las conductas asociadas a la DCMo, que probablemente era hereditaria en algunos niños y resultado de lesiones pre o postnatales en otros. Continúa Barkley, Still planteó la hipótesis de que el déficit en la volición inhibitoria, el control moral y la atención sostenida estaban relacionados entre sí y eran producto de la misma deficiencia neurológica subyacente. Así, resalta en los trabajos sobre el DCMo no solo el comienzo histórico del TDAH, sino del estudio de la psicopatología infantil en general. Resalta que más allá de la prosa victoriana rebuscada que distingue los artículos clínicos y científicos de la época, mucho de lo planteado sigue teniendo vigencia, y mucho de lo que la ciencia moderna ha encontrado sobre el TDAH, ha sido la reafirmación de lo que hace más de un siglo ya había sostenido —de manera rigurosa con sus observaciones— el “profético Dr. Still”.⁸⁷

Eric Taylor es escéptico sobre el capítulo que usualmente ocupa el DCMo en la historia del TDAH. Señala que Still no da una preeminencia a la impulsividad, la hiperactividad o la inatención; sin embargo, su importancia radica en atribuir al problema de conducta una condición

⁸⁶ LANGE *et al.*, “The history of attention deficit hyperactivity disorder”, pp. 241-255.

⁸⁷ BARKLEY, “The relevance of the Still lectures”, pp. 137-139.

médica y no una “abstrusa especulación psicológica”.⁸⁸ Apunta que el trabajo de Still se encuentra ligado a los de Galton, Tregold y al darwinismo social, así como al movimiento eugenésico. La explicación del pobre control moral y la escasa volición inhibitoria, cuyos orígenes se explican desde causas biológicas, acorde a las ideas genéticas de la época, se acerca a la sintomatología del TDAH, pero —afirma— los trabajos de Still prácticamente no tuvieron ninguna influencia hasta los años 70 y 80 en que, en un intento por legitimar la perspectiva de finales del siglo XX sobre la hiperactividad, son retomados.⁸⁹

Sostiene Luciana Caliman que entre los grados de morbilidad asociados al defecto del control moral que señala Still, y que comprenden furia emocional, crueldad y malicia, envidia, ausencia de ley, deshonestidad, promiscuidad y destructividad, inmoralidad sexual y adicción, la hiperactividad e inatención no son síntomas tan importantes como los mencionados. De los veinte niños analizados por Still, algunos tenían incapacidad para mantener la atención, pero no era considerado lo anterior un factor esencial en su estudio, lo que suelen olvidar las historias oficiales.⁹⁰

Concuerdo con lo planteado por Taylor y Caliman; apuntaría además que los desarrollos de Still sobre el DCMo no son siquiera reconocidos como aportes relevantes del autor al estudio de las enfermedades infantiles.⁹¹ Si bien algunos escritos sobre su legado, por ejemplo el de Sanghera en 2016, reafirman que el “padre de la pediatría” describe en las conferencias Goulstonianas una condición que observó en varios menores, caracterizada por la dificultad para

⁸⁸ TAYLOR, “Antecedents of ADHD”, p. 71.

⁸⁹ TAYLOR, “Antecedents of ADHD”, p. 71. Para el autor, hubo más influencia de Still en los trabajos sobre el desarrollo infantil de Gesell y Piaget y en los trabajos sobre los orígenes de las perturbaciones emocionales de Bowlby y Winnicott.

⁹⁰ CALIMAN, “Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade”, p. 46-61.

⁹¹ Es de llamar la atención que Ellis, Dunn o Bywaters, por citar solo algunos, ni siquiera mencionan las conferencias Goulstonianas al documentar el legado de Still. ELLIS, “Sir Frederic Still”, p. 175; DUNN, “Sir Frederic Still (1868-1941)”, pp. F308-310; BYWATERS, “George Frederic Still (1868-1941)”, pp. 125-131.

mantener la atención, pese a que mostraban una inteligencia igual a la de cualquier otro niño, y que dicho comportamiento claramente describe el TDAH, considero que tal afirmación puede ser entendida como el intento por enaltecer la figura de Still al enfatizar el carácter de “pionero” en diversas descripciones de enfermedades.

Caliman apunta que los planteamientos de Still se inscriben en los debates ingleses sobre “la infancia peligrosa y el defecto moral”, y representan una preocupación por la infancia desde el campo médico y la búsqueda por encontrar causas científicas, principalmente neurológicas, que sirvieran para explicar y prevenir las “patologías de la moral”.⁹² No podemos dejar de notar que las citadas Conferencias hacen una distinción que está presente en buena parte de las descripciones que hacia finales del siglo XIX y el primer tercio del siglo XX se hicieron en torno a la entonces denominada “infancia anormal”.⁹³ El DCMo sin alteraciones físicas o mentales puede reconocerse en otras clasificaciones que evidencian una sustitución del paradigma de la deficiencia mental, explicado en buena medida por la importancia que comienza a tener para el campo médico el espacio educativo y familiar, a los que voltea la vista a partir de las demandas que acarrea la obligatoriedad de la escuela básica en el escenario mundial, y a una miriada de exigencias, entre ellas, entender las causas del bajo rendimiento académico, del abandono y la inadaptabilidad a la escuela, de la necesidad de modificación de los métodos educativos para los llamados “degenerados”, así como el conocimiento de las características psicológicas de los “atrasados

⁹² Lejos de pensar el DCMo como un planteamiento perimido, Caliman señala que no se ha ido del todo, y que al atribuirse como causa del fracaso adaptativo del TDAH dificultades en el funcionamiento cerebral y a desajustes neuroquímicos, se sigue manteniendo un vínculo estrecho entre biología y moral. CALIMAN, “Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade”, pp. 46-61.

⁹³ Puede contrastarse el DCMo sin deterioro general físico o intelectual de Still con la clasificación de Gonzalo Rodríguez Lafora (España), Alfred Binet y Theodor Simon (Francia), Sante de Sanctis (Italia), o para el caso de México, con la de José de Jesús González, por solo mencionar algunas. LAFORA, Los niños mentalmente anormales; BINET y SIMON, *Niños anormales*; GONZÁLEZ, *Los niños anormales psíquicos*.

escolares” o “débiles de espíritu”, entre otras designaciones acuñadas para este grupo de niños.⁹⁴

Del “Niño con Lesión Cerebral” a la “Disfunción Cerebral Mínima”

Investigaciones de las décadas de 1930 y 1940 sostenían la conexión entre un daño cerebral y los trastornos de conducta. La idea no era nueva, como hemos visto ya Frederic Still en 1902 así lo suponía. Podemos citar, como ejemplos de esta perspectiva y como antecedentes de lo que en este apartado abordaremos, tres textos que suelen aparecer en las historias del TDAH, los referidos a la encefalitis letárgica, las investigaciones de Kramer y Pollnow (1932) y de Kahn y Cohn (1943).

Una epidemia de encefalitis letárgica, que se describió por primera vez en Viena en soldados sobrevivientes de la guerra y que se extendió por el mundo entre 1917 y 1928, afectó a

⁹⁴ Para el caso mexicano, Josefina Granja Castro ha indagado el periodo que va de 1870 a 1930, investigando el cruce de saberes médicos y pedagógicos en el concepto de retraso mental y cómo éste va adquiriendo variadas significaciones a lo largo de los años. La autora analiza las categorías de los llamados niños atrasados y niños anormales para mostrar cómo desde ellas los médicos pensaban a los escolares, su medición y cuantificación construyendo una distinción entre el niño normal y el anormal. GRANJA CASTRO, “Contar y clasificar a la infancia”. Otro estudio de la misma autora extiende el análisis de los significados que adquirieron —en el contexto de la industrialización del país y el impulso al desarrollo de las ciudades— las conceptualizaciones de deserción, repetición y reprobación en el Plan Nacional para el Mejoramiento, y Expansión de la Enseñanza Primaria de 1959 (Plan de Once Años). GRANJA CASTRO, “El lenguaje escolar de la desigualdad”.

Por su parte, Ana María Carrillo ha estudiado el surgimiento de la higiene escolar en México a partir del Congreso Higiénico Pedagógico de 1882, en donde ésta es planteada como una “evolución civilizadora”, una contribución para influir en el futuro de la raza, en la “patria del mañana” y en la conservación del orden civil. La entrada de los médicos no solo se da en el ámbito escolar, también en el familiar. La higiene escolar se va a inscribir así en un proyecto sanitario porfirista más amplio. Esta “medicalización” de la escuela se da a la par del surgimiento de cátedras de enfermedades infantiles en la Escuela Nacional de Medicina y en la Escuela Normal. Encontraremos en este periodo diversas características asociadas a la clasificación de niños anormales en libros, en los informes de las exploraciones clínicas, en las tesis médicas de la época, y en los medios impresos de información creados desde los departamentos e instituciones estatales, tal es el caso de los *Anales de Higiene Escolar. Órgano del Servicio Higiénico del Ramo de Instrucción Pública*. CARRILLO, “El inicio de la higiene escolar en México”, pp. 71-74; CARRILLO, “Vigilancia y control del cuerpo de los niños”.

Otro trabajo que ha estudiado este periodo es el de Alberto del Castillo Troncoso, que muestra los modos en que la fotografía sirvió para ilustrar y validar la figura del médico y su intervención en las escuelas, en las clasificaciones y el reconocimiento del niño y el cuerpo anormal desde la mirada anátomo-clínica, en el periodo de 1880 a 1920. El autor muestra el modo en que la higiene escolar se encuentra ligada a los planteamientos del degeneracionismo y la antropometría. DEL CASTILLO TRONCOSO, *Conceptos, imágenes y representaciones de la niñez*.

20 millones de personas, se manifestó en todas las edades y produjo una desconcertante variedad de síndromes neurológicos, letargo y síntomas catatónicos, a veces sobreactividad, movimientos involuntarios, trastornos del sueño, cambios de humor y comportamientos maníacos. La epidemia se desvaneció al cabo de unos 10 años, pero dejó importantes secuelas, se observó que los daños podían ser graves e irreversibles.⁹⁵ Algunos niños también desarrollaron condiciones psiquiátricas, resultaron afectados mostrando a la postre alteraciones emocionales, comportamientos compulsivos, déficits cognitivos, depresión, trastornos motores, del sueño y del aprendizaje. Otros presentaban también hiperactividad, se mostraban distraídos, irritables, antisociales, impulsivos y revoltosos en las escuelas. Si bien las causas de la encefalitis permanecen desconocidas, los médicos identificaron un origen cerebral en los problemas de comportamiento asociados a ésta. Para Taylor, el legado de la encefalitis de 1917, las afecciones neurológicas que generaba, la aparición de síndromes neuropsiquiátricos que dejó (p.e. el Parkinson), contribuyeron a pensar los síntomas de lo que ahora llamamos TDAH, como trastornos neurológicos.⁹⁶ En concordancia, Lange *et al.* apuntan que no serían suficientes los síntomas de la encefalitis para cumplir los criterios de TDAH; sin embargo, el comportamiento postencefálico despertó un interés por la hiperactividad en los niños y supuso una relación causal entre los daños cerebrales, la hiperactividad y la distracción.⁹⁷

Por su parte, los médicos alemanes Franz Kramer y Hans Pollnow publicaron en 1932 *On a hyperkinetic disease of infancy*, en el que sostienen que “una enfermedad hiperquinética de la infancia” ha sido caracterizada como síntoma de otras enfermedades, por ejemplo, de la encefalitis

⁹⁵ TAYLOR, “Antecedents of ADHD”, p. 72. Para tener una idea más clara sobre la encefalitis, véase: SACKS, *Despertares*.

⁹⁶ TAYLOR, “Antecedents of ADHD”, p. 72.

⁹⁷ FOLEY, “Sons and daughters beyond your control”, pp. 125-151; LANGE, *et al.*, “The history of attention deficit”, p. 246.

letárgica, pero no se había logrado diferenciar de otros trastornos con síntomas similares. El interés de estos autores se centró en investigar el síntoma de la excesiva actividad motriz en los niños, que no podían estar quietos, que corrían desbordados por las habitaciones, que subían a los muebles, encendían y apagan la luz, daban vuelta en círculos, aventaban sus juguetes, todo sin un motivo aparente; además, se distraían ante cualquier estímulo, tenían dificultad para concentrarse y concluir sus tareas, lo que acarreaba dificultades en el aprendizaje y en la evaluación de sus capacidades intelectuales. Otras características identificadas refieren una inestabilidad del estado de ánimo en los niños, presentando ataques de ira y tendencias a la agresión o al llanto, desobediencia, y como característica sobresaliente, inquietud motora. Como resultado de lo anterior, los niños hiperquinéticos solían tener problemas educativos, perturbar las clases y presentar dificultades para relacionarse con sus compañeros. En muchos de los casos, señalan Kramer y Pollnow, la “enfermedad” se produjo como resultado de una afección febril o de una convulsión epiléptica, lo que hace pensar en una causa orgánica manifestada en edad temprana. Sin embargo, es importante resaltar que los autores destacaron también la importancia de considerar los factores sociales y legales al estudiar los problemas de comportamiento desde los enfoques médicos.⁹⁸

Eugen Kahn y Louis Cohn describieron en 1934 un síndrome clínico de hiperactividad y una impulsividad orgánica que derivaba de un exceso de impulsos internos que no tenía una base patognómica, sino que estaban asociados a signos neurológicos vinculados con una disfunción del tronco encefálico. Resalta el esfuerzo por entender la asociación entre la hiperquinesis y la mala atención, intentando diferenciarlas de la forma en que se expresan en psicópatas esquizoides, hipomaniacos, encefalopáticos y en otros enfermos del sistema nervioso. Los autores discuten la

⁹⁸ LANGE, *et al.*, “The history of attention deficit”, pp. 246-247. Sobre los autores véase: NEUMÄRKER, “The Kramer-Pollnow syndrome”, pp. 435-451.

malinterpretación de la localización cerebral, toda vez que, por más precisa que sea la ubicación de las funciones y alteraciones cerebrales, éstas no dan una explicación del comportamiento de un individuo en su totalidad. Una afectación en ciertas áreas cerebrales sería el trasfondo de una deficiencia en la personalidad. A partir del análisis de algunos casos, Kahn y Cohn sostienen que el alto grado de hiperquinesia, la incapacidad para mantenerse quieto, la brusquedad y torpeza en los movimientos, así como la actividad motora explosiva, son síntomas que están relacionados con el tronco encefálico, pero además, existen experiencias y vivencias psicológicas y sociales que pueden ser significativas y que dependerá de ellas la manera en que se experimente la hiperquinesis, ya sea dejando que siga su curso, intentando suprimirla, respondiendo con ira, resignación, con un ejercicio de fuerza de voluntad, etc.⁹⁹

El común denominador de estos y otros estudios es la afirmación de que, traumatismos craneoencefálicos, lesiones cerebrales, infecciones, epilepsia, o enfermedades causadas por asfixia en la edad temprana, generaban como secuelas algunos problemas cognitivos y del comportamiento. Lo anterior supuso la hipótesis de que los síntomas aparecidos en los niños hiperactivos eran resultado de una causa orgánica. Bajo este esquema aparece el concepto de Lesión Cerebral (LC), destacando sobre el tema un libro publicado en 1947 —frecuentemente citado en las historias de la hiperactividad— *Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral*, escrito en su mayor parte por los psiquiatras Alfred Strauss y Laura Lethinen, y con la colaboración en algunos capítulos de Newell Kephart y Samuel Goldenberg, y que a continuación se analiza.¹⁰⁰

⁹⁹ KAHN y COHN, “Organic drivenness, a brain-stem syndrome and experience”, pp. 748-752.

¹⁰⁰ La revisión técnica de este libro, en su edición en español, estuvo en parte a cargo de Telma Reca, profesora de la Universidad de Buenos Aires, pionera en la psiquiatría infantil en Argentina. Reca creó servicios especializados y consultorios bajo el modelo de la higiene mental, además de tener una influencia en las políticas públicas de salud de niños y adolescentes, pugnó por la necesidad de comprender, estudiar

Lesión Cerebral Mínima

Desde la introducción a su libro, Strauss, Lethinen, Kephart y Goldenber presentan descripciones de casos individuales con los que buscan ejemplificar la LC. El comportamiento de tres niños y una niña de entre 8 y 12 años se describe en los siguientes términos: “desobediente y obstinado en grado sumo”, “extrema inquietud y falta de atención”, “estaba continuamente en movimiento”, “inquieto y nada inhibido”, “una gran tendencia a la distracción”, “parecía incontrolable”, “impulsivo”, “incapacidad de realizar esfuerzos continuados”, “defecto definido en la atención voluntaria, distrayéndose fácilmente ante estímulos externos”. Además de las conductas descritas se agregan otros comportamientos: “tendencias destructivas y muy excitable”, “parecía no conocer el miedo”, “una vez acostado, no se dormía hasta media noche”, “a la menor provocación mostraba violentas crisis de furia, saltando frecuentemente del asiento para golpear a los niños a su antojo”, “hábil para engañar”, “abandona el aula con el mínimo pretexto”, “formulaba preguntas incesantemente, como una ametralladora”, “al volver a la escuela no reconocía las letras y no sabía leer sino unas pocas palabras”.¹⁰¹

En relación a las causas, no se establece una conexión directa con un acontecimiento específico, pero sí se apunta a que la LC es producto de un accidente, “es imprevista”, y que a diferencia de los casos donde hay una lesión que deriva en un impedimento físico, aquí “la relación

y tratar a los niños en un constante desarrollo, y desde la consideración de factores biológicos, psicológicos y sociales. Su influencia también dejó huella en la promoción de la llamada educación especial. Seguir su trayectoria académica y profesional permite comprender el contexto científico de la atención a los problemas de aprendizaje y de conducta en buena parte del siglo XX. Encuentro coincidencias importantes entre los aportes y el trabajo de Telma Reca con los desarrollados en México por Mathilde Rodríguez Cabo. Un análisis comparativo, además de honrar el legado de ambas figuras, daría cuenta del desarrollo de la psiquiatría infantil en México y Argentina en la primera mitad del siglo pasado y del lugar de las mujeres en este proceso.

¹⁰¹ STRAUSS *et al.*, *Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral*, pp. XII-XIV. La obra fue publicada originalmente en Estados Unidos en 1947.

de causa a efecto entre lesión y comportamiento peculiar es menos obvia y conocida”.¹⁰² Entre esas posibles causas se menciona: signos de asfixia al nacer; coquelche (enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias causada por una bacteria, también conocida como “tos convulsiva”); una caída desde diez metros de altura que ocasionó epistaxis (hemorragia nasal) y otorragia (sangrado en ambos oídos), diagnosticándosele fractura de cráneo; y, en otro caso, nacimiento prematuro (a los seis meses y medio de embarazo) y lesión a causa de una caída, dejando evidencias mentales y físicas derivadas de la tendencia espástica (músculos que permanecen contraídos). Otras causas apuntadas en casos descritos a lo largo del libro son: nacimiento retrasado, un trabajo de parto prolongado, traumatismos de cráneo, golpe en la sien u otros accidentes a edad temprana, neumonía o escarlatina. Todo lo anterior se sintetiza en lo que para los autores es un niño con LC:

Es un niño que antes, durante y después de su nacimiento ha sufrido un daño orgánico cerebral, pudiendo ser infeccioso o de otro tipo. Como resultado del mismo, puede haber trastornos en el sistema neuromotor o no; sin embargo, es posible que un niño en esas condiciones presente trastornos de la percepción, pensamiento y conducta emocional, ya sean aislados o combinados. Estos trastornos, que pueden ser demostrados por tests específicos, impiden u obstaculizan el proceso normal de aprendizaje.¹⁰³

Strauss, Lehtinen, Kephart y Goldenber, señalan que la observación de niños con LC que presentan abruptos e intensos comportamientos de hiperactividad e impulsividad, muestra claramente una carencia de inhibición de estas conductas. Se trata de una falta de control de la región del tálamo, que se encuentra ligada a las emociones y a experiencias afectivas. Así, observan una correspondencia entre sus planteamientos y hallazgos anatómicos que evidencian que las lesiones causadas por accidentes, durante el parto o en la infancia, se encuentran con mayor

¹⁰² STRAUSS *et al.*, *Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral*, p. XI.

¹⁰³ STRAUSS, *et al.*, *Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral*, p. XIV.

frecuencia en el sistema extrapiramidal y en la región talámica.¹⁰⁴ Los defectos inhibitorios, tienen como resultado la pérdida de la influencia reguladora del cerebro, un actuar incontrolado, hiperactividad, reacciones excesivas, desinhibición emocional y procomotriz. La distractibilidad, por su parte, se explica como una atención desmedida a “estímulos sin importancia”, al detalle de algunos objetos, que hacen ver al paciente como excesivamente distraído, ensimismado y enfocado en hechos de poca importancia, atraído por aspectos que para otras personas son irrelevantes. Además de la percepción, el pensamiento y las reacciones emocionales y volitivas, se muestran inestables, lábiles, lo que conduce a una distracción frecuente y a dificultades para concentrarse. Para los autores, es de suma importancia identificar las diferencias entre niños con y sin lesión cerebral, cuyas respuestas parecen tener la misma causa y, sin embargo, perciben el mundo de modo distinto. Respecto a la explicación de las causas de la LC, los autores observan que frecuentemente son atribuidos a factores ambientales, a un origen psicógeno, que orienta medidas terapéuticas que resultan inútiles, sobre todo porque las alteraciones conductuales son solamente una parte del comportamiento total del niño con LC.

Llama la atención que los autores contemplaban que la lesión y sus consecuencias tienen un impacto familiar, en tanto que, al no cumplirse las expectativas depositadas en el niño, se agravan las conductas y las dificultades intelectuales.

El hecho de hablar de una lesión cerebral puede llevar al equívoco de creer que Strauss y compañía se movían en una perspectiva localizacionista,¹⁰⁵ y que solo décadas más tarde se hablará

¹⁰⁴ STRAUSS, *et al.*, *Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral*, pp. 81-82.

¹⁰⁵ En el contexto de la psiquiatría las teorías localizacionistas hacen referencia al planteamiento que sostiene que la conducta, la cognición y las emociones tienen una ubicación en áreas o regiones específicas del cerebro. La frenología y la identificación de las áreas del lenguaje llevadas a cabo por Paul Broca y Carl Wernicke en el siglo XIX, son ejemplos de este planteamiento. Sobre el tema véase: POSTEL y QUÉTEL, *Historia de la psiquiatría*, pp. 415-434; SHORTER, *Historia de la psiquiatría I*, pp. 69-112; HUERTAS, *La locura*, pp. 72-77.

de una disfunción. Es decir, al caer en la cuenta de que no había una lesión identificable, se pasaría a la hipótesis que sostendría que algo no funciona correctamente. Una lectura atenta muestra que, contrariamente, con el planteamiento de la LC hay una crítica permanente a lo que designaban como “la vieja teoría de las localizaciones”. Los autores aclaran que sus planteamientos no parten de la dicotomía cuerpo-mente, “sino de cómo el cerebro, asiento material de los procesos psicológicos, mantiene sus funciones cuando ciertas regiones del mismo son dañadas o destruidas, y en qué medida dichas funciones serán normales o patológicas”. Piensan el daño del cerebro como unidad y las desviaciones de la conducta como una alteración parcial del cerebro. Reforzando lo antes dicho, apuntan que la lesión, causada por un traumatismo o una infección, puede aparecer en diferentes edades en las que el cerebro de los niños se encuentra en desarrollo y crecimiento; por lo tanto, el impacto que se identifique sobre el órgano no es el mismo en todos los casos.¹⁰⁶

Para llevar a cabo el diagnóstico de LC, se establecen una serie de propuestas. Primeramente, que deben tomarse en cuenta los aspectos cronológicos y del desarrollo del niño, esto es, lo que a determinada edad puede considerarse como una conducta correspondiente al estado evolutivo del menor; por ejemplo, jugar, ir de una actividad a otra o hacer preguntas incesantemente algunos años más tarde pueden ser consideradas conductas patológicas. De lo anterior extraen que una valoración basada estrictamente en la conducta es insuficiente. Aunado a lo anterior, apuntan lo problemático que puede ser el prestar demasiada atención a las “quejas”, o demandas de la sociedad, los padres, maestros o instituciones como tribunales para menores, mismas que pueden tener proclividad a enfatizar los comportamientos desviados de códigos de comportamiento aceptados. Para la realización de un diagnóstico deben atenderse diversos aspectos, tanto físicos, intelectuales, emocionales, situacionales y constitucionales, así como las

¹⁰⁶ STRAUSS *et al.*, *Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral*, p. 14.

diferentes interrelaciones que puedan estarse presentando, a partir de técnicas clínicas y psicológicas. Entre las técnicas sugeridas se encuentran: exámenes psicométricos como test de inteligencia estandarizados, pruebas de rendimiento escolar o los test de ejecución visomotora, exámenes neurológicos, electroencefalogramas, además de las historias clínicas, en las que sugieren no confiar absolutamente, sino recurrir a los exámenes que permitan establecer un diagnóstico claro de niños con y sin lesión, aunque al final la decisión recae en el clínico y su experiencia.¹⁰⁷

Un aspecto que refuerza el señalamiento de que para estos autores lo que marca el punto decisivo sobre la LC es la alteración ocasionada antes, durante o posterior al parto, y que se presume será la causante de diversos trastornos, es el argumento de que la hiperactividad puede tener causas distintas a una lesión. Al respecto apuntan que en “niños normales” con los que se tienen estilos de crianza permisivos puede presentarse hiperactividad, conductas de perseveración (por ejemplo, una reacción como la risa o un juego pueden persistir sin variaciones por lapsos prolongados), etc. En estos casos, serán las reacciones durante la aplicación de los tests y el modo en que se respondan, lo que orientará las sospechas de que se encuentran ante un niño con LC. Sin llegar a conclusiones precipitadas, al profundizar en la historia clínica se podrá consignar algún accidente, lesión o trastorno durante o posterior al parto, lo que podrá dar algún grado de certeza que deberá finalmente confirmarse al ampliar las pruebas y al solicitar, por ejemplo, un diagnóstico neurológico.¹⁰⁸

Considerando las conductas descritas antes, creo que es fácil caer en la trampa de atribuir a la LC rasgos que la asemejan de manera clara al TDAH, en tanto que las descripciones de la

¹⁰⁷ Los exámenes psicométricos mencionados son: La Escala Grace Arthur, el Terman, Escala de Wechsler-Bellevue y la de Goldstein y Scheerer, Test de Cubos de Kohs, Test de dibujo del rombo de Binet, Test de Rorschach y el Test de Kent-Rosanoff.

¹⁰⁸ STRAUSS *et al.*, *Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral*, p. 100.

primera incluyen conductas asociadas a la desatención, la impulsividad y la desatención. Sin embargo, un análisis más detallado nos muestra que, aunque comparten algunos signos, la LC era una designación más amplia que incluía los casos de los “hiperactivos motores”, “hiperactivos distráctiles”, pero también de quienes presentaban parálisis de origen cerebral, “pronunciación ininteligible”, entre muchas otras conductas. Así, existen varios aspectos que para nuestros intereses conviene analizar. Primero, que se hablaba de niños a los que se presume que poseen una lesión cerebral ocasionada por un accidente (caída, complicación al nacer) o una infección; y que, como producto de éstos, se observan alteraciones comportamentales, emocionales y cognitivas. Resalta un interés por la atención de las dificultades en el aprendizaje, lo que derivó en una necesidad del desarrollo de métodos educativos, escuelas y la aplicación de pruebas que dieran cuenta de las alteraciones intelectuales y de la LC como tal.

No está por demás aclarar que aquellas nociones que entendían la desatención, la impulsividad, la hiperactividad y las dificultades para aprender, como un déficit moral, al estilo de Still (aun cuando le atribuyeran causas cerebrales), se perfilan aquí desde un paradigma ya mucho más cercano a explicaciones anatómicas y a las funciones cerebrales. Podemos apuntar que hay una serie de elementos que preceden a la aparición de un diagnóstico clínico, que se conjuntan con elementos sociales y culturales que se van agregando y que agrupados dan consistencia a la emergencia de un nuevo elemento.¹⁰⁹ Es decir, no es que una etiqueta diagnóstica surja de la nada,

¹⁰⁹ Resulta interesante que Strauss, Lehtinen, Kephart y Goldenberg muestran los antecedentes que posibilitan pensar la LC. Al respecto señalan que este concepto ha evolucionado a partir de dos grandes perspectivas. La primera son los trabajos sobre la educación de los niños mentalmente deficientes (Itard, Montessori, Decroly, etc.) y; segundo, los estudios clínicos sobre las consecuencias de la lesión cerebral en adultos. Desde el campo médico, los autores refieren los trabajos del Broca (1861) sobre la localización específica de una lesión cerebral que ocasionaba alteraciones del lenguaje. Además del caso del anatomista francés, citan otros trabajos posteriores encaminados a dar cuenta del daño cerebral producido por fuertes golpes, fracturas de cráneo; y otros que mostraron de manera más específica la localización cerebral de algunas funciones psicológicas. Se suma a lo anterior las ideas sobre la “educación especializada y la

y tampoco es que una designación llegue de manera inesperada a sustituir a otra. Lo que tenemos es la conjunción de elementos que hacen visible y reconocible social y científicamente un diagnóstico como la LC.

También hay que agregar que muchos de los casos descritos por los autores y buena parte de sus estudios, se refieren a niños en situación de internamiento, no propiamente psiquiátrico, sino al confinamiento de estos niños en escuelas y clases especiales.

Otro aspecto por notar es que ya aparece aquí con suma frecuencia la designación de “niño hiperactivo” y “niño distráctil”. Sostenemos que la aparición de esta nueva designación surge como efecto de las pruebas psicológicas, de un nuevo lenguaje asociado a los tests de inteligencia y a los diagnósticos neurológicos muy presentes hacia la mitad de siglo pasado, lo que se vió reforzado por la incorporación de departamentos psicológicos en las escuelas.

Resalta también que se perfila ya en los planteamientos señalados un modo particular de describir trastornos, partiendo de un listado de conductas, producto de la observación clínica, y de la presentación de casos. Destaca que los autores establecen directrices para un diagnóstico diferencial de los trastornos de conducta causados por LC, con la esquizofrenia, la encefalitis epidémica, los estados psicopáticos y la neurosis en la infancia.

Finalmente, los autores señalan que, dada la dificultad para tratar los trastornos de conducta provocados por LC, médicos, psicólogos y maestros con frecuencia se ven rebasados por el comportamiento de los niños, y estos mismos ven frustradas sus intenciones de aprender y permanecer atentos a lo que se les demanda, por lo que está indicado el empleo de sedantes para

creación de “clases especiales”, que se plantearon como objetivo ubicar a los niños en ambientes acorde a sus capacidades, subrayando que se enseñaría lo que fuera posible, y que los educadores quedarían exentos de la responsabilidad de llevar a los niños a niveles educativos dentro de la “norma”. STRAUSS *et al.*, *Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral*, Argentina, pp. 8-12.

ayudar a los niños especialmente trastornados a controlar sus impulsos y a adaptarse al grupo.¹¹⁰

Disfunción Cerebral Mínima en niños

La búsqueda de causalidad orgánica para los “trastornos de conducta” en los niños, dio un paso más con todo un conjunto de investigaciones vinculadas con la Disfunción Cerebral Mínima (DCMi), estudiada por los psiquiatras de la *University of Arkansas*, Sam Clements y John Peters, en la década de los sesenta. Estos autores ubican como antecedentes de sus trabajos, los de Kramer y Pollow, Kahn y Cohen, Gesell, entre otros, y asignan un lugar especial al texto clásico de Strauss y Lehtinen, sobre el que apuntan que es el estudio más exhaustivo y la referencia más citada sobre el tema.¹¹¹

La DCMi se refiere a niños de inteligencia cercana a la media o superior a ésta, que presentan dificultades en el aprendizaje y/o alteraciones en el comportamiento, que podían ser leves o graves, causadas por desviaciones del funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC), y que se manifestaban con alteraciones —casi siempre combinadas— de la percepción, la conceptualización, el lenguaje, la memoria, el control de la atención, los impulsos o la motricidad. Un síndrome orgánico del que derivan problemas de aprendizaje.¹¹²

En agosto de 1963 se celebra en Washington D.C un simposio sobre el “niño con disfunción cerebral mínima”, patrocinado por la *National Society for Crippled Children and Adults Inc*, en cooperación con el *Neurological and Sensor, Diseases Service Program of the Division of Chronic Diseases, US. Public Health Service*. En octubre de 1963 y en julio de 1964 —también auspiciados

¹¹⁰ STRAUSS *et al.*, *Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral*, p. 94.

¹¹¹ CLEMENTS, *Minimal brain dysfunction in children*, p. 5. Clements y Peters, *Brain Dysfunctions in the School-Age Child*, pp. 185-187.

¹¹² CLEMENTS, *Minimal brain dysfunction in children*, pp. 9-10.

por estos y otros organismos— se llevaron a cabo reuniones para acordar grupos de trabajo y lanzar oficialmente en octubre del 64 un amplio proyecto de investigación sobre la DCMi.

¿Qué es lo que propició el interés por conocer a profundidad la DCMi? Clements pensaba que era la exigencia por parte de los padres y maestros de primaria, de servicios especializados, de programas escolares públicos para tratar las “discapacidades educativas” y los trastornos conductuales de estos niños, también considera el perfeccionamiento en el diagnóstico, la necesidad de tener clasificaciones más precisas, la creación de programas educativos y la mayor investigación, la información propiciada por las clínicas de orientación infantil y los acuerdos acerca del uso de la nosología psiquiátrica expresada en el DSM-I, la cual, señala, es considerada apropiada para usarse con niños. A lo anterior se suma el aumento en los casos de niños con disfunciones neurológicas y las críticas e insatisfacciones que despertaban las explicaciones psicogénicas y ambientales del comportamiento de estos niños.¹¹³ Se consideraba una necesidad que el diagnóstico de DCMi describiera con claridad “la enfermedad”. La designación debía ser clara para los clínicos, los investigadores, los padres y para otros grupos de profesionales que trabajaran con niños. A partir de una revisión de la literatura sobre el tema, se reconocieron al menos 38 términos usados para describir condiciones cercanas a esta disfunción.¹¹⁴

De manera más concreta, Clements identificó diez características del DCMi: hiperactividad, alteraciones perceptivo-motoras, habilidad emocional, déficits de coordinación,

¹¹³ CLEMENTS, *Minimal brain dysfunction in children*, pp. 3-4.

¹¹⁴ Una buena parte de ellas hacían referencia al carácter orgánico de la alteración de la función cerebral: “enfermedad cerebral orgánica”, “daño cerebral orgánico”, “daño cerebral difuso”, “trastorno orgánico del comportamiento”, “lesión cerebral mínima”, “síndrome de desincronización cerebral”, etc. Otro grupo de designaciones estaban vinculadas a la alteración o causa específica del trastorno: “trastorno de conducta agresiva”, “retraso primario de la lectura”, “discapacitado perceptivo”, “síndrome afasicoide”, “síndrome del niño torpe”, “trastornos psiconurológicos del aprendizaje”, “dislexia”, “trastorno de atención”, etc. Dentro de estos incluyen también designaciones referidas, de manera concreta, a la hiperactividad: “síndrome de conducta hiperkinética”, “trastorno del impulso hiperkinético”, “síndrome hiperkinético”. CLEMENTS, *Minimal brain dysfunction in children*, p. 9.

trastornos de la atención, impulsividad, trastornos de la memoria y el pensamiento, discapacidades específicas en el aprendizaje de la lectura, aritmética, escritura u ortografía, trastornos del habla y la audición, signos neurológicos e irregularidades encefalográficas. Para cada una de estas conductas detalla una serie de síntomas y signos específicos, que pueden servir como guía para la identificación y el diagnóstico. El agrupamiento de estos síntomas y signos forma entidades clínicas reconocibles (por ejemplo, síndrome hiperkinético, retraso primario de la lectura, afasias, etc.) que son aceptadas como subcategorías; en este caso, son complejos síntomas dentro de la categoría general DCMi.¹¹⁵ Los autores señalan que no todos los síntomas aparecen en un niño, cada uno presentará un grupo particular, ya sea dificultades para percibir, discriminar y retener imágenes de movimiento para seleccionar estímulos de orden secuencial; otros pueden mostrar deficiencias en las funciones inhibitorias, el control de la actividad motora o la actividad verbal.

Para llevar a cabo la evaluación diagnóstica encaminada a mostrar la presencia o ausencia de DCMi, Clements propone una serie de pautas específicas desde dos directrices, una línea médica y otra centrada en el diagnóstico educativo. En ambos casos se recomienda el uso de diversas técnicas y herramientas, así como seguir un enfoque multidisciplinario. Con el primero se pretende detectar condiciones de enfermedad o lesiones causantes de la DCMi, e indagar acerca de la historia médica pre, peri y posnatal, las enfermedades o síntomas que pudieran ser responsables de la condición; se busca también conocer el desarrollo motor, del lenguaje, la adaptación social, etc. Se analiza la historia familiar y social buscando informarse sobre la dinámica familiar, las condiciones de estrés y traumas. La valoración médica considera los exámenes oftalmológicos, otológicos, pruebas de laboratorio (análisis de orina, hematológicos, etc.), y pruebas especiales, tales como el electroencefalograma, pruebas genéticas (análisis cromosómico), entre otras que se

¹¹⁵ CLEMENTS, *Minimal brain dysfunction in children*, p. 13.

consideren necesarias. Por otro lado, la evaluación educativa y conductual involucra una historia académica en la que se registran los progresos y el rendimiento escolar, los resultados de diversos exámenes, la evaluación de los niveles de adquisición de la lectura, números, conceptos, ortografía y escritura, además de una valoración del habla y el lenguaje, la articulación de la calidad de voz y velocidad de lectura, aspectos expresivos del lenguaje, etc. No menos importante es una evaluación psicológica del funcionamiento intelectual, el área visomotora y perceptiva, el comportamiento en diferentes ambientes, así como los niveles o secuencias de aprendizaje y comportamiento que se han visto interrumpidos o no han sido alcanzados considerando las expectativas y lo esperado para cada edad. La evaluación conductual es, en buena medida, la base de un programa de educación de los niños con DCMi.¹¹⁶

Los autores proponen una atención interdisciplinaria que abarca métodos de tratamiento educativo, que pueden llevarse a cabo de dos maneras: a) en un aula ordinaria y solamente haciendo variaciones en la enseñanza, en los ritmos y tiempos, introduciendo servicios auxiliares enfocados en la recuperación del lenguaje, de la lectura, etc.; b) con el apoyo de un profesor especialista en las desviaciones específicas de aprendizaje o comportamiento que se presenten. La atención puede llevarse a cabo en el aula reglar o asistiendo a enseñanza individualizada o con apoyo de estos especialistas en las clases regulares. El tratamiento educativo iría acompañado de actividades, métodos y materiales que trabajaran las áreas deficitarias (percepción visual, habilidades motoras, atención, lenguaje, etc.) y las desviaciones o alteraciones del procesamiento del SNC.

Un tercer aspecto del tratamiento consistiría en terapias médicas, psicológicas y sociales; uso de medicamentos encaminados a modificar síntomas específicos de la DCMi (defectos de la

¹¹⁶ CLEMENTS, *Minimal brain dysfunction in children*, p. 15.

atención, hiperactividad, impulsividad, etc.); psicoterapia individual, acompañamiento a niños y/o padres, terapia familiar; asesoramiento a escuelas y profesores por parte de médicos, trabajadores sociales, especialistas en lenguaje, etc.¹¹⁷

Con relación a los fármacos, mencionan, entre los más utilizados para reducir la hiperactividad y aumentar la atención, el clorhidrato de captodiamio (Suvren), el clorhidrato de tioridazina (Meleril) y las anfetaminas. Aunque estas últimas ya se habían utilizado durante muchos años para tratar los síntomas conductuales del DCMi, los autores no las encuentran tan útiles como los otros fármacos referidos. Por su parte, los maestros informan que el niño “parece más interesado en su trabajo” o “por fin ha comenzado a mostrar algún progreso en la lectura” cuando se administra sulfato de dextroanfetamina (Dexedrine) y sulfato de anfetamina (Benzedrina).¹¹⁸

Además de cuestiones referidas al diagnóstico, etiología y tratamiento, Clements y Peters realizan una serie de planteamientos acerca de los efectos de la DCMi en la familia y del modo en que es pensada la relación entre lo orgánico, lo psicológico y lo social. Al respecto apuntan que cualquier desorganización de la función cerebral, sea ocasionada por lesión o complicación antes, durante o después del embarazo, trae consigo dificultades en el desarrollo que se agravan aún más, cuando existe un entorno interpersonal familiar o escolar adverso. El entorno entonces no es causa, solamente subraya o potencia la disfunción cerebral. Toda desviación orgánica, por densa o leve que sea, forma parte de unidades funcionales que se encuentran interconectadas dentro del cerebro. Es decir, lejos de asumir una postura localizacionista, lo que sostienen es que la alteración asociada a la DCMi produce defectos en la percepción, hiperactividad, dificultades en la lectura y en el aprendizaje, dislexia, impulsividad, retrasos en el desarrollo, complicaciones en la adquisición de

¹¹⁷ CLEMENTS y PETERS, “Psychoeducational programming for children”, pp. 47-51.

¹¹⁸ CLEMENTS y PETERS, *Minimal Brain Dysfunctions in the School-Age Child*, pp. 193-194.

patrones de autoinhibición y en el aprendizaje de funciones simbólicas, etc. Agregan además que una detección temprana de estos síntomas y la buena respuesta a las drogas —más que los beneficios de la psicoterapia— producen una recuperación de los efectos desorganizadores del daño cerebral.

La perspectiva de los autores puede ser definida como contraria al postulado que sostendría que las condiciones psicopatógenas son causa de la DCMi. Una evidencia al respecto es el abordaje que proponen con los padres, a quienes, apuntan, se les debe dar una interpretación “orgánica” de los problemas de aprendizaje y/o de la conducta del niño, para no crear confusiones. Recomiendan explicar la desviación del sistema nervioso en términos de un daño cerebral “leve” o “ligero”. Este diagnóstico —observan— suele traer alivio a los padres, en tanto les resta la carga y culpa que representa la responsabilidad del comportamiento de su hijo. Les hace sentir que no son “malos” padres. Sobre este punto, señalan que es fácil que, con base en prejuicios y hábitos, se detecte en la madre o el padre actitudes que sean pensadas como causa de la dislexia, la hiperactividad y la dificultad del niño para concentrarse. Es interesante acá la construcción de una narrativa que despoja a los padres de responsabilidad, la crítica al lenguaje de la mirada psicopatológica que es asociada incluso a un pensamiento mágico, en tanto crea en los padres la convicción de que por alguna “aberración mágica” (*magical subtle aberration*), sus actitudes y conductas generaron el trastorno de sus hijos.¹¹⁹

Lo que resulta fundamental es la explicación de Clements y Peters desde la organicidad de esa amplia variedad de conductas mencionadas.¹²⁰ Una primera crítica que plantean es que ante la

¹¹⁹ CLEMENTS y PETERS, “Minimal Brain Dysfunctions in the School-Age Child”, pp. 193-195.

¹²⁰ Respecto a la etiología de la DCMi, Clements y Peters también señalan la hipótesis del componente hereditario, pero aclaraban que en ese momento no se tenía el suficiente conocimiento acerca del papel que desempeñaban los genes del niño en sus emociones, por lo tanto, no podría establecerse una causalidad con la DCMi, sin embargo, sugerían que se abriera un espacio para valorar dicha hipótesis.

dificultad de encontrar una “causa orgánica”, se asuma una psicogenicidad para las “desviaciones del comportamiento y el aprendizaje”. Así, critican lo que identifican como epifenómenos, causas que funcionan más como estereotipos: rivalidad entre hermanos, un trato severo por parte de los padres o sobreprotector de las madres, hostilidades reprimidas, trato ambivalente por parte de los padres, complejo de Edipo, etc. Para Clements y Peters éstos son factores secundarios, y su objetivo es utilizar las herramientas adecuadas para conseguir un mejor procedimiento diagnóstico que haga patente las desviaciones del SNC y, como resultantes de éstas, los problemas de adaptación de los escolares. Para estos autores, uno de sus principales aportes es el señalamiento de que todas las áreas del desarrollo deben ser evaluadas, todos los posibles componentes involucrados deben ser tomados en cuenta, pero especialmente el componente orgánico. Al respecto denuncian lo que consideran como una moda del trabajo social, de la psicología y la psiquiatría infantiles, que consiste en ignorar o atender escasamente la etiología orgánica y la evaluación de las desviaciones de la función cerebral, brindando mayor atención a los factores intra e interpersonales.

Diferentes obstáculos incidieron en la falta de acuerdos acerca de la DCMi. Uno de ellos fue lo que se consideraba como la falsa contraposición entre organicidad y medio ambiente. Para Clements, el concepto de organicidad se había ampliado para incluir las variaciones genéticas, lesiones cerebrales perinatales, afectaciones en el desarrollo o la maduración del SNC, ocasionadas por lesiones, por accidentes, etc. Por otro lado, con medio ambiente se hacía referencia a los factores relacionados con las experiencias vitales, con el entorno económico, social y cultural, las relaciones interpersonales, traumas y tensiones personales.¹²¹ Así, se consideraba que ambos factores influían en las alteraciones del funcionamiento normal y hacían aparecer irregularidades

¹²¹ CLEMENTS, *Minimal brain dysfunction in children*, p. 6.

en el aprendizaje y el comportamiento. Contemplando lo anterior, se sugería hacer un diagnóstico completo que ponga atención tanto a la organicidad como al entorno. Pese a las limitaciones sobre el vínculo entre cerebro y comportamiento, se aceptaba que: 1) los problemas de aprendizaje y el desarrollo, así como las alteraciones visuales, motoras y perceptivas son muestras válidas de disfunción cerebral, en tanto reflejan un funcionamiento desorganizado del SNC; 2) pensar el aprendizaje y el comportamiento como algo separado de las funciones neurológicas evidencia una perspectiva limitada de los niveles de influencia e integración del sistema nervioso; 3) hacen falta técnicas para demostrar ese vínculo y para que la explicación de las causas no deje lugar a dudas; sin embargo, aun cuando no pueden demostrarse alteraciones fisiológicas, bioquímicas o estructurales del cerebro, existen suficientes elementos para inferir la disfunción cerebral.

Lange *et al.* apuntan que el señalamiento de que los niños con DCMi podían estar en un rango normal de inteligencia, fue importante para la conceptualización del TDAH que se realizó posteriormente, y que en la descripción de Clements aparecen señalados los tres aspectos que constituyen los síntomas del TDAH: la impulsividad, el deterioro del control motriz y de la atención. Si bien en la DCMi se incluía también factores ambientales y sociales, como la influencia de los padres y la familia en la presentación de los síntomas y la etiología, esta descripción posibilitó cambios y abrió caminos de interpretación que aparecieron posteriormente.¹²²

Para diversos autores, la DCMi representa un punto de inflexión en la forma en que hoy se entiende el TDAH. Anastopoulos, Barkley y Shelton sostienen que en la Lesión Cerebral y la DCMi había aspectos importantes; que si bien se abandonaron las designaciones algunos años más tarde, éstas dieron pie a ubicar como características distintivas de la sintomatología del trastorno la inquietud motora, con lo que surgieron el “Síndrome del niño hiperactivo” o la “Reacción

¹²² LANGE *et al.*, “The history of attention deficit hyperactivity disorder”, p. 251.

hipercinética de la infancia”, y posibilitaron más tarde pensar el TDAH como un trastorno del neurodesarrollo.¹²³ Para Taylor, “los éxitos de la práctica y la investigación” que entiende los trastornos de la atención desde la química del cerebro, los componentes genéticos, las anomalías estructurales y funcionales del cerebro, se debe a esos matices que se siguen conservando del DCMi.¹²⁴

La DCMi se construye en una intersección entre neurología, psiquiatría y educación; en cierta forma representa una medicalización de los problemas de aprendizaje y del comportamiento de los niños, que se enmarca en una pugna entre la psiquiatría infantil y la educación especial. Se trataba de niños que mostraban buen grado de inteligencia y ausencia de signos que hicieran pensar en una deficiencia cerebral, pero que aún con ello fracasaban en la escuela, mostrando dificultades académicas o conductuales.

El esquema de clasificación de la DCMi contemplaba, como hemos visto, un conjunto de comportamientos desregulados; sin embargo, eran las dificultades de atención y la hiperactividad los que aparecían de manera más consistente bajo el paraguas de esta designación. El recorrido, aunque sucinto, que hemos hecho en este capítulo, permite ver cómo van cambiando las conceptualizaciones diagnósticas en relación con los síntomas que conforman el TDAH. El déficit moral de Still, aunque se asociaba a desajustes cerebrales, parece alejado de los déficits orgánicos estudiados por Clements y Peter, pero para comprender éstos, como se ha hecho notar, hay que voltear a ver los desarrollos de la psiquiatría infantil de principios del siglo XX.¹²⁵

Conviene llamar la atención sobre algunos aspectos importantes que ejemplifican lo que Ian Hacking entiende como el vector de observabilidad de la enfermedad mental, esto es, las

¹²³ ANASTOPOULOS, BARKLEY y SHELTON, “The history and diagnosis of attention”, p. 96-110.

¹²⁴ TAYLOR, “Antecedents of ADHD”, p. 73.

¹²⁵ BIGLER y PETRIE, “Minimal Brain Dysfunction”, pp. 1621-1624.

tecnologías médicas y diagnósticas que hacen posible su reconocimiento por parte de los expertos y su validación social. Destaca por supuesto, el electroencefalograma (EEG), creado en 1924, pero con una extensión paulatina en su uso en las décadas subsecuentes, en las que se fue, cada vez más, utilizando para el diagnóstico en neurología, por ejemplo, para enfermedades como la epilepsia, para evaluar soldados de la segunda gran guerra mundial con lesiones cerebrales, etc. Su miniaturización (diseños más compactos), además de mayor practicidad, fue marcando su popularización entre especialistas, mostrando mayor eficacia en el diagnóstico de diversas enfermedades neurológicas y erigiéndose como una herramienta sustancial en el estudio del cerebro, extendiendo sus usos a otros campos de la medicina, entre ellos la psiquiatría.

Aunado al EEG, una de las primeras herramientas para la evaluación neuropsicológica, fue el conocido Test Gestáltico Visomotor, creado por Lauretta Bender en 1942 y que tuvo una gran acogida entre los psiquiatras infantiles. Entre otras cosas, Bender observó, con cierta consistencia, que los niños con hiperquinesia y sus problemas asociados (impulsividad, falta de atención, etc.) presentaban problemas perceptivo-motores; lo que llevó a los clínicos a reforzar la aseveración de que estaban ante la presencia de un déficit orgánico. Pese a que los exámenes físicos y neurológicos describieran a estos niños en los límites normales, es decir, no detectaran déficits neurológicos, se planteó que existían algunos déficits más sutiles, que representaban un daño o disfunción cerebral, aunque fuera leve. De lo anterior se desprende —y este es el carácter que comienza a tener el término orgánico en la psiquiatría y psicología— que un comportamiento anormal puede estar asociado a una disfunción cerebral sin que existan anomalías neurológicas obvias o plenamente identificables. Así, la DCMi pasó a ser el sello de niños que parecían "normales", pero que presentaban incapacidad de aprender, hiperactividad, falta de atención, etc.

Otros elementos que se agregan para dar mayor sustento a la explicación de la DCMi, son

algunos cambios importantes en relación a la atención obstétrica y pediátrica entre 1940 y 1970. Sobre la primera, destacan transformaciones en la salud materna e infantil, la mejoras en el instrumental y en los procedimientos quirúrgico, mayor atención de los médicos en los partos, así como del monitoreo fetal durante el mismo. Al incrementar la tasa de partos hospitalarios, se comenzaron a dar mayores cuidados especializados y mayor reconocimiento a los cuidados prenatales. Se establecieron paulatinamente más programas y mejores cuidados a las mujeres embarazadas. Aunado a lo anterior, el uso cada vez más extendido de rayos X generó mayor monitoreo, y mejor toma de decisiones en los consultorios y los quirófanos. Además, algunos cambios sociales y culturales en relación con la familia, las mujeres y la maternidad tuvieron también un impacto en relación con el embarazo y el parto. Acerca de la atención pediátrica, en consonancia con la obstétrica, se fue creando cada vez más conciencia sobre la salud y los cuidados infantiles. El desarrollo de vacunas y antibióticos redujo las enfermedades infecciosas y por ende la mortalidad. Ya hemos hablado de las herramientas diagnósticas, pero podemos agregar el desarrollo de análisis de laboratorio que posibilitaron la detección más temprana y precisa de enfermedades. Además de la consolidación de la pediatría como especialidad, con todo lo que conlleva, las ideas de una atención preventiva e integral, los controles del crecimiento y desarrollo, los programas de nutrición infantil, de educación para la salud y de atención preventiva, permitieron identificar y tratar de manera oportuna diversas enfermedades. Pero, en términos generales, propiciaron también un incremento significativo en relación con la mirada sobre el bienestar de niños y niñas, no solo del personal de salud, sino también de la sociedad en general.

Lo antes apuntado favoreció paulatinamente, pero de manera más clara a partir del decenio de 1950, que muchos bebés prematuros de bajo peso sobrevivieran, dándose paso a múltiples investigaciones para determinar las consecuencias de ello. Se observó que la prematuridad podía

acarrear graves consecuencias como parálisis cerebral, epilepsia, retraso mental u otras “anormalidades evidentes”. Por otro lado, algunos niños presentaban problemas de hiperactividad, de atención y de aprendizaje, lo que vino a reforzar fuertemente el concepto de DCMi, llevando a médicos e investigadores —como hemos apuntado— a señalar que incluso en los casos donde no se puede determinar una afectación cerebral, pudo haberse ocasionado un daño leve, asociado a una desorganización cerebral que acarreaba problemas de aprendizaje o trastornos del comportamiento.¹²⁶

De la “Reacción hiperquinética de la infancia” al TDAH

La DCMi sentó las bases para ubicar la causa de sus síntomas en la función cerebral y no en cambios psicológicos. A la postre, neurólogos y psiquiatras consideraron que no se podía agrupar a la hiperactividad con otros trastornos del neurodesarrollo, tales como las dificultades específicas del aprendizaje, anomalías motoras, etc.¹²⁷

Desde finales de la década de 1960, el concepto de DCMi recibió críticas al considerarse inespecífico, general y heterogéneo, sin una base empírica clara. Sin embargo, persistió hasta los setenta, momento en el que aparecerá una eclosión de etiquetas mucho más específicas y descriptivas: problemas de aprendizaje, dislexia, trastornos del lenguaje, hiperactividad, etc., que sustituirán el cajón de sastre en que se había convertido la DCMi.¹²⁸ Pero los saltos no se producen

¹²⁶ BIGLER y PETRIE, “Minimal Brain Dysfunction”, pp. 1621-1624.

¹²⁷ TAYLOR, “Antecedents of ADHD”, p. 73. El papel de las tecnologías de observación de las funciones cerebrales en la conceptualización del DCMi y el TDAH será abordado en un apartado subsecuente.

¹²⁸ Al menos en el caso mexicano, en la década de los ochenta todavía circulan artículos e investigaciones que usan el término DCMi en el sentido que lo hemos descrito en el apartado anterior. En otros casos es usado como un sinónimo de “síndrome hiperquinético” o “trastorno de déficit de atención”. Como hemos apuntado, las transiciones entre etiquetas diagnósticas no suelen ser lineales ni se corresponden con espacios cronológicos claramente delimitados.

de manera claramente secuencial. Un ejemplo lo encontramos con los señalamientos del propio Clements, quien, a partir de una búsqueda de los síntomas atribuidos a la DCMi, señala que se usaban muchos términos para describir un mismo síntoma. La actividad motora excesiva se encontraba mencionada como: “hiperactividad, hipercinesis, impulso orgánico, inquietud, obsesión motora, inquietud motora o nerviosismo”.¹²⁹

Otra importante crítica hacia la DCMi tuvo que ver con que no se encontraba una evidencia clara de que en los niños diagnosticados como hiperactivos existiera un historial que sugiriera daño cerebral causado por complicaciones prenatales o de nacimiento. Lo anterior tampoco implica que se diera importancia a una causa psicológica o ambiental, todo lo contrario, la crítica apuntaba a que no se podía hablar de daños estructurales, pero sí de trastornos funcionales del cerebro (la efectividad en el uso de medicamentos estimulantes, el cambio dramático que producían en el comportamiento, en cierta forma, afianzaba esta tesis de la base biológica de la hiperactividad) manifiestos desde una edad temprana y que podían ser atribuibles a un temperamento innato, que sustentaban en investigaciones genéticas y en la observación clínica, en la que encontraban que padres de niños hiperactivos habían sido “problemáticos” en su juventud, abandonaron la escuela e incluso de adultos se mostraban característicamente inquietos y con “mal genio”.¹³⁰

Una categoría diagnóstica suele surgir asociada a otra con la que conserva similitudes. Del mismo modo, entre la DCMi y el TDAH, y cobrando cada vez más fuerza como sistema de clasificación, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su segunda edición de 1968 (DSM-II), incluyó el diagnóstico “Reacción hipercinética de la infancia”, un síndrome conductual que podía tener o no una causa orgánica. Como su nombre lo indica, el rasgo sobresaliente era la hiperactividad, pero incluía también la inquietud, la distracción y la escasa

¹²⁹ CLEMENTS, *Minimal brain dysfunction in children*, p. 11.

¹³⁰ STEWART, “Hyperactive children”, pp. 97-98.

atención, presentándose principalmente en niños pequeños y mostrando una disminución en la adolescencia.

En la Tabla 2 podemos notar los principales cambios que ha tenido el TDAH a partir de la segunda edición de este Manual. El periodo comprendido entre 1950 y 1970 ha sido considerado como “la edad de oro de la hiperactividad”, en tanto es esta conducta la que se identificará como la principal problemática en las descripciones de los “trastornos hipercinéticos” de la infancia.¹³¹ A partir de la versión de 1980, tenemos ya un listado de conductas asociadas a los síntomas que le dan forma al trastorno.

Manual	Año	Diagnóstico	Características
DSM-I	1952	Ninguno equiparable	Ninguna descripción diagnóstica equiparable a los síntomas característicos de TDAH
DSM-II	1968	Reacción hipercinética de la infancia	La hiperactividad es su rasgo sobresaliente, aunque también se menciona la distracción y escasa atención. Incluido dentro de los "trastornos de conducta en la infancia y la adolescencia".
DSM-III	1980	Trastorno por Déficit de Atención (con o sin hiperactividad)	Se incluye una lista específica de síntomas ligados a: desatención, hiperactividad e impulsividad.
DSM-III-TR	1987	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, TDA indiferenciado (sin hiperactividad)	Se consideran los subtipos: inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado.
DSM-IV	1994	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad o sin ella.	Se incluye dentro de los “trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”.
DSM-IV-TR	2000	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad o sin ella.	Continúa la tendencia a describir conductas específicas que se asocian a cada síntoma del TDAH.
DSM-V	2013	Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad	Prevalecen los subtipos, se amplía la explicación acerca la importancia de cada síntoma. El TDAH se incluye dentro de los llamados "Trastornos del neurodesarrollo". Cobra mayor relevancia el diagnóstico de TDA/H en adultos. Se incluyen índices de severidad.

Tabla 2. Transformaciones del TDA en diversas versiones del DSM. Elaboración propia.

¹³¹ NAVARRO GONZÁLEZ y GARCÍA VILLAMISAR, “El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva”, pp. 23-36.

Antes de continuar señalando los cambios que se observaron en las diferentes versiones de este sistema diagnóstico, resulta conveniente hacer algunos señalamientos con relación al contexto científico y a una serie de cambios que experimentó la psiquiatría en Estados Unidos en la segunda mitad del siglo pasado, periodo en el que se afianza como hegemon en el campo. Andrew Scull lo expresa de manera por demás clara:

A principios de los años sesenta, el psicoanálisis dominaba la escena, al menos en los Estados Unidos. Y luego dejó de hacerlo.

Las manifestaciones “superficiales” de las enfermedades mentales que los psicoanalistas habían desdeñado desde hacía mucho tiempo como simples síntomas de los trastornos psicodinámicos subyacentes de la personalidad, ahora se convertían en criterios científicos: eran los elementos que definían los distintos tipos de trastorno mental. Y el control de esos síntomas, a ser posible con medios químicos, se convirtió en el nuevo Santo Grial de la profesión.

Mientras tanto, el público aprendió a interpretar la locura no en términos de “madre nevera” y sexo, sino como resultado de una bioquímica cerebral defectuosa, malos genes o neurotransmisores descontrolados. Los ajustes a los excesos o las faltas de elementos químicos del interior del cuerpo se convirtieron en la llave mágica para obtener la felicidad y la salud cognitiva.¹³²

Volviendo al tema, y tal como se expresa en la Tabla anterior, en 1980 el DSM-III planteó una reconceptualización, con lo que en ese momento se denominó “Trastorno por Déficit de Atención (con o sin hiperactividad)”. Algunos de los cambios que se producen son la presentación de una lista muy específica y una asignación numérica de síntomas ligados a la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad, consideraciones sobre la especificidad de la edad, duración de los síntomas y criterios de exclusión.

En 1987 se publicó una revisión de la tercera versión (DSM-III-TR) del Manual de la *American Psychiatric Association* (APA), en la que, a partir de discusiones acerca de los subtipos del TDA, surgió una nueva designación: "Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

¹³² SCULL, *La locura*, pp. 149-150.

(TDAH)” y al TDA sin hiperactividad se le asignó la denominación “TDA indiferenciado”.¹³³

Entre los principales debates sobre el TDAH en la década de 1980 se encontraban los referidos a los subtipos y a la importancia de la desatención sobre la hiperactividad. En buena medida, el énfasis en la desatención se debió a que los síntomas ligados a ésta eran los que presentaban mejoras más evidentes con el tratamiento farmacológico. Por otro lado, por medio de nuevas técnicas de neuroimagen se buscaba encontrar anormalidades estructurales o funcionales en el cerebro de niños diagnosticados con TDAH. A partir de diversas investigaciones se plantearon hipótesis sobre las implicaciones genéticas del trastorno y su carácter altamente heredable. Otra transformación importante fue el señalamiento de que los síntomas no desaparecían con la edad. Los estudios longitudinales apuntaban a un padecimiento crónico y persistente, con lo que se reconoció también el TDAH en la edad adulta. Se estableció un acuerdo sobre tres subtipos: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo y el combinado.

A partir de aquí, lo que tenemos es una explosión del diagnóstico, su popularización acompañada de un incremento exponencial de casos. Se señala que en 1988 había 500.000 niños diagnosticados con el TDAH en Estados Unidos,¹³⁴ en 2006 la cifra aumentó a 4.5 millones de niños de entre 3 y 17 años.¹³⁵ Según cifras de la *National Survey of Children's Health*, en 2003, de 4.4 millones de niños (de entre 4 y 17 años) con historial diagnóstico de TDAH, 2.5 millones (56%) reportaban estar medicados.¹³⁶ En México, con base en el porcentaje de las cifras internacionales, la Secretaría de Salud del país (SSA) consideró en 2002 que, de manera conservadora, 5% de la población escolar padecía TDAH. Extrapolando esas cifras se podía

¹³³ LANGE *et al.*, “The history of attention deficit”, p. 250.

¹³⁴ TALLIS, “Neurología y trastorno por déficit de atención”, p. 191.

¹³⁵ BLOON, COHEN y FREEMAN, *Summary Health Statistics for U.S. Children*, p. 11.

¹³⁶ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, *Mental Health in the United States*.

suponer que “habiendo en México más de 33 millones de niños menores de 14 años, estaríamos enfrentados a un problema que afecta a poco más de un millón y medio de niños”.¹³⁷

En la década de 1990, los psicofármacos para tratar los síntomas del TDAH, en conjunción con los avances en técnicas de neuroimagen que se aplicaron con mayor vehemencia a su estudio, fortalecieron cada vez más la hipótesis de las bases biológicas y neurológicas.

La edición de 2009 del DSM IV-TR no introdujo cambios sustanciales, solamente algunas precisiones acerca de los síntomas descriptivos que conformaban el TDAH.¹³⁸ La versión número 5 del Manual sigue la misma línea: se mantienen los parámetros descriptivos, los subtipos, las tasas de prevalencia, etc., pero uno de los aspectos a destacar es que el diagnóstico en adultos comienza a tener más presencia. El TDAH aquí ya no se incluye dentro de los “trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”, como venía siendo desde 1968, apareciendo en esta edición agrupado en los “trastornos del neurodesarrollo”. Este es cambio quizás el más relevante, sobre todo por sus implicaciones en lo que podríamos llamar un afianzamiento en la “neurologización” del trastorno.

Los trastornos del neurodesarrollo son descritos como afecciones que se manifiestan fundamentalmente en el desarrollo temprano, “se diagnostica cuando un individuo no alcanza los hitos esperados del desarrollo en varias áreas del funcionamiento intelectual [...]. El rango de los déficits varía desde limitaciones muy específicas del aprendizaje o del control de las funciones ejecutivas hasta deficiencias globales de las habilidades sociales o de la inteligencia”.¹³⁹ Dentro de este grupo, el DSM-5 incluye, además del TDAH, los trastornos del desarrollo intelectual, los trastornos de la comunicación, el trastorno del espectro autista, los trastornos motores del

¹³⁷ SECRETARÍA DE SALUD, *Programa específico*, p. 38.

¹³⁸ LANGE, *et al.*, “The history of attention deficit”, p. 253.

¹³⁹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5*. pp. 31-31.

neurodesarrollo y el trastorno específico del aprendizaje. Cabe apuntar que cada uno de estos a su vez comprenden conjuntos específicos de trastornos.

Las discusiones y el análisis que corresponden al influjo que el DSM, desde su tercera versión, ha tenido para la psiquiatría y en concreto para el TDAH, se ampliará en el quinto capítulo. Pero no podemos dejar pasar ahora algunos señalamientos para dejar en claro que lejos de ser los cambios descritos en el Manual, un tema que compete y provoca solamente al gremio de la psiquiatría, o a pensar las transformaciones descritas únicamente como mejoras producto de la pericia diagnóstica y de los resultados de investigación lo que podemos observar es también que lo anterior se da como efecto y causa a la vez, de sendas transformaciones tecnológicas, sociales, culturales, políticas y económicas.

La fuerte confianza que el DSM-III-R despertó en la biopsiquiatría, representó un fuerte cuestionamiento para los defensores del modelo psicopatológico y del contexto social, que tuvieron que enfrentar el embate de los argumentos que descansaban en las modernas tecnologías de imagen cerebral, nuevas pruebas de laboratorio y la creciente producción de estudios en biología molecular. Los avances en estos últimos, aun cuando no aportan datos concluyentes sobre las categorías diagnósticas, legitimaron la perspectiva psiquiátrica norteamericana. Las clasificaciones, “fácilmente” mensurables siguiendo la presencia de conductas observables o identificables con relativa sencillez, encajaron en la propuesta de construir categorías diagnósticas desde un planteamiento salpicado de un halo de cientificidad. Así, la psiquiatría biológica explica la etiología con base en una presunción sobre ella, sobre todo, considerando que ofrece una terapéutica que muestra una incidencia sobre los síntomas, además de que esta forma de diagnóstico se vio reforzada por el avance y el despegue que tuvieron las psicodrogas desde los cincuenta. La biopsiquiatría se muestra satisfecha al ofrecer una etiología genética y bioquímica,

al tiempo que desestima la historia, ya sea personal o social, que pudiera sospecharse vinculada con un trastorno; si no se desecha por completo la etiología social o psicopatológica, al menos se busca reducirla al máximo.¹⁴⁰

Considerando que la medicación requiere una coincidencia entre la enfermedad y el tratamiento, la apuesta por un diagnóstico “exacto”, obtenido por directrices vinculadas con comportamientos observables, se volvió cada vez más importante. Se planteó una mayor especificidad para identificar los diferentes trastornos mentales a partir de un enfoque descriptivo, producto sí de la experiencia clínica, pero teniendo como consecuencia una simplificación en la forma de entender el trastorno.

La hegemonía del modelo de la psiquiatría norteamericana se vio favorecido por cuestiones económicas, vinculadas por ejemplo a las inversiones de la industria farmacéutica en investigación, con el marketing y el impulso de políticas de salud mental afines a sus intereses, que junto con la expansión de las compañías de seguros que buscaban mayor certeza sobre la identificación de lo que podían y debían o no cubrir, movió también profundos intereses comerciales. Todo un entretejido, en apariencia invisible, al que se suma lo que puede denominarse la cultura del individualismo, caracterizada por la búsqueda de soluciones individuales a problemas sociales y personales. Así, resulta imposible pensar el TDAH como desconectado del crecimiento exponencial que tuvieron problemas como la tristeza, la ansiedad, la dificultad para establecer vínculos, etc., y etiquetas diagnósticas como depresión, bipolaridad y estrés postraumático, entre otras.

Finalmente, lo que la APA ha conseguido al posicionarse como hegemón en la salud mental es el poder de nombrar, con todo lo que ello implica: conocer, clasificar y practicar. Una cuestión

¹⁴⁰ BROWN, “The Name Game”, pp. 391-389.

que no se restringe al ejercicio de la psiquiatría, sino que es ante todo una cuestión política. No es gratuito que el DSM-III buscara con insistencia separarse de la “Clasificación Internacional de las Enfermedades” (CIE-9), manual diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud, utilizado ampliamente en Europa, cuyas directrices conducían a una menor prevalencia en diferentes trastornos, tal es el caso del TDAH, quedando claro con ello que dependiendo la forma en que se diagnostique, dependerá el número de casos que se encuentre.

Balance sobre la denominada “Historia oficial del TDAH”

En fechas recientes han aparecido todo un conjunto de trabajos que recuperan no solo referencias del campo médico, sino también del literario, del bíblico e incluso de la pintura, para plantear sospechas acerca de casos cercanos al TDAH desde épocas remotas. Es difícil saber el impacto que generan socialmente, pues son publicados en revistas especializadas en neurología o psiquiatría. La mayor parte de las veces son señalamientos descontextualizados y breves que sin embargo son citados, como informes dispersos pero significativos. Sostienen, por ejemplo, que: Galeno e Hipócrates, en la Grecia antigua, proporcionaron caracterizaciones comparables con la condición actual del TDAH; Shakespeare describió un personaje adulto de Enrique VIII con graves problemas de atención; Goethe, en la segunda parte del Fausto, delineó el comportamiento de Euforión de manera cercana a lo que hoy sería un niño con actividad motora excesiva, impulsividad y con desatención a las advertencias de sus padres; en la pintura de 1670, “La escuela del pueblo”, el pintor holandés Jan Steen, retrató niños que hoy podrían ser diagnosticados con TDAH. En el mismo tenor, otras publicaciones han sostenido, a partir de “evaluaciones diagnósticas retrospectivas”, es decir, de “aplicar” los criterios del DSM 5 (o de versiones anteriores), que podemos sospechar de casos cercanos al TDAH, en figuras históricas o bíblicas como Mozart,

Lord Byron, el apóstol Pedro, Sansón, Saúl, o en el deuteronomio del Antiguo Testamento, en donde se aconseja a los padres de un hijo rebelde y terco que lo denuncien con los ancianos de la ciudad para que sea apedreado.¹⁴¹

Más allá de pensar las aseveraciones anteriores como intentos por mostrar referencias cultas, lúdicas incluso, o de ser argumentos pedestres pese a la seriedad con que se presentan, creo que, del mismo modo que con los pasajes explicados en este capítulo, son piezas de un relato que se estructura desde el presente para validar la mirada neurobiológica del TDAH, apuntando a la vez a hacer evidente que no estamos frente a una construcción social, sino a un trastorno transhistórico o incluso metahistórico. La mayor parte de esos artículos lo infieren implícitamente, la idea acá parece ser que algo ya estaba, pero tenía que ser “descubierto”, o al menos identificado y descrito con precisión. Volveremos al tema, pero por ahora conviene recapitular algunos elementos centrales tocados en el capítulo, a fin de poder hacer un balance general.

Sintetizando los argumentos de la “historia oficial” del TDAH, podrían enumerarse del siguiente modo:

1. Desde los relatos médicos de los siglos XVIII y XIX podemos ubicar una preocupación por el comportamiento infantil descontrolado, en específico, por los síntomas que hoy conforman el TDAH: la desatención, la hiperactividad y la impulsividad. Considerando lo anterior, se piensa que podemos hablar de una evolución gradual del concepto que tiene como punto de llegada el TDAH.

2. Las diferentes descripciones médicas van conservando y recuperando rasgos, sobre todo asociados a una explicación de las causas de la conducta en términos biológico o neurológicos.

¹⁴¹ SCHMITT y FALKAI, “Historical aspects of Mozart's mental health”, pp. 363-365; FITZGERALD, “Did Lord Byron have attention deficit hyperactivity disorder?”, pp. 31-33; BONAZZA *et al.*, “Did Goethe describe attention deficit hyperactivity disorder?”, pp. 70-71. Una síntesis de estos planteamiento se encuentra en MARTINEZ BADÍA y MARTINEZ RAGA, “Who says this is a modern disorder?”, pp. 379-86.

Hay un matiz entre los puntos anteriores. El primero lleva implícita la idea de que el trastorno no es reciente, el niño hiperactivo ya era. El TDAH, como hoy se piensa, ya existía, pero no se contaba con el andamiaje conceptual y la tecnología médica suficiente para dar cuenta de lo que las neurociencias actuales pueden ver. En ese sentido, se asume que el niño hiperactivo existía y existe independientemente de una serie de condiciones económicas, socioculturales, científicas y tecnológicas. La segunda perspectiva puede sugerir que hay elementos en las explicaciones que insisten, que se van identificando cada vez con más claridad y que corroboran las causas orgánicas del trastorno.

3. Otra postura ve las descripciones más ligadas a lo mental, a lo psicológico o a planteamientos médico-pedagógicos como una especie de prehistoria del TDAH, y ubican una historia más reciente asociándolo a la Lesión o Disfunción Cerebral Mínima o a planteamientos como la encefalitis, que de manera más evidente hacen referencia a factores cerebrales implicados como causa de la sintomatología.

Sostenemos que lo que analizan desde la “historia científica” es el rastreo de una preocupación por los síntomas que hoy conforman el TDAH, pero en cada época e incluso dependiendo el contexto, hay una explicación diferente acerca de los comportamientos (normales y anormales) de los menores. La infancia que manifiesta las conductas que se consideran diferentes a las esperadas no es la misma en esos más de dos siglos. La infancia es histórica, el gran problema de la “historia oficial” es que, pretendiendo encontrar explicaciones, causas y diagnósticos similares entre sí, suelen asociar de manera muy laxa diferentes acontecimientos aparentemente congruentes con lo que se entiende recientemente por TDAH, estableciendo suposiciones tácitas, sin enmarcarlas en su contexto de producción, obviando los factores de diversa índole que se encuentran asociados a la emergencia de una patología, trastorno o enfermedad mental.

La revisión histórica de un conjunto de síntomas que han devenido en un trastorno dentro de las clasificaciones psiquiátricas permite entender cómo se van transformando los criterios diagnósticos bajo una serie de factores sociales y culturales; del mismo modo que las prácticas terapéuticas y las tecnologías de observabilidad y validación de ese trastorno. El diagnóstico provee de una visión acerca de cómo se entiende una enfermedad o un trastorno; estudiarlo posibilita analizar la interacción médico-paciente, el proceso por el que un conjunto de síntomas es agrupado desde el campo médico y cómo se responde a ello desde las políticas de salud mental y de todo un andamiaje de actores y prácticas. En este sentido, como ha sostenido Phil Brown desde hace ya varias décadas, una sociología del diagnóstico —en clave histórica, agregaremos nosotros— proporciona directrices para entender el diagnóstico como una poderosa herramienta social que muestra, en tanto expresión cultural, lo que la sociedad legitima como lo normal y lo que debe ser corregido.¹⁴² El conjunto de síntomas que nos ocupa (desatención, hiperactividad e impulsividad), agrupados en diferentes momentos, están cargados de valores, a veces no claramente visibles hasta que se dispone de cierta distancia histórica. Aunque las conductas que dan forma a los diagnósticos sean explicadas y sustentadas desde una experiencia clínica y desde factores biológicos, las pautas sociales y culturales convierten estos síntomas en trastornos.

La psiquiatría es una disciplina que elabora sus diagnósticos basándose en la tecnología y en los valores existentes en un contexto (social y temporal) específico. Como sostiene Ian Hacking, la clasificación busca la imagen de un objeto fijo y, en este sentido, los vectores por él propuestos nos dotan de elementos para identificar el modo en que un trastorno como el que aquí se estudia es aceptado por una comunidad científica. En una polaridad cultural se asocia un comportamiento no deseado a un desorden que genera una sensación de malestar o padecimiento en un paciente y

¹⁴² BROWN, “The Name Game”, p. 390.

en su contexto familiar y escolar. A la par, esos especialistas cuentan con un arsenal técnico que brinda visibilidad al trastorno y una terapéutica que libera de ese estado patológico. En este breve recorrido por distintas designaciones que se encadenan en estas historias científicas del TDAH, lo que vemos es la caída o la transformación de esos vectores que sostienen una patología, con lo que aparecen nuevas designaciones no exentas de elementos de las anteriores. Por ejemplo, las transformaciones que tenemos entre la DCMi y el TDAH están atravesadas por la preeminencia del electroencefalograma en la primera, y por un uso más extendido de Tomografía por Emisión de Positrones en el segundo, pese a que no hayan sido o sean evidencias para el diagnóstico. Podemos agregar también los cambios en los diagnósticos (ejemplo concreto son los criterios utilizados a partir del DSM III) y de las transformaciones en los tratamientos, con una paulatina, pero constante importancia concedida a los psicofármacos frente a las psicoterapias.

Estamos entonces frente a historias de la desatención y de los comportamientos impulsivos, es decir, historias que dan cuenta de cómo estas conductas han sido pensadas desde diferentes paradigmas científicos, en el contexto de una serie de preocupaciones por la conducta infantil. El matiz que señalo al hablar de “historias de la desatención y la hiperactividad”, en lugar de adscribirnos a la “historia oficial del TDAH”, intenta poner en evidencia que, en diferente grado, la corrección de dichos síntomas ha sido una demanda persistente desde hace décadas desde el ámbito familiar, y sobre todo desde el escolar. Por lo tanto, hablamos de una aprensión que se encuentra vinculada a los procesos de masificación de la escuela y a las transformaciones de los derechos de la infancia. Sostenemos que no podemos pensar la historia del TDAH como si éste, tal como hoy lo entendemos, hubiese existido desde siglos atrás. La mención a los planteamientos de diferentes psiquiatras, a esos hitos fundacionales, si bien no clarifica la historia del trastorno, puede ser útil para evidenciar una preocupación por las patologías de comportamiento en la

infancia desde la psiquiatría de finales del XVIII y hasta nuestros tiempos. Las principales conductas que conforman el TDAH, a lo largo de más de dos siglos, se han asociado a estigmas y prejuicios de cada época; sin embargo, resalta que no han estado exentas de una moralización de las conductas y de los comportamientos indeseables en la escuela. Una pregunta fundamental entonces es: ¿bajo qué circunstancias la desatención y la hiperactividad han sido pensadas como conductas problemáticas en diferentes fechas, y sobre todo en los contextos educativos?¹⁴³

Para entender los planteamientos de la “historia oficial” hay que tener en cuenta el modo en que se piensa el trastorno en la actualidad y hacia dónde orientan sus intereses de investigación quienes suscriben esta perspectiva. Al respecto, puede identificarse cierto consenso en el gremio neuropsiquiátrico en relación con que el TDAH se manifiesta en niños, adolescentes y adultos, con síntomas de desatención hiperactividad e impulsividad. Es un síndrome neurobiológico, no una "enfermedad", teniendo causas específicas conocidas.¹⁴⁴ Tiene una fuerte implicación genética: lo que se hereda parece ser un conjunto de rasgos, en lugar de una enfermedad, y un conjunto de disposiciones para reaccionar a las asociaciones ambientales del TDAH. Produce cambios cognitivos que requieren tratamiento con fármacos y terapias de modificación de la conducta. Se

¹⁴³ Foley apunta que, a principios del siglo XX, diversas discusiones sobre educación en Alemania se centraban en la atención, considerando la inquietud motora como una consecuencia, más que un atributo distintivo. Con “inquietud” se referían a los niños que se creía mostraban una inquietud interna, considerada normal e incluso necesaria en los niños pequeños, pero inconveniente para los mayores que necesitaban control. Uno de los objetivos fundamentales de la educación era enfocar gradualmente las inquietas mentes de los menores, y la distracción se utilizaba para caracterizar la condición mental de un niño, atribuida a diversos factores como su entorno social y las características de sus padres y maestros. La inquietud patológica en los niños también podía observarse en niños agitados, histéricos o neuróticos, así como en trastornos psiquiátricos graves. FOLEY, “Sons and daughters beyond your control”, p. 126.

Martínez Badía y Martínez Raga señalan que la historia del TDAH no debe restringirse a las descripciones médicas, sino debe ser enfocada desde el análisis de la concepción de los niños y de la educación, a partir de la segunda mitad del siglo XVIII, momento en que el niño será considerado un individuo en sí mismo, y a partir del XIX, cuando la escolarización comenzó a ser obligatoria en diversas partes del mundo. Citan, como ejemplo, 1870, momento en que se aprobó la ley de educación que planteaba la obligatoriedad de la escuela en Gran Bretaña. MARTÍNEZ BADÍA y MARTÍNEZ RAGA, “Who says this is a modern disorder?”, pp. 379-86.

¹⁴⁴ MILLICHAP, “Definition and History of ADHD”, p.1.

sostiene que hay cambios en la estructura y la función de los sistemas cerebrales y en los neurotransmisores en las personas diagnosticadas, y que se puede dar cuenta de ello mediante estudios de neuroimagen, pruebas de genética molecular, de psicología experimental, así como con algunos ensayos clínicos.¹⁴⁵ Para Lange y colaboradores, los estudios de neuroimagen muestran que los pacientes con TDAH presentan anomalías en los sistemas implicados en la regulación de la atención, el comportamiento motor y la inhibición. Muchos individuos presentan una respuesta terapéutica a los medicamentos que bloquean el transportador de dopamina o noradrenalina. Aunque, por otro lado, aclaran los autores, no se ha encontrado consistencia en los marcadores genéticos, y las más modernas técnicas de neuroimagen no han identificado con total claridad una etiología, ni una patología biológica o neurológica que con certeza permita hablar de un trastorno neuroconductual o del neurodesarrollo.¹⁴⁶

En relación con lo antes dicho, las “historias científicas” del TDAH conforman relatos selectivos condicionados por la comprensión de la mirada actual del trastorno. Podemos apuntar que en estos modos de historizar el trastorno hay una búsqueda por despsicologizarlo y, en su lugar, neurobiologizarlo; un alegato contra la explicación de los problemas de conducta como procesos emocionales de causas psicológicas, que lleva a que los referentes que son recuperados como parte de esta historia identifican fundamentalmente causas cerebrales en el trastorno.

En vista de los argumentos presentados, lo que hasta aquí se ha expuesto es un análisis de cómo, desde la historia, se construye también un objeto de estudio, qué datos son tomados para la construcción de ese objeto, qué actores son los privilegiados en esa historia y cómo se establecen las relaciones entre ellos. Dos interrogantes surgen de lo apuntado: ¿cuáles son las características de los autores que gozan del reconocimiento y la legitimidad necesarios para ser incorporados a la

¹⁴⁵ TAYLOR, “Antecedents of ADHD”, p.73.

¹⁴⁶ LANGE *et al.*, “The history of attention deficit”, p. 253.

“historia oficial” del TDAH? ¿cuáles son las estrategias de inclusión y exclusión de actores o acontecimientos ligados a esa historia? De entrada, podemos decir que son médicos, la mayoría psiquiatras, estadounidenses o europeos (fundamentalmente ingleses y alemanes) que plantearon algo cercano a la perspectiva actual del TDAH —y que por lo tanto es bien recibido entre la comunidad científica—. Contrariamente, los textos que se decantan por una perspectiva psicopatológica no suelen tener una presencia relevante en estas historias.

El psiquiatra holandés Edo Nieweg, ha señalado que suele pensarse el TDAH como un fenómeno anglosajón, introducido en los Países Bajos a partir del diagnóstico de la DCMi. Considera que este argumento es incorrecto, ya que el trastorno tiene allí una larga historia, con una serie de controversias y con una atribución a su etiología vinculada a factores biológicos. El autor considera inexacta también la idea de que antes del DSM-III los trastornos psiquiátricos eran atribuidos a las influencias parentales, es decir, a causas psicopatológicas. Encuentra en cambio, en la psiquiatría temprana de los Países Bajos, visiones más equilibradas y multifacéticas.¹⁴⁷ Lo anterior afianza la idea de que la recuperación de autores y trabajos, en estas historias oficiales del TDAH, son altamente selectivas; y por otro lado, puede sugerirnos que las fuentes marginales podrían orientarnos hacia relatos diversos acerca de los antecedentes del TDAH.

Si bien algunos autores de esta “historia científica” reconocen aspectos culturales implicados en las diferentes conceptualizaciones de los síntomas del trastorno, éstos pasan a segundo término. Taylor, por ejemplo, señala que los conceptos ligados a los pasajes previamente expuestos surgen en el marco de una reconceptualización y preocupación por la infancia en el contexto europeo; por ejemplo, el incremento, hacia 1900, del número de niños que en Inglaterra estudiaban. Cree también que la influencia de los trabajos de Rousseau y más tarde de Freud fueron

¹⁴⁷ NIEWEG, “ADHD, a 'fashion' that won't go out of fashion”, pp. 303-312.

creando una idea diferente de la infancia, apareciendo un interés por la vida mental de los niños, y por la consideración de éstos no solo como adultos pequeños, sino como agentes activos cuyo rol económico estaba cambiando, lo que implicó también transformaciones en el grado de control que se ejercía sobre ellos. Taylor considera que los factores medioambientales y sociales en el trastorno son fuertes, sin bien no han sido suficientemente estudiados, pero enfáticamente excluye de lo anterior la variación neurobiológica que conduce al trastorno, es decir, la causa. Este autor descarta además las controversias sobre el tratamiento farmacológico, y considera que la terapéutica psicológica orientada o centrada en el entrenamiento de la atención confunde la atención conductual con sus alteraciones cognitivas funcionales.¹⁴⁸

Con el recorrido trazado hemos podido ver que las primeras descripciones de niños que muestran hiperactividad e impulsividad son referidas a enfermedades fácilmente identificables, causadas por lesiones cerebrales o infecciones, o están asociadas a casos de padecimientos psiquiátricos graves, cuyo comportamiento podía considerarse como patológico *per se*, a tal grado que requerían ser atendidos dentro de instituciones psiquiátricas. Lo anterior dista de los comportamientos hiperactivos que aparecerán en cientos de artículos y libros en las décadas posteriores a los ochenta en el siglo pasado. ¿Por qué aparecen aquellos planteamientos en las historias de la hiperactividad, aun cuando parecen divergentes entre sí, y siendo que responden a modelos clínicos distintos? Una posible razón, como hemos dicho antes, es que encajan en las historias elaboradas por médicos, centradas en la descripción del progreso de la práctica clínica moderna, que va perfeccionando lentamente sus nomenclaturas, a la par de que van adquiriendo mayor validez científica y eficacia en la práctica terapéutica. Los diferentes pasajes de las historias de la hiperactividad se inscriben en una narrativa de los orígenes, que ve en la llegada al TDAH

¹⁴⁸ TAYLOR, “Antecedents of ADHD”, p.73.

un progreso de la medicina moderna, reforzándose la idea de que el trastorno ha existido desde hace mucho como una afección genética o un fallo neurológico. Así, un trastorno que está atravesado por controversias es asumido como un hecho atemporal de causalidad biológica. Pero las implicaciones de esta narrativa triunfalista van más allá: legitiman de diversos modos al gremio y neutralizan los ataques de los que pueden ser objeto.

La historia del TDAH en clave neurobiológica refuerza la identidad colectiva de un gremio frecuentemente cuestionado, explicita de algún modo de dónde vienen sus ideas. En un doble movimiento, aclara quiénes son y los diferencia de otros profesionales del *campo psi* que pudieran reclamar el tener algo que decir sobre el trastorno. En ese sentido, la construcción del objeto, en este caso el TDAH, sirve como elemento cohesionador, al tiempo que cierra filas a los legos y se posiciona como el lugar de enunciación validado por la comunidad médica, así como para la académica y social que avala a la primera. El recuento histórico legitima las ideas y prácticas de un paradigma que solo con tibieza acepta que no tiene datos concluyentes, que trabaja con hipótesis y supuestos que se van ampliando o reconfigurando. Con la historia del trastorno como garante pareciera decirse: “No hay dudas, vamos por el camino correcto”.

Los pasajes de esa historia suelen estar cargados de gloria, del reconocimiento de la pericia de unos cuantos personajes cuyas ideas permanecían en el olvido, pero que son rescatadas por estos relatos que ven en ellas el germen de lo que ahora sí puede ser explicado con mayor claridad. Los neurólogos o psiquiatras que hoy mantienen una preeminencia sobre el trastorno construyen así una imagen de continuidad y certeza en su práctica, se convierten en herederos de una tradición, forman parte del grupo dominante y de una red más amplia de expertos en el TDAH.

Los criterios de exclusión de las fuentes que contradigan la narrativa histórica que desea sostenerse, no son cosa extraña: son una práctica selectiva que minimiza los hechos que no encajan

en la unidad argumentativa. El historiador de la ciencia Paul Foley, reconoce que en las descripciones tempranas del TDAH hay una interpretación que busca hacerlas encajar en el molde que establece el DSM.¹⁴⁹ Estas historias y sobre todo las referencias tempranas deben entonces ser tomadas más en serio por sus efectos que por sí mismas. La inclusión de determinados autores unifica al colectivo neuropsiquiátrico a la luz de un relato que exalta a ciertos personajes y los logros científicos del pasado. Inexactos, sí, pero parte de la arqueología del TDAH, apenas un pálido reflejo, intuiciones que logran concretarse solo en el esplendor de las tecnologías neurocientíficas actuales.

En los siguientes capítulos se revisará el modo en que los psiquiatras mexicanos se cohesionaron como grupo en los años setenta, y cómo el diagnóstico y tratamiento (sobre todo farmacológico) de la hiperactividad, impulsividad y la falta de atención en los niños, en una superposición de elementos, les dotó de una identidad como grupo, al tiempo que respondían a una demanda social de atención a estos síntomas, los cuales irán teniendo cada vez más altas tasas entre los trastornos psiquiátricos infantiles, sobre todo a partir de la última década del siglo pasado.

¹⁴⁹ FOLEY, “Sons and daughters beyond your control”, p. 126.

CAPÍTULO 2. LA CLÍNICA DE LA CONDUCTA Y LA PSIQUIATRÍA INFANTIL MEXICANA EN EL SIGLO XX

En este capítulo se ofrece un panorama de la psiquiatría infantil en las décadas de 1960 y 1970. El objetivo es brindar elementos para comprender de mejor manera la atención que se le dio en México a la Disfunción Cerebral Mínima (DCMi), diagnóstico bajo el que se agruparon —entre una variada cantidad de síntomas— la inatención, la impulsividad y la hiperactividad. Se propone también seguir la pista a una serie de profesionales que van cobrando un rol protagónico en el terreno de la paidopsiquiatría en diferentes instituciones. Se ofrece una breve explicación del panorama de la psiquiatría en la segunda mitad del siglo, enfatizando la fundación de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil (AMPI) y el trabajo que se llevaba a cabo en la Clínica de la Conducta (CC), una dependencia en la que los psiquiatras infantiles del país pusieron en práctica sus conocimientos sobre los problemas de conducta y aprendizaje desde 1937.

La Psiquiatría Infantil en México

En el periodo posrevolucionario en México se establecieron las coordenadas políticas, económicas y culturales que enmarcarían las décadas venideras. Nuevos agentes sociales ganan protagonismo, la infancia comienza a ser concebida como portadora de derechos. Las condiciones en las que vivían los niños seguían reflejando las desigualdades económicas y sociales que padecía el país en general, sin embargo, comenzaba a mostrarse la necesidad de regular y mejorar su situación. La infancia ganaba centralidad y demandaba la creación de leyes e instituciones públicas que combatieran la precariedad que padecía. En los años veinte, observan Alcubirre y Sosenski, “la sociedad mexicana vivía un nuevo espíritu de época en el que la infancia se convirtió en un eje importante del debate público, y se orquestaron diversas políticas para dar protección, atención y

asistencia a niños y a niñas, además de que se crearon instituciones para ellos”.¹⁵⁰ Un hito en la historia del reconocimiento de los derechos es la organización a inicios de 1921 del Primer Congreso Mexicano del Niño, cuyo principal objetivo fue concientizar, desde diversas disciplinas, sobre la importancia de garantizar el óptimo desarrollo de los niños. Se presentaron ponencias relacionadas con la educación, la salud, el trabajo infantil, la legislación y protección de los menores para, hacia el final del Congreso, plantear una serie de demandas encaminadas a la mejora de su vida.

Por aquel entonces, el analfabetismo alcanzaba cifras colosales. El nuevo orden político demandaba no solo niños alfabetizados sino portadores de valores civiles. La familia –como espacio de socialización primera– y el Estado serían las instituciones encargadas de velar por la correcta educación de los ciudadanos del mañana.¹⁵¹ Las ansias por crear una identidad nacional encontraron réplica en argumentos eugenésicos que buscaban civilizar a los grupos menos favorecidos. Los niños indígenas y campesinos debían abandonar su estado salvaje a través de una educación moderna que les permitiera volver a sus comunidades para “integrarlas a la construcción de un nuevo mexicano con un pasado indígena pero un presente occidentalizado”.¹⁵²

Aunque la vida escolar no se detuvo totalmente durante la Revolución, la consumación del periodo armado trajo la estabilidad necesaria para que el gobierno retomara el interés por la situación educativa de los niños mexicanos. Los continuos cambios que se registraron durante las décadas siguientes fueron, señala Engracia Loyo, “en muchos casos un acicate para hacer de la cuestión educativa un medio de legitimidad de las autoridades y un instrumento para formar

¹⁵⁰ ALCUBIRRE y SOSENSKI, *Historia mínima de las infancias en México*, p. 152.

¹⁵¹ A la par del establecimiento del artículo 3º constitucional, se promulga el artículo 31 que marca la obligación legal de los padres y madres de familia para enviar a sus hijos a la escuela.

¹⁵² ALCUBIRRE y SOSENSKI, *Historia mínima de las infancias en México*, p. 152.

ciudadanos”.¹⁵³ Los años veinte vinieron a reforzar el papel central de la escuela como vehículo ideológico, los gobiernos comprendieron tempranamente que los niños que asistían a las escuelas eran el mejor camino para moralizar a las familias, por ello se abocaron a propiciar el desarrollo de futuros mexicanos carentes de vicios, con disposición para el trabajo y el ahorro.

La creciente preocupación por la formación de los infantes se manifestó también en el ámbito de la salud. Se buscaba no sólo alfabetizar a los niños sino crear jóvenes sanos, con hábitos de higiene y buena alimentación. Las madres fueron las primeras responsables de transmitir a sus hijos estos valores; sin embargo, la atención a la salud infantil no recaía exclusivamente en el cuidado materno: para ello se establecen programas e instituciones encargadas de la atención sanitaria a los menores. En 1922 se crean los Centros de Higiene Infantil que buscaban brindar atención médica preventiva. Pocos años después, en 1929, se crea la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, cuya misión era velar por la integridad de los niños. Estas nuevas medidas se apoyaron en la medicina, la naciente pediatría y en la corriente de la higiene mental y la eugenesia.¹⁵⁴ Bajo esta mirada resultaba necesario cuidar el adecuado desarrollo moral y mental. Conviene recordar que la higiene mental fue un movimiento surgido en Estados Unidos, orientado al perfeccionamiento de la civilización, a la profilaxis de las enfermedades mentales y del delito, y al conocimiento de las mejoras pedagógicas, la herencia y el ambiente sano y normal de la niñez. En nuestro país, buscó la mejora del pueblo mexicano en cuanto a la salud mental y física, la corrección de los defectos y de todo aquello que perturbara la armonía y la normalidad sociales.¹⁵⁵ Un menor sano era un niño bien nutrido que asistía regularmente a la escuela y que mostraba un

¹⁵³ LOYO, “Una educación revolucionaria para la Ciudad de México”, p. 333.

¹⁵⁴ ALCUBIRRE y SOSENSKI, *Historia mínima de las infancias en México*, p.167.

¹⁵⁵ Para profundizar en el impacto de la Higiene Mental en México, véase: *Revista Mexicana de Higiene Mental; Psiquis. Revista Mexicana de Higiene Mental; AVELEYRA ARROYO DE ANDA et al., La higiene escolar en México; RÍOS MOLINA, Cómo prevenir la locura*, capítulos 1 y 2.

rendimiento escolar promedio; aquellos que se encontraban por debajo de estos parámetros eran considerados “anormales”, “niños problema” o “retardados”.

La lógica de la higiene mental y la eugenesia no tardaron en establecer relaciones entre el desarrollo mental de los infantes y su origen socioeconómico. Para atender a estos niños se crea, en el gobierno de Lázaro Cardenas, el Instituto Médico Pedagógico (IMP), un organismo dependiente de la Secretaría de Educación Pública. El IMP incorporaba aspectos médicos, pedagógicos y sociales para brindar una atención integral a los que mostraban algún retraso en el desarrollo. El interés por la protección a los niños se incrementó en tanto el fin del periodo armado dio paso a una sensación colectiva de estabilidad política y económica. Una serie de iniciativas buscaron la mejora de las condiciones de vida infantil; algunas se concretaron en la creación de programas e instituciones, tales como la fundación de la Sociedad Mexicana de Pediatría y la Sociedad Mexicana de Puericultura en 1930, un año después vio la luz la Sociedad Mexicana de Eugenesia y el Pabellón Infantil en el Manicomio de La Castañeda en 1932, creado para dar atención a las afecciones mentales de los menores.¹⁵⁶

A finales de 1943, el presidente Ávila Camacho designa al frente de la Secretaría de Educación Pública a Jaime Torres Bodet, quien sienta las bases para la conformación de un sistema educativo más tolerante y plural. La escuela adquiriría, bajo su prisma, un nuevo compromiso histórico basado en perfilar al mexicano del futuro. El nuevo proyecto obedecía no sólo a las necesidades nacionales sino también a los acontecimientos internacionales. La Segunda Guerra Mundial trajo un nuevo furor nacionalista a las escuelas, se exigía que los niños mostraran una disciplina férrea y que los profesores reforzaran el culto a los símbolos patrios desde el aula. El fin de la guerra puso de manifiesto la necesidad de consolidar la paz y la democracia desde una

¹⁵⁶ SOSENSKI, *Robachicos*, p. 30

educación que fomentara no solo el amor a la patria sino la solidaridad internacional.

El anhelo de modernidad dejó ver los rezagos del país en varias áreas, sobre todo en las concernientes a los menores y sus cuidados. El trabajo infantil era moneda corriente, aunque las reformas al artículo 123 habían aumentado la edad mínima para ingresar a la vida laboral. Pese a la obligatoriedad de la educación primaria, una gran cantidad de niños seguía trabajando; estos pequeños proveedores del hogar pronto encontraron su lugar dentro de la lógica del consumo y fue entonces que “la retórica publicitaria reconoció en la acción infantil un potente discurso comercial y apeló al niño como protagonista, aunque su intención implícita fuera someter las decisiones de los niños a las reglas y necesidades del mercado y no fomentar su agencia en términos políticos, como se había intentado durante el cardenismo”.¹⁵⁷ El telón de fondo de las medidas asistencialistas impulsadas por el gobierno era la descarga económica de las obligaciones que el Estado mexicano aún no asumía como propias. Las asociaciones privadas, sobre todo de tipo religioso, tenían una enorme injerencia en establecer las medidas de atención a la infancia. Fue la iniciativa privada, por ejemplo, la que apoyó a inicios de la década de los cincuenta al Departamento de Higiene Mental que –fundado como parte del Hospital Infantil de México– buscaba atender los problemas de salud mental infantil.

El asistencialismo continuaba atravesando las políticas estatales en torno a la infancia. En 1952 se crea la Oficina Nacional del Niño, que atendía la salud materno infantil. No es de extrañar que, durante los periodos de movilizaciones de mujeres para conquistar derechos políticos, surjan este tipo de instituciones “maternalistas” que buscan neutralizar la lucha feminista al reducir el papel de la mujer a cuidadora del hogar y de los hijos.¹⁵⁸

¹⁵⁷ ALCUBIRRE y SOSENSKI, *Historia mínima de las infancias en México*, p. 174.

¹⁵⁸ En el mismo año, 1952, el aun candidato presidencial Adolfo Ruíz Cortines se compromete a hacer oficial la reforma constitucional que, desde el cardenismo, había aprobado la participación política de las

Las problemáticas de los niños mexicanos en los años cincuenta se centraban en tres grandes rubros: las precarias condiciones de salud, el analfabetismo (aunado a una serie de problemas educativos como el ausentismo escolar) y la delincuencia infantil. Se realizan congresos que buscan estimular su desarrollo integral desde el trabajo de especialistas. En 1953 se lleva a cabo el Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia, cuyos objetivos principales se orientaban a establecer el marco legal que garantizaría su protección y óptimo desarrollo. Los intereses del gobierno mexicano se alineaban al creciente interés internacional por la infancia, interés que se materializa en la Declaración de los Derechos del Niño emitida en 1959 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Se reconocía que los niños tenían necesidades y demandas distintas a los adultos, que eran portadores de derechos y que éstos debían ser garantizados –mediante la oportuna creación de leyes e instituciones oficiales– por los gobiernos de cada país.

Hacia finales de los años cincuenta, un nuevo modelo económico basado en el desarrollismo propició una reforma de la educación. El nivel educativo medio de la población debía elevarse para estar acorde a los nuevos vientos que vivía el país. En 1959, López Mateos da a conocer el Plan Nacional de Expansión y Mejoramiento de la Enseñanza Primaria, también conocido como el “Plan de Once Años”, que tenía como eje central brindar los medios necesarios para garantizar el acceso a la educación primaria. Se sentaban las bases para una educación gratuita y obligatoria. El ambicioso Plan develó una serie de problemáticas educativas que, aunque detectadas ya en décadas anteriores, ahora demandaban su oportuna atención. El retraso escolar,

mujeres en los procesos electorales. Finalmente, el decreto de ley que permite a las mujeres mexicanas votar y ser votadas es publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de octubre de 1953. Históricamente, las luchas feministas en todas partes del mundo han encontrado resistencia por parte de los gobiernos en turno, quienes responden a las demandas de las mujeres, creando instituciones, leyes y festividades destinadas a resaltar el valor civil de la maternidad, el cuidado y la crianza.

la deserción y la reprobación se vuelven categorías de uso común para medir la escolarización infantil.¹⁵⁹

El Plan contribuyó significativamente al establecimiento de una agenda educativa nacional a la vez que reforzó la tendencia a definir los problemas escolares de los niños en términos de rendimiento personal; es decir, en adelante las dificultades que padecían para acceder a la educación serán pensadas como individuales más que sociales. El Plan de Once años, como señala Josefina Granja:

ponía en circulación la idea de que la necesidad de educación la tienen todos, pero no todos la demandan, es decir no todos “quieren y pueden” cursarla; en los países desarrollados necesidad y demanda coinciden, en los países poco desarrollados existe una gran diferencia entre necesidad de educarse, que es la misma en todos los niños, y la posibilidad y voluntad de hacerlo. Este resulta ser uno de los lugares más reveladores de la tendencia subyacente del Plan, al trasladar al plano individual los problemas y retos de la enseñanza primaria que veremos reiterarse en otras de las conceptualizaciones en él plasmadas.¹⁶⁰

Pensadas en estos términos, las dificultades escolares como la deserción o la repetición se volvieron categorías que terminaron estigmatizando a los alumnos que no tenían los medios económicos necesarios para favorecer un desempeño escolar adecuado. Los factores de índole económico y social eran presentados como secundarios frente a aquellos de orden individual, tales como la motivación o el carácter.

Si bien el Plan mostró la existencia de desigualdades geográficas y sociales que afectaban el recorrido escolar —por ejemplo, las condiciones monetarias familiares o la precaria situación de las escuelas ubicadas en contextos rurales—, éstas eran pretendidamente zanjadas por un

¹⁵⁹ Aunque desde 1921 Gregorio Torres Quintero alertó sobre la preocupante población de niños que enfrentaban problemas para continuar en la escuela o concluir la educación primaria, es hasta el Plan de Once Años que se comienza a evaluar y cuantificar sistemáticamente la trayectoria escolar de los menores. LOYO, “Una educación revolucionaria para la Ciudad de México”, pp. 354-358.

¹⁶⁰ GRANJA CASTRO, “El lenguaje escolar de la desigualdad”, p. 31.

sistema educativo “democrático e igualitario”. La principal causa del bajo rendimiento escolar recaía sobre los propios alumnos y sus padres; si “la escuela producía resultados diferentes en la población que pasaba por ella, se debía a ‘fallas en su operación’ mas no a que produjera desigualdad interna”.¹⁶¹ Pasarían décadas para que se pudiera analizar la repercusión del contexto en el desempeño escolar de los niños. Mientras, la escuela seguiría siendo un espacio de profundas contradicciones, un dispositivo de producción y reproducción de desigualdad (sostenido entre otras cosas por un lenguaje que divide y extrapola a los alumnos con clasificaciones tales como “desertor”, “repetidor”, “aprobado”, etc.) que, sin embargo, se erige portadora de ideales igualitarios. Con el paso de los años, la discordancia entre lo que la escuela pretende y lo que realmente logra se hará cada vez más evidente. En el corazón del sistema educativo se instauró con fuerza una mirada individualizante; aquella que atribuía a la voluntad de los infantes (y de sus padres) la principal causa de su rendimiento escolar. Lógica secundada por los discursos médicos, especialmente por los provenientes de la reciente psiquiatría infantil.

Ya para los años sesenta, eran innegables los aportes de los psiquiatras infantiles para tratar a los niños que mostraban problemas en la escuela. Así se evidenció en el Coloquio Latinoamericano sobre el Conocimiento del Niño, organizado por la SEP en 1963. Buena parte del evento giró en torno a la atención de los trastornos educativos de los infantes. Se resaltó la importancia de instituciones como la Clínica de la Conducta que, al tratar a niños con comportamientos escolares anormales, contribuían a la mejora del sistema educativo mexicano.¹⁶² En este sentido, la psiquiatría infantil funcionó también como una instancia que legitimaba los discursos educativos al relacionar los problemas de aprendizaje con los trastornos mentales y, por

¹⁶¹ GRANJA CASTRO, “El lenguaje escolar de la desigualdad”, p. 37.

¹⁶² Adelante nos extenderemos sobre el trabajo de los psiquiatras en la Clínica de la Conducta, institución dependiente de la Dirección General de Enseñanza Superior e Investigación Científica y del Instituto Nacional de Pedagogía.

ende, planteaba la necesidad de la atención paidopsiquiátrica. Aunado a lo anterior, la psiquiatría infantil compartía la idea de pensar la escuela como el lugar de configuración social por antonomasia. Con la inauguración en 1976 de la carrera de Maestros Especialistas en Problemas de Aprendizaje en la Escuela Normal de Especialización (ENE), la relación entre psiquiatría infantil y escuela entra en una nueva fase. En adelante, los problemas de los niños en el aula serán tratados por especialistas que ya no provienen del campo de la salud mental. Sin embargo, la lógica médica que antaño sostuvo el trato institucional que se dio a los menores que presentaban dificultades escolares, no se perderá del todo: seguirá teniendo un peso importante a la hora de definir las políticas educativas posteriores.

La temprana psiquiatría infantil en México

Como se ha señalado, el fin del periodo revolucionario vio nacer una gran cantidad de cambios institucionales que transformaron la organización política y social del país. Para el caso que nos ocupa, diferentes instituciones y departamentos especializados surgen y funcionan —desde la segunda década del siglo pasado— como respuesta a la necesidad de conocer el desarrollo físico, mental y pedagógico de los niños mexicanos. El Departamento de Psicopedagogía e Higiene (DPH) (1924), el Instituto Pedagógico (1929), el ya citado Instituto Médico Pedagógico (1935) y el Instituto Nacional de Psicopedagogía (INP) (1936), todos dependientes de la Secretaría de Educación Pública, construyeron una tecnología médica aplicada a la escuela, a la evaluación, medición, clasificación y atención de los menores rezagados del sistema educativo.¹⁶³

¹⁶³ Al respecto consúltese: NEGRETE TORRES, *Discapacidad y anormalidad*; NEGRETE TORRES, *Del discurso médico a la práctica estatal*. Ginger Gissela Magaini ha estudiado la gran variedad de diagnósticos asociados a los “niños anormales”, que, desde los modelos neurológico, psicológico y vocacional, eran atendidos en la Escuela Especial para Niños Anormales (1932-1957) que funcionaba en el Pabellón de Psiquiatría Infantil dentro del Manicomio General de la Castañeda. MARGAIN AZUARA, *Los niños de La Castañeda*.

La historia de la psiquiatría infantil en México encuentra importantes antecedentes en un conjunto de dependencias y prácticas que se van organizando desde principios de la centuria pasada, y que tienen como sello particular un enfoque pedagógico en la atención a la salud mental infantil. En la Tabla 3 puede observarse un recuento de algunos de los más destacados servicios de psiquiatría infantil que se ofrecían en hospitales del Distrito Federal y en diversas dependencias, así como sus responsables o fundadores.¹⁶⁴

Institución o servicio	Inicio	Responsable, director o fundador(a)
Pabellón Infantil del Manicomio General	1932	Dra. Matilde Rodríguez Cabo Dr. Alfonso Millán
Clínica de la Conducta	1938	Dr. José Luis Patiño Dr. Rafael Velasco Fernández Dr. Numa Pompilio Castro
Instituto Nacional de Psicopedagogía en la SEP	1939	Lauro Ortega
Consultoría en psiquiatría infantil en el Hospital Infantil de México	Inicios de los 40	Dr. Ramón Parrés Dr. Santiago Ramírez (desde 1947)
Clínica de Higiene Mental del Centro Materno Infantil “General Maximino Ávila Camacho”	1946	Dr. José Peinado Altable
Servicio de Higiene Mental en el Hospital Infantil de México	1947	Dr. Ramón de la Fuente Muñiz José F. Díaz y Díaz
Departamento de Higiene Mental del Hospital Infantil de México	1956	Dr. Jorge Velasco Alzaga Dr. José Carrera Tamborrel (hacia finales de la década).
Departamento de Higiene Mental del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del IMSS	1963	Dr. Miguel Foncerrada
Servicio de Psiquiatría Infantil del Instituto Nacional de Neurología	1964	Dr. Sergio Toscano

¹⁶⁴ La tabla enfatiza los establecimientos ligados a la salud mental infantil; pero hay que agregar que éstos surgen en el contexto de la creación o proyección de institutos de especialidades médicas y del desarrollo de servicios psiquiátricos. Por ejemplo, el caso del IMSS, que había sido creado para atender la salud física, pero al aparecer como necesidad la atención psiquiátrica, ésta comenzó a brindarse en su servicio de neuropsiquiatría. VELASCO GARCÍA, *Génesis social de la institución psicoanalítica en México*, p. 187. A la información de la tabla se podría agregar también el Tribunal de Menores y otro conjunto de instituciones de corte más educativo o dependencias privadas, caso concreto el “Internado Binet”, fundado en 1942 por el Dr. Francisco Elizarrarás. Anunciado como un Centro de Educación Especial en el que se ofrecía tratamiento endocrino, neuro-psiquiátrico y médico psicopedagógico exclusivo para niños y niñas.

Departamento de Salud Mental del Hospital Infantil de México	1968	Dr. Darío Urdapilleta
Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”	1966	Dr. Jorge Velasco Alzaga (1966-67)/ Dr. Eduardo Dallal y Castillo (1968)/ Dr. Darío Urdapilleta (68-69)/ Dr. Carlos Tornero Díaz (70-72)/ Dr. Daniel Nares Rodríguez (73-76).
Servicio de Higiene Mental y Servicio de adolescentes del Hospital Infantil del IMAN	1970	Dr. Jorge Velasco Alzaga (Salud mental). Dr. Marcello Salles (Adolescentes)
Servicios de psiquiatría del ISSSTE	1970	Dr. Eduardo Dallal (coordinador)
Servicios de psiquiatría infantil en hospitales infantiles del Distrito Federal	1970	Dr. Manuel Isaías López
Servicio de psiquiatría en el Hospital “20 de Noviembre”	Inicio de los 70	Dr. Eduardo Dallal
Instituto de Salud Mental del DIF	1979	Dr. Jorge Velasco Alzaga (Fundador) Dr. Eduardo Dallal (Director)
Servicios de psiquiatría infantil en los Centros de Integración Juvenil	1973	Dr. Pablo Cuevas
Servicios de psiquiatría en los hospitales infantiles de Coyoacán, Legaria, Xochimilco y Tacubaya, así como en albergues infantiles	Desde 1973	Dr. Manuel Isaías López y egresados del Primer Curso de Psiquiatría infantil y de la Adolescencia (UNAM): Rosa Aurora Balderas, Alfonso Escamilla, Gerardo Heinze, Andrés Martínez Pozos, Consuelo Martínez Sosa, Eduardo Mendoza, Armando Vázquez, etc.

Tabla 3. Instituciones con servicios de psiquiatría infantil entre 1932 y 1973 en el entonces Distrito Federal.¹⁶⁵

A lo largo de la primera mitad del siglo llega a México un fuerte influjo de saberes relacionados con la higiene mental, sentándose con ello las bases para el despegue y profesionalización de la psicología, la psicometría, el psicoanálisis, la neurología, la farmacología y la psiquiatría.

Los años 40 son tiempos de modernización e institucionalización de los servicios de salud, que promovían para entonces la investigación y el trato más humano en la salud mental. Entre los

¹⁶⁵ Elaboración propia a partir de: LÓPEZ, “Historia de la enseñanza de la psiquiatría infantil en México”; LÓPEZ, “Historia e impacto de la psiquiatría infantil institucional”; VELASCO ALZAGA, “La historia de la psiquiatría infantil en México”, pp. 93-112; ARROYO GARCÍA y VICENCIO MUÑOZ, “Historia y profesionalización de la psiquiatría infantil y de la adolescencia”, pp. 4-7.

profesionales médicos, la especialización es el sello de los tiempos: algunos salen del país para regresar años después de haber concretado su formación académica y su entrenamiento en la especialidad. El regreso, como suele suceder en estos casos, estará marcado por pugnas entre perspectivas, por rupturas generacionales y reclamos de legitimidad que tendrán como campo de batalla los nacientes servicios psiquiátricos, en los que se ponían en práctica las lecciones aprendidas. Más allá de los esfuerzos individuales de esos profesionales que se lanzan a la aventura de especializarse en el extranjero, es importante resaltar el subsecuente establecimiento de redes profesionales que propician la conformación de la psiquiatría infantil.

Además de las instituciones, hay otros elementos que se agregan a la profesionalización del campo. Por ejemplo, la llegada a partir de 1939 de psiquiatras españoles exiliados que escribieron libros vinculados con la psiquiatría infantil.¹⁶⁶ A la par de la conformación de grupos y sociedades psiquiátricas, se suman la aparición de libros, tesis y un conjunto de revistas especializadas que funcionan como órganos de difusión, investigación e intercambio académico. Manuel Isaías López señala que del *Boletín del Hospital Infantil de México* proceden los primeros artículos en psiquiatría infantil que se publicaron en el país.¹⁶⁷ Lo mismo podríamos señalar de la *Gaceta Médica de México*, la *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal* que se publicó de 1932 a 1935, *Archivos de Neurología y Psiquiatría* de México del 37 al 45, *Archivos Mexicanos de Neurología y Psiquiatría* del 51 al 54, y a partir de 1959 *Neurología-Neurocirugía-*

¹⁶⁶ Federico Pascual del Roncal escribió el *Manual de neuropsiquiatría infantil* y Peinado Altable publicó varios tratados de puericultura y el libro *Pedagogía de los trastornos del lenguaje*. LÓPEZ, “Historia e impacto de la psiquiatría infantil institucional, pp. 36-41.

¹⁶⁷ LÓPEZ, “Historia de la enseñanza de la psiquiatría infantil en México”, p. 17.

Psiquiatría.¹⁶⁸ Alfonso Millán dirigió la revista *Psiquis*, aparecida en 1946.¹⁶⁹ *La Infancia Anormal. Actas Latinoamericanas de Psiquiatría Infantil*, se publicó en su tercera época en México, bajo la dirección del Dr. Armando Pereira a partir de 1954.¹⁷⁰ En *Terapia infantil* pueden encontrarse artículos de psiquiatría escritos en 1949 y 1950 por José F. Díaz y Ramón de la Fuente Muñiz, entre otros. La *Revista de la Clínica de la Conducta* (que será motivo de análisis más adelante) fungió como órgano de difusión de la Clínica de la Conducta, entre 1967 y 1973.¹⁷¹

Por otro lado, si consideramos el contexto internacional, encontramos también un cúmulo de acontecimientos que posibilitan y explican la profesionalización de la psiquiatría infantil en nuestro país. En Europa y Estados Unidos, desde la segunda década del siglo, aparecen clínicas de orientación, con trabajo de profesionales que habían adquirido experiencia en hospitales psiquiátricos y que recuperaban los conocimientos de las investigaciones sobre el desarrollo infantil. Para los años treinta surgen en Estados Unidos los primeros programas de especialización. En 1958, ya habían sido fijados los requisitos, por parte de la Asociación Psiquiátrica Americana, para la formación en psiquiatría infantil y por los mismos años el Consejo de Psiquiatría y Neurología de los Estados Unidos insistía en promover sistemáticamente la certificación de la subespecialidad.¹⁷²

¹⁶⁸ Estas revistas fueron fundadas por la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, organizada en 1937, pero que tiene antecedentes desde 1922 con la Sociedad de Psiquiatría y Neurología. VELASCO ALZAGA, “La historia de la psiquiatría infantil en México”, pp. 99.

¹⁶⁹ Los temas tratados en ella “rebasaban el campo de la psiquiatría clásica: ahí se daban cita temas que tenían que ver con la educación sexual, la psicología del niño y del adolescente, etcétera”. VELASCO GARCÍA, *Génesis social de la institución psicoanalítica en México*, p. 190.

¹⁷⁰ La infancia anormal se publicó desde 1907 a 1950 en Madrid, y en una segunda época en Guatemala del 51 al 54. VELASCO ALZAGA, “La historia de la psiquiatría infantil en México”, pp. 96-97.

¹⁷¹ La *Revista de la Clínica de la Conducta* (RCC) se publicó por primera vez en 1967 con el apoyo de la SEP y el patrocinio de los laboratorios Smith Klein and French, S.A. Se definía como una publicación semestral especializada en psiquiatría, neurología y psicología infantiles. Entre sus objetivos se encontraba la difusión del trabajo y las investigaciones llevadas a cabo en la Clínica y en otras instituciones mexicanas, en las que —apuntan— “se produce suficiente y adecuado material digno de ser conocido dentro y fuera del país”.

¹⁷² LÓPEZ, “Historia e impacto de la psiquiatría infantil institucional”, p. 36.

Habría que considerar también la influencia de las convenciones y tratados orientados a garantizar el bienestar y el desarrollo de la infancia que, en la segunda parte del siglo XX, pusieron sobre la mesa políticas sociales, educativas y de salud, además de sensibilizar sobre los temas de protección de los niños en situaciones de vulnerabilidad y el derecho a la educación.¹⁷³

Volviendo al ámbito local, en los establecimientos creados para atender las dificultades que encontraban los maestros de las escuelas, al ampliarse la cobertura educativa, aparecieron una serie de trastornos antes no visibilizados y no atendidos. Nuevas demandas que desbordaban el ejercicio profesional del docente. Así, todo un conjunto de médicos se convirtió en los artífices de una impronta venida del Estado, responsabilizándose del mandato modernizador que se insertaba dentro del ideario patriótico y nacionalista de la década de los cuarenta. Como observa Velasco García: “Es imprescindible recordar y subrayar que en este contexto los médicos se convirtieron, por decreto, en los protagonistas más importantes del movimiento higienista, asumiendo la tarea de enfrentar también la higiene mental. A pesar de sus limitaciones formativas, aceptan gustosos esa encomienda”.¹⁷⁴

En la atención a niños que presentaban problemas de conducta y aprendizaje, resalta el trabajo de la Clínica de la Conducta, institución a la que estuvieron vinculados buena parte de los psiquiatras infantiles del país, que en la segunda mitad del siglo participaron en los debates sobre el “niño problema”, y posteriormente, ya en la década de los sesenta, harán lo propio con la categoría diagnóstica de la Disfunción Cerebral Mínima, designación desde la que se pensó la

¹⁷³ Solo por mencionar algunos, podemos contar: la “Declaración universal de los derechos humanos” (1948), la “Declaración de los derechos del niño” (1959), la “Convención de la UNESCO relativa a la lucha contra la discriminación en la esfera de la enseñanza” (1960), el “Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (1966), la “Convención sobre los derechos del niño” (1989), “la “Convención interamericana sobre protección de los niños” (1990), La “Declaración mundial sobre educación para todos” (1990), etc.

¹⁷⁴ VELASCO GARCÍA, *Génesis social de la institución psicoanalítica en México*, p. 176.

impulsividad, la desatención y la hiperactividad, categoría que será motivo de análisis en los siguientes capítulos.

La Clínica de la Conducta¹⁷⁵

Edmundo Buentello funda la primera Clínica de la Conducta (CC) dependiente del Departamento de Previsión Social en 1937, enfocándose en ese momento en la atención de los menores infractores. Un año después, la institución da un giro, pasará a depender del Instituto Nacional de Pedagogía (adscrito a la Secretaría de Educación Pública), siendo dirigida por Francisco Elizarrarás con el objetivo de atender, desde una perspectiva psiquiátrica y pedagógica, los “problemas de conducta” que eran detectados o remitidos de las escuelas primarias y secundarias, sobre todo del Distrito Federal, para su diagnóstico y tratamiento.¹⁷⁶

La CC se planteó como tarea el conocimiento del niño y, desde el modelo de la higiene mental, la atención individual y familiar de los problemas de comportamiento de éste. Andrés Ríos Molina ha estudiado la transformación que tuvo la atención a la infancia desde el DPH y la creación del INP. Al respecto, señala que el primero tenía como prioridad: “la detección y el control de la infancia ‘anormal’; y desde 1936 con el INP, los ‘niños problema’ se convirtieron en la nueva

¹⁷⁵ En adelante hablo de Clínica o CC para referirme a la Clínica de la Conducta, y a clínica con minúscula cuando haga referencia al proceso de diagnóstico, tratamiento, estudios, y experiencias ligadas a la práctica médica. Además de los referidos en este capítulo, hay dos estudios que profundizan en el funcionamiento y objetivos de la CC: SANMIGUEL, *Clínica de conducta infantil en la Ciudad de México*; LÓPEZ CARRILLO, *De la psiquiatría infantil a la educación especial*. El trabajo de Sanmiguel plantea una propuesta de construcción de diversas Clínicas, presentando una descripción del proyecto, datos físicos y geográficos, estudios económicos y cálculos, pero también, en la primera parte se habla de las funciones de la CC, con el agregado de que para ello se contó con la colaboración de Francisco Elizarrarás y Numa Pompilio Castro, ex y director de la institución, además del apoyo con datos de otros profesionales del Instituto Nacional de Pedagogía.

¹⁷⁶ Para 1970 se reporta que, si bien se atendía principalmente a niños de primarias y secundarias de escuelas públicas del DF, algunos niños eran canalizados por problemas de conducta desde algún estado de la república, otros por iniciativa de sus familiares, y algunos más de escuelas privadas. HAM FERNÁNDEZ, “Clínica de la conducta y el médico psiquiatra”, p. 292.

población a detectar, analizar y controlar”.¹⁷⁷ Para este autor, la operación del Servicio de Higiene Mental Escolar (SHME) y las Clínicas de la Conducta –servicios dependientes del INP– representan la concreción de un cambio en la mirada y la perspectiva hacia los niños “problema”, pensándose desde la higiene mental, el “estado psíquico del escolar”, la prevención de los “estados psicopatológicos” y las dificultades de aprendizaje. El cambio de perspectiva entre niño “anormal” y niño “problema” supone para el autor una nueva mirada psicopedagógica que arrastra también novedosas prácticas correctivas.

En la Clínica se llevaban a cabo valoraciones médica y psiquiátrica, evaluaciones psicométricas, socioeconómicas y servicios terapéuticos. Entre los factores que explican su puesta en marcha pueden señalarse: el incremento en la alfabetización que se extendía a lo largo y ancho del país, la creación de instituciones educativas y el creciente interés por investigar y entender los desajustes conductuales de la infancia desde especialidades de la educación, la psicología, la psiquiatría y la pediatría. Aunado a lo anterior, tenemos un mayor interés por el conocimiento del medio social en que se inserta la escuela, a fin de conocer los factores que influyen en la adaptación de los alumnos y para evitar la aparición de conductas antisociales.¹⁷⁸ Se suma que “la obligatoriedad y gratuidad de la educación provocó una mayor heterogeneidad de niños, de contextos familiares y sociales; las desviaciones físicas, morales y mentales constituyeron una intrusión grave en el funcionamiento de las escuelas de educación elemental”, recibiendo los psiquiatras el llamado a fungir como los artífices de corregir algunas fallas presentes en las escuelas.¹⁷⁹

¹⁷⁷ RÍOS MOLINA, *Cómo prevenir la locura*, p.88.

¹⁷⁸ CAMPOS ARTIGAS y PATIÑO, *La clínica de conducta y los niños problema*, p.8.

¹⁷⁹ LÓPEZ CARRILLO, “La psiquiatría infantil en la Secretaría de Educación Pública”, p. 96.

La Clínica formó parte del fortalecimiento del sistema educativo nacional y buscaba aportar al conocimiento de los problemas educativos del país.¹⁸⁰ Sobre todo en sus orígenes, siguió el influjo que en países de América y Europa tuvo el modelo de las *Child Guidance Clinics*, esto es, funcionó como centro de diagnóstico, evaluación y tratamiento de problemas conductuales, de investigación y desarrollo de la psicología y psiquiatría infantiles.¹⁸¹ Estos espacios de orientación —surgidos desde la segunda década del siglo—, funcionaron también bajo el paradigma de la higiene mental y “recuperaban una interpretación psicodinámica y psicoanalítica del mal comportamiento y la desadaptación social por medio del análisis de los procesos psicológicos del niño, de los posibles traumas en la primera infancia y los desórdenes emocionales ocasionados por una dinámica familiar y escolar dañinas”.¹⁸²

La dependencia estaba compuesta por equipos interdisciplinarios que ofrecían servicios de evaluación psicométrica y psiquiátrica, terapia individual y familiar, así como orientación para padres. Ellos integraban a las investigaciones de las conductas infantiles a los médicos, los profesores, psicólogos y a los padres, para lograr una mayor comprensión de los factores implicados en el comportamiento de los niños en sus diferentes espacios de socialización, sus esfuerzos se encaminaban a encontrar las causas de las conductas.¹⁸³

Ximena López sostiene que, aunque se crearon en la primera mitad del siglo pasado una serie de clínicas de psiquiatría infantil —tal es el caso del Pabellón Infantil de “La Castañeda” — que atendían perturbaciones mentales graves,

la paidopsiquiatría tuvo su mayor incidencia y desarrollo dentro del sistema educativo [más que en el ámbito médico]. Esto ocurrió porque la SEP desarrolló los más grandes proyectos de salud

¹⁸⁰ VELASCO FERNÁNDEZ, “Editorial”, pp. 3-4.

¹⁸¹ Sobre el movimiento de higiene mental y de orientación infantil en Estados Unidos y Canadá, consúltese: RICHARDSON, *The Century of the Child*.

¹⁸² LÓPEZ CARRILLO, “La psiquiatría infantil en la Secretaría de Educación Pública”, p. 107.

¹⁸³ CASTRO GUEVARA, “Historia breve de la Clínica de la Conducta”, p. 6.

mental infantil en México, pero siendo una institución educativa los llevó a cabo en las escuelas de la SEP. Aunque en un inicio los psiquiatras tenían una autoridad desmedida sobre la educación de los niños, se verá más adelante que el contexto educativo institucional fue definiendo el desarrollo de la disciplina y, por lo tanto, sus prácticas.¹⁸⁴

Ya en la segunda mitad del siglo la Clínica amplió paulatinamente sus servicios para dar atención a niños que no necesariamente mostraban trastornos mentales severos, sino que, presentaban bajo rendimiento escolar, trastornos en el aprendizaje o de la conducta.¹⁸⁵

Al realizar una valoración de los motivos de consulta en la Clínica, entre los años 1948-1951, Patiño y Campos Artigas muestran las principales problemáticas observadas en la escuela y en el hogar por las que se solicitaban servicios. Con referencia a nuestro tema, resaltan algunas designaciones vinculadas con las demandas de atención, tales como: retraso escolar, mala conducta, distracción e inatención en la clase, conducta desordenada, inestabilidad, indisciplina, agresividad, insociabilidad, falta de respeto a la autoridad, anomalías diversas de comportamiento, niños ingobernables, rebeldes, etc.¹⁸⁶ El carácter común de estos motivos de consulta quedaba agrupado bajo la designación: “niños problema”. Se trataba de niños que presentaban dificultades en la escuela, que se mostraban indisciplinados, agresivos, proclives al hurto o a fugarse de la escuela o la casa. Considerando que existía cierta semejanza en la causa de “las conductas desadaptadas” antes señaladas, los autores apuntan que:

Se denomina ‘niño-problema’, también conocido bajo el calificativo de ‘niño difícil’, a aquél que por su comportamiento especial no se adapta de un modo más o menos adecuado a los medios hogareño, escolar y social en general, constituyen en rigor, un problema educativo y de convivencia a los grupos que pertenece. Casi siempre se convierte en un elemento perturbador y es por ello motivo de alarma.¹⁸⁷

¹⁸⁴ LÓPEZ CARRILLO, “La psiquiatría infantil en la Secretaría de Educación Pública”, p. 104.

¹⁸⁵ LÓPEZ CARRILLO, “La psiquiatría infantil en la Secretaría de Educación Pública”, pp. 110-111.

¹⁸⁶ CAMPOS ARTIGAS y PATIÑO, *La clínica de conducta y los niños problema*, p. 28.

¹⁸⁷ CAMPOS ARTIGAS y PATIÑO, *La clínica de conducta y los niños problema*, p. 27.

Desde la Clínica —en el periodo señalado de 1948 a 1951— se planteaba que la falta de aprovechamiento escolar y los problemas de conducta eran ocasionados por causas individuales y colectivas. Las primeras estaban relacionadas con factores fisiológicos (alteraciones físicas en el proceso de desarrollo, maduración y crecimiento, desequilibrios nutricionales, etc.), psicológicos (afectaciones en el desarrollo psicológico durante la infancia, influenciadas por padres o el medio familiar), y patológicos (padecimientos de carácter orgánico o psíquico, ya sean hereditarios o adquiridos, malformaciones congénitas, alteraciones sensoriales, deficiencia mental, etc.). Las causas ligadas al orden colectivo, por otro lado, tenían que ver con el medio ambiente, la cultura, la educación, las características de la comunidad, factores económicos y sociales, etc.¹⁸⁸

Varias transformaciones administrativas se dieron en la Clínica a lo largo de sus más de tres décadas de existencia. Si bien estuvo bajo el cobijo de la SEP, consideramos que desbordó el objetivo de analizar desde la mirada psiquiátrica la deserción, la reprobación y el ausentismo de las escuelas de la Ciudad de México. ¿Representó el trabajo llevado a cabo en la institución una “medicalización de la educación”? ¿Todos los trastornos escolares remitidos eran considerados como problemas de salud mental? ¿Había una clara delimitación entre trastornos de conducta y problemas de aprendizaje tales como la dislexia, trastornos de lectura y la escritura, etc.? Rebasa los límites de este trabajo dar respuesta a estas preguntas; pero plantearíamos la hipótesis de que, por la composición misma del trabajo en la institución, por la variedad de especialistas que buscaban ponerse de acuerdo sobre los diagnósticos y tratamientos, y por la razón de que los problemas de conducta y de aprendizaje eran diversos, posiblemente no estuvo siempre en manos de los psiquiatras la capacidad y el interés por detectar y atender la tan variada cantidad de síntomas para los que se les atribuía la suficiente pericia. Una muestra de ello la podemos ver en

¹⁸⁸ CAMPOS ARTIGAS y PATIÑO, *La clínica de conducta y los niños problema*, pp. 30-35.

los planteamientos de Velasco Fernández, quien señala que hacia finales de los sesenta, por orden de incidencia, los trastornos, dificultades o “manifestaciones patopsíquicas” por los que más se remitían niños a la Clínica eran: “dificultades de aprendizaje, hiperquinesia, inatención, agresividad, inestabilidad emocional, ansiedad, inhibición, aislacionismo, intolerancia a las frustraciones, organización neurótica del carácter y manifestaciones psicóticas”.¹⁸⁹ Respecto a las dificultades de aprendizaje más frecuentes, se encontraban: “la dislexia, la disgrafía y la baja concentración, asociadas o no a la oligofrenia, pero también se detectan numerosos casos de deficiencia del aprendizaje, que dependen de incapacidades físicas de carácter sensoperceptivo”.¹⁹⁰

Sería exagerado decir que los psiquiatras de la Clínica estaban puntualmente interesados en los problemas de aprendizaje, sobre todo cuando no los encontraban vinculados a aspectos de orden psiquiátrico. Hacia 1970, por ejemplo, cuando atendían a niños que presentaban alteraciones psiquiátricas más severas, problemas neurológicos o problemas de aprendizaje *stricto sensu*, una vez realizado el diagnóstico, podían canalizarlos a otras instituciones, por ejemplo al Hospital Psiquiátrico Infantil, a la Clínica de Ortolalia, a escuelas de lento aprendizaje, al Centro Nacional de la Comunicación y del Lenguaje, entre otras.¹⁹¹

Para esas fechas la Clínica contaba con trece psiquiatras posgraduados o con amplia experiencia clínica; tres pediatras; tres neurólogos (uno con especialización en electroencefalografía); diez psicólogas clínicas y el mismo número de trabajadoras sociales, además se contaba con un archivista y cuatro mecanógrafas.¹⁹² Considerando lo anterior y las

¹⁸⁹ VELASCO FERNÁNDEZ, “Los trastornos psíquicos del escolar mexicano”, p. 64.

¹⁹⁰ VELASCO FERNÁNDEZ, “Los trastornos psíquicos del escolar mexicano”, p. 64.

¹⁹¹ HAM FERNÁNDEZ, “Clínica de la conducta y el médico psiquiatra”, p. 291.

¹⁹² HAM FERNÁNDEZ, “Clínica de la conducta y el médico psiquiatra”, p. 292. Véase también: CASTRO GUEVARA, “Historia breve de la Clínica de la Conducta”, p. 8. Aquí los nombres de los y la psiquiatra de la Clínica, y en algunos casos información adicional; es importante notar que en algunos casos mantienen también vínculos con otras instituciones: Rafael Velasco Fernández, Filemón Cuánalo Guevara (Ex-

demandas específicas de atención, resulta plausible que los psicólogos tuvieran un rol más protagónico no solo en las evaluaciones psicométricas y psicopedagógicas, sino también en la valoración y trato de los trastornos específicos de aprendizaje.

Para darnos cuenta de la complejidad del trabajo en la Clínica conviene recuperar la descripción que se hace en 1967 de sus funciones:

a) la atención individual de los niños con problemas conductuales, desde el punto de vista psiquiátrico, médico, psicológico, psicopedagógico y económico-social; b) la difusión de conocimientos aplicables a la educación infantil y de adolescentes, mediante la participación del personal especializado en los cursos, conferencias, congresos y simposio organizados por la misma clínica o por otras instituciones; y c) la investigación, que se refiere a la valoración de técnicas y medicamentos, el empleo de tests, la obtención de datos estadísticos, etc.¹⁹³

Es evidente que el trabajo que se llevaba a cabo en la institución excedía los márgenes de la clínica paidopsiquiátrica; resaltan también aspectos tales como los estudios socioeconómicos, las visitas al hogar o a las escuelas de los menores atendidos. Hay que recordar que la Clínica contaba con un centro de orientación para padres de familia y educadores, en donde se realizaban conferencias y cursos que buscaban transmitir y reflexionar sobre temas de relevancia social para las familias y maestros a fin de evitar los trastornos del comportamiento.¹⁹⁴

Los psiquiatras infantiles, como expertos en la gestión de las psicopatologías de los escolares, entraron a los hogares mexicanos por medio de diferentes prácticas y estrategias

catedrático de la Facultad Nacional de Medicina de la UNAM. Miembro del British Association Epilepsy), Guido Macías, Armando Rosas Hernández, Homero Garza, Roberto Han Fernández (también psiquiatra del HP Fray Bernardino. Profesor de Psiquiatría Infantil UNAM), Rigoberto Villanueva Galván (subdirector de la Clínica, Psiquiatra del HP Fray Bernardino, Asesor Técnico de la Dirección General de Educación Especial), Jacobo Krasovsky Zozula (Psiquiatra del HP Fray Bernardino), Numa Pompilio Castro Guevara (Psicoanalista postgraduado, director de la Clínica de 1969 al 70), Rubén Luna Husillos, Guillermo Melo R., Alicia de Terán de Z., y Sergio Gorjón.

¹⁹³ “Editorial”, p. 4.

¹⁹⁴ CASTRO GUEVARA, “Historia breve de la Clínica de la Conducta”, pp. 7-10.

discursivas en torno a los problemas de conducta y del aprendizaje. La Clínica como espacio de producción de conocimientos generó un optimismo en la construcción del saber psiquiátrico infantil. En ella se establecieron relaciones interprofesionales y procesos de negociación y pugnas que permearon los perfiles laborales de quienes en ella prestaban sus servicios. El psiquiatra tenía un papel crucial, dado que era él quien supervisaba al equipo de técnicos y era el encargado directamente de elaborar la historia clínica. Cuando existían dudas respecto a algún caso, alguna controversia sobre el diagnóstico, el médico psiquiatra solicitaba a la dirección de la institución que el caso fuera analizado y resuelto en una mesa redonda en la que participaba todo el personal técnico.¹⁹⁵

De modo contundente los paidopsiquiatras utilizan como trinchera esta dependencia de la SEP, asumiendo la dirección y cierta superioridad respecto a otros profesionales de la salud que laboraban en el establecimiento. A la par, ampliaban sus redes de colaboración e intercambio de conocimientos con asociaciones de otras latitudes, compartían investigaciones y publicaciones, establecían colaboraciones, fomentaban el trabajo interdisciplinario, organizaban y participaban en congresos, buscaban crear consensos o discutían sobre los diagnósticos y tratamientos, recibían financiamiento para sus investigaciones, publicaciones y actividades académicas, replicaban investigaciones (por ejemplo, el análisis de la efectividad de algunos fármacos) y como comunidad científica buscaban aumentar el reconocimiento local e internacional. Todo lo anterior tuvo como efecto la consolidación del gremio y, concomitantemente, una mayor comprensión de los trastornos, su diagnóstico y su terapéutica.

Para dar cuenta del impacto y también de las limitaciones de la Clínica podemos revisar algunas cifras relacionadas con su gestión. En el editorial del número tres de la RCC, en agosto de

¹⁹⁵ HAM FERNÁNDEZ, “Clínica de la conducta y el médico psiquiatra”, p. 293.

1968, se señalaba que la institución contaba con más de 22.000 expedientes; pese a que existían otras dependencias públicas y privadas que atendían problemas de la población escolar de la Ciudad de México, la Clínica era insuficiente para dar respuesta a la alta demanda que presentaba. Las escuelas primarias del Distrito Federal en 1969 contaban con una población de 1,229,733 menores inscritos, un año después la cifra asciende a 1,334,329. Contrasta lo anterior con que solo se contaba con una CC de la SEP. En los años referidos se diagnosticó, trató o canalizó a 1405 y 1590 escolares respectivamente (contrastando con los 1620 casos atendidos en cuatro años entre 1948 y 1951). Lejos quedaba el poder dar una cobertura a niños reprobados o con problemas de comportamiento.¹⁹⁶

La institución atravesó al menos por dos periodos vinculados a la preeminencia de diferentes paradigmas de la psiquiatría infantil; uno, como hemos dicho, más apegado a los planteamientos psicodinámicos y la perspectiva de la higiene mental; y otro, que va cobrando cada vez más fuerza a partir del inicio de la segunda mitad del siglo, el modelo bio-psico-social. Este último coincide en buena medida con la temporalidad que estudiamos en este capítulo, tiene como principal característica su ánimo integrador al pensar los problemas de conducta desde una intersección compleja de factores orgánicos, psicológicos y ambientales. Es un modelo que va privilegiando la mirada cerebral acompañada de una —cada vez más presente— terapéutica farmacológica, producto de los avances en la investigación con psicodrogas. Hay que subrayar que dicha sustitución de enfoques no es plenamente identificable en el tiempo. Desde principios de siglo las causas del comportamiento definido como anormal buscaron una explicación en lo cerebral; podemos encontrar artículos que problematizan el análisis de las causas de

¹⁹⁶ CASTRO GUEVARA, “Historia breve de la Clínica de la Conducta”, p. 10. Como muestra del impacto que socialmente tuvo la Clínica puede mencionarse que entre los años 1948-51 atendió 1620 casos. CAMPOS ARTIGAS y PATIÑO, *La clínica de conducta y los niños problema*, p. 24.

comportamientos observados en las escuelas y fuera de ellas desde una interacción de elementos. Contrariamente, ya avanzada la década de los setenta, algunos psiquiatras infantiles parecen dar un peso mayúsculo a los aspectos psicológicos y culturales sobre los orgánicos, o al menos plantean una interacción entre ellos, pero inclinando la balanza hacia el conflicto psíquico motivado por la historia familiar, social y/o educativa del niño. Es decir, no hay viraje de un modelo a otro que pueda ser claramente fechado, lo que tenemos son procesos de negociación entre los diferentes actores implicados y no nos referimos solamente al gremio de psiquiatras, ni siquiera de forma exclusiva a los profesionales de la salud, sino a las transformaciones administrativas de la Clínica, a las políticas educativas, a las transformaciones económicas y en un sentido más amplio: a los cambios sociales.

El análisis del modo en que la Disfunción Cerebral Mínima (DCMi) fue tratada hacia fines de los sesenta —como podremos ver en los siguientes capítulos— nos brinda un panorama más amplio de la forma en que operaba la Clínica en esos años. Como se verá, esta etiqueta diagnóstica funcionó también como detonante y generó una demanda de atención para los psiquiatras infantiles mexicanos, además de que cobró importancia en la conformación de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil.

La Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil

El conjunto de servicios de psiquiatría infantil que se ofrecía en diferentes instituciones de salud no debe llevar al engaño de creer que la subespecialidad, en la primera mitad del siglo, ya estaba organizada y reconocida. En el editorial del primer número de la *Revista de la Clínica de la Conducta*, en agosto de 1967, se apunta como una necesidad urgente, que estas instituciones y servicios establezcan relaciones entre sí, que: “delimiten sus tareas y objetivos y preparen acciones

conjuntas en terrenos que les sean comunes. Pero mientras eso se logra, no cabe duda de que los diferentes organismos que presentan ayuda psiquiátrica a los niños mexicanos están acumulando experiencias valiosas, investigando y planteando procedimientos mejores de acuerdo a nuestra propia idiosincracia y situación socioeconómica y social”.¹⁹⁷

En la década de los setenta se plantean tres acontecimientos de vital importancia para la profesionalización de la psiquiatría infantil: 1) la apertura del Curso de Posgrado de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, avalado por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM; 2) la creación del Consejo Mexicano de Psiquiatría A.C., en 1972, con el fin de establecer los criterios idóneos para la certificación, formación y especialización de psiquiatras,¹⁹⁸ y 3) la fundación de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil AC. (AMPI) en 1975.

El Curso de Maestría en Psiquiatría Infantil en la Facultad de Medicina de la UNAM se establece en 1974. Su organización corrió a cargo de Manuel Isaías López, que se había graduado como psiquiatra en el *Medical College of Pennsylvania* y como psiquiatra de niños y adolescentes en el *Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute*. López coordinó el programa en los primeros años de manera conjunta con Gregorio Katz Guss, quien regresa al país en 1973 después de realizar también una especialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia en la Universidad de Michigan. Los profesores participantes en las primeras generaciones habían recibido entrenamiento en Estados Unidos o Canadá y algunos otros psiquiatras no tenían una especialización formal, pero habían adquirido una notable experiencia al calor de la práctica en

¹⁹⁷ “Editorial”, p. 3. La Revista de la Clínica de la Conducta, de la que hablaremos adelante más a detalle, se planteó justamente como objetivo, fungir como órgano de difusión de investigaciones en psiquiatría, neurología y psicología infantiles que se llevaban a cabo en diferentes instituciones.

¹⁹⁸ Cabe señalar aquí que al menos tres integrantes del Consejo se cuentan entre los fundadores de la AMPI: Darío Urdapilleta Bueno, Rafael Velasco Fernández y Jorge Manuel Velasco Alzaga.

algunos de los servicios de psiquiatría infantil señalados en la Tabla 3. El curso privilegiaba la formación clínica, con atención a pacientes en instituciones estatales y, en menor medida, desarrollaba investigación.¹⁹⁹

Ya con un grupo de psiquiatras organizado y un programa de formación que buscaba afianzar el reconocimiento de la subespecialidad, se funda en 1975 la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil A.C. (AMPI), como un esfuerzo por profesionalizar y difundir la práctica. Si bien —como hemos apuntado— desde principios del siglo pasado ya se contaba con instituciones y médicos abocados al trabajo con niños y adolescentes, aunado a publicaciones y a grupos de psiquiatras infantiles vinculados con colegas de otros países, éstos no lograban aún el reconocimiento social que deseaban, ni el de otros profesionales implicados en el trabajo con niños, tales como, maestros, pedagogos, pediatras o psicólogos educativos.

Hagamos un breve paréntesis para señalar que el contexto en que se concreta la organización de la AMPI está precedido por un clima de unidad en el gremio. En 1970, en el editorial de la RCC se describe el momento que estaba teniendo la psiquiatría en México. Se habla de la unificación de los psiquiatras, de la identidad profesional que están adquiriendo y que se demuestra con las reuniones de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Dicha asociación, además de generar el intercambio de experiencias y de trabajos sobre psicofármacos, contribuía a mejorar la comunicación interinstitucional, probándose esto con el incremento en el número de agremiados que para esos momentos ya sumaba 275. Mantenían además relaciones cordiales que tenían con la

¹⁹⁹ Manuel Isaías López hace un balance a casi veinte años de iniciada esta formación y enfatiza la relevancia del programa para la psiquiatría infantil, toda vez que en este lapso, más de 90 psiquiatras habían recibido el adiestramiento, insertándose posteriormente en instituciones públicas de salud, en los que algunos ocuparon cargos directivos en la Ciudad de México y en diferentes ciudades del país tales como: Monterrey, Guadalajara, Culiacán, Orizaba, Veracruz, Puebla, San Luis Potosí, Tepic, y Aguascalientes; además de otros profesionales de Centro y Sudamérica. LÓPEZ, “Historia e impacto de la psiquiatría infantil institucional”, p. 39. También véase: LÓPEZ, “Historia de la enseñanza de la psiquiatría infantil en México”, p. 18.

Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría. Llama la atención también el buen ánimo que generó la celebración en la Ciudad de México, del 28 al 4 de diciembre de 1971, del V Congreso Mundial de Psiquiatría.

El evento no fue menor, se contó con la asistencia de 4000 especialistas de 52 países. Español, alemán, francés e inglés fueron los idiomas oficiales. Presidió la organización del evento el Dr. Ramón de la Fuente. Diversos profesionales de la Clínica de la Conducta y la propia SEP tuvieron participación en algunos de los casi 40 simposios, plenarias y reuniones que conformaron parte del programa. Cabe destacar que el evento contó con reuniones en las que el tema fue “Historia de la Psiquiatría en las Américas” y “Salud mental en México”. El hecho de que un programa científico de esta magnitud se haya realizado en tierras mexicanas, hace suponer que se convirtió en un verdadero catalizador de la especialidad en el país, se afianzaron lazos, se intercambiaron experiencias y necesidades de formación en subespecialidades de la psiquiatría. Y, sin duda, se fue despertado el interés por crear grupos de expertos, por afianzar redes que derivarán —por ejemplo— en la concreción de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil (AMPI) algunos años más tarde.

La creación de esta última planteó diversas vicisitudes, acalorados debates y tensiones entre sus miembros. Estaba en juego la legitimidad y la disputa por el campo de la psiquiatría infantil y, de manera implícita, la delimitación del “concepto de normalidad en el niño”. ¿Quiénes podían formar parte de la AMPI? ¿quiénes estaban capacitados para ejercer? ¿qué formación debían tener sus agremiados para ser considerados como tales? ¿cómo lograr la atención y el reconocimiento de la especialidad en los hospitales, en las escuelas y en los “núcleos sociales”? ¿cuál era la función social de la AMPI? ¿cuál es la representación que desde la AMPI se tenía del psiquiatra de niños

y adolescentes? Intentaremos seguir algunas de estas interrogantes. El Dr. Manuel Isaías López, a sus 34 años primer presidente de la AMPI, señala que hacia 1975:

[L]a práctica de la psiquiatría infantil estaba en manos de tres diferentes tipos de colegas: los antiguos especialistas que fueron los primeros en practicar esta subespecialidad en México; los psiquiatras que el azar o el oportunismo había traído a este campo en forma pasajera; y unos cuantos —no más de diez— que habían recibido adiestramiento especializado en psiquiatría infantil en los Estados Unidos de Norteamérica. La interacción entre estos grupos, si bien era cordial y de cierta colaboración, contenía resquemor. Las relaciones entre los antiguos psiquiatras infantiles tampoco eran armónicas del todo: por lo menos dos intentos anteriores de crear una sociedad de psiquiatría infantil, que fueron hechos por psiquiatras de mayor edad profesional, abortaron como resultado, principalmente, de vicisitudes dadas por la lucha de poder.²⁰⁰

A las rivalidades citadas hay que agregar que los miembros fundadores de la AMPI pertenecían o habían estado afiliados a otras sociedades psiquiátricas, además de que algunos formaban parte de agrupaciones psicoanalíticas en pugna, por ejemplo, entre los llamados ortodoxos y los frommianos.²⁰¹

²⁰⁰ LÓPEZ, “Historia e impacto de la psiquiatría infantil institucional”, p. 39. Conviene recordar que los psiquiatras cuya trayectoria se encontraba ya consolidada en la década de 1940 tenían un especial interés por el psicoanálisis, y establecerán para la siguiente década contacto con Fromm, formándose y analizándose con éste.

²⁰¹ LÓPEZ, “Historia e impacto de la psiquiatría infantil institucional”, p. 40. Los socios fundadores de la AMPI fueron: Mariano Barragán Gutiérrez Zamora, José Carrera Tamborrel, Numa Pompilio Castro Guevara, Leopoldo Chagoya Beltrán, Lauro Estrada Inda, Miguel Foncerrada, Enrique Lechner, Manuel Isaías López Gómez, Daniel Nares Rodríguez, Marcelo Salles Manuel, Jorge Velasco Alzaga, Rafael Velasco Fernández, Eduardo Dallal y Castillo, Alfonso Escamilla Berrones, Gregorio Katz Guss, Carlos Medina Leal, Sergio Toscano Islas y Darío Urdapilleta Bueno. Resulta fácil contrastar estos nombres con los directores o fundadores de las instituciones con servicios de psiquiatría infantil aparecidos en la Tabla 3, prácticamente son los mismos.

Como puede leerse, no aparecen mujeres entre los fundadores de la AMPI. Sin embargo, a partir de lo estudiado, ubicamos a la Dra. Luz de Lourdes Solórzano y B. (paidopsiquiatra del Departamento de Higiene Mental del Hospital Infantil de la Ciudad de México), a la Dra. Alicia de Terán de Z. (psiquiatra de la CC), y antes a Mathilde Rodríguez Cabo, lo cual muestra que en la historia temprana de la psiquiatría infantil se contaba con presencia femenina. Lo anterior evidencia la necesidad de una investigación de la subespecialidad que profundice en los aspectos hasta ahora poco estudiados: una descentralización de las asociaciones de la Ciudad de México, las dinámicas de poder y de género. En general, se requieren aproximaciones más balanceadas, dado que con las que contamos, si bien son ricas en información, están

Finalmente, pese a las asperezas y desconfianzas, señala Manuel Isaías López — a quien se le atribuyó el rol de promotor y presidente de la futura Asociación—, se impuso la negociación, la posibilidad de coexistencia en un grupo heterogéneo y con profundas asimetrías.²⁰² Habría que agregar que, más allá del simple convencimiento o de un esfuerzo individual por hacer converger intereses, hubo un conjunto de factores que intervienen en la concreción de la Asociación. Su primer presidente, como se ha señalado, lideraba la formación de psiquiatras infantiles, contando con la venia de Ramón de la Fuente, jefe del Departamento de Psiquiatría de la UNAM. Por otro lado, tenía afianzadas relaciones con la *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (que apoyó la fundación de la AMPI) y con otras sociedades psiquiátricas en México. A lo anterior se suman sus vínculos con los servicios de salud mental en instituciones estatales que se veían favorecidas con el trabajo de los psiquiatras formados por Isaías López y el grupo de profesores que colaboraba en el programa de adiestramiento en la Universidad. Así, se conectaban una serie de elementos, entre otros, la legitimidad del saber universitario y de la comunidad psiquiátrica y médica en un sentido más amplio, la construcción de redes profesionales, la posibilidad de dar respuesta a una demanda de atención que no podían ofrecer maestros, psicólogos o educadores.

La presentación en sociedad de la AMPI se dio en la ciudad de Guadalajara un año después de su fundación donde, en octubre de 1976, se llevó a cabo su Primer Congreso Nacional, que contó con 250 participantes, “entre los cuales se encontraban psiquiatras infantiles y generales,

construidas desde un tono alabancístico que no permite ver en profundidad las tensiones propias de la conformación de esta sociedad psiquiátrica.

Sobre los aportes de Mathilde Rodríguez Cabo a la psiquiatría infantil, consúltese: SOSENSKI y SOSENSKI, “En defensa de los niños y las mujeres; OIKIÓN SOLANO, “Un atisbo al pensamiento”.

²⁰² LÓPEZ, “Historia e impacto de la psiquiatría infantil institucional”, p. 40. Existen tres testimonios de fundadores de la AMPI que narran de manera coincidente las pugnas dentro del gremio. Aluden a serias confabulaciones para decidir sobre el control al interior de la AMPI, describen cómo se urdieron intrigas y se plantearon sórdidos argumentos para dejar fuera a algunos o para solamente reconocerles parciales derechos. LÓPEZ, *Historia de la AMPI narrada por el Dr. Manuel Isaías López*; MEDINA LEAL, *El desarrollo de la psiquiatría infantil en Jalisco*; KATZ GUS, *Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil*.

pediatras, neurólogos, psicólogos, psicopedagogos, educadores y maestros”.²⁰³ En el Congreso se plantea una idea, que aparece de manera reiterada en las participaciones: “el campo de la salud mental infantil” requiere un “diálogo fructífero”, un “trabajo multidisciplinario”. Pero esta afirmación persigue también otros objetivos. Basándonos en sus propios dichos, podemos suponer que, además de un llamado al trabajo conjunto, se pretendía que los “invitados” conocieran los dominios de la naciente Asociación. Manuel Isaías López lo expresa así:

Como objetivo importante de nuestra Asociación, se encuentra la difusión de conocimientos básicos sobre el desarrollo psicológico infantil normal para que el pediatra, el médico familiar, el maestro, en fin, todos los profesionistas a cargo de los niños, vigilen el desarrollo y detecten en forma temprana cualquier desviación y así pueda ser tratada ésta efectivamente por el profesionista especializado.²⁰⁴

La difusión —que se consideraba en esos momentos insuficiente— de los tópicos de dominio de los psiquiatras infantiles, y de su pericia en temas de desarrollo infantil anormal, fue una constante en el Congreso. Se libra una pugna por el territorio de lo psicológico, de la terapéutica y la prevención de los comportamientos infantiles “desviados”. Al respecto se señala:

Nos toca a nosotros primero, como profesionistas especializados, crear en nosotros mismos conciencia de las necesidades emocionales del individuo en desarrollo y transmitir dicha conciencia a la comunidad. De esta depende el futuro del niño, su felicidad, su efectividad y adaptación social y familiar y así el futuro de nuestra patria y el futuro de la humanidad. Todos nosotros podremos, trabajando conjuntamente en las escuelas, en los hospitales generales y pediátricos, y en el corazón mismo de los núcleos sociales; lograr para nuestra especialidad una personalidad frente a la comunidad que servimos y así lograr su atención, su interés y su conciencia.²⁰⁵

Rebasa los objetivos de este trabajo dar cuenta con amplitud de miras el modo en que es pensada la psiquiatría infantil en los años de la fundación de la AMPI. Sin embargo, hay algunos

²⁰³ KATZ GUS, “Introducción”, p. 5.

²⁰⁴ LÓPEZ, “Discurso inaugural”, p. 8.

²⁰⁵ LÓPEZ, “Discurso inaugural”, p. 9.

elementos que pueden resaltarse. Primeramente, es considerada como una subespecialidad de la psiquiatría; por obvio que esto parezca, es relevante mencionarlo ya que nos habla del reconocimiento de una práctica para la que los conocimientos generales como especialidad médica ya se mostraban insuficientes. Aunado a lo anterior —y como ya se ha mencionado—, en Estados Unidos, hacia finales de los 50 se insistía en la necesidad de promover la especialización en psiquiatría infantil. En 1963, la Comisión de Expertos en Adiestramiento en Psiquiatría de la OMS detallan los requisitos para ésta. Si bien en México se sigue la tendencia internacional, me parece que hay algunas particularidades que, desde nuestro contexto, se subrayan, por ejemplo: a) el reconocimiento de los factores biopsicosociales propios de “países en vías de desarrollo” que están implicados o causan los problemas de conducta; b) la necesidad de un trabajo interdisciplinario y el modo en que éste es propuesto, y c) el entendimiento de las patologías infantiles como alteraciones psicosomáticas. Adelanto que estas tres discusiones serán retomadas en los dos capítulos siguientes pues, como veremos, atravesaron los debates sobre las causas, el diagnóstico y el tratamiento de la Disfunción Cerebral Mínima. Etiqueta diagnóstica que será el tema central del siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3. LA DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA ENTRE LOS PSIQUIATRAS MEXICANOS (1967-1976)

Este capítulo tiene como objetivo analizar el modo en que los psiquiatras infantiles en México entendieron, clasificaron y trataron la desatención, la hiperactividad y la impulsividad, en tanto síntomas asociados a la Disfunción Cerebral Mínima (DCMi). Diagnóstico que sirvió también para dotar de rasgos identitarios al gremio que, hacia 1975, logró consolidarse con la conformación de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil (AMPI). Sirva el capítulo anterior para comprender mejor el contexto institucional y científico de las discusiones sobre esta etiqueta diagnóstica en México. El inicio del periodo señalado (1967-1976) corresponde a la organización de un Simposio sobre la DCMi, reseñado en el segundo número de la *Revista de la Clínica de la Conducta* y a la publicación de un grupo de artículos sobre el tema. Por otro lado, en 1976 sale a la luz un libro que, desde nuestro punto de vista, constituye un documento central en la historia del TDAH en México, *El niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral* de Rafael Velasco Fernández. Coincide también esta fecha con el Primer Congreso Nacional de la AMPI, en el que se debatió ampliamente sobre la DCMi.²⁰⁶

Como sostiene Phil Brown, un diagnóstico no puede estudiarse de manera aislada, y ha sido justamente una constante en las investigaciones desde las ciencias sociales el considerarle un lugar preeminente en la psiquiatría como componente del control social, como punto de partida de prácticas de etiquetado por parte de los profesionales, los colectivos y las instituciones de salud mental.²⁰⁷ La intención del presente capítulo es comprender el diagnóstico en su imbricación con

²⁰⁶ Rafael Velasco Fernández, sin duda merece un extenso estudio. Sus aportes en la dirección de la CC en México y la creación de otra en Jalapa, Veracruz (1963), sus escritos sobre el niño hiperquinético basados en una amplia experiencia clínica, su gestión en la prevención y tratamiento de las adicciones en diversas instituciones y su labor como formador de psiquiatras infantiles en el posgrado de la UNAM, lo convierten en una figura central en nuestro país dentro del campo.

²⁰⁷ BROWN. "The Name Game", p. 389.

diversos elementos, tales como los tratamientos, los modelos de clasificación, las políticas sanitarias, los componentes sociales, tecnológicos, etc. A partir de su definición y elaboración desde el campo psiquiátrico, el diagnóstico distingue al especialista del profano y de otros profesionales que pueden reclamar autoridad sobre lo que se considera patológico; diferentes intereses de grupo buscan imponer la veracidad y fiabilidad de sus afirmaciones, así como de su *expertise*. En ese sentido, el diagnóstico es un lugar de disputa y acuerdos con relación a lo que se piensa fuera del orden social. Además de dar autoridad individual y colectiva a los especialistas, el diagnóstico también provee de una legitimidad institucional, reafirma un dominio médico, una jurisdicción. Impone también un orden oficial y cumple una finalidad administrativa al definir quiénes asumirán la responsabilidad de corregir determinados comportamientos, qué tipo de protocolos deberán seguir los tratamientos, quiénes serán sus voceros avalados, etc.²⁰⁸

Considerando lo anterior, es necesario resaltar la importancia que tuvo un diagnóstico extremadamente amplio como la DCMi, para dar cohesión e incluso dotar de identidad a la AMPI y, con ello, dar una mayor legitimidad social a los psiquiatras mexicanos. Ofreceremos una descripción de lo que representan dos aspectos relevantes que configuran una mirada sobre la psiquiatría infantil en este periodo: los debates sobre el niño normal y sobre la relevancia que cobró en el periodo estudiado el modelo biopsicosocial en el campo de la psiquiatría. Se presentan las explicaciones que en el contexto mexicano se dieron en relación a la DCMi, así como una serie de debates que se libraron en torno al diagnóstico, tratamiento y comprensión de lo que podemos considerar la antesala del TDAH.

²⁰⁸ JUTEL, “Sociology of diagnosis: a preliminary review”.

La Disfunción Cerebral Mínima entre los psiquiatras mexicanos

Buscamos comprender el modo en que la desatención, la hiperactividad y la impulsividad quedaron subsumidas —junto con otros trastornos de la conducta y del aprendizaje— bajo la designación Disfunción Cerebral Mínima (DCMi). Primero, analizaremos qué concepción de la DCMi tenían los psiquiatras del país, qué procedimientos para su diagnóstico sugerían, cómo explicaban sus causas, qué tratamiento y pronóstico establecían, etc. Posteriormente, se dará cuenta de una serie de debates que surgieron alrededor de esta categoría diagnóstica. Lo anterior permitirá ver que el diagnóstico representa un lugar de disputa y acuerdos en relación a explicaciones, comprensiones y creencias respecto a lo que se concibe como patológico, además de dotar de autoridad a los psiquiatras infantiles para tratar lo que consideran fuera del desarrollo normal.

La DCMi en México

Como ya hemos apuntado en el primer capítulo, diversos servicios vinculados con la salud pública en Estados Unidos organizaron grupos de trabajo y proyectos para investigar la Disfunción Cerebral Mínima (DCMi) en los primeros años de la década de los sesenta. Sam Clements y John Peters, psiquiatras que tomaron un rol protagónico en la encomienda, sostenían que el interés en profundizar en el conocimiento de la DCMi se debió a una exigencia de padres y madres de alumnos de primaria, así como de los servicios especializados en programas públicos escolares, por comprender y tratar los trastornos conductuales y de aprendizaje desde una etiología orgánica —como desviaciones del Sistema Nervioso Central (SNC)—. El incremento en los casos de disfunciones neurológicas y el desencanto de explicaciones psicogénicas y ambientales dio un empuje a la búsqueda por entenderlas con mayor claridad y desde la óptica señalada.

Para Clements y Peters, los síntomas que distinguen la DCMi son: 1) Déficits de

aprendizajes específicos. Dificultades en la lectura, mala ortografía, errores disléxicos, dificultad con abstracciones, con la aritmética y con la coordinación visomotora. 2) Déficit perceptivo-motores. Deficiente y errática escritura, dificultades con la figura-fondo y con la copia de figuras geométricas. 3) Déficit generales de coordinación. 4) Hiperquinesia. El niño se muestra inquieto, en constante movimiento, pasa de una actividad a otra. Muestra habla voluble y desinhibida e ideas desorganizadas. 5) Impulsividad. El niño toca y manipula objetos sin poder evitarlo; habla sin controlarse y tiene constantes conflictos con las demandas y reglas familiares, escolares y sociales. Algunos llegan a cometer actos antisociales inesperados, a prender fuego, robar o golpear a la menor provocación. 6) Labilidad emocional. El niño se muestra irritable, agresivo o “conmovido hasta las lágrimas”, con repentinos cambios, pasando del enojo al fácil manejo o al remordimiento. 7) Breves periodos de atención y/o distracción. Dificultad para concentrarse en algo, desinterés por las actividades, sobre todo las abstractas. Pueden pasar largos periodos atendiendo algo que despierte su interés cuando no hay una evidente distracción ante cualquier estímulo. 8) Signos neurológicos “equivocos”. Estrabismo transitorio (ojos que no se alinean en la misma dirección”, disdiadococinesia (dificultad para realizar movimientos alternantes con rapidez, que por ejemplo, se observa en personas con daño en el cerebelo), mala coordinación de los dedos, dificultad para distinguir la derecha de la izquierda, defectos del habla (antecedentes de desarrollo lento o con dificultades), torpeza generalizada.²⁰⁹

Lo que podemos notar con esta descripción de las características de la DCMi, es que hay un grupo de síntomas cercanos a la Lesión Cerebral Mínima y a otros que más tarde estarán vinculados con el TDAH, sobre todo los que se refieren a los puntos 4, 5, 6 y 7. Otro tanto estaba vinculado a diversos problemas neurológicos, trastornos de aprendizaje y a la adquisición de

²⁰⁹ CLEMENTS y PETERS, “Minimal Brain Dysfunctions in the School-Age Child”, pp. 87-88.

conocimientos a un ritmo más lento, por ejemplo: errores disléxicos, dificultades en la percepción, dificultades ortográficas, confusiones derecha-izquierda, defectos del habla.

Una caracterización sin lugar a duda sumamente amplia e imprecisa, pero que sirvió para comprender y explicar, entre otras, las conductas de desatención, impulsividad e hiperactividad. Clements y Peters apuntaban que la DCMi había sido conocida de otros modos, por ejemplo: síndrome de conducta de daño cerebral, daño cerebral “leve” o “ligero”, síndrome hipercinético, síndrome cerebral orgánico, trastorno de impulso hipercinético, síndrome de Strauss, trastorno postencefálico de conducta, entre otros.²¹⁰ Estas referencias muestran que el tránsito de una designación a otra no es lineal, no es que abruptamente un diagnóstico sustituye o elimina a otros que lo preceden.

En septiembre de 1967, la Asociación Psiquiátrica Mexicana organizó un simposium sobre la DCMi, coordinado por Rafael Velasco Fernández —a la postre director de la Clínica de la Conducta entre 1965 y 1971—. Los aspectos tratados fueron el diagnóstico, la discusión sobre sus causas y el tratamiento, los aspectos psicológicos y neurológicos implicados, y la comprensión integral del problema.

Los planteamientos sobre la DCMi tuvieron una gran influencia entre los psiquiatras mexicanos; sin embargo, lo anterior no puede confundirnos y creer que solamente realizaron una transliteración de ideas a su propio contexto.²¹¹ Si bien es posible ubicar tradiciones académicas que se arraigaron en la AMPI y en una extensa red de psiquiatras de aquellos años, se pueden

²¹⁰ CLEMENTS y PETERS, “Minimal Brain Dysfunctions in the School-Age Child”, p. 186.

²¹¹ Resulta interesante, para futuras investigaciones, detenernos en los debates de la historia de la ciencia sobre el centro y la periferia; por ahora baste decir que los condicionamientos socioculturales e institucionales particulares del periodo analizado, dan cuenta de que los planteamientos sobre la DCMi no se mantenían intactos; las dinámicas locales, en este caso, hay que decirlo, muy restringidas a la Ciudad de México, evidencian acciones y proyectos creativos. Si quizás, en un afán modernizador de la disciplina, existió un fuerte apego a la psiquiatría norteamericana, no por ello vemos una importación acrítica. Buscaremos adelante señalar algunas particularidades del caso mexicano.

observar polémicas internas con sus vaivenes, una confluencia ríspida, conflictiva y cargada de malentendidos entre diferentes herencias teóricas y prácticas clínicas. Los debates sobre la DCMi dan cuenta de una falta de claridad en la designación que, sin embargo, brindó una identidad a los psiquiatras infantiles, les permitió delimitar su campo de acción al conjunto variado de síntomas y trastornos que podían atender.

Por su cercanía a Clements y por su esfuerzo de síntesis, conviene recuperar la definición que de la DCMi hace el psiquiatra mexicano Tirso Lara:

Un estado que se presenta en niños de inteligencia normal promedio o casi normal, con alteraciones de conducta y/o aprendizaje, que van de moderadas a severas y que están asociadas a las funciones del SNC. Estas desviaciones se manifiestan por una serie combinada de alteraciones en la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, control de la atención, de impulsos y motores. Estas aberraciones pueden originarse por alteraciones genéticas, bioquímicas, daños cerebrales prenatales y daños o enfermedades durante los primeros años de vida, los que son críticos para el desarrollo y maduración del SNC.²¹²

Con los variados síntomas que cabían dentro de la designación DCMi, podemos darnos cuenta de una inespecificidad que generó interesantes debates. En cierta forma era palpable entre la comunidad psiquiátrica del país un deseo por investigar, experimentar y delimitar. Las muestras de incomodidad con la entidad nosológica eran frecuentes. En muchos casos, cuando hay descripciones de niños con daño cerebral, se sugiere que el diagnóstico apunta más a una psicosis infantil, a una debilidad mental o a otro trastorno. Darío Urdapilleta, miembro fundador de la AMPI así lo expresaba:

Además de los niños caracterizados por dificultades en la percepción, distracción, tendencias perseverativas, rigidez conceptual, labilidad emocional e hiperactividad, existen muchas otras variedades de trastornos de conducta que pueden acompañar el daño del Sistema Nervioso Central. Estos patrones van de una simple debilidad mental superficial hasta trastornos y dificultades en el

²¹² LARA G., “Disfunción cerebral. Alteraciones en el desarrollo del yo”, p. 27.

control impulsivo, con problemas para determinar fronteras corporales, que clínicamente y sintomatológicamente pueden parecer idénticos a una psicosis infantil.²¹³

Ejemplos de las confusiones que generaba la entidad hay varios; dan cuenta de una delimitación nosológica laxa, aún en construcción y, por ello, bastante inexacta. Jacobo Krasovsky describe, en 1970, el caso de una niña a la que se diagnostica como “débil mental superficial” y sobre la que se dice también que presenta una DCMi, además de bloqueos de tipo emocional, periodos depresivos e ideas autodestructivas. La menor mostraba también conductas de agresividad, inquietud, rebeldía, tendencia al hurto, mitomanía, etc.²¹⁴ Refiriéndose a las dificultades en la evaluación psicológica del niño con daño cerebral, Urdapilleta alertaba sobre los riesgos implicados en lo abarcativo de la designación, pudiendo utilizarse lo mismo para una parálisis cerebral, epilepsia, retardo mental o para un trastorno de conducta como la hiperquinesis. Además de que las conductas atribuidas a niños con daño cerebral podían confundirse con esquizofrenia y afasia.²¹⁵ También se decía que el niño con “daño cerebral mínimo” había sido manejado, en otros momentos, como neurótico.²¹⁶

Una historia clínica presentada en el segundo número de la RCC evidenciaba lo ambiguo de este diagnóstico. Un niño de 13 años y medio es canalizado a consulta ya que muestra extrema agresividad, es introvertido y tiende a permanecer aislado en la escuela y el hogar, en donde también se caracteriza por ser desobediente, apático y no aceptar ninguna orden. Otros familiares presentan también antecedentes psiquiátricos: el comportamiento de la madre es descrito como neurótico, con ansiedad y depresión, una hermana muestra esquizofrenia catatónica y es tratada en

²¹³ URDAPILLET, “Aspectos psicológicos del Daño Cerebral Mínimo”, p. 13.

²¹⁴ KRASOVSKY ZOZULA, “Historia clínica”, pp. 82-89.

²¹⁵ URDAPILLET, “Aspectos psicológicos del Daño Cerebral Mínimo”, p. 13.

²¹⁶ PATIÑO ROJAS, “La psique infantil”, p. 10.

una institución psiquiátrica. El niño —inmerso en una dinámica familiar sumamente adversa y violenta, calificada como hostil y frustrante—, además de los síntomas descritos, presenta alucinaciones visuales y auditivas, “voces que le ordenan”, que lo alertan sobre lo que los demás piensan sobre él. Los exámenes físicos no muestran “ninguna anormalidad”, el electroencefalograma en cambio presenta trazo anormal, y las pruebas psicométricas sugieren una lesión orgánica y una inteligencia inferior a la normal, “perdida del contacto con la realidad”, tendencia a la depresión, agresividad que se proyecta en forma paranoide y “conflictos sexuales”. El diagnóstico es “Daño cerebral Mínimo asociado a fenómenos psicóticos indudables cuya nosología precisa es difícil establecer”.²¹⁷

¿Podemos establecer paralelismos entre lo que hoy se considera como TDAH y la DCMi con las características que se atribuyen al caso anterior? Parece que no, pero retomaremos adelante las implicaciones que tuvo la vaguedad de la DCMi y las consecuencias de ello para los psiquiatras infantiles en México, por ahora profundizaremos en la designación.

Las causas

Las referencias al origen del daño cerebral eran variadas; se advertía que podían presentarse desde el inicio de la gestación, que a muchas de ellas no se les prestaba demasiada atención al no asociarlas con la posibilidad de ocasionar una Disfunción Cerebral. Entre las causas mencionadas se encontraban: a) lesiones ocasionadas en el útero: padecimientos infecciosos de la madre (rubeola y toxoplasmosis), anoxia prenatal (provocada por aspiración de monóxido de carbono, anemia, hipotensión, hemorragia cerebral, exposición a rayos X, diabetes. b) Causas paranatales: anoxia neonatorum (generadas por la obstrucción mecánica respiratoria, uso de drogas,

²¹⁷ HAM FERNÁNDEZ, “Historia clínica”, p. 74-79.

hipotensión materna, etc.), accidentes que pueden producir sufrimiento fetal (incorrecto uso de fórceps, partos prolongados o una expulsión demasiado rápida, dificultades en la cesárea, etc.). c) Causas asociadas a los primeros años de vida: enfermedades infecciosas en los primeros meses (tosferina, sarampión, escarlatina y neumonía), encefalitis y meningitis, traumatismos craneanos, etc.²¹⁸

La historia clínica buscaba encontrar algunos antecedentes asociados al padecimiento. Respecto a los mecanismos que generaban la sintomatología, no estaban plenamente identificados, pero algunas investigaciones sugerían que la lesión podía causar una disfunción de la corteza que, a su vez, produce alteraciones en la inhibición de estas estructuras. Otros pensaban que se trataba de una falla en el diencéfalo, que produce excesivos impulsos que prácticamente “bombardean” la corteza. Así, el niño con daño cerebral recibe una frecuente cantidad de estimulación proveniente del exterior y de su propio organismo. Para algunos autores —apunta Velasco— lo que sucede con el daño cerebral es que afecta el desarrollo del niño, lo que interfiere en la maduración y en el organismo como un todo.²¹⁹

Entre los psiquiatras infantiles mexicanos que discuten sobre la DCMi, encontramos diferentes tendencias en la explicación de sus causas, que se mueven entre una serie de planteamientos provenientes de la psiquiatría, la neurología, el psicoanálisis, la terapia familiar, etc. Que se mezclan, se reinterpretan o entran en disputa. No hay una identidad profesional y una clínica perfectamente delimitadas. Los discursos y prácticas van más por las sendas del esfuerzo por comprender los síntomas, los casos, por responder a las demandas institucionales y al saber que en ellos como profesionales era depositado.

²¹⁸ VELASCO FERNÁNDEZ, “El síndrome de disfunción cerebral en el niño”, p. 9.

²¹⁹ VELASCO FERNÁNDEZ, “El síndrome de disfunción cerebral en el niño”, pp. 9-10

Al lado de explicaciones de la DCMi que tienen como sustrato lo cerebral, encontramos otras que se decantaron por la perspectiva psicodinámica. Tirso Lara pensaba que en la DCMi “la fuerza del yo se debilita y que esta debilidad se manifiesta en la incapacidad del niño para posponer gratificaciones, tolerar frustraciones o controlar sus impulsos, o en su capacidad para el pensamiento abstracto. Su yo frecuentemente se vuelve egodistónico”.²²⁰ Rodolfo Ortega, por su parte, señala que en un niño de preescolar con hiperquinesia podrán presentarse insistentemente conductas orales: “estos niños exploran con la boca, chupan, muerden y tragan con vigor todo lo que pueden. El niño se mece continuamente, toca, manipula, rompe cosas, etc., y aunque algunas veces esto tiende a desaparecer durante la latencia, persistirá la incapacidad para estarse quieto”.²²¹

No es que el daño cerebral haya sido pensado aquí estrictamente desde la organicidad; aun cuando se habla de una lesión en el SNC, ésta —se dice— debe analizarse de manera conjunta con otros elementos específicos. Junto a la suposición de la localización de la lesión, debe estudiarse “su extensión y distribución, las características de la misma, y la etapa del desarrollo evolutivo en la historia del individuo en la que se produjo, además de otros hechos importantes como la estructura familiar, el tipo de entrenamiento dado al niño y otros aspectos sociológicos”.²²²

La DCMi podía ser considerada como un daño difuso, no focalizado y que si bien no era anatómica o neurológicamente demostrable, era responsable de las manifestaciones sintomáticas, que de manera insistente se observan en estos casos: trastornos en la conducta, en la atención, la percepción y el aprendizaje; y que además de afectar al paciente, generan una serie de alteraciones en el ambiente en que se desarrolla.

²²⁰ Egodistónico aquí hace referencia a un yo que vive con malestar o incomodidad alguna situación problemática. LARA G., “Disfunción cerebral. Alteraciones en el desarrollo del yo”, p. 28.

²²¹ ORTEGA, “Disfunción cerebral. Alteraciones en el desarrollo del yo”, p. 34.

²²² URDAPILLETA, “Aspectos psicológicos del Daño Cerebral Mínimo”, p. 13.

No hubo consenso en México en los planteamientos sobre la DCMi; mayoritariamente existió un acuerdo en relación con que hay una disfunción en el SNC, pero un análisis más fino nos muestra que había matices en la explicación. Esta dependía del énfasis que se daba a la organicidad o la psicogenia, más allá de que abiertamente los psiquiatras se atrevieran o no a decantarse por alguna.

Del diagnóstico, pronóstico y tratamiento

La forma en que se llevaba a cabo el diagnóstico de DCMi en la Clínica de la Conducta y entre los psiquiatras infantiles de la época, sigue una tendencia internacional que encuentra similitudes con lo propuesto por Clements y Peters, e incluso antes con Strauss y colaboradores.²²³ La anamnesis (historia clínica) buscaba encontrar algunos hechos vinculados a la etiopatogenia, a enfermedades, complicaciones, accidentes o infecciones presentes en el desarrollo psicobiológico en los primeros años, durante el embarazo o en el parto. El examen neurológico, incluido y sobre todo el estudio electroencefalográfico, era de capital importancia y se insistía en que nunca dejara de practicarse.²²⁴ La evaluación ambiental y de las actitudes parentales, además del uso de tests psicológicos (Gessell, Bender, Birch, Goldstein, etc.), se consideraban imprescindibles.²²⁵

Una descripción clara del tipo de diagnóstico que se proponía, la ofrece Luz de Lourdes Solórzano, quien menciona que una comprensión integral del niño con DCMi precisa de un estudio clínico detallado, que además del análisis de los síntomas principales, analice la dinámica familiar y escolar, así como las relaciones sociales en que el niño está inmerso. Apunta que los principales

²²³ No insistiremos en la comparación, pero remitimos al apartado sobre estos autores en el capítulo anterior.

²²⁴ VELASCO FERNÁNDEZ, “El síndrome de disfunción cerebral en el niño”, p. 11. Sobre el EEG se decía que su introducción en los diagnósticos e investigaciones había ayudado a acabar con las “vagas especulaciones”, al permitir identificar las estructuras específicas del SNC, además que reforzó la idea de una psiquiatría científica, de evidencias que marchaban en el camino de los síndromes orgánicos.

²²⁵ URDAPILLETA, “Aspectos psicológicos del Daño Cerebral Mínimo”, p. 13.

síntomas suelen generar un ambiente familiar adverso, generándose una serie de epifenómenos derivados de la hiperquinesia, la inatención y la agresividad. Subraya que, en ocasiones, suponiendo que la etiología de la conducta se debe al ambiente familiar o escolar del niño, o a conflictos emocionales, se agravan las dificultades, pues se atienden solamente síntomas derivados. Así, el diagnóstico y el tratamiento requieren de un trabajo en equipo, partiendo del reconocimiento de que la génesis del comportamiento descansa en el daño cerebral. El estudio integral —sostenía— debe considerar los estudios psiquiátricos, psicológicos, somáticos, exámenes de laboratorio y gabinete (por ejemplo, el E.E.G), estudios del contexto social, comunitario, económico y educativo. Además de lo anterior, resultaba necesario comprender al niño desde su propio proceso evolutivo.²²⁶

En la Clínica de la Conducta se prefería el uso de diagnósticos descriptivos, es decir, basados en síntomas, sobre los globales “de carácter nosológico indudable (depresión, obsesión, etc.)”. Sin embargo, se daba “mucho importancia a los síndromes de disfunción por daño cerebral mínimo difuso, [considerando que se recurría] a este diagnóstico cuando el examen físico neurológico y el estudio electroencefalográfico, orientan con relativa certeza hacia la existencia de daño orgánico, siempre que la sintomatología psíquica sea concordante”.²²⁷

Los debates sobre la factibilidad, validez y confiabilidad de los tests psicológicos para diagnóstico clínico iban del reconocimiento de su utilidad al descrédito entre los psiquiatras mexicanos. Daniel Nares Rodríguez reconocía su uso desde principios de siglo, así como su propio progreso en la detección de problemas de conducta. Sin embargo, resalta también ciertos abusos que derivaban en aseveraciones dogmáticas y en considerarles la panacea del diagnóstico. Alertaba, por ejemplo, que al emplear los tests psicológicos en los niños, se pensara en

²²⁶ SOLÓRZANO y B., “El niño con daño cerebral mínimo”, p. 28.

²²⁷ VELASCO FERNÁNDEZ *et al.*, “Estudio piloto con RO 5-4556”, p. 24.

manifestaciones estables sin tomar en cuenta las variaciones propias del crecimiento y el desarrollo. Lo anterior obliga a sopesar sus resultados como parte de una valoración clínica más amplia; considerada la información que brindan los tests como elementos aislados y estáticos, aportarán solamente una visión reducida y no un diagnóstico integral. Nares concluía: “Nuestra misión será más positiva si se obra con cautela, plasticidad y objetividad y no quedarnos sumergidos en actitudes microscópicas y parcelarias”.²²⁸

Respecto al tratamiento, se consideraba que no debía centrarse solamente en el síntoma y su causa, sino también a los efectos o reacciones que derivan de él.²²⁹ El empleo de psicofármacos apuntaba a modificar “las causas de la perturbación”, pero esto no excluía que se utilizara “simultáneamente la psicoterapia”. Sobre esto último se decía:

Por las necesidades del paciente que acude a nuestro servicio, nos vemos obligados a utilizar psicodramas con relativa generosidad; no obstante, se realiza psicoterapia al pequeño y la orientación casi siempre es también terapéutica para los familiares o personas significativas que lo rodean. Es sabido que si el ambiente no favorece con una serie de actitudes, para la correcta integración del niño en el seno familiar, el resultado de los fármacos no será adecuado.²³⁰

En relación al pronóstico o evolución del niño con daño cerebral, éste también se debatía entre dos posturas antagónicas. Para algunos se trataba de un paciente con una “enfermedad crónica” que, por lo mismo, acarreaba consecuencias y un fuerte impacto en la estructura familiar.²³¹ Para otros se esperaba “una notable mejoría de muchos de sus síntomas al llegar a la adolescencia”. Lo interesante acá estriba en el señalamiento de que dicha recuperación “no

²²⁸ NARES RODRÍGUEZ, “El valor de los tests psicopatológicos”, pp. 22-25.

²²⁹ SOLÓRZANO y B., “El niño con daño cerebral mínimo”, p. 28.

²³⁰ NARES RODRÍGUEZ, “Las psicodrogas en pediatría”, pp. 9-10. No nos extenderemos aquí sobre el tratamiento de la DCMi, dado que ello será motivo de análisis en el cuarto capítulo; por ahora baste decir que en el periodo comprendido de 1967 a 1973, tenemos documentados al menos 22 medicamentos que eran utilizados para el tratamiento del niño con daño cerebral y con problemas de conducta.

²³¹ URDAPILLETA, “Aspectos psicológicos del Daño cerebral Mínimo”, p. 13.

depende de la terapia administrada, sino que forma parte de la evolución propia del síndrome”.²³² Como es sabido, las discusiones sobre la cronicidad y la mejora en la época adolescente continuó por varios años, imponiéndose la primera postura, sobre todo a medida que el TDAH en adultos fue teniendo una presencia cada vez mayor en la sociedad.

La DCMi, la hiperquinesia y los trastornos de conducta

Los psiquiatras mexicanos, siguiendo la tradición de los planteamientos estadounidenses sobre la DCMi, distinguían entre el diagnóstico de “daño cerebral” —referido a una alteración anatómica o fisiológica— del concepto “niño con daño cerebral” o DCMi, que se usaban sobre todo para aludir a “ciertos grupos de niños con trastornos de conducta”.²³³ Cabe señalar que este último término también fue objeto de críticas al considerarlo poco preciso. Resulta difícil seguir las investigaciones sobre trastornos de conducta infantil realizadas en la Clínica, sobre todo considerando que al optar por diagnósticos sintomáticos, dentro de los trastornos de conducta cabían comportamientos sumamente variados y disímiles, por ejemplo, síntomas como inquietud, agresividad, onicofagia, dificultades de aprendizaje, rebeldía, desobediencia, distracción, enuresis, cleptomanía, mitomanía, destructividad, piromanía, terrores nocturnos, somniloquia o noctilalia, irritabilidad, hiperquinesia, anorexia, timidez y apatía, ansiedad, trastornos del sueño, inestabilidad emocional, atención dispersa, etc.

Respecto a la DCMi, un aspecto de sumo interés, y que será a la postre el argumento más utilizado en la crítica a ésta, fue la variabilidad en las expresiones sintomáticas, que como se ha dicho, podían ser en el nivel intelectual, disfunciones neuromotora, trastornos en la conciencia,

²³² VELASCO FERNÁNDEZ, “El síndrome de disfunción cerebral en el niño”, p. 12.

²³³ URDAPILLETA, “Aspectos psicológicos del Daño Cerebral Mínimo”, p. 13.

disfunciones sensoriales y perceptuales o alteraciones de la conducta. La amplia variedad de los síntomas asociados hacía que etiquetas como parálisis cerebral, deficiencia mental, epilepsias, desórdenes convulsivos, desórdenes sensoriales y perceptivos o el “desorden de conducta hiperkinético”, quedaran agrupados bajo el paraguas de la DCMi. Sin embargo, hay que decir que es este último el que cobró especial relevancia en las discusiones de los psiquiatras infantiles mexicanos. Sobre todo, porque —como señaló Velasco Fernández— es el que tenía un eminente “carácter psiquiátrico”.²³⁴ La DCMi, más que cualquier otro desorden, legitimaba el campo de acción de la psiquiatría infantil mexicana. A tal grado sobresalía este desorden —de entre los muchos anteriormente enumerados—, que se creía necesario contar con espacios y profesionistas especializados que atendieran “la hiperquinesia, la agresividad, la inatención y las fallas de percepción, etc.”.²³⁵

Coincide lo dicho con la apreciación de que los síntomas más mencionados, con mayor valor para el diagnóstico de la DCMi, eran: “aproxexia o baja capacidad de atención, impulsividad, variabilidad de la conducta, o ‘conducta impredecible’, agresividad y destructividad, incapacidad para postergar gratificaciones, baja tolerancia a la frustración, bajo rendimiento escolar, perseverancia, e hiperkinesis”.²³⁶ Como puede observarse, en las conductas señaladas ya se encuentran perfilados los principales componentes de lo que será el TDAH; destaca la preeminencia de síntomas ligados a la desatención y la impulsividad. Se explica así que la DCMi sea pensada como el antecedente inmediato en las historias de este trastorno.

Refiriéndose al uso indiferenciado que de manera frecuente se daba entre DCMi y síndrome hiperquinético, Rafael Velasco apunta que:

²³⁴ VELASCO FERNÁNDEZ, “El síndrome de disfunción cerebral en el niño”, p. 8.

²³⁵ SOLÓRZANO y B., “El niño con daño cerebral mínimo”, p. 31.

²³⁶ VELASCO FERNÁNDEZ, “El síndrome de disfunción cerebral en el niño”, p. 8.

a despecho de la seria dificultad para elegir el nombre más adecuado, lo que interesa y tiene verdadera trascendencia, es que el número de niños que sufren este cuadro es muy elevado, que el síndrome existe sin lugar a duda, y que tanto su reconocimiento como su tratamiento son claramente posibles. Por supuesto la entidad designa no un trastorno neurológico, sino un patrón de conducta, susceptible de identificación mediante la clínica.²³⁷

Por cerca de una década, las designaciones “trastornos del comportamiento”, DCMi y síndrome hiperquinético se mezclaron, en ocasiones con ligeras variantes. Esa indiferenciación, no exenta de confusiones, daba cuenta de un desequilibrio de la mirada paidopsiquiátrica, plasmado en inestabilidades teóricas y conceptuales acompañadas de la crisis de sentido de ciertos diagnósticos. Eran reconocidos problemas semánticos con los diagnósticos utilizados en la Clínica, pues no quedaban claramente definidos. Si en ese momento el auge de las especialidades médicas significaba modernización e innovación, una transformación del lenguaje al interior de la psiquiatría infantil evocaba también este carácter de avance y ruptura.

Velasco Fernández, como ya se habrá advertido, una figura central en la historia de la hiperactividad, director de la CC y un importante portavoz de la misma, señalaba que la clasificación en psiquiatría —y de modo particular en paidopsiquiatría— pretendía servir como una herramienta de comunicación, como un lenguaje común entre profesionales que trabajan con niños, en tanto busca agrupar fenómenos psicopatológico, diagnosticar los casos con miras a decidir la mejor terapéutica y una comprensión interdisciplinaria de las condiciones de la infancia, diferenciándolas de la nosología psiquiátrica de los adultos.²³⁸

Al desconocerse las causas exactas de los trastornos psicopatológicos, se señalaba que era preferible una nosología que descansara en los síntomas más aparentes, que sirviera para nombrar experiencias disímiles, pero en un lenguaje común, que no buscara adecuarse a determinados

²³⁷ VELASCO FERNÁNDEZ, “El síndrome de disfunción cerebral en el niño”, p. 8.

²³⁸ VELASCO FERNÁNDEZ, “Fundamentos de la clasificación nosológica en psiquiatría infantil”, pp. 26-29.

esquemas teóricos y que no mutilara “la realidad clínica”. Esta propuesta se basaba en los siguientes planteamientos: 1) El comportamiento de los niños no es constante, pueden observarse variaciones considerables de una entrevista a otra; apresurar el diagnóstico puede conducir a graves errores. 2) En consonancia con lo anterior, pretender diagnósticos “fijos y acabados”, resulta improcedente si, como se ha dicho, se acepta que el niño se encuentra inmerso en un proceso de desarrollo. 3) La terminología diagnóstica de los adultos no puede simplemente adaptarse para describir comportamientos de los niños. 4) “Los niños permanecen más que nada en la realidad, ‘su’ realidad con ‘sus’ padres, ‘sus’ hermanos y ‘su’ medio social y escolar”. Lo anterior necesariamente implica el análisis específico de esa realidad y no de la extrapolación de características generales, como si el contexto no variara e influyera en las manifestaciones psicopatológicas. Tomando en consideración los puntos señalados, proponían el “uso de los diagnósticos descriptivos”, sobre los que expresaban: “Es más importante la forma en que se describe concretamente un estado psicopatológico del niño, que el membrete que usemos para encasillarlo. Una referencia a la posible génesis del trastorno y una somera descripción de la circunstancia ambiental del niño, parecen suficientes como complemento al enunciado nosológico, cualquiera que sea la clasificación utilizada”. Lo expuesto no debe hacer pensar que el diagnóstico se presumía innecesario; todo lo contrario, se pensaba que justamente orientaría no sólo la comprensión del comportamiento, sino también el tratamiento y el pronóstico.²³⁹

²³⁹ VELASCO FERNÁNDEZ, “Fundamentos de la clasificación nosológica en psiquiatría infantil”, p. 28. Sobre la preferencia de los diagnósticos descriptivos, véase también: VELASCO FERNÁNDEZ *et al.*, “Estudio piloto con RO 5-4556”, p.24; VINCENT, “Alteraciones del comportamiento infantil”, p. 21.

Dos historias clínicas

En la última parte de cada número de la *Revista de la Clínica* aparece el relato de un caso clínico. Las historias son sumamente detalladas. Presento aquí solamente algunos aspectos generales de dos casos con el fin de ilustrar algunos puntos desarrollados en este capítulo.

Manuel (9 años)

Manuel, niño de 9 años, asiste a una escuela no oficial religiosa cuyo director lo expulsó señalando que es rebelde, inquieto y precoz. Fue atendido en la Clínica de la Conducta en 1967, realizándole cinco entrevistas de 45 minutos, otras seis de una hora con la madre y una con ambos padres.²⁴⁰ Manuel —relata la madre— con frecuencia hace “berrinches”, “pataletas”, es agresivo y agrede a sus hermanos (a quienes golpea con brutalidad) por “cuestiones insignificantes”, pudiendo perder el control cuando se enfurece. Carece de entusiasmo generalizado y es indiferente a los “problemas del hogar”. La madre relata: “no recuerdo haberlo visto quieto nunca”. Además de lo ya señalado, entre las características atribuidas a Manuel a lo largo de la historia clínica se enumeran los siguientes síntomas y conductas: inquietud crónica, “desobediencia patológica”,²⁴¹ agresividad crónica presente en el hogar y la escuela, “actitud insegura”, “bajo rendimiento”, “fracaso escolar”,

²⁴⁰ Presentamos una muy general síntesis de la historia, cuando aparezcan comillas, se hace referencia textual a: VELASCO FERNÁNDEZ *et al.*, “Historia clínica paidopsiquiátrica”, pp. 51-58.

²⁴¹ La idea de una “desobediencia patológica” fue propuesta por Velasco Fernández a partir de la observación de diferentes casos clínicos: “Es un hecho de que estos niños son desobedientes, pero su actitud ante las reglas y limitaciones establecidas por los adultos con autoridad sobre ellos es, no la de quien desobedece a sabiendas de que comete una falta que tratará de ocultar, o de que, si es descubierta, sufrirá un castigo; más bien es una conducta que denota una falta de comprensión de lo que significa una orden y de la necesidad de cumplirla. El niño en estos casos comete una y otra vez la misma falta, sin explicarse claramente por qué se le castiga y sin tratar de ocultarla. [...] Cabe decir que ni siquiera es una verdadera desobediencia, puesto que no se puede desobedecer una orden que no se ha comprendido”. VELASCO FERNÁNDEZ, “El síndrome de disfunción cerebral en el niño”, p. 10. Sobre la desobediencia patológica véase también: VELASCO FERNÁNDEZ, *El niño hiperquinético*, p. 31.

“en cuanto a su inteligencia no ha sido precisamente destacado”, aunque puede ser listo para engañar, “indiferencia afectiva”, “inseguridad”, “inatención” (“no fija su atención en un objeto o en una idea el tiempo necesario para comprenderlos convenientemente”), “aproxexia” (“falta de disposición para concentrarse medianamente”), “atención dispersa”, “baja tolerancia a las frustraciones”, “impulsividad”, “ausencia de apego emocional”, “crisis emocionales motivadas por hechos de escasa importancia”. La valoración psicopedagógica mostró dislexia, distraía y discalculia. También sobre los aspectos educativos se dice que Manuel manifiesta “pésima caligrafía”, “dificultades para la lectura”, “orientación en tiempo y espacio normal”, “pensamiento fundamentalmente concretista”, “incapacidad para el uso y comprensión de las abstracciones”.

Manuel pudo perfectamente inspirar dos dibujos que dicen representar a un niño hiperactivo. “Se presentó siempre desaliñado y hasta sucio, a pesar de que la madre se preocupa por la apariencia personal de sus hijos e insiste en su limpieza, y siempre dio la impresión de descuido en su arreglo personal”.



Imagen 1. A la derecha: Niño hiperquinético que muestra su descuido al vestir. Derecha: Aspecto característico de un niño hiperquinético. Fuente. VELASCO FERNÁNDEZ, *El niño hiperquinético*. pp. 46-47.

De la madre se dice que presenta una inmadurez de la personalidad, señalándose que no ha desarrollado los “sentimientos de confianza, autonomía e identidad”, en franca alusión a las etapas del desarrollo psicosocial de Erik Erikson.²⁴² Como resultado del rápido nacimiento de sus otros hijos, la madre “se mostró desde un principio poco capacitada para el control de los aspectos materiales de su hogar, ‘descuidó’ la educación de Manuel en los aspectos disciplinarios y de estímulos”.

Se realizó una valoración del desarrollo psicobiológico (historia pre, peri y posnatal, primeros pasos, lenguaje, pronunciación, desarrollo psicomotor, crianza, control de esfínteres, desarrollo escolar, etc.), estudios psiquiátricos, historia individual de los padres y de la dinámica familiar, examen físico (dos electroencefalogramas), examen psicológico (tests de Goodenough, Kohs, Raven, C.A.T, Bender).

La historia clínica muestra una verdadera constelación de ideas; resulta interesante por su complejidad y por ser interpretado el diagnóstico desde diferentes perspectivas. Se señala por ejemplo que, los resultados del EEG pueden hacer pensar que algunos síntomas conductuales pueden tener un origen físico, una base estrictamente orgánica. Por otro lado, se apunta que en la esfera familiar existen elementos para pensar en una “problemática emocional” que puede explicar “algunos síntomas conductuales”. Se sugiere que también la situación escolar y social debe considerarse al hacer una valoración del trastorno.

²⁴² La teoría de Erik Erikson es frecuentemente citada por psiquiatras de la AMPI. Dos aspectos explican esta tendencia. Por un lado, hablamos de una teoría del desarrollo que plantea la adaptación en ciertas etapas a lo largo de la vida, que definen una personalidad sana y equilibrada. En segundo lugar, se consideraba que la teoría de Erikson, más allá de un simple eclecticismo, integraba en su interpretación elementos del psicoanálisis, el organicismo y el culturalismo, en concordancia también con el modelo bio-psico-social que, como veremos más adelante, caracterizó la práctica de muchos psiquiatras infantiles en la década de los sesenta y la siguiente. Véase: VELASCO FERNÁNDEZ, “La teoría de Erik H. Erikson sobre el desarrollo psicosocial”, pp. 152-173.

La explicación que se da de los diferentes síntomas es variada. Se habla de una organicidad, pese a que no existe evidencia de dificultades perinatales. Se habla también de una “conducta sociopática”, y de que una explicación psicodinámica puede dar luz sobre algunas desviaciones de la conducta de Manuel como “un problema emocional reactivo”. El diagnóstico descriptivo que se establece es de “Síndrome de disfunción cerebral mínima”, que afecta a un “niño de inteligencia normal baja”, cuyo hogar ofrece escasas oportunidades para el “desarrollo normal adecuado”. La interrogante es entonces qué tiene una mayor influencia. Quienes presentan el caso no se decantan por la explicación desde una causa estrictamente orgánica (pese a que observan que “está bien integrado un síndrome orgánico cerebral crónico”), ni por una “explicación psicodinámica”. Quizás, de los aspectos más interesantes que genera la dificultad de establecer una etiología que no deje lugar a dudas, son las preguntas que de ello se formulan:

si se acepta que hay un daño cerebral ¿explica éste los trastornos de conducta presentes en el caso? ¿Es habitual que una conducta psicopática, si se piensa en ella, se manifieste en forma tan completa desde los 9 años de edad? ¿Las influencias ambientales son lo suficientemente importantes como para que por sí solas expliquen, en este caso, la sintomatología? [...] La conducta del niño, pese a la ausencia de datos de exploración neurológica, corresponde muy frecuentemente a un síndrome orgánico. Pero esto no quiere decir que los otros factores no estén jugando cierto papel codeterminante de importancia, y que deben tenerse en cuenta al prescribir las medidas terapéuticas.

El tratamiento incluyó la terapia farmacológica: dextroanfetamina y posteriormente se agregó clorhidrato de difenhidramina (después de varias semanas se suspendió). Se dio consejería psicológica a la familia y de modo particular a la madre y dos veces a la semana Manuel asistía a terapia psicopedagógica en la Clínica, y una vez a recibir atención psiquiátrica.

Con el tratamiento Manuel mostró una “franca mejoría de toda la sintomatología”. La maestra observó importantes cambios en la conducta, sobre todo en la inatención. Un año después se notaban avances en el hogar y en el aprovechamiento escolar, aunque seguía presente “una clara

tendencia a la inestabilidad emocional y su baja tolerancia a las frustraciones, sin llegar a las demostraciones ruidosas y a la pérdida del control”.

Jorge (8 años y 11 meses)

Presentado por Sergio Gorjón, psiquiatra de la Clínica y del Departamento de Higiene Mental y Adolescentes del Hospital Infantil. Este caso permite ver que no hay una sustitución tajante y precisa de los modelos interpretativos desde los que se trabajaba en la CC. Muestra también la amplitud de conductas que quedaban subsumidas a la categoría DCMi, entre otros aspectos de interés para este trabajo.²⁴³

Jorge, un niño de 8 años y 11 meses, cursa cuarto de primaria y es llevado a consulta por mostrar un “retraso escolar, inquietud, desobediencia, tristeza, apatía, labilidad emocional, terrores nocturnos, miedo a la soledad, a la obscuridad y a las mariposas”. No habla con nadie en su casa. Despierta llorando. Juega solo, pues no tiene amigos, además de que su madre no le permite salir a la calle. También ha manifestado deseos de quitarse la vida, etc. El niño tiende a aislarse en la escuela, en donde es agredido física y verbalmente por sus compañeros por “hablar como mujer”. “Varios de sus compañeros lo han llevado a la fuerza a los baños e intentaron desnudarlo y violarlo, de hecho lo consiguieron en dos ocasiones”. Jorge es hijo de una madre soltera que dice tener “mal genio”, ser estricta, y con frecuencia lo golpea. La madre señala que el niño “siempre había sido un niño dócil y obediente”. Conforme avanzan las sesiones, Jorge se muestra más comunicativo, refiere los episodios de la violación y narra que fue amenazado de muerte si contaba lo sucedido. El psiquiatra relata que cuando Jorge habla “gesticula mucho y sus modales son femeninos”. A partir de diversos instrumentos utilizados para el diagnóstico —EEG, test de Bender, Goodenough,

²⁴³ GORJÓN CANO, “Historia Clínica”, pp. 39-43.

Weschler, Roscharch, T.A.T, además de la valoración física y de la dinámica familiar—, el autor encuentra una “inteligencia normal brillante”, inseguridad, “regresiones”, “índices de depresión”, “privación de atención, protección y comunicación”, un “problema de identificación sexual”. También, con base en la prueba de Bender, “dificultad para mantener ángulos rectos y ondulación, dificultad para dar una adecuada inclinación a sus figuras y fallas en la percepción que le impiden hacer un adecuado uso de su campo gestáltico”.

Esta historia clínica enfatiza la descripción de la dinámica familiar del niño; sin embargo, al no encontrarse resultados satisfactorios en la prueba de Bender, el psiquiatra enfatiza que “la sintomatología del paciente puede deberse a su organicidad”. Así, el diagnóstico que se ofrece es que: “Jorge es un niño con una inteligencia por arriba del promedio, que presenta una Depresión reactiva y moderada y evidencias de Disfunción Cerebral Mínima”. La depresión es aquí explicada como consecuencia de factores genéticos, orgánicos y experienciales. La alusión al primero de estos factores está relacionado con que la madre presenta también una “depresión crónica”, además de ver en ella a una “mujer autoritaria, fría, posesiva, sobreprotectora”, etc.

Como se ha señalado, el caso ofrece una interesante descripción desde una serie de consideraciones psicodinámicas; sin embargo, podemos aseverar que tienden a subrayarse aspectos genéticos y orgánicos en el diagnóstico. La agresión sexual sufrida por el niño y otros aspectos “experienciales” son considerados de interés secundario y son dejados de lado. El tratamiento propuesto hace evidente la línea seguida en la Clínica, un tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, administrándosele Nortriptilina (Avantyl) (un antidepresivo) y Metilfenidato (Ritalin) “para tratar sus trastornos perceptivo motores consecuencia de su Disfunción Cerebral”. Además de lo anterior, la madre es canalizada para ser tratada por depresión. Gorjón Cano señala que la depresión puede ocultarse en diversos síntomas y expresarse en diferentes trastornos de

conducta, resaltando los inconvenientes de no atenderla tempranamente, dado que puede derivar incluso en suicidio. Otro aspecto que llama la atención es el señalamiento de que la depresión puede ser heredada, “comunicada al niño” por padres o familiares.

La pugna organicismo-psicodinamismo. La DCMi desde lo bio-psico-social

Velasco Fernández hace el recuento de una serie de antecedentes relacionados con la DCMi, entre los que desatacan los planteamientos sobre los niños con lesión cerebral, las investigaciones sobre la postencefalitis, los aportes de Still (1902), Kahn y Cohen (1934), y de Strauss y colaboradores —con su clásico “Psicopatología y educación del niño con daño cerebral” de 1964—, entre otros.

Al respecto apunta:

nos parece extraño que haya pasado tanto tiempo desde que Still [1903] señaló la existencia de la entidad, para que se produzca un acuerdo general en cuanto a su existencia y se le investigue desde tan diversos ángulos. Pero ya no cabe duda de que el cambio estructural del cerebro se produce con frecuencia antes, durante y después del parto, y de que tal modificación proporciona la base de una desorganización primaria que, en el curso de las relaciones atípicas con el medio, produce una conducta distorsionada.²⁴⁴

Si bien la DCMi era reconocida como un problema fundamentalmente “orgánico”, los psiquiatras vinculados con la AMPI consideraban necesario abandonar o superar el viejo y obsoleto debate que confronta psicodinamismo y organicismo; pues aun cuando una patología pueda tener como origen un daño cerebral, estamos ante niños que padecen las consecuencias de ese cambio estructural del sistema nervioso en el entorno social, la familia y la escuela. Es decir, la desorganización cerebral, produce concomitantemente una alteración del medio ambiente en el que el niño se desarrolla, así como de sus relaciones interpersonales. Por ende, consideraban

²⁴⁴ VELASCO FERNÁNDEZ, “Simposium sobre el niño con daño cerebral mínimo”, p. 5.

necesario un abordaje que integrara y atendiera la alteración estructural y la patología emocional del niño y de los adultos con quienes convivía. Sobre ello destacan:

El síndrome del niño con daño cerebral mínimo es una entidad en la que, como en pocas otras, se establece una relación utilísima entre la neurología, la psiquiatría y la psicología clínica. Aquí se puede ver con toda nitidez cuanto puede esperarse de la cooperación racional entre varias disciplinas, que sin más doctrina que la actitud científica, contribuyen a un mismo fin.²⁴⁵

Lo anterior tampoco implica que los psiquiatras mexicanos hayan quedado atrapados en la pugna psicogénesis *versus* organicidad; más bien la asumen como una falsa dicotomía. Señalan que el cerebro es una complejidad de circuitos interconectados, lo que deriva en que cuando es afectada una unidad funcional, la manifestación de síntomas pueda ser diversa en cada niño. Un trastorno perjudicará de modo singular el aprendizaje y la conducta, de acuerdo con la magnitud del defecto o de la alteración; máxime cuando recaen sobre los niños exigencias de aprendizaje o conductas adaptativas que se ven superadas por el defecto o las variaciones entre individuos. El punto anterior es interesante, sobre todo porque no atribuye regularidades o claridad en la identificación de la DCMi, y ni siquiera una total nitidez en la conceptualización y las manifestaciones de lo que consideran una desviación del SNC.²⁴⁶

Un rasgo importante en las discusiones sobre la DCMi es que, aunque se asumía como un problema asociado al funcionamiento del SNC, la perspectiva de análisis sugerida por los psiquiatras mexicanos debía considerar planteamientos ligados a la psicología, el psicoanálisis y la terapia familiar. Además, será una constante entre los autores que discuten sobre la DCMi

²⁴⁵ VELASCO FERNÁNDEZ, “El síndrome de disfunción cerebral en el niño”, pp. 11-12.

²⁴⁶ Ya Clements llamaba la atención sobre una serie de dificultades implicadas en el diagnóstico de la DCMi. Identificaba la necesidad de una mayor precisión del diagnóstico médico y educativo, por lo que veía necesario recurrir a diagnósticos amplios e imprecisos, que podrían mejorar o contrarrestar la incertidumbre acerca de la falta de conocimientos, pero que se irían aclarando en la medida en que se desarrollaran mayores esfuerzos clínicos y de investigación, programas de diagnóstico multidisciplinario, métodos más sofisticados para determinar el rendimiento y la forma en que los niños afectados puedan aprender, se certifique a maestros y se oriente a los padres en el manejo de sus niños con DCMi, etc.

asumir que ésta debe ser comprendida desde una interacción entre lo biológico, lo psicológico y lo ambiental, o como una “relación entre el aparato somático y el aparato psíquico”.²⁴⁷ Hay una insistencia permanente en la década de los setenta, en que la práctica y las aproximaciones teóricas deben tener una orientación multidisciplinaria. El ya referido Manuel Isaías López plantea lo que pudiera interpretarse como una declaración de intenciones respecto a la formación del psiquiatra infantil, de quien dice:

debe dominar y manejar los conocimientos en psiquiatría descriptiva y de la psiquiatría orientada al entendimiento del funcionamiento del sistema neuroendócrino y de los aspectos neurogenéticos de la enfermedad mental. [Debe incorporar también] conocimientos que derivan de la pediatría, de la neurología, de la antropología, de la pedagogía, de la psicología, del psicoanálisis y de muchas especialidades médicas y no médicas que fueron participantes en la gestación de la psiquiatría infantil.²⁴⁸

Al plantear la interrelación entre lo biológico, lo social y lo emocional en una patología, los psiquiatras de la AMPI rechazaban el privilegiar una orientación organicista o psicologista.

Rafael Velasco Fernández reclamaba que los países en desarrollo vivimos “de prestado” en “materia de ciencia y tecnología, lo cual se evidencia claramente en el campo de las ciencias de la conducta”. A lo anterior agrega un reclamo a quienes solamente quieren —apegándose al método científico— centrarse en las conductas mensurables, objetivas y observables; de igual forma reprocha a los que, desde un reduccionismo simplista, se ciñen a lo “verdaderamente profundo”, asumiendo certezas científicas que Freud jamás hubiera aprobado. También fueron blanco de sus críticas los “organicistas puros”, a quienes tacha de ingenuos al confiar en la “explicación meramente psicofisiológica de la conducta”.²⁴⁹

En el editorial del primer número de la *Revista de la Clínica de la Conducta*, en 1967, se

²⁴⁷ ORTEGA, “Disfunción cerebral. Alteraciones en el desarrollo del yo”, pp. 34 y 36.

²⁴⁸ LÓPEZ, “Historia e impacto de la psiquiatría infantil institucional”, p. 37.

²⁴⁹ VELASCO FERNÁNDEZ, “La psicofarmacología en niños y adolescentes”, pp. 131-132.

reprocha que la frase “El hombre es una unidad biopsicosocial” sea usada como una “cita rimbombante” y vacía de sentido entre quienes no se decantan por una aproximación psicodinámica, organicista o ambientalista. Se critica una tendencia entre psiquiatras de niños que, a lo largo del siglo, insistieron demasiado en “incorporar los descubrimientos de la psicología profunda al conocimiento del niño”. Señalan que han “ido demasiado lejos y es hora ya de que se haga una valoración correcta de las aportaciones efectivas. Se concluirá que el psicoanálisis, con todo y el valor heurístico que ha manifestado, y a pesar de su utilidad como medio de conocimiento del hombre, no constituye ‘la’ explicación única y final de la conducta”. La apuesta entonces es por una psiquiatría infantil multidimensional, apegada a un “espíritu eminente científico”, a un método cada vez más parecido a las “ciencias naturales”, en que factores genéticos y ambientales sean entendidos “en su mutua interacción”. Pero “es evidente que en esta actitud del psiquiatra moderno, puede operar el mismo error cometido por los entusiastas exagerados del psicoanálisis, sólo que en sentido contrario. Ese error consistirá en el desprecio de la psicología profunda, en favor de una visión pretendidamente ‘más objetiva’ de los procedimientos mentales”.²⁵⁰

En términos terapéuticos abogaban por un tratamiento integral para el niño y su familia, que partiera de la cooperación entre profesionales, un trabajo en equipo. El modelo propuesto es una integración de aspectos emocionales, cognitivos y biológicos interdependientes y desde los que se piensan las desviaciones del desarrollo. Es decir, entender el comportamiento de los niños desde la etapa del desarrollo en que se encuentran y pensando además su sintomatología con relación a la familia y a la sociedad. La DCMi es vista así como un problema ligado al cerebro que genera efectos secundarios, por ejemplo, angustias en la familia, padres con una sensación de impotencia, y maestros incapaces de controlar la conducta del niño quien, al no cumplir con las

²⁵⁰ VELASCO FERNÁNDEZ, “Editorial”, pp. 5-6.

expectativas depositadas en él, reacciona con comportamientos compulsivos. Ante la incapacidad para atender y controlar su actividad motora, se generan alteraciones en el ambiente familiar, lo que “puede contribuir cuantitativamente a su expresividad e hiperactividad”, “no es extraño encontrar que la familia esté funcionando en condiciones precarias, que nosotros estemos asumiendo que sólo el niño lo está y que, además él es la causa del malestar familiar”.²⁵¹

La disputa por el desarrollo normal

El párrafo anterior explica un planteamiento que aparece entre los integrantes de la AMPI. Esto es: toda patología en los niños debe entenderse como desviación o trastorno del desarrollo, es decir, no puede perderse de vista que los pacientes que se atienden están en crecimiento, experimentando cambios físicos, cognitivos y emocionales, están en “un proceso de maduración, y que su pensamiento, conducta, emociones y funcionamiento en general son relativos a la fase del desarrollo en que se encuentra”.²⁵²

Se explica así que la primera monografía de la AMPI estuviera enfocada en el desarrollo infantil normal.²⁵³ No es exagerado decir que en la búsqueda de identidad como subespecialidad, estos psiquiatras delimitaron su territorio de acción; al establecer qué es el desarrollo normal, quedaba claro lo que no lo era. Calibraron así el parámetro que ajustaba o no a una patología, y delimitaban su función como profesionales que poseían conocimientos y técnicas capaces de dar respuesta a la demanda de corrección de comportamientos desviados.

A la distancia puede parecer que el énfasis puesto en la definición del desarrollo normal infantil representaba una intrusión en los estudios de la psicología del niño, pero deja ver que la

²⁵¹ ORTEGA, “Disfunción cerebral. Alteraciones en el desarrollo del yo”, pp. 34 y 36.

²⁵² LÓPEZ, “Historia e impacto de la psiquiatría infantil institucional”, p. 37.

²⁵³ LÓPEZ *et al.*, *Desarrollo infantil normal*.

psiquiatría infantil no tenía en esos momentos una personalidad claramente definida, que en la búsqueda por demarcar su terreno se confirió el derecho de establecer los límites entre el desarrollo normal y anormal.

Un diagnóstico puntualiza los parámetros y las directrices sobre el desarrollo normal que los psiquiatras defienden y promueven. En contrapartida, designa también los estados corporales que se consideran patológicos. Por ello es importante pensar la psiquiatría desde una deriva histórica, situar sus planteamientos temporalmente, pues ésta realiza sus diagnósticos con las tecnologías y los valores existentes en el instante específico de su hacer. Los avances tecnológicos (incluidas las nosologías) permiten mostrar imágenes de la enfermedad, “instrumentalizarla”, le otorgan una textura y un contenido más profundos a su descripción. Le confieren un efecto de “realidad”.

Una variedad de síntomas es enmarcada y descrita en términos de un trastorno al que se terminan suscribiendo. Tenemos entonces en los psiquiatras un control de los procesos clasificatorios, dado a partir de procesos de negociación, persuasión y acuerdos colectivos que permiten la promoción e influencia sobre el trastorno y sobre otros profesionales. Phil Brown ha afirmado que la definición de enfermedades suele ser una “guerra territorial” en la que personas y colectivos con distintos intereses luchan por determinar la veracidad de sus declaraciones y su competencia. Estos conflictos pueden manifestarse no solo entre psiquiatras, sino también entre individuos comunes y representantes de la salud, agrupaciones intra e interprofesionales, líderes políticos, representantes de la industria farmacéutica, entre otros.²⁵⁴

Volviendo al tema, resalta que el concepto de homeostasis aparece de manera recurrente ligado a la conducta normal entre los psiquiatras infantiles de la época. En diferentes artículos es

²⁵⁴ BROWN, “Naming and framing”.

claramente observable el influjo que la teoría de sistemas y la terapia familiar tuvo en algunos integrantes de la AMPI. Daniel Nares Rodríguez, por ejemplo, cita los trabajos de Nathan Ackerman, Virginia Satir y Salvador Minuchin, teóricos estadounidenses de esta perspectiva. Nares apunta la necesidad de entender a la familia como una “célula dinámica y en constante cambio a través de nuestra historia cultural y existencia”. Al considerar a la familia como unidad en interacción dinámica, se piensa que el “síntoma psiquiátrico del niño está precedido o rodeado de una estructura familiar conflictiva con tono emocional patogénico, esto tiene la salvedad en los casos de alteración de la estructura cerebral en donde el pequeño alterará la homeostasis familiar”.²⁵⁵ El proceso de adaptación que pueda observarse en la trayectoria vital de un niño define la salud y la psicopatología. Se encuentra unido también a lo que estos autores denominan como la “unidad psicosomática”, un concepto integrativo de diferentes esferas que considera a la vida humana como un proceso continuo, formado a su vez de otros tres: el organismo, el ego individual y la relación interpersonal.²⁵⁶ La respuesta adaptativa del niño a esos tres niveles de organización —sostenían— dependía o estaba influenciada por la propia historia, por las experiencias con las personas que son de vital importancia para él, y las características propias de los estímulos que recibe. “Si estos son significativos, pueden afectar de manera especial a cualquiera de los niveles de organización (psicológico, fisiológico o interpersonal) y producir, en consecuencia, reacciones que serán predominantemente, pero nunca exclusivamente, físicas o psicológicas”.²⁵⁷

Un buen número de paidopsiquiatras tendían a enfatizar las estructuras y funciones orgánicas, apegándose más a la llamada corriente organicista; encontraban una confirmación de

²⁵⁵ NARES RODRÍGUEZ, “Bases teóricas de psicoterapia familiar para niños”, pp. 27-28.

²⁵⁶ VELASCO FERNÁNDEZ, “Fundamentos de la clasificación nosológica”, p. 27.

²⁵⁷ VELASCO FERNÁNDEZ, “Fundamentos de la clasificación nosológica”, p. 27.

esta postura cuando analizaban alteraciones patológicas más severas, niños evidentemente perturbados. Pero otros profesionales se decantaban más, “al menos heurísticamente”, por una postura ambientalista, que parecía más afín a niños que presentaban perturbaciones menores. Patiño Rojas argumentaba que era ingenuo pensar en una separación o diferenciación clara entre organismo-ambiente. Los términos asociados a cada uno, en realidad, muestran que éstos están imbricados, que no pueden siquiera separarse. Organismo y mundo circundante, ser vivo y ambiente, están “recíprocamente determinados”.²⁵⁸

Urdapilleta abogaba por un diagnóstico que contemplara la valoración de los aspectos psicológicos. Sostenía que los síntomas ligados a la DCMi se encuentran vinculados con la socialización, y señalaba: “necesitamos contar con una pauta social ‘normal’ para valorar estos trastornos”.²⁵⁹ Para definir dicha pauta, el autor sugiere una serie de aspectos que dan cuenta de la adecuada socialización, subrayando de antemano que la conducta del niño está íntimamente relacionada con el contexto económico y social en el que vive. Considerando lo anterior, recomienda la valoración de factores diferenciales que “permitan el diagnóstico de anormalidad”.²⁶⁰ Eran entonces los aspectos psicológicos los que podían dar cuenta de la anormalidad. Para Urdapilleta, no se construye ésta desde la inferencia de una alteración o disfunción cerebral, sino desde lo que se piensa que son sus efectos, desde los síntomas que genera. Era necesaria también una evaluación de lo que rompe una secuencia cronología del desarrollo esperado, de las relaciones sociales, de los patrones de comunicación, de la introducción de normas y valores, de las expresiones emocionales, de la adaptación escolar, al juego y a las diversiones en las que el niño se encuentre participando. La consideración de estos patrones psicológicos y la

²⁵⁸ PATIÑO ROJAS, “La psique infantil”, p. 10.

²⁵⁹ URDAPILLETA, “Aspectos psicológicos del Daño Cerebral Mínimo”, p. 16.

²⁶⁰ URDAPILLETA, “Aspectos psicológicos del Daño Cerebral Mínimo”, p. 17.

valoración de su funcionamiento buscaban prever “las condiciones de desarrollo futuras, y por lo tanto, planear una educación y tratamiento adecuado a largo plazo”.²⁶¹

Impacto de la DCMi en los padres, la familia y la escuela

Con relación al impacto de la DCMi, eran ampliamente reconocidas las reacciones que generaban sus síntomas en diferentes ámbitos. Su efecto en la familia solía encontrar una actitud fatalista o de escepticismo, generando con ello un círculo vicioso que agravaba la situación del niño. Los padres mostraban un “exceso de preocupación con sentimiento de culpa, con lo que la atención se vuelca sobre el niño en forma indiscriminada y caótica; esa situación provoca mayor confusión en el niño y por lo tanto respuestas cada vez menos coordinadas y controladas”.²⁶²

La frustración de los padres —se resaltaba— podía llevarlos a la negación y el desasosiego. El sentimiento de culpabilidad ante la causa del comportamiento del hijo se insertaba en la dinámica familiar, generando dudas en el trato y la relación con el menor. “No siempre se logra que los padres acepten plenamente que la desobediencia y el impulsivismo de su hijo son manifestaciones de una estructura dañada. Desean que el niño los obedezca y acepte razonablemente sus actitudes. En otras palabras, exigen comprensión a un pequeño cuyo daño estructural cerebral lo imposibilita para ello”.²⁶³

Pero los efectos del DCMi no se observaban solamente en la intimidad del hogar, se extendían hacia otros espacios de socialización igualmente importantes para el desarrollo del niño. Al respecto se afirmaba que, después de la familia, la escuela era el lugar en el que se mostraban mayores afectaciones; “con su conducta, altera la estructura familiar, la representación y actividad

²⁶¹ URDAPILLETA, “Aspectos psicológicos del Daño Cerebral Mínimo”, p. 13.

²⁶² URDAPILLETA, “Aspectos psicológicos del Daño Cerebral Mínimo”, pp. 15-16.

²⁶³ NARES RODRÍGUEZ, “El tratamiento del niño con daño cerebral mínimo”, p. 25.

de la familia en la sociedad, así como las perturbaciones que puede provocar por su sintomatología en la escuela”.²⁶⁴ Los niños con DCMi se encuentran en una constante tensión entre sus instintos y las demandas externas; dicha tensión se manifiesta en una detención o retraso del desarrollo del yo. El círculo termina por cerrarse cuando, producto de este retraso, los niños muestran un bajo desempeño escolar. Por los factores implicados en la DCMi, el rendimiento académico se ve mermado, y así surge “la angustia de los padres buscando ‘buenas calificaciones’ y la imposibilidad del niño para lograrlas”.²⁶⁵

El exceso de movilidad o “los problemas motores” tienen un impacto en los padres, quienes ven afectada la relación con el hijo, pues han tenido que reprimir las expectativas depositadas en él. La situación para la familia se torna más alarmante cuando tales conductas se replican en la escuela, lugar donde el niño se muestra con:

Incapacidad para tolerar las exigencias en la escuela; resulta distraído y torpe, y su concentración es muy limitada. Su inestabilidad afectiva exagera sus sentimientos de frustración, haciendo que sus maestros tengan dificultad para establecer métodos efectivos de disciplina. Son desobedientes en gran parte por sus dificultades para ajustarse a las presiones y reglas escolares. Lo más importante es el sentimiento de frustración y fracaso adquiridos por el niño en esta edad escolar tan crucial e importante para el establecimiento de un sentido de competencia y seguridad en sí mismo. [...] Podemos decir así que los niños con disfunción cerebral mínima posiblemente presentan un defecto primario o anormalidades en el aparato somático, lo cual tiende a producir una organización atípica del yo, pobre en ciertas funciones y defectuosa en su capacidad integradora. Estas deficiencias primarias también pueden no ser orgánicas, sino debidas a insuficiente o excesiva estimulación en un estadio inapropiado, o a experiencias traumáticas.²⁶⁶

Para Urdapilleta, otra manifestación es “el sentimiento de culpa y la impotencia” respecto a su propio comportamiento. La escuela, ese espacio pensado para el desarrollo óptimo del niño,

²⁶⁴ SOLÓRZANO y B., “El niño con daño cerebral mínimo”, p. 29.

²⁶⁵ URDAPILLET, “Aspectos psicológicos del Daño Cerebral Mínimo”, p. 16.

²⁶⁶ LARA G., “Disfunción cerebral. Alteraciones en el desarrollo del yo”, pp. 28 y 31.

termina convirtiéndose en fuente de constantes frustraciones para el hijo y los padres. En el caso del menor, las consecuencias son más graves pues no solo se percibe como un alumno fracasado, sino como un niño inseguro e incapaz de autorregularse. Es de nuevo Urdapilleta quien llega a tales conclusiones al recordar las palabras de uno de sus pacientes: “Algo muy malo debo tener ya que nadie me quiere porque todo lo hago mal y no sé por qué lo hago”.²⁶⁷

La respuesta de los padres ante los problemas genera también desavenencias constantes entre la pareja. Solórzano apunta que, en la práctica con niños con DCMi, es frecuente observar controversias entre los padres con relación a la educación y corrección de los niños, desacuerdos que a menudo derivan en conflictos. En las escuelas, por ejemplo, estos niños suelen ser objeto de sanciones y quejas constantes, lo que suele agravar el problema, generando dificultades secundarias, condicionando el desarrollo del niño en todos sus espacios de socialización.

Madres y padres de niños con diagnóstico de DCMi: entre estereotipos y culpas

Siguiendo la inercia internacional en atender las necesidades específicas de la infancia, en México, en los años sesenta, se dio paso a la creación de diversos programas e instituciones. El crecimiento demográfico que se acentuaba cada vez más condicionó el trato que el gobierno daba a los niños. El interés en reducir la tasa de nacimientos que venía disparándose y en mejorar el nivel de vida de los niños, hizo que el gobierno volcara la mirada sobre la maternidad y la paternidad. En este marco se echa a andar, en 1972, el Programa de Paternidad Responsable; “se buscaba hacer conciencia en padres y madres de su labor como pareja, y el modelo de familia planificada formó parte de la política demográfica”.²⁶⁸ Los servicios de planificación familiar reproducían discursos

²⁶⁷ URDAPILLET, “Aspectos psicológicos del Daño Cerebral Mínimo”, p. 16.

²⁶⁸ ALCUBIRRE y SOSENSKI, *Historia mínima de las infancias en México*, p. 184.

que señalaban la correcta función de los padres, pero, sobre todo, de las madres. Ellas seguían sosteniendo la carga de organizar lo relativo a la concepción y su control, así como el cuidado y protección de los niños de la familia. Las guarderías a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia procuraban apoyar a aquellas mujeres que “descuidaban” sus labores domésticas por ingresar a la vida laboral.

El Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) se transforma en el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia en 1975. Este cambio deja ver una visión estatal que amplió el campo de acción del INPI hacia programas y planes que atendieran no sólo a los niños y sus madres, sino a toda la familia; aunque es de resaltar que los esfuerzos mayores se concentraban en fortalecer el vínculo madre-hijo. Pese a ello, la creación del nuevo Instituto fue un logro importante dentro de la consolidación de las políticas públicas de atención a la infancia, al interesarse en solucionar las problemáticas intrafamiliares y sociales que aquejaban a los niños. En 1976 se crea, por decreto presidencial, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que integrará a las instituciones destinadas a atender a la infancia y la familia. Los objetivos que impulsaron su creación iban desde el apoyo, capacitación y orientación de los padres y madres, hasta la atención de personas (no necesariamente menores de edad) en situación de vulnerabilidad.

Más allá de la necesidad de continuar velando por su protección, el Estado mexicano debía promover el papel protagónico de la infancia en la vida pública. Nuevos discursos sobre los niños provenientes del ámbito psicológico, educativo, sociológico, psiquiátrico, antropológico y jurídico se encaminaron a fortalecer este reciente protagonismo. Discursos “enfocados en buscar nuevos senderos interpretativos para considerar a los niños y niñas como sujetos fundamentales en el desarrollo social y cultural y como actores históricos con la capacidad de tomar decisiones y forjar

sus propias ideas”.²⁶⁹ Lógicamente, esta narrativa trajo consigo nuevas nociones respecto al desempeño social y familiar de los niños. Nuevos dispositivos se desplegaron para moldear a estos nacientes ciudadanos y nuevas formas de control se echaron a andar para garantizar su óptimo funcionamiento social. Como en todo proceso histórico, estas medidas afectaron no solo a los niños sino a las mujeres que, pese a las luchas feministas, seguían siendo las responsables directas de velar por el correcto desarrollo de los hijos.

Respecto a lo que nos ocupa, cabe preguntarse, ¿inflúan las concepciones que el estado tenía de las madres y padres en los abordajes clínicos de los psiquiatras mexicanos? Si, como hemos visto, las interpretaciones de la DCMi se orientaron a restar importancia a la crianza, ¿los estereotipos sobre la maternidad y paternidad dejaron su impronta entre los psiquiatras infantiles que trabajaban en la Clínica de la Conducta? Planteamos a continuación algunas reflexiones al respecto.

Para Rafael Velasco Fernández, la organización familiar influye en la conducta de los hijos. Si bien reconoce una “caracterología variable” de padres y madres mexicanos, piensa que algunas generalizaciones pueden hacerse. En el caso de las madres, por ejemplo, se observan actitudes pasivas hacia el esposo y una ambivalencia carente —en ocasiones— de racionalidad hacia los hijos. Esta dinámica familiar, al entrelazarse con ciertas particularidades del medio social y escolar, dificulta el desarrollo normal de la personalidad de los niños, derivando en algunos casos en trastornos psíquicos o en manifestaciones “patopsíquicas”.²⁷⁰

Con relación a la función de la madre podemos encontrar algunos ejemplos significativos, como el caso de una niña tratada en consulta psiquiátrica externa en un hospital del ISSSTE. Se apunta que la inmadurez de la menor se origina en los malos cuidados que su madre le provee, sus

²⁶⁹ ALCUBIRRE y SOSENSKI, *Historia mínima de las infancias en México*, pp. 187-188

²⁷⁰ VELASCO FERNÁNDEZ, “Los trastornos psíquicos del escolar mexicano, p. 64.

problemas se deben “a la sobreprotección materna, la cual no establece límites apropiados”. Es una madre que se da por “vencida tan fácilmente a las demandas” de su hija, que da rienda suelta “a la agresión reprimida hacia su esposo”, con “sentimientos de culpa” y una “necesidad patológica de sacrificio” ante la conducta de su hija.²⁷¹ No es difícil imaginar lo que estas designaciones generan no sólo en el desarrollo de la menor sino en la madre y en el vínculo entre ambas. En esta narrativa, la culpa alcanza a ambos padres, pues en ocasiones se suele observar “cómo se crea en el padre un conflicto entre el poder y el amor, manifiestamente dado cuando tiene que elegir entre tolerar o controlar, con el resultante cuestionamiento de su autoimagen como padre”.²⁷²

Uno de los artículos que deja ver de manera clara la concepción que de las madres tenían los psiquiatras de la Clínica de la Conducta a principios de la década de los setenta, es el de Numa Pompilio Castro, quien elabora una caracterología de la madre y sus repercusiones en la expresión de patologías infantiles.²⁷³ El artículo nos permite identificar ciertos estereotipos que en torno a las figuras parentales tenía la psiquiatría en ese momento.²⁷⁴ El autor va a diferenciar entre la madre amorosa *versus* la madre incestuosa, perfeccionista, autoritaria, indiferente, rechazante y sobreprotectora. La madre amorosa posee una serie de atributos que le permiten cumplir de buena manera con sus funciones, es una “madre normal”. Su amor origina en el niño seguridad, favorece la singularidad del menor, cubre sus necesidades biológicas y educativas –necesidades de alimentación y de transmisión de las normas sociales– para que sea capaz de conseguir un desarrollo sano y equilibrado. Este amor productivo —señala el autor— “inculca en el niño el

²⁷¹ LARA G., “Psicoterapia y tratamiento sistematizado”, pp. 113-116.

²⁷² LARA G., “Psicoterapia y tratamiento sistematizado”, pp. 113-116.

²⁷³ CASTRO GUEVARA, “Caracterología de la madre y la reacción infantil”, pp. 4-18.

²⁷⁴ Convendría para un estudio más profundo analizar si dichos estereotipos siguen vigentes y cómo continúan (o no) impactando a la cultura psiquiátrica.

amor a la vida”, genera una sensación de protección y confianza, de aceptación de la individualidad. Con su actitud biofílica favorece la autonomía de su hijo o hija.

Si bien esta caracterología de las madres amorosas o las que imprimen “influjos patogénicos” sobre sus hijos parecieran estar basadas únicamente en planteamientos psicoanalíticos, el autor es claro al señalar que la formación de la personalidad de los niños depende de múltiples factores, de una interacción entre los de tipo biológico y los psicosociales.

La tesis es que es la madre amorosa provee de un amor a la vida, mientras el resto tiende a generar conflictos que se transforman en síntomas en el niño. Al comportamiento de la madre se suma el temor al padre, el sentimiento de amenaza que genera en la dinámica familiar y que desencadena traumas y conflictos en el niño, paraliza su evolución psíquica o producen una pobre adaptación en los contextos en los que se desenvuelve.

En contraposición, lo que se presentaba con mayor frecuencia en la Clínica de la Conducta, según Castro Guevara, eran madres cuyos mecanismos inconscientes las hacían ser, actuar o sentirse: “angustiadas”, “narcisistas”, “seductoras”, “incapaces de desarrollar vínculos afectivos fuera del hogar”, “frustradas”, “obsesivas”, “compulsivas”, “egocentristas”, hiperdemandantes, “tradicionales y atávicamente [en] un plano secundario e inferior en relación con el varón”, “incapaces de tomar decisiones”, con “sentimiento de insignificancia”, “persona-mueble”, “una persona tímida y auto-devaluada que nunca ha podido decir no”, con “actitudes de dominio, rigidez e irracionalidad”, con “ideas depresivas”, “sometida, con sensaciones constantes de incapacidad”, “neuróticas”, “preocupadas por perder su belleza”, “rechazantes”, “superficiales y vanas”, resentidas, con “sentimientos de culpa que las hacen sentirse malas y perversas”, “impositivas”, “vigilantes en grado extremo”, “insatisfechas”, sometida, “paralizadora”. Cuando la madre es caracterizada como autoritaria, es porque tiende a atribuirse conductas culturalmente masculinas

asociadas a la figura del padre: “dominante y poderoso”, “pendenciero”, que “siempre tiene la razón”, “autoritario”, “rígido”, etc.

Las décadas de los sesenta y setenta son tiempos de cambio en el país. Algunos pilares sobre los que se erigió la sociedad mexicana entraron en crisis. La emergencia de un nuevo modelo de paternidad y maternidad, exigencias de una participación política de las mujeres, la posibilidad de una maternidad voluntaria, los derechos reproductivos, la igualdad laboral y económica; una búsqueda de mayor libertad y justicia acompañada de cambios en las relaciones sociales y familiares. Podemos enumerar una serie de acontecimientos que redefinieron la vida doméstica y la crianza de los hijos: la urbanización, la industrialización, la tendencia hacia familias con menos hijos, la centralidad de la familia nuclear, el acceso a métodos anticonceptivos, una mayor participación de las mujeres en el mercado laboral, aumento de la escolaridad, mayor valoración atribuida a la escuela, etc. Producto de los cambios económicos, culturales y sociales se vivió una modificación de los roles de género, de la estructura y las dinámicas familiares. Se podría argumentar que estas mutaciones no alcanzaban a todos los estratos sociales o a todas las familias mexicanas y, sin duda es así, pero no podemos desconocer las redefiniciones graduales que sentaron las bases de las profundas transformaciones ulteriores.

Si consideramos que los estereotipos de las madres –cuyos rasgos más generales hemos esbozado– no eran homogéneos ni estáticos y que comenzaban a ser cuestionados desde diversos movimientos sociales y culturales de la época, cabe preguntarnos: ¿se reproducían u objetaban los estereotipos de género en la práctica clínica? ¿de qué manera? ¿cómo influyeron dichos cambios en las ideas que sobre la maternidad y la paternidad tenían los psiquiatras infantiles? ¿podían sustraerse de esos cambios? ¿se imbricaban las fuentes de la cultura popular (revistas y artículos para padres, programas televisivos, películas, canciones o anuncios publicitarios), con el modo en

que los psiquiatras infantiles conceptualizaban los roles atribuidos a las madres? Trasciende los límites de esta investigación responder estos cuestionamientos, pero sin duda el origen plural y cargado de tensiones de la AMPI y los propios mecanismos institucionales de la Clínica, generaron interesantes debates al interior de la cultura psiquiátrica.²⁷⁵ Ahora bien, es difícil precisar desde dónde hablaban. Se pueden reconocer ciertas tradiciones teóricas, la terapia familiar, el psicoanálisis, una psiquiatría de corte biologicista, la búsqueda de un enfoque integrador de lo bio-psico-social, y también la existencia de una práctica científica moldeada por lo colectivo, por las transformaciones sociales.

Elizabeth Badinter señala que la difusión del psicoanálisis permitió que el orden médico-psiquiátrico tomara la figura materna como causa primigenia del desarrollo psíquico del hijo, sin lograr desprenderse totalmente del discurso moralizante del siglo anterior. La relación entre el destino psíquico de los infantes y la maternidad terminó de signarse y encontró replica en los discursos psiquiátricos de la centuria pasada, en los que los avances en materia de salud infantil y prácticas de crianza instauraron un orden cuyo centro de gravedad sería la familia.²⁷⁶

Se ha señalado que, en el transcurso de la década de los setenta, el psicoanálisis en Estados Unidos –y en otras latitudes– fue perdiendo presencia en los departamentos académicos y en

²⁷⁵ En *Psicología de las mexicanas*, libro publicado en 1974, Juana Armanda Alegría (psicóloga y feminista) presenta una serie de reflexiones sobre los caracteres de las mexicanas contemporáneas. La autora indaga en las razones históricas, económicas, religiosas y psicológicas que explican las formas estereotipadas de la conducta femenina en nuestro país respecto a la maternidad, la sexualidad, la abnegación, la actitud ante la familia, etc. Lo que se busca señalar es que la caracterología de las madres de hijos e hijas atendidas en la Clínica de la Conducta también encontraba otras explicaciones y cuestionamientos dentro del *campo psi* y, por supuesto, desde los movimientos sociales. Agregaríamos también que, aunque podemos ubicar este estudio en la línea de los análisis sobre el mexicano de Ramos, Paz, Díaz Guerrero, Aramoni, etc., Alegría tiene la particularidad de poner en tela de juicio prejuicios que de manera particular los estudios sobre el carácter, la psicología o la identidad del mexicano poco cuestionaron. ALEGRÍA, *Psicología de las mexicanas*.

²⁷⁶ Badinter critica la actitud culpabilizante del psicoanálisis hacia las madres, así como sus efectos. La “angustia y la culpabilidad de la madre, no habrían sido nunca tan grandes como en este siglo, que sin embargo se pretendía liberador”. BADINTER, *¿Existe el instinto maternal?*, p. 249.

instituciones psiquiátricas, viendo mermada su hegemonía y siendo sustituido por profesionales de las neurociencias y de una vertiente psicofarmacológica. Andrew Scull sostiene que el público dejó ciertas interpretaciones psicoanalíticas centradas en la función materna para dar paso a expresiones tales como “bioquímica cerebral”, “genes”, “neurotransmisores” y “química cerebral descontrolada”.²⁷⁷ Como veremos en el quinto capítulo, el cambio a nivel del lenguaje ejemplifica una nueva manera de concebir los trastornos, sus causas y su terapéutica.

Pero volviendo a los psiquiatras de la AMPI, el enfoque bio-psico-social que seguían se vio fuertemente influenciado por la terapia familiar sistémica, que abonó a su vez a la definición del desarrollo infantil normal, una de las preocupaciones –como hemos ya apuntado– de los psiquiatras infantiles mexicanos. Encontramos en sus discusiones un interés por lo que consideran, “un desequilibrio de la homeostasis familiar”.²⁷⁸ Las características adjudicadas a las madres amorosas o a las que imprimen “influjos patogénicos” sobre sus hijos, no eran asumidas necesariamente como causas, sino como parte de la ruptura del equilibrio familiar. La idea, desde este enfoque, era que la afectación en una parte del sistema genera afectaciones en otras esferas.

Otro aspecto que me parece relevante y en el cual insistirán otros autores es el señalamiento de que la explicación, desde las alteraciones del sistema nervioso, representan un aligeramiento de las culpas que experimentan los padres de estos niños, en comparación con las posturas psicogénicas en las que las represiones, la crianza inadecuada, las hostilidades parentales, los rechazos, las frustraciones, etc., explicaban sus patrones de conducta y sus desviaciones.

Hasta aquí hemos podido ver que los psiquiatras mexicanos estaban, en la década de los sesenta y setenta, pensando su campo desde diversos enfoques teóricos y desde lo que la práctica misma les demandaba. Podemos definir estos años como un periodo de transición hacia enfoques

²⁷⁷ SCULL, *La locura*, p. 150.

²⁷⁸ URDAPILLETA BUENO, “La psicodinamia en el manejo de los fármacos”, p. 160.

que abiertamente privilegiarán las explicaciones cerebrales, abandonando progresivamente aquellos argumentos centrados en la crianza y el ejercicio fallido de la paternidad y la maternidad. Este proceso que con el paso de los años se agudizará, encontró en el periodo estudiado bases sólidas, condiciones institucionales, académicas y tecnológicas propicias para lo que se ha denominado la “americanización de la psiquiatría”: una preeminencia del DSM, sobre todo a partir de su tercera versión de 1980 y la priorización de la farmacología en el tratamiento de los trastornos mentales.

Conclusiones sobre la DCMi en el contexto mexicano

El señalamiento acerca de la existencia de diferentes modelos de la psiquiatría infantil en México a lo largo del siglo pasado, no debe llevar a creer que nos encontramos frente a teorías y prácticas que van haciendo rupturas claramente identificables o que se van superando en una lógica progresiva. Hemos visto en este capítulo que las perspectivas en psiquiatría se imbrican, se desplazan lentamente no sin dejar su marca, entran en pugna o alianza, se funden o luchan por conservar su legitimidad, por demarcar el territorio respecto a lo normal y lo patológico.

La profusión de dichos y polémicas en relación a la DCMi confluyen en una urdimbre interpretativa compleja y en un curso temporal variable. Si hasta aquí o en lo subsecuente, lector o lectora, siente confusión porque en las citas o en nuestros comentarios hacemos mención a diagnósticos diferentes, pero que refieren prácticamente a lo mismo, o se alude a tradiciones conceptuales que algunas veces se oponen y otras se complementan, la desorientación estará justificada. En todo caso, esta aclaración pretende subrayar que el pasaje en la conceptualización de un diagnóstico psiquiátrico a otro no es un proceso cristalino, producto de la pericia de los profesionales, como a la distancia puede parecer. El conjunto de actores, prácticas, terapéuticas,

tecnologías, factores económicos, políticas públicas de salud o disposiciones administrativas e institucionales que gravitan alrededor de un diagnóstico, en un entretejido invisible, participan en la reformulación de éste.

Hacia finales de los sesenta, las coordenadas de la identidad del psiquiatra infantil en México sufrían distorsiones; se reinterpretaban. Se veían influenciadas por los debates entre profesionales que se disputaban la representatividad del gremio y la particularidad de su ejercicio, buscando el reconocimiento social y entre la comunidad médica y educativa que trabajaba con niños y adolescentes. Estos psiquiatras, con independencia de sus filiaciones grupales, consiguieron afianzar redes de colaboración y una notoriedad social más evidente con su aporte a la comprensión de problemáticas escolares y de salud mental infantil.

Una época de intentos de diálogo (a veces propositivos, otras no exentos de simulación). Un diálogo desequilibrado, asimétrico, pues en la práctica el psiquiatra infantil podía hacer uso de lo que le sirviera del psicoanálisis, de la terapia familiar o de diferentes disciplinas, pero lo contrario no era posible. Aunque no lo hacían explícito, se entiende que los legos no podían poner en cuestión a la psiquiatría, pues representaba para ellos un territorio desconocido. Había debates, se investigaba, se dudaba. Y dudar implicaba que podían escuchar otros puntos de vista y que éstos eran valiosos, que merecían un lugar en la discusión. Había, sobre todo, un deseo de conocer. Lo que veremos hacia finales de siglo, con el avance de una psiquiatría de corte más biológico, con la “americanización de la psiquiatría”, será un deseo de confirmar, de afianzarse en un saber. La poca claridad alrededor de la DCMi no era ignorancia, sino la supresión de un juicio lapidario acerca de lo que los psiquiatras mexicanos estaban observando.

La *Revista de la Clínica* deja ver que quienes colaboraron en ella, quienes tenían adiestramiento en psiquiatría infantil en el extranjero o se habían formado al calor de la práctica

en la Clínica u otras instituciones, estaban al tanto de los debates e investigaciones que se generaban en otras latitudes. Respecto a la DCMi, las referencias bibliográficas citadas dan cuenta de la incorporación de la producción científica a la práctica de la subespecialidad, lo que no implicó una recepción pasiva de los planteamientos. En el número dos de la RCC deciden incorporar un resumen en inglés de cada artículo, a fin de favorecer un mayor intercambio y dar a conocer los resultados de sus investigaciones fuera del país. Se inscriben en una red de intercambios en la que podemos notar —en algunos autores más que en otros— que hay una preocupación por pensar la atención en psiquiatría infantil desde las condiciones socioeconómicas propias del país.

Podemos pensar que el trabajo en la CC tenía trazados sus objetivos, definidas sus prácticas y sus destinatarios; sin embargo, no podía mantenerse impermeable al cambio. La Clínica se convirtió en un espacio privilegiado para el análisis que incluía la instrucción de los propios usuarios en el lenguaje de la psiquiatría. Al respecto, Numa Pompilio señala: “ya no es frecuente que se nos envíe el niño con una etiqueta de ‘malo’, ‘perverso’, o de ‘mala conducta’, sino que los padres, los maestros y el médico, preguntan ‘qué le ocurre a este niño que actúa de esta manera’”.²⁷⁹ La institución funcionó como un verdadero laboratorio en el que los diagnósticos se cuestionaban, verificaban o reconfiguraban, donde se probaban las llamadas “psicodrogas”, se investigaban sus efectos, se aplicaban y estandarizaban tests. Se legitimaba en sus instalaciones una práctica que respondía a una demanda venida del campo educativo: la atención a los trastornos de conducta y del aprendizaje derivados de las escuelas, sobre todo de la Ciudad de México. En este sentido, en la Clínica se ensayó la psiquiatría infantil surgida de la intersección entre psiquiatría y escuela, en la que el interés se desplaza del niño profundamente perturbado hacia el niño con problemas de conducta, emocionales y/o de aprendizaje.

²⁷⁹ CASTRO GUEVARA, “Editorial”, pp. 3-4.

La psiquiatría infantil en México, a partir del reconocimiento que fue ganando, construyó una constelación de ideas en torno al desarrollo infantil normal y de su contracara: la conducta desviada. No hay psiquiatría apolítica, y así, patologizadas la hiperactividad, la desatención y la impulsividad, agrupadas bajo la forma “síndrome hiperquinético” o DCMi, una horda de niños con dificultades de adaptación a la escuela, que representaban una alteración al orden escolar y familiar, quedó bajo la lente de los psiquiatras infantiles que en esos tiempos se profesionalizaban e institucionalizaban. Las historias clínicas legitimaban a los paidopsiquiatras y éstos reconfiguraban su campo a partir de los variados casos atendidos y en sus vínculos con otros profesionales.

Hemos tomado como fuente principal el trabajo de los psiquiatras de la Clínica; sin embargo, es posible ver que en otras dependencias que ofrecían servicios de psiquiatría infantil también los síntomas de nuestro interés se encontraban entre las principales demandas de consulta. En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, si bien se encuentra en 1976 un número que podría pensarse bajo en relación a otros diagnósticos de consulta externa —61 casos de “Síndrome Hiperkinético de la Infancia” (SHI)—, en las décadas subsecuentes los trastornos hiperquinéticos se incrementaron considerablemente. La institución atendió 273 casos en 1986, 277 en 1996 y en el 2006 un total de 1155.²⁸⁰

Otro ejemplo lo encontramos en el Servicio de Higiene Mental del Hospital Infantil de México, en el que ocupaban:

²⁸⁰ Es difícil evaluar la cifra de 1976. “A esto puede contribuir el hecho de que las definiciones operacionales de muchos trastornos psiquiátricos de la niñez y adolescencia se encontraban con menos sistematización de lo que se observa hoy en día. Por ejemplo, los trastornos hiperkinéticos tenían una baja prevalencia ya que era común el término de “disfunción cerebral mínima” para incluir una gama heterogénea de trastornos que abarcaba desde trastorno por déficit de atención hasta la enuresis”. MÁRQUEZ CARAVEO, “Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro”, p. 479.

un lugar relevante los trastornos de conducta (hiperquinesia, atención dispersa, impulsivismo, desobediencia, agresividad, etc.), ocasionados por daño cerebral. [Englobados] en el título genérico de ‘síndrome de daño cerebral mínimo’, [...] grupo de pacientes en los que se unen la génesis psicológica (funcional) y la lesión estructural (orgánica), donde se combinan para el tratamiento, no sólo las psicodrogas, sino también la orientación adecuada a los padres.²⁸¹

Como se ha señalado, dentro de la DCMi encontramos problemas asociados al aprendizaje y a la conducta. Un aspecto relevante de este diagnóstico es que se encontraba en los linderos entre lo educativo y lo psiquiátrico —del que solía abusarse—y que parecía un concepto que, por su vaguedad, resultaba escurridizo. Rodolfo Ortega resaltaba que la amplia cantidad de materiales publicados sobre la DCMi hacía difícil una delimitación del mismo, imposibilitando definir de manera integrada y simple el cuadro. Sin embargo, a pesar de parecer un diagnóstico poco claro, al momento de la fundación de la AMPI sirvió para darle identidad a la psiquiatría infantil en nuestro país. Funcionó para “reclutar” a un conjunto de niños que manifestaban una conducta fuera de los márgenes definidos por la propia Asociación como “normales”. Prueba de ello era la insistencia para que se realizara “una mayor difusión de este problema a nivel de la enseñanza preescolar y de los primeros años de lo escolar, para que sean detectados y tratados oportunamente los niños que presenten este síndrome, y de este modo evitar que sean afectados en el área emocional”.²⁸²

Es importante tener presente que no hay una equivalencia entre “hiperactividad infantil” y DCMi, la primera designación comprende y forma parte de la segunda, es una más dentro de un amplio conjunto de patologías o conductas incluidas en ese gran cajón de sastre. En el espacio de la categoría diagnóstica, lo que observamos es el pasaje de una designación sumamente abarcativa

²⁸¹ NARES RODRÍGUEZ, “Las psicodrogas en pediatría”, p. 5. Se refiere el autor aquí al Departamento de Psiquiatría e Higiene Mental, del Hospital Infantil de México.

²⁸² BARROSO AGUIRRE, “Daño cerebral mínimo”, p. 37.

(al que se le reclama su inespecificidad insistentemente en el Primer Congreso de la AMPI), a trastornos o etiquetas diagnósticas cada vez más específicas. Lo que se pone en evidencia en el Segundo Congreso de la AMPI, que tuvo lugar en la ciudad de Puebla en 1978, es el borramiento casi total de la DCMi y la aparición de variadas designaciones antes agrupadas en esta etiqueta diagnóstica, tales como: “niños impedidos física e intelectualmente”, “niños con problemas de lenguaje”, “dislexia”, “discalculia”, “problemas de aprendizaje de las matemáticas”, “trastornos específicos en la lectura”, “hipercinesia”, “agresividad”, “timidez, apatía o desinterés por la escuela”, “daño cerebral difuso”, “neurosis”, “depresión”, “pacientes hiperactivos”, o “trastornos en la alimentación, en el sueño, de conducta, en los hábitos esfinterianos”, “alteraciones en la comunicación”. De manera similar, se abordó en este segundo Congreso el tratamiento para “niños de padres divorciados”, para “reacciones emocionales posquirúrgicas en niños”, para niños delincuentes, inhaladores, con psicosis, etc.

La mayor parte de estas etiquetas estaban relacionadas con el campo educativo. Aquellas que quedaban antes al cobijo de la designación DCMi, se verán desplazadas hacia el territorio de la educación especial. La hiperquinesia, en cambio, quedó jalonada entre esta perspectiva y la psiquiatría infantil, aunque finalmente a esta última, con sus tratamientos farmacológicos, se le atribuyó mayor pericia en el tratamiento de los problemas de conducta.

Clements y Peters señalan que en Estados Unidos, las escuelas públicas tenían reticencia a la atención de estos niños en los programas de educación especial, sobre todo ante la necesidad de que el diagnóstico contara con una confirmación médica, lo que derivó en que se centraran en los aspectos educativos del niño con DCMi, designándolos como Dificultades Específicas del Aprendizaje (DEA), separando ambas categorías y desarrollando el último como un concepto

perteneciente, administrativamente y en la práctica, a los programas educativos.²⁸³ En 1980, dieciocho años después de aparecido su primer e influyente artículo sobre la DCMi, Clements apunta —en lo que podemos considerar como una mirada retrospectiva a su propio trabajo— que, con diversos niveles de gravedad, al menos diez por ciento de la población estaba afectada por el trastorno, y se lamenta de que influyentes grupos de educadores especiales dejaron de aceptar el término y dudaran en consentir que las DEA eran síntomas de un complejo síndrome como lo era la DCMi. La falta de acuerdos evidenciaba un resentimiento y una pugna por el diagnóstico y tratamiento entre diversos profesionales: psicólogos clínicos, médicos, especialistas del lenguaje, etc. Al proteger el territorio de la educación especial, optaron por identificar como problemas concretos e independientes las diversas dificultades de aprendizaje que experimentaban diferentes personas.²⁸⁴

En México sucedió algo similar: los índices de reprobación no fueron revertidos con la inserción y el trabajo de la psiquiatría infantil en el sistema educativo. Sin embargo, instituciones como la Clínica dejaron su impronta en la atención a niños con trastornos de conducta y del aprendizaje. Sobrevivió su influencia, hubo negociaciones, finalmente la psiquiatría infantil y el modelo de la educación especial intentaban abrirse camino, afianzarse institucional, profesional y socialmente. Cada uno tomó su vereda en la atención a la infancia, los maestros formados en la Escuela Normal de Especialización (ENE) en diferentes carreras reclamaban para sí una atención pedagógica a niños con problemas de aprendizaje. Por su parte, una nueva generación de

²⁸³ CLEMENTS y PETERS, “Psychoeducational programming for children with Minimal Brain, pp.46-47.

²⁸⁴ Es importante resaltar que, para Clements, en 1980, la DCMi se presenta tanto en niños como adultos, siendo ésta un padecimiento crónico que genera desajustes a lo largo de la vida. Al respecto, argumenta que durante la edad adulta se puede diagnosticar errónea e ilusoriamente un trastorno psiquiátrico cuyos síntomas son en realidad complicaciones residuales generadas por una DCMi. Sabemos que durante las décadas siguientes la tesis del TDAH en adultos y con un carácter crónico irá cobrando cada vez más fuerza. CLEMENTS, “Profiles. An interview with Sam D. Clements”, p. 360.

psiquiatras infantiles, adiestrados —algunos— en el extranjero, principalmente en Estados Unidos, se ceñían cada vez más a la escalada de la psiquiatría norteamericana, que se consolidaría como modelo hegemónico en el transcurso de la década de los ochenta.

Ximena López explica las causas de los cuestionamientos a la psiquiatría por parte de los maestros formados en la ENE. Por un lado, una crítica a la idea que asociaba los problemas escolares a los trastornos psiquiátricos, además de que comenzaban a ser cuestionadas las interpretaciones psicoanalíticas por las que se orientaban los psiquiatras. La efectividad de su práctica también era puesta en tela de juicio. Otra crítica se dirigía al argumento de que los fracasos escolares estaban vinculados con causas neurológicas y no a cuestiones como el estrés, la falta de motivación o los problemas en los métodos de enseñanza. “Por lo tanto, los menores reprobados no necesariamente tenían que recurrir al psiquiatra, sino que podían ser tratados por los mismos profesores; idea que sin duda llegó a cuestionar la necesidad de la psiquiatría dentro del sistema educativo”.²⁸⁵

Al igual que la psiquiatría infantil, la educación especial definía su hacer con relación al afianzamiento de determinados diagnósticos. Para ambas, la escuela era el espacio en donde los problemas de desarrollo de los niños se mostraban con mayor insistencia.

²⁸⁵ LÓPEZ CARRILLO, “La psiquiatría infantil en la Secretaría de Educación Pública”, p.118. “La ENE se consolidó como un espacio estratégico para esta reforma y los maestros especialistas como pieza clave en la renovación de servicios en torno a la infancia con problemas de aprendizaje. Por ejemplo, [Victor] Bravo Ahúja creó una Dirección General de Educación Especial (DGEE) encargada de coordinar todas las actividades de atención, detección y tratamiento de los trastornos escolares; nombró directora a Odalmira Mayagoitia de Toulet [estudiante de Quiroga Solís en la ENE], quien había pronunciado las críticas más duras contra el sistema de atención psiquiátrica, y abrió plazas para trabajar en esta dirección destinadas a maestros especialistas y pedagogos. ¿Cuál fue la conclusión? La desaparición del IMP”. LÓPEZ CARRILLO, “La psiquiatría infantil en la Secretaría de Educación Pública”, p. 125.

En el siguiente capítulo, se analizará el particular sello que imprimió la psiquiatría infantil mexicana al tratamiento —principalmente farmacológico— de los problemas de conducta, específicamente de la hiperactividad y la desatención.

CAPÍTULO 4. HISTORIA DE LOS PSICOFÁRMACOS PARA TRATAR LA HIPERACTIVIDAD Y LA DESATENCIÓN (MÉXICO 1967- 1976)

Este capítulo profundiza en el análisis del tratamiento que brindaban los psiquiatras mexicanos a la hiperactividad, la desatención y la impulsividad, síntomas asociados a la Disfunción Cerebral Mínima (DCMi). Nos enfocamos, como ya se ha mencionado, en el periodo que va de 1967 a 1976 y, del mismo modo que en el capítulo anterior, utilizamos como fuentes principales la *Revista de la Clínica de la Conducta* (RCC) y las Actas del Primer Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil (AMPI). Algunas preguntas que buscan responderse son: ¿Qué lugar ocupaban las llamadas psicodrogas en el tratamiento de la DCMi o (en un sentido más amplio) de los problemas de conducta? ¿Qué debates se suscitaron alrededor de los psicofármacos entre los psiquiatras mexicanos? ¿Hubo críticas a su uso? ¿Qué vínculos explicativos existen entre el tratamiento de la DCMi con psicodrogas y el afianzamiento del binomio Ritalin-TDAH?

Las investigaciones sobre los efectos de los medicamentos utilizados para tratar la DCMi en el periodo señalado, ya hablaban de la efectividad del metilfenidato (mejor conocido como Ritalín por su nombre comercial) en el control de los síntomas. Pero este fármaco se contaba entre más de veinte que se reconocían para el mismo fin. Este punto despierta una serie de interrogantes que nos sirven para comprender mejor el TDAH en la actualidad: ¿Por qué se convierte el Ritalin en el medicamento más utilizado para tratar la desatención, la hiperactividad y la impulsividad? ¿Qué mecanismos explican su preeminencia? ¿Da cuenta del viraje hacia su uso, solamente el reconocimiento de su efectividad? ¿En verdad los otros medicamentos no eran tan efectivos para controlar los síntomas? ¿Qué papel jugó la industria farmacéutica para posicionarlo como medicamento de primera opción?

Existe un consenso respecto al vínculo entre la historia reciente del TDAH y el auge de la prescripción de psicofármacos para tratar los problemas de conducta en la infancia. Lo anterior se da en el marco del cambio del paradigma psicodinámico al neuropsiquiátrico o a una psiquiatría biológica que se afianzó en el último cuarto del siglo pasado como el modelo hegemónico en la psiquiatría infantil. Se suma a lo dicho el desarrollo de la industria farmacéutica y la producción de nuevos fármacos orientados a incidir sobre los comportamientos infantiles.

La década de los cincuenta marcó un momento de ruptura en el campo de la psiquiatría. Los avances en psicofarmacología vinieron a cuestionar las terapéuticas que no mostraban una eficacia comprobable para tratar los padecimientos mentales graves –pese a que llevaban tiempo siendo utilizadas–. Este cambio estuvo acompañado de importantes transformaciones en la especialidad. Por un lado, se abrió la puerta a debates sobre los fármacos y sus efectos secundarios; la llamada desinstitucionalización ocasionó el cierre de hospitales psiquiátricos; la falta de presupuesto y la carencia de recursos para estas instituciones buscaron paliarse con servicios comunitarios, ambulatorios, o con enfoques preventivos. Un conjunto de críticas vino de los movimientos antipsiquiátricos de la década de los sesenta, que dirigieron su crítica a la autoridad en la que descansaba el psiquiatra, al fracaso terapéutico y a la creciente medicalización y estigmatización del enfermo mental.

Desde el siglo XIX y ya en la primera mitad del siglo XX se había experimentado con el uso de fármacos: marihuana, opio, hidrato de cloral, bromuros, barbitúricos; pero prevalecía el inconveniente de los efectos adversos: problemas físicos, confusión mental, síndrome de abstinencia, producción de síntomas psicóticos, ente otros. Así, se fue trabajando para evitarlos,

para contrarrestar las reacciones secundarias y —los más peligrosos— los efectos adictivos y el síndrome de abstinencia.²⁸⁶

Se ha identificado como la “década de oro” de la psicofarmacología al periodo que va de 1950 a 1960. A veces de manera fortuita, por casualidad o gracias a la pericia en la observación clínica, durante estos años se llevaron a cabo procesos de síntesis e introducción clínica de diversos medicamentos prescritos para la DCMi: clorpromazina, meprobamato, imipramina, haloperidol, entre otros.²⁸⁷

De los primeros tratamientos con benzedrina al metilfenidato

Charles Bradley descubre en 1937 los efectos de la benzedrina por accidente. La historia cuenta que buscaba sintetizar un componente que sirviera para tratar los dolores de cabeza derivados de la punción lumbar, y que notó efectos benéficos en el aprendizaje y el estado emocional de algunos niños.²⁸⁸ Al tratar a menores con problemas neurológicos, como los efectos ocasionados por la encefalitis, a niños con “problemas emocionales” o con trastornos del aprendizaje, Bradley encontró que este potente estimulante mejoraba el comportamiento de los paciente, tenía efectos positivos en la conducta y en el rendimiento escolar. Los niños mostraban más interés por el trabajo y lo realizaban con mayor rapidez y precisión; además, disminuía la actividad motriz y tenía efectos en los aspectos emocionales. La benzedrina resultaba benéfica para el tratamiento de la mejora en la atención, la discalculia, la hiperactividad, la impulsividad, la mala memoria y el estado de ánimo.

Los descubrimientos de Bradley resultaron, a la postre, revolucionarios en los tratamientos

²⁸⁶ SCULL, *La locura*, p. 154-155.

²⁸⁷ LÓPEZ MUÑOZ, ALAMO, y CUENCA, “La ‘década de oro’ de la psicofarmacología”.

²⁸⁸ TAYLOR, “Antecedents of ADHD”, p.73.

psiquiátricos; sin embargo, la publicación de sus resultados de investigación tardaría más de dos décadas en tener una influencia significativa en el campo. Lange y colaboradores sugieren dos causas de esta demora: la autoridad que el psicoanálisis tenía en la época, y que al considerarse que los trastornos de conducta no tenían una base claramente biológica, el tratamiento que se pensaba como el indicado era el psicológico.²⁸⁹

En la Tabla 4 se sintetizan los principales resultados de las investigaciones sobre la medicación con anfetaminas:

1937	Bradley	Mejor desempeño en la escuela, mejorías en la depresión, tranquilidad.
1940	Cutler et al.	Mejoras en la lectura, mejoras intelectuales
1941	Bender y Cottington	Tranquilidad, sociabilidad, menos agresión
1962	Knobel	Mejoras en la hiperquinesia
1963	Eisenberg et al.	Mejoras en el aprendizaje, en la desobediencia y en la hiperactividad

Tabla 4. Principales resultados de investigación sobre la medicación con anfetaminas (1937-1963). Elaborada a partir de TAYLOR, “Antecedents of ADHD”, p.73.

Ya en la década de los cincuenta los tratamientos con estimulantes para niños hiperquinéticos tendrán un creciente interés. La benzedrina dejó de usarse y el metilfenidato, comercializado como Ritalín, tuvo un uso cada vez más extendido. El compuesto fue sintetizado en 1944 por Leandro Panizzani y comercializado en 1954 por la farmacéutica Ciba-Geigy, después convertida en Novartis. Originalmente se utilizaba para tratar la fatiga crónica, el letargo, los comportamientos seniles, la psicosis asociada a la depresión, narcolepsia; pero posteriormente se comenzó a usar para tratar los problemas del comportamiento en los niños, hasta llegar a ser el fármaco más prescrito para el tratamiento del TDAH en las últimas décadas del siglo pasado.

Hasta la década de 1960 se llevaron a cabo los primeros informes sobre los efectos de las

²⁸⁹ LANGE, *et al.*, “The history of attention deficit hyperactivity”, p. 249.

anfetaminas en el tratamiento de la hiperquinesis en niños. En 1961 se autorizaron por el organismo regulador de drogas y alimentos de Estados Unidos, la FDA, para ser administradas a niños. Desde este momento diversas investigaciones se realizan para documentar sus efectos en el tratamiento de los trastornos conductuales infantiles.²⁹⁰

El número de escolares medicados con metifenidato (Ritalin) se fue incrementando drásticamente en los Estados Unidos desde los años setenta. Lo anterior desató acalorados debates entre quienes defendían los usos de los estimulantes en niños y quienes pensaban estas intervenciones como formas de control de los considerados indisciplinados.

Taylor hace algunas observaciones sobre el impacto que tuvo la medicación en el TDAH. Sostiene que las investigaciones sobre los efectos de las drogas, el incremento en el conocimiento de sus efectos en el comportamiento infantil y en los síntomas asociados a la hiperactividad contribuyeron en la conceptualización del trastorno. En desagravio de las empresas farmacéuticas, el autor apunta que en un inicio no fueron ellas quienes financiaron las investigaciones, y que fue hasta los setenta que estas invirtieron fuertemente en publicidad para promocionar Ritalin (una publicidad cada vez más especializada, enfocada a crear nuevos consumidores), lo que entre otros factores explica el incremento espectacular en su prescripción.²⁹¹

Los desarrollos en psicofarmacología abrieron la puerta al tratamiento de todo un conjunto de trastornos, y al desarrollo de una “nueva psiquiatría”, que, si bien ya venían gestándose desde los años cincuenta, décadas más adelante encontrará su culmen en lo que se ha denominado la “americanización de la psiquiatría”.

Con la revolución farmacéutica se observó un uso cada vez mayor de fármacos para tratar a personas con enfermedades mentales. Los niños en un primer momento fueron ignorados, o al

²⁹⁰ CONRAD y SCHNEIDER, *Deviance and medicalization*, p. 157.

²⁹¹ TAYLOR, “Antecedents of ADHD”, p.73.

menos no ocuparon una importancia central en este nuevo ejercicio médico; su inclusión se dará hasta la década de 1970 y principalmente bajo el “descubrimiento” de la hiperactividad infantil.

Hiperactividad, desatención y psicofármacos: historias paralelas. México (1967-1976)

En los albores del siglo XX, grandes descubrimientos terapéuticos, como vacunas, aspirina, sulfas, penicilina, propiciaron el auge de la industria químico-farmacéutica. En el México posrevolucionario, compañías europeas y norteamericanas observaron que el país ofrecía buenas posibilidades de inversión. La demanda de medicamentos contribuyó a que grandes laboratorios (Merck, Bristol, Hoffmann-La Roche, Bayer, entre otras) se establecieran en estas tierras. Al inicio, solamente importaban y distribuían, pero después de 1930 —con mayor fuerza hacia mediados del siglo— comenzaron a instalarse filiales extranjeras y a producir medicamentos en el país.²⁹²

Primero la Ciudad de México se convirtió en el epicentro de la manufactura y la distribución, pero pronto el fenómeno se extendió al resto del territorio. Para la década de los cuarenta, las empresas de capital extranjero dominaban el mercado, generando dependencia no solo económica, sino también científico-tecnológica.

La investigación y el desarrollo de productos, con costos por demás elevados, generó que solamente algunos países (Estados Unidos, República Federal Alemana, Japón, Suiza y Reino Unido) concentraran estas actividades. Su inversión en I+D oscilaba en alrededor del 10% de sus ventas. Los llamados “países en desarrollo” quedaron al margen de la innovación de esta industria.²⁹³

Sus sólidos sistemas de distribución y sobre todo de propaganda se vieron reflejados en un

²⁹² GARCÍA, “La industria farmacéutica en México”, p. 31; GODÍNEZ RESÉNDIZ y ACEVES PASTRANA, Patricia, “El surgimiento de la industria farmacéutica en México”, p. 61.

²⁹³ DE MARÍA y CAMPOS, “La industria farmacéutica en México”, pp. 888-912.

claro dominio del mercado farmacéutico en el país. La Segunda Guerra Mundial favoreció aún más su crecimiento. Entre 1940 y 1950 el número de empresas se incrementó en un 300%, pasando de 77 compañías a 310. “La guerra fue el principal catalizador. Sin embargo, la dependencia con el exterior siguió haciendo mella, ya que la importación de medicamentos continuaría de manera impresionante, así como las preferencias del médico y del consumidor por el producto extranjero”.²⁹⁴ En los sesenta continuó el crecimiento de la industria.

Mauricio de María describe en 1977 la situación de la IF en México: “ha tenido lugar una reducción significativa en el número de productos verdaderamente nuevos, en parte por haberse agotado muchas de las posibilidades que brinda el nivel presente de conocimientos científicos y en parte por los rigurosos controles establecidos por los gobiernos de los países innovadores más importantes sobre la experimentación y el mercadeo de medicamentos”.²⁹⁵ El autor aporta también datos acerca del dominio del mercado por parte de los grandes consorcios farmacéuticos, su capacidad para fijar precios excesivos, sus altos márgenes de utilidad, sus estrategias de comercialización, los elevados gastos de promoción y publicidad.

En su libro *¿Medicamentos para todos en el año 2000?*, Pascale Brudon hace un relevante análisis que posibilita comprender la forma en que la atención médico-sanitaria se convirtió también en un tema económico y político. Esta obra, publicada en francés en 1983 y en México cuatro años más tarde, documenta la instalación y el fortalecimiento —en periodo de posguerra— del oligopolio de las farmacéuticas suizas en México. Algunas líneas de esta investigación se centran en estudiar la introducción en el mercado de nuevos fármacos; la concentración de las ventas, la producción y comercialización entre un pequeño grupo de empresas; la escasa

²⁹⁴ GODÍNEZ RESÉNDIZ y ACEVES PASTRANA, “El surgimiento de la industria farmacéutica en México (1917-1940)”, pp. 62-65.

²⁹⁵ DE MARÍA y CAMPOS, “La industria farmacéutica en México”, pp. 888-912.

investigación en contraste con las estrategias de diverso orden para mantener sus productos en circulación. Otros puntos analizados son las estrategias publicitarias (con apariencia de información médica) destinadas a ampliar los usos de los fármacos y sobre todo al incremento de las ventas. La autora muestra también que hubo una transformación del ejercicio médico a raíz de que la IF comenzó a tener un rol más protagónico en el ámbito de la salud.²⁹⁶ Sin duda, es necesario un análisis histórico del desarrollo de la psicofarmacología en México en la segunda mitad del siglo. Lo anterior daría luz sobre las implicaciones de la IF en el crecimiento exponencial de algunos trastornos, incluido el TDAH. Sirvan los datos aportados para comprender de mejor manera el contexto de las discusiones que nos ocupan en este capítulo.

Investigaciones sobre fármacos para los problemas de conducta. El caso mexicano

La Clínica de la Conducta, como ya hemos hecho notar, sirvió como un laboratorio en el que además de atención a niños canalizados de las escuelas de Ciudad de México por problemas de conducta y aprendizaje, se investigaba el efecto de psicodrogas. Se realizaban estudios con una población privilegiada que arrojaba un cúmulo de experiencias para los paidopsiquiatras. En el trabajo cotidiano, en ésta y otras instituciones (Tabla 3), recogían datos, ensayaban y delineaban su propia práctica.

La *Revista de la Clínica* fue financiada por los Laboratorios *Smith Klein and French S.A.* Lo anterior tampoco representa un caso extraordinario, era y sigue siendo una práctica común. En la publicación es permanente la publicidad de fármacos de una variedad de laboratorios. En algunos casos éstos patrocinan las investigaciones, apoyan económicamente el desarrollo de

²⁹⁶ BRUDON, *¿Medicamentos para todos?*

actividades académicas –tanto de instituciones educativas como de asociaciones psiquiátricas– o aportan los fármacos que serán estudiados.

La importancia que tuvo la cuestión de las llamadas psicodrogas en la publicación se puede evaluar a partir de algunos datos cuantitativos. En sus doce números se publicaron un total de 83 artículos, de ellos, el 26%, es decir, 22, estaban directamente relacionados con fármacos. Lo anterior sin contar la publicidad de los laboratorios y que en las historias clínicas o en el abordaje de alguna patología específica, al hablar del tratamiento, se hacía alusión también a diferentes psicodrogas. Es decir, el asunto recorre la publicación en todo momento. Así, la RCC resultó necesaria no solo para los psiquiatras infantiles, sino también para la IF. La Clínica, su órgano de difusión, los congresos y los grupos de profesionales articularon redes que de manera orgánica participaban en la difusión y legitimación de ciertos medicamentos. En la publicación abundaron las investigaciones que analizaban la acción terapéutica, la tolerancia y la efectividad de algunas psicodrogas para tratar trastornos de conducta de niños en edad escolar. En su mayoría fueron realizadas en la Clínica, en el Departamento de Higiene Mental y Psiquiatría del Hospital Infantil de México y en otras instituciones, por profesionales que unos años más tarde formarían parte de la AMPI.

Los paidopsiquiatras mexicanos eran conscientes del peligro de que los fármacos fueran utilizados empíricamente, sin que se contara con el conocimiento de su acción y sin que se realizara un estudio multifactorial. Sin embargo, consideraban que era necesario el empleo de la psicofarmacología en neuropsiquiatría infantil. Lo anterior resulta interesante porque implicaba no solamente extrapolar los usos de psicodrogas utilizadas con adultos, sino que se veían obligados a investigar y determinar la pertinencia de su uso con niños.

Como se señaló anteriormente, algunos fármacos fueron “descubiertos” (en esos términos lo expresan) en la década de los cincuenta, por ejemplo, el meprobamato. A partir de 1960 otros tranquilizantes como el tibamato (Solacen) se introdujeron en México. El efecto de éstos y otros fue investigado en la Clínica. Veamos algunos ejemplos.

Un estudio piloto se llevó a cabo para conocer la actividad terapéutica de un medicamento nuevo derivado de la benzodiazepina, de nombre Nobrium (RO 5-4556), en 36 niños en edad escolar con diversos problemas de conducta. El psicofármaco mostró escasa toxicidad y utilidad para tratar síntomas de trastorno de sueño, enuresis, ansiedad e hipermotilidad. Debido a la variedad de la muestra y de sus síntomas, los autores sugirieron realizar estudios más específicos.²⁹⁷

El médico pediatra de la Clínica de la Conducta, Filemón Cuanalo Guevara, presentó los resultados de un estudio que evaluó de manera experimental los efectos de un nuevo fármaco, también derivado de la benzodiazepina, Bromazepam (RO5-3350), para tratar los síntomas de inquietud, agresividad, desobediencia y bajo rendimiento escolar. Los 15 casos investigados presentaban problemas en la familia, escuela y el contexto social, asociados al Síndrome de Disfunción Cerebral con trastornos conductuales con y sin daño orgánico. Después de un tratamiento que fluctuó entre los 3 y 18 meses, los resultados mostraron una tolerancia entre buena y media, observándose leves mejoras de la sintomatología.²⁹⁸

Otro estudio, con 30 niños remitidos a la Clínica de la Conducta, analizó el efecto de la propericiazina, medicamento introducido en México en 1969, empleado ya en Europa cinco años atrás. Este medicamento —señalan sus autores— había sido estudiado para tratar síntomas leves de daño cerebral, epilepsias y perturbaciones de la personalidad, entre otros. Considerando lo

²⁹⁷ VELASCO FERNÁNDEZ *et al.*, “Estudio piloto con RO 5-4556”, pp. 22-27.

²⁹⁸ CUANALO GUEVARA, “Investigaciones sobre un nuevo psicofármaco”, pp. 31-32.

anterior, se plantearon indagar sobre su acción terapéutica y tolerancia en niños con trastornos de conducta. Los resultados mostraron utilidad en “el control de la inquietud y de la agresividad en general”, y una acción en trastornos de conducta de etiología orgánica; siendo consecuentes sus resultados con lo reportado por otros autores.²⁹⁹

Jenaro Padilla Nibra, Gregorio Cervantes León y Javier González González probaron la eficiencia terapéutica de la mesoridazina, un fármaco empleado para tratar “alteraciones neuróticas”, ansiedad y problemas de conducta en la infancia; intentaron probar su efectividad, sobre todo en trastornos “acompañados de inquietud y ansiedad como síntomas principales”. El 70% de los pacientes, de un total de 30 que abarcaba la investigación, presentaba mejoría, 20% no presentó cambios y un 10% empeoraron. Los autores concluyeron que el fármaco es de fácil manejo, tiene escasos efectos secundarios y es altamente tolerable y útil en paidopsiquiatría: su “acción en los trastornos conductuales de la infancia es sumamente satisfactoria ya sea su etiología orgánica o emocional”.³⁰⁰

Otro medicamento estudiado para determinar su efectividad en el tratamiento de niños con trastorno de conducta fue la ya referida tioridazina (Mererill). Los resultados mostraron su pertinencia en la reducción de síntomas como el control de la ansiedad, inquietud, agresividad y en menor medida en la enuresis, en niños entre 7 y 13 años remitidos a la Clínica por maestros de escuela que se enfrentaban a estos problemas conductuales.³⁰¹

²⁹⁹ HAM FERNÁNDEZ *et al.*, “La propericiazina en el tratamiento de trastornos de conducta”, pp. 28-35.

³⁰⁰ PADILLA NIBRA, CERVANTES LEÓN y GONZÁLEZ GONZÁLEZ, “La Mesoridazina en el control de los trastornos conductuales de la infancia”, pp. 76-81.

³⁰¹ CUANALO GUEVARA *et al.*, “El Clorhidrato de Tioridazina en el tratamiento de los niños”, pp. 47-48. Llama la atención la diversa procedencia institucional de los investigadores, lo que refleja que el gremio de psiquiatras infantiles ya colaboraba entre sí. Como se señaló en el capítulo 2, la Revista de la Clínica generó redes de trabajo en investigación que anuncian la creación, algunos años más tarde (1975), de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil (AMPI). Jenaro Padilla Nibra era un psiquiatra adscrito, en 1970, al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”; Gregorio Cervantes León era director del Hospital

Los anteriores no fueron los únicos, varios laboratorios estuvieron interesados en que se investigaran los efectos de sus productos en el control de diferentes trastornos. La idea era poder ampliar los márgenes de aplicación de los fármacos y con ello también promoverlos. Concomitantemente, los psiquiatras legitimaban su propia práctica, aparejada cada vez más con un modelo biologicista —de aparente rápida solución o control de los síntomas con fármacos— que atribuía los trastornos a desequilibrios químicos o funcionales del cerebro.

La mayor parte de las investigaciones arrojaban la conclusión de que era necesario el análisis de más experiencias clínicas sistemáticas, pues en algunos casos hay resultados contradictorios. Se estaba probando la efectividad o toxicidad de las psicodrogas, se va construyendo un abordaje terapéutico que en el camino va ensayándose. No podemos soslayar que, al patrocinar las empresas farmacéuticas los estudios, la interpretación de los resultados difícilmente negaba la pertinencia del uso de los medicamentos.

La Clínica y las diferentes instituciones que ofrecían servicios de psiquiatría infantil funcionaban como espacios de producción de conocimientos. Fueron laboratorios en los que se establecían interacciones entre profesionales, se obtenían e interpretaban datos que avalaban la perspectiva farmacológica, se creaban argumentos para persuadir a otros profesionales de la salud, a maestros, a padres y madres de familia acerca de la pertinencia de su práctica. Psiquiatras, fármacos, publicaciones, ponencias, el intercambio con redes de profesionales y las tecnologías diagnósticas (los Tests y el EEG), en su imbricación e influencia mutua, legitimaban y daban forma al conocimiento, a esas entidades diagnósticas y al conjunto de síntomas que podían ser tratados por los psiquiatras infantiles.

Psiquiátrico “Fernando Ocaranza”, y Javier González González jefe del departamento de encefalografía de la Clínica de la Conducta.

Estaban apareciendo nuevos medicamentos que tenían que probarse y cuyo posible espectro de uso se expandía paulatinamente. Por ejemplo, los tranquilizantes mayores, utilizados en ese momento, sobre todo en padecimientos psicóticos, cuadros de angustia intensa y trastornos alucinatorios, fueron ensayados también en trastornos de conducta en niños de edad escolar.

A continuación, presentamos información de las psicodrogas reconocidas para disminuir la hiperquinesia, la impulsividad y la agresividad, ya sea que fueran pensados estos síntomas como trastornos de la conducta o bajo la designación DCMi.

TRANQUILIZANTES MAYORES
Clorpromazina (Largactil): Reportes basados en diferentes estudios señalan que en un 80% de los casos disminuye la impulsividad, la hiperquinesia en el niño con daño cerebral mínimo y la agresividad, destructividad e hiperexcitabilidad. En 20% de los casos se muestra mejorías en el aprendizaje de la lectura, su uso no ocasiona dificultades en las tareas escolares. Tioridazina (Melleril): Ha mostrado eficacia en los trastornos de conducta ocasionados por daño cerebral en niños preescolares. Se recomienda en casos leves de hiperquinesia, perseverancia y destructividad, mejora la atención. Mesoridazina (Lidanil). Se emplea para el tratamiento de problemas de conducta en la infancia que se acompañan de inquietud y ansiedad. Propericiazina (Neuleptic). Se ha usado en trastornos del comportamiento de todos los orígenes. Reserpina (Serpasil, Harmony): Se recomienda su uso con niños autistas, encontrándose también, aunque escasa, una actividad terapéutica para la hiperquinesia. Trifluorperazina (Stelazine), Perfrenazina (Trilafón), Flufenazina (Tensofín): Estas drogas muestran efectos en la inhibición de la agresividad y favorecen la relación afectiva del niño. Para la hiperquinesia su utilidad es reducida. Prometazina (Fenergan). Util para atenuar la hiperquinesia y en general la inquietud psicomotora en algunos casos de secuelas encefálicas. Haloperidol (Haldol). Recomendado en niños con trastornos de conducta, agitación psicomotora y cuadros autistas, se muestra que inhibe cuadros graves de agresividad y el comportamiento destructor mejora con dosis bajas. Pipamperona (Dipiperon). Corrige la hostilidad, mejora las relaciones sociales e interpersonales. Se emplea en trastornos de conducta de diversas etiologías. Mejora bastante el control de la agresividad, la impulsividad y la inestabilidad.
TRANQUILIZANTES MENORES
Meprobamato (Equanil, Miltown): Efectivo en niños con daño cerebral que presentan trastornos de conducta, sobre todo los asociados a la epilepsia. Hidroxizina (Atarax, Vistaril): Disminuye la inquietud, la irritabilidad, la hiperexcitabilidad y la angustia.

COMPUESTOS DIVERSOS

Difenhidramina (Benadryl). Medicamento antihistamínico al que se le atribuye una acción reguladora de la conducta. Con propiedades sedantes en niños hiperquinéticos con daño cerebral.

Desipramina (Pertrofan), Imipramina (Tofranil), Tryptilinas (Tryptanol). Antidepresivos administrados en los trastornos de conducta, aunque los tranquilizantes han desplazado su uso.

Dibenzodiazepina (Noveril). Antidepresivo con efectos semejantes a la Imiprina. Muestra utilidad en el tratamiento de la apatía, dificultades de aprendizaje, timidez, inquietud psicomotriz, irritabilidad y agresividad.

Piriotixina (Encephabol): Se utiliza en niños en edad escolar con coeficientes intelectuales variables entre 60 y 90, y con daño cerebral detectado clínica y electroencefalográficamente.

Carbamezapina (Tegretol). Se observa buen efecto en el tratamiento de trastornos de conducta y de la percepción en menores con daño cerebral y alteraciones electroencefalográficas.

Dextroanfetamina (Dexedrina). Muy utilizada en el tratamiento de niños hiperquinéticos, perseverantes y con conducta impulsiva, asociados o no al deterioro de las funciones intelectuales.

Metilfenidato (Ritalin) y Pipradol (Meratran). Estimulantes simpaticomiméticos, cuya utilidad es ampliamente conocida en el control de la conducta, la perseverancia y la impulsividad. Su acción mejora el control inhibitorio. Notable mejoría en niños hiperquinéticos, por daño cerebral mínimo y electroencefalograma anormal. Al principio del tratamiento suele observarse una intensificación de los síntomas, que disminuye al incrementarse la dosis.

Lavofacetoperano (Lideran). Se ha utilizado en niños con dispersión en la atención y con bajo rendimiento escolar a fin de mejorar sus capacidades. “Pero se emplea no sólo en niños indolentes, apáticos e inatentos con deficiencia mental, sino también en niños con nivel intelectual normal”.

Tabla 5. Fármacos comúnmente utilizados para el tratamiento del niño con daño cerebral y problemas de conducta. Se considera la información de los años 1967 a 1976.³⁰²

¿Eran utilizadas todos los fármacos en la misma proporción? La respuesta es no. Velasco Fernández enlista, con base en su experiencia —y sabemos que sobre la DCMi ésta era vasta— los psicofármacos útiles, clasificándolos en los de eficiencia comprobada, medicamentos coadyuvantes y otro grupo de potencialmente valiosos. En el primer grupo solo reconoce tres: dos anfetaminas (benzedrina y dexedrina) y el metilfenidato (Ritalín). En los otros grupos poco más de 15 medicamentos. Coincide el señalamiento anterior con lo que hemos encontrado descrito por

³⁰² Elaboración propia a partir de: NARES RODRÍGUEZ, “El tratamiento del niño con daño cerebral mínimo”, pp. 22-26; NARES RODRÍGUEZ, “Las psicodrogas en pediatría”, pp. 5-19; Cervantes León, “Neuropaidopsiquiatría y neuropsicofarmacología”, pp. 39-59. Además de las psicodrogas enlistadas, Nares menciona: Proclorperazina y la Promazina, utilizadas en trastornos de conducta asociados a retraso mental, aunque con poca mejoría; otras como Centrofenexina los Fosfátidos, se han usado con resultados variable. Otros medicamentos mencionados por el autor no habían sido valorados en el Departamento de Higiene Mental y Psiquiatría del Hospital Infantil de México, en donde este autor laboraba. Véase también: HAM FERNÁNDEZ, “Investigación doble ciega con LW 1927”, pp. 30-33.

otros paidopsiquiatras mexicanos, en la que podemos observar 24 medicamentos que fueron probados o utilizados sin que se les reconociera una eficacia a todos.

Volviendo a lo ya citado, se estaban probando medicamentos, tratando de ampliar los márgenes de uso de otros. Los diseños de investigación con los que se pretendía verificar la efectividad hoy generarían muchas dudas o incluso se contrapondrían a diversos preceptos éticos que orientan en la actualidad las investigaciones. En la búsqueda por encontrar posibles usos, fueron probados en la Clínica y en otras instituciones medicamentos que ofrecían pocas posibilidades terapéuticas y de mejoría de los síntomas. Otros fueron administrados a niños que no los requerían. Algunas hipótesis que pueden plantearse al respecto son: ¿Prevalecía un compromiso con las farmacéuticas? ¿No se contaba con suficiente información sobre la química cerebral? ¿Se sobredimensionaba el potencial de los fármacos? ¿Prevalecía una cultura de la experimentación por encima de las regulaciones en la investigación? ¿El intento de afianzar a la psiquiatría como una medicina “científica”, alejada de la jerga psicoanalítica, y que pudiera realmente controlar los síntomas, sobrevaloró la capacidad terapéutica de las psicodrogas? Para respondernos, sin duda se requieren emprender investigaciones con un espectro amplio de metodologías y fuentes, que lleven a profundizar en la historia de la psicofarmacología en México. Por ahora, aquí apenas un guiño de esa historia tan necesaria.³⁰³

Debates en México sobre los psicofármacos para tratar trastornos de la conducta

A continuación, se presentan algunos debates que se dieron entre los psiquiatras infantiles mexicanos en relación a la prescripción, uso y abuso de fármacos. Realizaremos también algunos

³⁰³ Algunos trabajos ya realizados sobre el tema son: BRUDON, *¿Medicamentos para todos en el año 2000?*; TERÁN, "Acercamiento a la historia de la psicofarmacología en México", pp. 225-246.

comentarios sobre la preeminencia que va tomando el Ritalín como medicamento para tratar la desatención, la impulsividad, la hiperactividad.

Psicofármacos como parte de una terapéutica multidisciplinaria

El tratamiento con psicofármacos para tratar los problemas de conducta infantil era concebido como parte de un abordaje multidisciplinario que incluía también tratamiento psicoterapéutico, educativo, escuela para padres de familia, visitas familiares y a las escuelas. La psicofarmacología se pensaba como una modalidad de terapia, un elemento de suma importancia en el “tratamiento integral para niños y adolescentes que sufren trastornos de conducta, o problemas psicopatológicos”.³⁰⁴ Así, los psiquiatras sugerían que educadores, psicólogos escolares y padres de familia fueran instados a cooperar con la observación atenta de las intervenciones terapéuticas, sobre todo considerando que eran ellos quienes mayor contacto tenían con los niños.

En la idea del “manejo global” o de la “terapia plurifactorial” para el tratamiento del “niño con síntomas mentales”, la terapia farmacológica irá teniendo mayor preeminencia. Pero los paidopsiquiatras, hacia finales de los sesenta y el inicio de la siguiente década, aún no contaban con la experiencia suficiente para asegurar la mejor ruta terapéutica. Así lo expresan: “La administración de psicofármacos en los niños no ha revelado en nuestro medio resultados apetecibles; la escasa experiencia al respecto, las condiciones propias del niño, los problemas de valoración objetiva de los resultados son algunos de los muchos factores que se involucran en el problema”.³⁰⁵

Para Rafael Velasco Fernández, el uso de psicofármacos en paidopsiquiatría fluctuaba entre un “rechazo total”, sobre todo al considerar que no elimina los factores causales, y por otro

³⁰⁴ VELASCO FERNÁNDEZ, “La psicofarmacología en niños y adolescentes”, p. 132.

³⁰⁵ NARES RODRÍGUEZ, “Las psicodrogas en pediatría”, p. 9.

lado, quienes prescriben fármacos “aun cuando su indicación sea dudosa”.³⁰⁶ Al respecto, recupera una frase de Leon Eisenberg, en un texto de 1971, *Principles of drug therapy in Child psychiatry with special reference to stimulant drugs*: “Las drogas no son la promesa de un salvoconducto hacia un mundo feliz, ni presentan el camino hacia el infierno, [...] usadas como un simple y útil componente de un programa integral de tratamiento, pueden ayudar para alcanzar la meta deseada: el desarrollo saludable de la personalidad en el niño”.³⁰⁷

Otro aspecto importante es el reconocimiento de que los fármacos controlan los síntomas, pero no las causas de las conductas. “Los medicamentos psicotrópicos no ‘curan’, en el sentido estricto del término. En cambio, sí modifican conductas y funciones, lo que suele permitir la acción de otras medidas terapéuticas y mejorar las respuestas negativas que el pequeño paciente exhibe ante los estímulos habituales”.³⁰⁸

Sobre lo anterior, Darío Urdapilleta, psiquiatra formado en la Universidad de Guadalajara y uno de los fundadores de la Asociación Psiquiátrica Mexicana AC., apunta que el medicamento puede funcionar como “un elemento de desplazamiento de los mismos problemas familiares”.³⁰⁹ Lo que sucede con los síntomas de la Disfunción Cerebral Mínima —sostenía— es “un desequilibrio de la homeostasis familiar. En estos casos, un medicamento que disminuya o haga que desaparezcan los síntomas básicos, logrará casi de inmediato y como por arte de magia cambios muy aparentes en la actitud frente al paciente por parte de los padres”.³¹⁰ La idea entonces

³⁰⁶ VELASCO FERNÁNDEZ, “La psicofarmacología en niños y adolescentes”, p. 132. Rafael Velasco nacido en 1927, fue un médico posgraduado en psiquiatría por la UNAM (1965-1966), dirigió la CC de 1965 a 1971. Fundador también de una CC en Xalapa y rector de la Universidad Veracruzana. Sus escritos e investigaciones sobre la DCMi y su tratamiento son bastas, como ya hemos hecho notar en los capítulos anteriores.

³⁰⁷ Citado en VELASCO FERNÁNDEZ, “La psicofarmacología en niños y adolescentes”, p. 140.

³⁰⁸ VELASCO FERNÁNDEZ, “La psicofarmacología en niños y adolescentes”, pp. 133-134.

³⁰⁹ URDAPILLET A BUENO, “La psicodinamia en el manejo de los fármacos”, p. 158.

³¹⁰ URDAPILLET A BUENO, “La psicodinamia en el manejo de los fármacos”, p. 160.

es que, al controlarse los síntomas, los padres consiguen un mejor manejo del comportamiento del niño.

La psicoterapia no era dejada de lado, pero sí consideraban que, además de que también podría tener efectos adversos, no era viable “el manejo emocional por medios psicológicos, si previamente no se ha controlado al niño mediante el uso de fármacos adecuados, que hagan efectiva una depuración de la sintomatología cerebral”.³¹¹

Más que una crítica a la terapia psicofarmacológica, entre los psiquiatras infantiles del país prevalecía una manifiesta cautela. Por ejemplo, apuntaban que: “Los psicofármacos no son siempre sustancias inocuas. Los llamados efectos secundarios, que son en realidad acciones tóxicas sobre el organismo, representan la regla más que la excepción y deben, por lo tanto, ser bien conocidos por quien utiliza los medicamentos”.³¹² Se señalaba que eran insuficientes las investigaciones y que el uso de fármacos se basaba muchas veces en la experiencia con adultos que no siempre se ajustaba al trabajo con niños. Se apuntaba también que no había datos fidedignos acerca de su correcta administración y dosis, las cuales frecuentemente eran modificadas al libre arbitrio de los médicos.

Si bien se reconocía que las “sustancias psicotrópicas modificaron radicalmente la práctica de la psiquiatría”, pensaban también que la excesiva apuesta por los fármacos, en el caso de la DCMi (“problema de origen orgánico”), sin tomar en cuenta las diferentes repercusiones que se derivan, acotaba la visión sobre el problema, lo resolvía solo parcialmente y dejaba de lado dificultades que tarde o temprano lesionarán al individuo.³¹³

³¹¹ NARES RODRÍGUEZ, “El tratamiento del niño con daño cerebral mínimo”, p. 25.

³¹² VELASCO FERNÁNDEZ, “La psicofarmacología en niños y adolescentes”, p. 135.

³¹³ SOLÓRZANO y B., “El niño con daño cerebral mínimo”, p. 30.

Rafael Velasco Fernández planteaba algunos consejos ligados a la prescripción de psicofármacos que dejan ver la cautela a la que hemos hecho referencia:

debe buscarse el mejor resultado con el menor número de medicamentos y a la más baja dosis posible, aunque los efectos secundarios no se presenten. Otra recomendación es la de que no se usen las drogas por un tiempo mayor que el necesario. Además, las dosis han de ser individualizadas, [recomendándose] empezar con dosis bajas y elevarlas progresivamente de acuerdo con la comprobación clínica de los resultados; [y se debe] advertir a los padres del niño sobre los posibles efectos secundarios.³¹⁴

Las sugerencias de dosis bajas, individualizadas y el reconocimiento de los riesgos, no frenaba la prescripción de fármacos, pero sí llamaba a actuar con precaución. Era reconocida también la obligación de los psiquiatras en conocer el “arsenal terapéutico”, la acción de las drogas, sus efectos secundarios, sus peligros y los pormenores de las dosis. Respecto a su prescripción se señala que “su buen sentido clínico les dirá cuándo [un fármaco] está justificado”.³¹⁵

Jorge Saravia apuntaba que algunas preguntas que debían realizarse los psiquiatras cuando recetaban medicamentos son: “¿Qué síntoma o síntomas estamos tratando de controlar”, ¿cómo actúa el medicamento o cuáles son los efectos que provocará? ¿Cuáles son sus efectos tóxicos y reacciones secundarias? ¿cómo sabemos que la droga es útil? Las dos primeras preguntas tienen que ver con el conocimiento de ellos medicamentos y sus efectos. Respecto a la última, se sugiere que la droga debe actuar sobre los síntomas conductuales.³¹⁶ Es decir, la droga es útil si elimina los síntomas indeseables. En el caso de los niños hiperquinéticos, el autor señala que muchas veces se les suele confundir con niños con trastornos de aprendizaje que tienen demandas escolares y en

³¹⁴ Citado en VELASCO FERNÁNDEZ, “La psicofarmacología en niños y adolescentes”, p. 140.

³¹⁵ VELASCO FERNÁNDEZ, “La psicofarmacología en niños y adolescentes”, p. 133.

³¹⁶ SARAVIA, “Psicofarmacología en niños y adolescentes”, pp. 143-146.

el hogar tan altas que no pueden cumplirse. Pero, una vez que son correctamente identificados, el objetivo con el medicamento es:

En primer lugar, el mejoramiento de la impulsividad y el alto nivel de actividad, ya que al eliminar esos factores el niño logra establecer una mejor relación tanto con sus padres y hermanos como con sus maestros y compañeros de escuela. En segundo lugar, la corrección o mejoramiento del nivel de atención.

El primer objetivo es difícil de medir, pero afortunadamente es fácil de valorar y pocos minutos después de la administración del medicamento se logra observar en el niño verdaderamente hiperquinético un cambio radical que no es tan evidente en el niño que está sufriendo ansiedad. El segundo objetivo, o sea, el mejoramiento del nivel de atención es controversial, pero felizmente, fácil, o relativamente fácil, de medir.³¹⁷

Psicofármacos, vitamínicos y la medicalización del aprendizaje

En 1969, la publicidad de Tegretol, medicamento prescrito para controlar las crisis de epilepsia — que también era utilizado para los trastornos de conducta— muestra a un niño escribiendo en una pizarra: “no debo distraerme en clase”. Lo anterior deja ver un interés por mostrar que las psicodrogas tenían un efecto en los aspectos educativos. Así lo señalan los laboratorios Geigy al promocionar este medicamento que ayuda “al enfermo epiléptico a concentrarse más y mejorar su aprendizaje”.³¹⁸

Contrario a lo expresado por las farmacéuticas y a la esperanza de muchas personas, los psiquiatras mexicanos reconocían que los estimulantes no mejoraban el aprendizaje (por ejemplo, los defectos perceptuales o cognitivos) en los niños hiperquinéticos.³¹⁹

El efecto del fármaco sobre el aprendizaje, en todo caso, se daba como efecto colateral y

³¹⁷ SARAIVA, “Psicofarmacología en niños y adolescentes”, p. 144.

³¹⁸ La imagen puede verse en *Revista de la Clínica de la Conducta*, II, 4, 1969, p. 61.

³¹⁹ SARAIVA, “Psicofarmacología en niños y adolescentes”, p. 144.

en casos concretos. “Si el problema de aprendizaje es inespecífico y secundario al síndrome de conducta hiperquinético, la mejoría de éste mediante el uso de neuroestimulantes habitualmente produce un cambio favorable inmediato en el rendimiento y motivación escolar”.³²⁰

Otros productos para los que no hacía falta una indicación médica buscaban también mejorar las habilidades cognitivas y el rendimiento en tareas cotidianas. ¿La prescripción de los vitamínicos potenciadores de la inteligencia contribuyeron de algún modo al incremento del consumo de fármacos estimulantes? Es difícil saberlo, pero aportan elementos que se inscriben en la narrativa que vincula el cerebro y su funcionamiento como *locus* del aprendizaje.

A los medicamentos aparecidos en la tabla anterior podemos agregar algunos psicotónicos, de los que se decía:

Estos productos no deben ser olvidados, ya que la mayor parte de los médicos los emplean con el fin de satisfacer las demandas de los padres, que siempre afligidos por la enfermedad de sus hijos, desean tener un medicamento para curarlos. Pero es necesario recordar que es poco científico esperar el descubrimiento de productos que eleven el coeficiente intelectual mediante una acción directa y específica.³²¹

En el número 12 de la *Revista de la Clínica* aparece la publicidad de Italvirón, un suplemento alimenticio que contiene aminoácidos y vitamina B. La imagen que lo promociona hace referencia a sus efectos sobre “estados de deficiencia psíquica y mental”, “pérdida de la capacidad de atención, concentración y memoria”, para el “escaso rendimiento intelectual en niños, adultos y ancianos”, “estados depresivos de diversa etiología”, etc. Italviron podía ser utilizado —según se decía— para estimular las funciones psíquicas y mejorar el rendimiento intelectual.

³²⁰ FONCERRADA, “Concepto teórico-práctico sobre el aprendizaje”, p. 81

³²¹ CERVANTES LEÓN *et al.*, “Neuropaidopsiquiatría y neuropsicofarmacología”, p. 51.

Del mismo modo, el ácido glutámico podía ser indicado para “mejorar la capacidad de aprender”, aunque se reconocía que no existían aún datos concluyentes y precisos en los estudios que se habían realizado.³²²

El ácido fosfórico, el ácido inositolhexafosfórico (Fitina), el polvo extraído de semillas de plantas, el ácido alfa-oxibencilfosfinoso (Foselite), la centrofenoxina (Licidril), el ácido gamma-amino-beta-hidroxibutírico o GABOM (Gamibetal) fueron complejos vitamínicos que buscaron ser probados como suplementos para el cerebro. Pese a que los autores reportaban resultados de estudios llevados a cabo en Estados Unidos, Francia e Italia, aclaraban que éstos no presentan conclusiones definitivas. Sin embargo, no por ello dejaban de probarse en niños con deficiencias intelectuales, retrasos escolares, trastornos de la atención, retrasos psicomotores y en niños con hiperquinesia.

Que no se ofrecieran conclusiones definitivas para afirmar la acción bioquímica e impacto en la actividad del SNC, no excluye reconocer que estos fármacos y vitamínicos participaron en la construcción de una narrativa que atribuía al campo médico psiquiátrico –y su correspondiente terapéutica farmacológica– una vía óptima para las mejoras del aprendizaje. Pese a que no presentan evidencias sobre la reducción de los síntomas de hiperactividad y desatención, podemos argumentar que influyeron en la conformación de un lenguaje sobre la infancia, ligado a la mejora de las funciones cerebrales y a un proceso de medicalización del desarrollo de las habilidades cognitivas.

³²² CERVANTES LEÓN, “Neuropaidopsiquiatría y neuropsicofarmacología”, p. 52.

Derivados de anfetaminas y Ritalín

Como hemos dicho, desde la década de 1950 se observó un uso cada vez mayor de psicofármacos en el tratamiento de las enfermedades mentales. Durante los primeros años los niños fueron ignorados, no tuvieron una importancia central en este nuevo ejercicio médico; pero paulatinamente fueron incluidos, principalmente con el incremento en los casos de la hiperactividad infantil.

Los sedantes eran utilizados con ciertas reservas, pues se solían encontrar efectos contraproducentes en niños con daño cerebral, hiperquinéticos e impulsivos; sólo en algunos casos se recomendaba su uso.³²³ Sabemos en qué derivaron estas observaciones. La lógica señalaría que un sedante tranquilizaría un comportamiento “alterado”; sin embargo, lo que se encontró en los trastornos de conducta fue el efecto contrario: los niños mostraban mayor inquietud. La explicación de los paidopsiquiatras fue que la exacerbación de la conducta en estos niños obedecía a que se producía una “falta de control inhibitorio de corteza cerebral sobre los centros subcorticales de la conducta”.³²⁴ Con los estimulantes (medicamentos que generan sensación de bienestar, disminución de la fatiga y la depresión, aumento del apetito, a veces también producen cambios en el estado de ánimo) se observó el llamado “efecto paradójico”. Con las anfetaminas, que pertenecen al grupo de los estimulantes que “aumentan la iniciativa, el tono afectivo, el juicio, la síntesis y la capacidad de concentración”,³²⁵ se notó una reducción de la hiperactividad y la desatención. No tiene una fecha exacta el descubrimiento de este efecto, pero ya desde la década de 1930 comenzó a reconocerse. Los efectos estimulantes de las anfetaminas parecían calmar a los niños y mejorar su concentración. Para las décadas de la segunda mitad de siglo, y a medida que

³²³ NARES RODRÍGUEZ, “Las psicodrogas en pediatría”, p. 10.

³²⁴ NARES RODRÍGUEZ, “Las psicodrogas en pediatría”, p. 10.

³²⁵ NARES RODRÍGUEZ, “Las psicodrogas en pediatría”, p. 18.

avanzaron más las investigaciones sobre los neurotransmisores y que sus funciones pudieron entenderse mejor con los avances tecnológicos, se realizaron estudios a fin de conocer los mecanismos que explicaran esa utilidad paradójica, hasta que se descubrió que estos fármacos actúan sobre la dopamina y la norepinefrina. Así, estos neurotransmisores mejoran el control de la atención y de la impulsividad. Pero volvamos a los psiquiatras mexicanos, que también debatieron sobre la acción paradójica de los estimulantes en los niños hiperactivos con DCMi. Al respecto señalan:

En muchos de estos casos, las anfetaminas, el metilfenidato, la cafeína, la premolina y otros productos, producen la franca disminución de la actividad física, una dilatación de los periodos de atención, la mejoría en las actividades visomotoras, la disminución de la irritabilidad y otros cambios plenamente comprobados en estudios de la mayor confiabilidad. Esto, por supuesto, no significa la curación de la disfunción cerebral, pero facilita enormemente las acciones del profesor especializado, mejora las relaciones interpersonales del niño y facilita la aceptación de los demás en virtud de la disminución de la agresividad cuando la hay.³²⁶

Hacia 1970, los psiquiatras mexicanos reconocían que el efecto paradójico no se encontraba aun claramente explicado y que resultaba de gran interés –desde el punto de vista clínico– su investigación.³²⁷ Una hipótesis que planteaban para explicar la acción de las anfetaminas en el control de “la conducta del niño con daño cerebral, [era que] su administración estimule la corteza, aumentando su control inhibitorio sobre las estructuras subcorticales y moderando la hiperquinesis”.³²⁸

³²⁶ VELASCO FERNÁNDEZ, “La psicofarmacología en niños y adolescentes”, pp. 133-134.

³²⁷ CERVANTES LEÓN *et al.*, “Neuropaidopsiquiatría y neuropsicofarmacología”, pp. 50.

³²⁸ NARES RODRÍGUEZ, “Las psicodrogas en pediatría”, p. 18. La hipótesis que planteaban contiene elementos de verdad. Que las anfetaminas estimulan el SNC y afectan las estructuras subcorticales ya era conocido en 1969, aunque con precisión los mecanismos no se comprendían. El conocimiento de la acción de la dopamina y la norepinefrina estaba en construcción.

Hicimos antes notar que, si bien existía una amplia gama de medicamentos, a muchos se les reconocían como coadyuvantes en el tratamiento de la hiperactividad, la desatención y la impulsividad, y solamente a tres se les atribuía una comprobada eficiencia: la benzedrina, la dexedrina y el metilfenidato (Ritalin). Para el tratamiento de niños hiperactivos, perseverantes (repetición persistente de conductas) y de comportamientos impulsivos –ya fuera que estuvieran asociadas a un deterioro intelectual o no–, era utilizada la dextroanfetamina (Dexedrina). Se recomendaba iniciar el tratamiento con dosis pequeñas, dado que los efectos tranquilizantes solían ser muy intensos y podía presentarse una agudización de los síntomas, lo que hacía que las madres decidieran abandonar el tratamiento. Del mismo modo, llegaba a disminuir el apetito y con ello una pérdida de peso, aunque se encontraba que el efecto era pasajero.³²⁹

También sobre los efectos en el crecimiento del niño, Velasco Fernández apuntaba que algunas investigaciones “parecen demostrar que las anfetaminas, cuando se administran por un tiempo prolongado y a dosis importantes, pueden obstaculizar el desarrollo somático del niño”.³³⁰ ¿Qué hacer entonces ante los riesgos que supone el uso crónico de anfetaminas? Unos consideraban fundamental que se atendieran los pormenores del crecimiento del niño, que se canalizara al pediatra en caso de que se observara una detención o una anormalidad en su desarrollo.³³¹ Otros, como Jorge Saravia, ante el hecho de que no se contaba con otra alternativa terapéutica, se pregunta: “¿queremos un enano bien adaptado o un gigante loco?”.³³² Frente a los efectos colaterales de las psicodrogas, un argumento más era que la psicoterapia también podía tener riesgos, “incrementar la angustia y aun producir sentimientos de futilidad y desesperanza”.³³³

³²⁹ Como dato adicional, podemos señalar que también se reportaba un efecto benéfico de la dexedrina en niños autistas. CERVANTES LEÓN *et al.*, “Neuropaidopsiquiatría y neuropsicofarmacología”, p. 50.

³³⁰ VELASCO FERNÁNDEZ, “La psicofarmacología en niños y adolescentes”, p. 137.

³³¹ VÁSQUEZ CASANOVA, “Psicofarmacología en niños y adolescentes”, p. 165.

³³² SARA VIA, “Psicofarmacología en niños y adolescentes”, p. 146.

³³³ VELASCO FERNÁNDEZ, “La psicofarmacología en niños y adolescentes”, p. 135.

Nos hemos referido antes a la importancia paulatina que cobró el metilfenidato (Ritalín) durante la segunda mitad del siglo pasado. Lanzado al mercado en 1954, diez años después de haber sido sintetizado; se indicaba para fatiga crónica, psicosis asociadas con depresión, pero también comienza a popularizarse por su efectividad para aumentar las capacidades cognitivas (atención, memoria, etc.). En 1961 se autoriza en Estados Unidos para ser recetado a niños. La década de los setenta marca el crecimiento en su prescripción, pero lejos están todavía los años en que se convertirá en el fármaco de primera elección y se masificará su uso. En el periodo que hemos decidido para nuestro análisis todavía no adquiría la centralidad que irá cobrando en los años subsecuentes. Lo relevante es que, para estas fechas, claramente hay ya todo un arsenal terapéutico para inhibir los impulsos y disminuir la hiperquinesia, la agresividad y mejorar la atención. Es de resaltar que en México, Ritalín ya estaba incluido en 1979 en el cuadro básico de medicamentos del sector público de salud, pese a que no estaba dentro de los medicamentos esenciales sugeridos por la OMS.³³⁴

En síntesis, hemos visto que existían y se usaban diferentes fármacos para tratar los trastornos de conducta, la hiperactividad y la desatención. Ritalín era uno más. Entre 1967 y 1976, ni siquiera parece tener una preeminencia. A qué se debe ello, ¿faltaba investigar aún más sus efectos? ¿el metilfenidato había logrado eliminar los efectos adversos de las anfetaminas y su estigmatización? ¿consiguió importantes efectos sobre la desatención –que antes no era considerada el síntoma más urgente de atender–, pero abrió la puerta a tratar este síntoma que dos décadas después se convirtió prácticamente en una epidemia entre niños y adolescentes? ¿Respondió Ritalín a la creciente demanda de una mayor atención y concentración en las escuelas?

³³⁴ BRUDON, *¿Medicamentos para todos en el año 2000?*, p. 147. La comprensión del crecimiento en el número de casos diagnosticados con TDAH en el país requiere de un estudio detallado sobre la tendencia global que siguió México con la introducción masiva de Ritalin.

Sobre fármacos y culpas

Como vimos en el capítulo anterior, los síntomas de la DCMi generaban una verdadera alteración en los pacientes, en la escuela y en su familia. Los padres solían reaccionar de modo fatalista y con desconcierto, lo que derivaba en una agudización de la conducta de sus hijos. Mostraban un “exceso de preocupación con sentimiento de culpa”, lo que no pocas veces generaba una dinámica familiar caótica y descontrolada.³³⁵ En 1967, el psiquiatra Daniel Nares señala: “No siempre se logra que los padres acepten plenamente que la desobediencia y el impulsivismo de su hijo son manifestaciones de una estructura dañada. Desean que el niño los obedezca y acepte razonablemente sus actitudes. En otras palabras, exigen comprensión a un pequeño cuyo daño estructural cerebral lo imposibilita para ello”.³³⁶

Los psiquiatras mexicanos insistirán en que la explicación biologicista de las alteraciones del sistema nervioso representaba un aligeramiento de las culpas de los padres de estos niños, al contrario de las posturas psicogénicas en las que las represiones, la crianza inadecuada, las hostilidades parentales, los rechazos o las frustraciones explicaban los patrones de conducta.

Con el creciente número de psicofármacos la mirada de y hacia la psiquiatría se modificó radicalmente. La reducción del umbral de lo considerado patológico, la atribución a una “bioquímica cerebral defectuosa” de las conductas que transgredían los linderos de lo socialmente aceptado, la apuesta de la industria farmacéutica por ampliar sus horizontes comerciales, y el también creciente “reduccionismo biológico”, tuvieron un efecto en los padres y familiares de los pacientes:

Mientras las teorías de los psicoanalistas culpaban a las patologías de la vida familiar, y especialmente a los daños causados por la “madre nevera”, las explicaciones biológicas de la

³³⁵ URDAPILLETA, Darío, “Aspectos psicológicos del Daño Cerebral Mínimo”, pp. 15-16.

³³⁶ NARES RODRÍGUEZ, “El tratamiento del niño con daño cerebral mínimo”, p. 25.

enfermedad mental recalcan que [se trataba de] una enfermedad como cualquier otra. Si los desequilibrios bioquímicos y los defectos de los neurotransmisores eran el origen del problema, entonces las familias quedaban libres de toda culpa o responsabilidad. Y si la biología era la causa [...], entonces sin duda los fármacos, y no la terapia hablada con un psicoanalista, eran la respuesta adecuada, dado que la química podía alterar el entorno fisiológico interno. Con su entusiasmo por esta interpretación biológica, los familiares se convirtieron en los mejores candidatos para promocionar el nuevo somaticismo.³³⁷

En el mismo tenor, Darío Urdapilleta señalaba que el medicamento podía funcionar como “un elemento de desplazamiento de los mismos problemas familiares”,³³⁸ e incidir en la disminución del “sentimiento de culpa e impotencia” del niño con DCMi.³³⁹ A la culpa, la negación o el desasosiego de los padres se sumaba también un sentimiento de culpa e impotencia en el niño por su propio comportamiento. El menor podía percibirse como un alumno fracasado, inseguro e incapaz de autorregularse. Así, el diagnóstico (dado en términos de alteración leve del SNC) y el tratamiento farmacológico aportaban otra mirada al desasosiego moral tan presente en la culpa de padres y pacientes.

¿Abusos en la prescripción? Medica: ¿exigencia de quién?

Alfonso Escamilla Berrones, psiquiatra infantil adscrito a la Coordinación Nacional de Psiquiatría y Salud Mental del ISSSTE, sostenía en 1976, que los padres de niños con problemas de conducta frecuentemente buscan ayuda psiquiátrica desde una fantasía cercana a la magia, en la que el “médico es visto aquí como el heredero del chamán, del brujo. Se espera que el psiquiatra sea un maravilloso genio que les dé la pastilla mágica que curará a su niño y hará volver la calma a su

³³⁷ SCULL, *La locura*, pp. 172-173.

³³⁸ URDAPILLET A BUENO, “La psicodinamia en el manejo de los fármacos”, p. 158.

³³⁹ URDAPILLET A, “Aspectos psicológicos del “Daño Cerebral Mínimo”, p. 16.

hogar”. El también miembro fundador de la AMPI, llama la atención sobre esa posición de influencia, autoridad y reputación que se le asigna tanto al psiquiatra como al mago. Consideraba fundamental entender y utilizar ese lugar de confianza para establecer una “buena relación” y favorecer el efecto que puede tener un medicamento o un placebo. “El niño, según el trato que le dé el médico, aceptará o no el medicamento”, que incluso podría ser un placebo que tendría efectos sobre determinados síntomas; contrariamente, con un gesto se puede “destruir la confianza de un paciente para continuar con un medicamento”.³⁴⁰

Sobre los psiquiatras infantiles pesaba una demanda de “cura” proveniente, por un lado, de la institución y, por otro, de la familia, quienes confiaban plenamente en que los síntomas de sus hijos pudieran ser “curados”. Partían también de todo un imaginario médico sobre la enfermedad y los tratamientos. A fin de cuentas, una pastilla ofrecía más certeza que la terapia psicológica. Respecto a la perspectiva de los padres hacia los medicamentos, Velasco Fernández apuntaba en 1976: “Desafortunadamente, muchos adultos los utilizan consciente o inconscientemente con el interés de controlar la conducta del niño a su conveniencia, o con propósitos sadísticos, otros más desearían ver que la medicación produjese ‘curas’ a corto plazo, sin poner nada de su parte para mejorar los aspectos negativos de la relación con el niño”.³⁴¹

Por otro lado, Alfonso Escamilla Berrones y Darío Urdapilleta señalaban que se podía establecer una correlación entre el autoritarismo del médico y la prescripción de fármacos: cuanto más autoritario el psiquiatra, más inclinado parecía estar a prescribir fármacos. Subraya Urdapilleta que “una gran serie de medidas llamadas terapéuticas no tienen otro objeto que aumentar la impresión de autoridad del médico sobre el paciente”.³⁴² Qué mayor muestra de

³⁴⁰ ESCAMILLA, “La psicodinamia en el manejo de los psicofármacos”, pp. 150-151

³⁴¹ VELASCO FERNÁNDEZ, “La psicofarmacología en niños”, p. 136.

³⁴² URDAPILLET, “La psicodinamia en el manejo de los fármacos”, pp. 158-159.

autoridad que la de poseer el ojo clínico para establecer un diagnóstico, acompañado de un fármaco que promete la solución a un conjunto de síntomas que alteran todos los espacios de socialización de los niños con problemas de conducta.

Historia clínica. Una adolescente con problemas de conducta³⁴³

Pedro Castro Peñaber presenta el caso de una adolescente de 13 años con problemas de conducta, que sobre todo se muestra rebelde y agresiva con sus padres. “Inhibida, callada, aparentemente deprimida, muy angustiada, que se lleva los dedos a la boca para ‘comerse’ las uñas, y mira a su madre algo temerosa”. Una de las particularidades de esta historia es que a los 7 años fue atendida por primera vez en la Clínica de la Conducta “por anomalías en el lenguaje, inquietud, ser distraída, desobediente, falta de atención y dificultad para concentrarse”, lo que mermaba considerablemente su desempeño escolar. El autor la describe, a partir de los estudios psicológicos, como “una adolescente de inteligencia subnormal”. Hay varios aspectos que resaltar en esta viñeta, uno de ellos es que la adolescente es admitida en la Clínica por primera vez en 1964, recibiendo tratamiento psicológico y médico hasta 1967. A partir de aquí y hasta 1969, cuando sus padres regresan a solicitar atención nuevamente, solo la habían tratado con medicamentos. Una vez analizado el caso, realizada la evaluación psicodinámica de la familia, el psicodiagnóstico, practicado un electroencefalograma y otros estudios, Cervantes señala que la paciente, ha recibido como tratamiento: “medicación, orientación pedagógica, familiar y en su medio escolar, [por lo que considera que] su tratamiento ha sido integral”.

³⁴³ La historia clínica es presentada por Pedro Castro, paidopsiquiatra del Departamento de Higiene Mental y Psiquiatría del Hospital Infantil de México y voluntario en la Clínica de la Conducta. Todos los entrecomillados que se incluyen en la presentación y análisis del caso pertenecen al autor. CASTRO PEÑABER, “Historia clínica de una adolescente con problemas de conducta”, pp. 49-53.

Pero cabe preguntarnos cómo percibía y describía la adolescente su propia conducta. Aquí hay un aspecto interesante asociado también al lugar central del tratamiento farmacológico recibido durante años: “En ocasiones menciona que se siente enferma y pide ayuda para que la curen”. La historia nos permite ver que la administración de medicamentos, en algunos casos, podía mantenerse por varios años, y que lo que denomina o engloba el autor como problemas de conducta —y así lo reconocen padre y madre— resulta conveniente tratarlo con fármacos. Por otro lado, el caso trasluce una serie de elementos ligados a los roles de género dentro de la familia, que en este caso se ven trastocados según los parámetros de la época, y que en buena medida sirven de explicación de la conducta de la adolescente: “Las relaciones con su madre son bastante lejanas, tal parece que no existe buena comunicación entre ambas; sin embargo manifiesta gran dependencia de dicha figura, no siendo así la figura masculina que siente en forma débil, devaluada y manipulada por la femenina. Ignora totalmente a la figura paterna, ni siquiera la menciona, tal parece que es muy lejana”. Contrasta lo antes señalado con la aparente pasividad del padre, pues en otros momentos se afirma que éste se niega a asistir a las sesiones, pues piensa que el comportamiento de su hija “se puede corregir a base de castigos físicos”. En otra parte de la narración, se apunta que tras la rebeldía y agresividad de la adolescente hacia sus padres, el papá la golpeó fuertemente hasta hacerle sangrar por la nariz. Es importante recalcar que los castigos físicos no eran cuestionados como prácticas violentas, solamente ejemplificaban la gravedad del caso y, por lo tanto, servían para justificar la necesidad de un tratamiento psicológico, pedagógico y sobre todo farmacológico.

Consideraciones finales

Para señalar algunas conclusiones sobre este capítulo, conviene retomar las preguntas planteadas por Peter Conrad y situarlas en nuestro contexto: ¿por qué se volvió tan popular el diagnóstico de

la DCMi y el tratamiento de la hiperquinesis durante los sesenta y setenta? ¿por qué, “de repente”, “aparecen” tantos niños con estos patrones de conducta: exceso de actividad motora, con periodos cortos de atención, inquietud, impulsivos, con baja tolerancia a la frustración y escaso cumplimiento de reglas? Para Conrad, la comprensión del proceso de medicalización de estas conductas pasa por el análisis de factores clínicos y sociales.³⁴⁴ Entre los primeros se cuenta la importancia de la definición de la “Disfunción Cerebral Mínima” (DCMi), el “trastorno del impulso hiperquinético” o etiquetas diagnósticas similares. Hemos visto en el capítulo anterior la relevancia que tuvo el diagnóstico de DCMi para los psiquiatras infantiles en México, siendo una etiqueta tan amplia que incluía un cúmulo de conductas –antes no patologizadas y no tratadas por el campo médico– que fueron ubicadas dentro de las coordenadas del desarrollo infantil anormal. Hemos dicho que la primera monografía de la AMPI (su primer libro colectivo), al igual que diferentes artículos y discusiones entre sus miembros, giraron justamente sobre el desarrollo normal. Buscaban distinguir su contraparte y delimitar así su propio campo de acción. Los paidopsiquiatras mexicanos obtuvieron así la legitimidad que buscaban y dieron respuesta a una demanda por distinguir entre lo normal y lo anormal del comportamiento infantil.

La explicación de la hiperactividad, la desatención y la impulsividad –y su tratamiento– desde planteamientos psicopatológicos, parecieron insuficientes frente al “eficiente” control de síntomas que ofrecieron los fármacos. Esta terapéutica sustituyó o se imbricó con la ya existente. La jurisdicción de la psiquiatría infantil, aunada a que el Estado, la sociedad, las asociaciones médicas, etc., legitimaron a estos especialistas como garantes de conocimientos y hábiles en el

³⁴⁴ CONRAD, “The discovery of Hyperkinesis”; CONRAD, *Identifying hyperactive children*; CONRAD, “Medicalization and social control”; CONRAD, *The medicalization of society*; CONRAD y SCHNEIDER, *Deviance and Medicalization*; CONRAD y POTTER, “From hyperactive children”.

manejo de técnicas diagnósticas sobre los comportamientos infantiles inadecuados que cada vez más eran identificados en las escuelas.³⁴⁵

Aunque posiblemente los psiquiatras mexicanos llegaron a sentirse rebasados por la cantidad de casos y porque los servicios en las instituciones públicas de salud no tenían las condiciones para realizar un abordaje multidisciplinario, no por ello veían en el tratamiento psicológico una opción que pudiera sustituir su trabajo. En relación con el tratamiento psiquiátrico y a la prescripción de psicofármacos, Velasco Fernández recomendaba que —dado que en la mayoría de los casos no existían condiciones para un trabajo colectivo entre profesionales— pediatras y neurólogos debían adquirir los conocimientos en el manejo de fármacos. Además de “las técnicas de manejo de los problemas emocionales de los niños y jóvenes [...], y que sean capaces de suministrar consejos psicológicos a los familiares”.³⁴⁶ Es decir, podían ceder parte de su campo de acción, pero no a psicólogos, si a otros especialistas afines y que no contradecían su práctica.

Entre los elementos sociales que explican la emergencia de niños con hiperactividad y el afianzamiento de la perspectiva farmacológica para tratarlos, se encuentra la promoción y la publicidad de la industria farmacéutica dirigida a médicos y al sector educativo. Es complicado determinar el nivel de su incidencia, ello requiere un análisis exhaustivo. Sabemos que solía proveer de los medicamentos y los medios para llevar a cabo estudios en las instituciones estatales

³⁴⁵ Afianzaba también la legitimidad de los psiquiatras su pertenencia o vínculo con redes de investigación de carácter internacional. Un ejemplo de ello es la publicación de los resúmenes de estudios relacionados con psicodrogas —que habían aparecido en la RCC—, en revistas estadounidenses especializadas en psicofarmacología. Véase como ejemplo la referencia a la aparición en: NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, *Psychopharmacology Abstracts*, p. 537.

³⁴⁶ VELASCO FERNÁNDEZ, “La psicofarmacología en niños y adolescentes”, p. 140.

de salud que pudieran favorecerse de los beneficios de sus productos.³⁴⁷ El punto es que las empresas que patrocinaban buscaban que se probaran y prescribieran sus medicamentos, pero además pretendían ampliar las posibilidades terapéuticas de algunos compuestos. La IF, con su mercadotecnia, participó en la construcción de consumidores-usuarios, con prácticas como el patrocinio de investigaciones. Reforzaban la necesidad del uso de los medicamentos que promovían, mediante la asignación de recursos a encuentros académicos, dando su opinión en medios de comunicación, con subvención a publicaciones y otras estrategias.

La temporalidad elegida en este capítulo representa la construcción de un peldaño, del basamento que nos permite comprender la denominada “americanización de la psiquiatría global” y el encubrimiento del *Big Pharma*.³⁴⁸ Las estrategias publicitarias de la IF reforzaron las creencias sobre los trastornos y los medicamentos, en ocasiones atribuyendo beneficios por encima de su efectividad real.

Junto con la IF y su mercadotecnia, otros actores (aunque no lo supieran) participaron también en la popularización de los fármacos. En algunas investigaciones, los niños que eran reportados por las escuelas con buen desempeño académico, eran utilizados como grupo control para probar la efectividad de algún fármaco.³⁴⁹ En otros casos, el equipo de investigación se trasladaba a un jardín de niños con el objetivo de hacer una valoración puntual del efecto del medicamento. Al respecto, los psiquiatras resaltaban la excelente colaboración de padres de familia y de las educadoras.³⁵⁰ La participación de los maestros tuvo un lugar destacado en la

³⁴⁷ Las referencias al apoyo por parte de diferentes laboratorios a investigaciones sobre fármacos en la Clínica de la Conducta son constantes, el apoyo mismo a la publicación de la revista es otra evidencia más. Como ejemplo, véase: VELASCO FERNÁNDEZ, “Estudio piloto con RO 5-4556 en los trastornos de conducta”, p. 22.

³⁴⁸ SCULL, *La locura*, p. 151.

³⁴⁹ GONZÁLEZ *et al.*, “Activación electroencefalográfica con clorpromazina”, pp. 26-27.

³⁵⁰ CASTRO GUEVARA, Estudio triple ciego biclizina vs ciproheptadina vs placebo, p. 34..

difusión de la DCMi y más tarde del TDAH. Ejemplos concretos del vínculo de los médicos con los docentes en relación con la detección de alumnos con DCMi, los encontramos en algunas investigaciones llevadas a cabo desde 1973 por la SEP. En marzo de ese año se establecieron los procedimientos para, en tres internados de la capital del país, identificar alumnos que padecieran daño cerebral mínimo, especificándose que generalmente se trataban de niños somnolientos, distraídos, con inestabilidad emocional, cuya lesión se había producido desde el alumbramiento o desde los primeros años de vida, pudiendo ser la causa de la deserción escolar y del alto índice de reprobación en los inicios de la educación primaria. La investigación, planeada para nueve semanas, proyectó la realización de estudios psiquiátricos a cerca de mil doscientos alumnos, participaron en ella el Dr. Andrés Olmos Sánchez, titular de la Dirección General de Higiene Escolar, la profesora Ana Beatriz Rincón, jefa del departamento Técnico Pedagógico de la Dirección de Educación Fundamental, psicólogos y médicos de esta dirección, así como representantes de una empresa farmacéutica.³⁵¹ En Guadalajara, un programa similar de detección se llevó a cabo entre noviembre y diciembre del mismo año. En este caso se instó a los maestros a que observaran cuidadosamente a sus alumnos y se comunicaran con el Departamento de Rehabilitación Neurológica y Mental de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado, en caso de que notaran en los niños síntomas de daño cerebral tales como: distracción, rebeldía, retraso mental, trastornos del aprendizaje, crisis convulsivas, inquietud, falta de atención, intranquilidad, distracción, impulsividad, falta de coordinación, crisis epilépticas, etc.³⁵² La campaña de detección en esta ciudad se extendió posteriormente a alumnos de preescolar, pudiendo identificarse que de cuatro mil ochocientos casos estudiados —a los que se practicaron electroencefalogramas y radiografías de cráneo, así como la aplicación de una batería de tests—

³⁵¹ “Detectarán alumnos con Daño Cerebral Mínimo”.

³⁵² “Detectarán las Lesiones Cerebrales de los niños”.

4.8 por ciento presentaban lesión cerebral mínima. En 1976 se planeó la detección en lactantes con lesiones leves, moderadas o severas en guarderías, lo anterior considerando que quienes podían darse cuenta primeramente de algún problema cerebral eran las madres de familia.³⁵³ En años posteriores, continuó la insistencia de que los psiquiatras, trabajadores del sector salud, maestros, madres y padres realizaran una identificación temprana de síntomas y de que se siguiera investigando sin escatimar esfuerzos, llevándose a cabo campañas en las comunidades y brindándose orientación a madres de familia sobre la conducta de sus hijos.³⁵⁴

Conrad y Schneider documentan que, en 1967, en Estados Unidos, no se habían publicado artículos en periódicos o en revistas especializadas en educación sobre la hiperquinesia. En los dos siguientes años aparecen 8 textos de difusión masiva. Para 1970 se registran 116 artículos; en su mayoría muestran la hiperactividad como un problema médico.³⁵⁵ Considerando que es en las escuelas donde comienzan a visibilizarse los síntomas, el papel de los maestros como engranaje de la ruta que suele tomar el diagnóstico resultaba fundamental.

Los medios de comunicación formaron parte también del nuevo giro que tomaban las políticas en salud mental y el viraje que experimentaba la psiquiatría hacia la centralidad de terapéuticas farmacológicas. Difundieron los beneficios de los fármacos, participaron en la creación de necesidades de atención psiquiátrica especializada y remarcaron lo nocivo de los síntomas vinculados con los problemas de conducta para los que ya existían medicamentos que podían ser suministrados. Podemos señalar también el valor de los enunciados sobre la hiperactividad, la desatención y la impulsividad, puestos a circular por los medios de

³⁵³ “Orientación a madres sobre la conducta de sus hijos”; “”Dos de cada cien niños tienen disfunción cerebral”; “Se detectarán lesiones cerebrales en lactantes”.

³⁵⁴ “25% de los niños sufre de disfunción cerebral”;

³⁵⁵ CONRAD y SCHNEIDER, *Deviance and medicalization*, p. 157.

comunicación, las entrevistas a psiquiatras para el armado de sus notas o la publicación de artículos informativos sobre campañas de detección temprana de la DCMi y más tarde del TDAH.³⁵⁶

No puede dejar de mencionarse el papel que han jugado los gobiernos y sus políticas de salud relacionadas con el uso de psicofármacos. Desde la década de los setenta, el gobierno estadounidense impulsa con mayor intensidad los estudios para determinar la situación de la prescripción de medicamentos utilizados para tratar la hiperactividad y la desatención, mejorar la conducta y potenciar el aprendizaje infantil. Hacia estas fechas da su aprobación para que sean administrados, señalando que serán médicos especializados los encargados del diagnóstico, dado que en un primer momento médicos generales, padres y maestros eran los que frecuentemente lo realizaban. El gobierno de Estados Unidos jugó un rol destacado con una serie de políticas que promovían el tratamiento de la DCMi con Ritalin, además de impulsar la investigación, los informes y la promoción para que fuera conocido el trastorno y su tratamiento.³⁵⁷ En México, con menor fuerza, pero en la misma tendencia, en 1979 Ritalin ya formaba parte del cuadro básico de medicamentos de la sanidad pública, pese a que los organismos internacionales no lo reconocían como medicamento esencial.³⁵⁸

En definitiva, es el conjunto de factores entrelazados lo que explica el afianzamiento del vínculo entre la hiperactividad, la desatención y su tratamiento médico farmacológico. La revolución farmacéutica, las transformaciones en la clínica psiquiátrica, el reforzamiento y la

³⁵⁶ Pese a que muchas de sus aseveraciones carecían de sustento científico, habría que poner atención al modo en que dichas aseveraciones penetraron socialmente y favorecieron la aceptación de los fármacos. Un estudio detallado al respecto daría cuenta de la participación de la prensa (y de las redes sociales más recientemente) en los procesos de difusión de las prácticas psiquiátricas.

³⁵⁷ CONRAD, “The Discovery of Hyperkinesis”, pp. 12-17; CONRAD y SCHNEIDER, *Deviance and medicalization*, pp. 155-160.

³⁵⁸ BRUDON, *¿Medicamentos para todos en el año 2000?* p. 147. La comprensión del crecimiento en el número de casos diagnosticados con TDAH en el país, sin duda requiere de un estudio detallado sobre la tendencia global que siguió México con la introducción masiva de Ritalin.

difusión de esta perspectiva por parte de los medios de comunicación, la incidencia de los gobiernos en las políticas públicas de salud, el aval del saber universitario formando especialistas e investigando sobre su diagnóstico y tratamiento, la exigencia desde las instancias educativas para que la psiquiatría solucionara los problemas de conducta. Aunado todo a la demanda de los consumidores que ven una atractiva oferta en la terapéutica farmacológica para solventar las dificultades que los problemas de conducta en la infancia traen al funcionamiento familiar, escolar y social.

Aunque las políticas en salud mental se intensificaron en los ochenta y noventa, en nuestro periodo de estudio se sentaron las bases de los discursos y programas nacionales e internacionales vinculados con los derechos a la protección de la salud mental de los menores. Aunado a la promoción del “sano crecimiento mental”, la prevención de las enfermedades mentales, la investigación de los factores que causan alteraciones en la conducta, la labor asistencial y la detección de posibles condiciones patológicas en lactantes y preescolares. Además de la consolidación de servicios de salud mental infantil, como respuesta también a las altas tasas de natalidad y al incremento del segmento de la población conformado por niños y jóvenes.

El auge de la psicofarmacología y de una psiquiatría biológica que se estaba en estos años cimentando, crece de manera inversamente proporcional a la pérdida de hegemonía del psicoanálisis y de perspectivas más orientadas a la psicopatología en el tratamiento de los trastornos de conducta. “En cuanto a la psiquiatría, que durante un breve tiempo concibió su papel principal en escuchar a sus pacientes, [en las últimas décadas del siglo, y ahora,] al parecer prefiere escuchar al Prozac [y al Ritalín] y bailar al son de la seductora música de la industria farmacéutica”.³⁵⁹ Si bien los psiquiatras mexicanos, en la década de los sesenta y setenta, estaban

³⁵⁹ SCULL, *La locura*, p. 179.

también vinculados con instituciones psicoanalíticas, su formación médica inicial les hizo adoptar rápidamente los tratamientos químicos. Asumieron sin mayores reservas que las psicodrogas volvían “más fácil” el tratamiento de los síntomas, mientras su especialidad ganaba así el prestigio de una disciplina médica que cargaba sobre sus espaldas una historia oscura y de descrédito.

El TDAH, la depresión, la ansiedad, el estrés postraumático, la bipolaridad, etc., se convirtieron en los años noventa y en las décadas siguientes en el “resfriado de la psiquiatría” y “las farmacéuticas querían su trozo de esta succulenta tarta”. “Los problemas de la vida cotidiana se redefinieron con facilidad como enfermedades psiquiátricas, y he aquí que las píldoras ofrecían una solución. Ya en 1956, las estadísticas indicaban que un estadounidense de cada veinte tomaba tranquilizantes al menos una vez al mes”.³⁶⁰ Como dijimos, los niños en un inicio no fueron blanco de interés, pero –principalmente bajo la psiquiatrización de la hiperactividad y la desatención– no tardaron en constituirse en una población que para la IF representó jugosas ganancias.

Muchos de los descubrimientos de los efectos de medicamentos surgieron de fracasos clínicos, de resultados no esperados en las investigaciones. Si la química eliminaba síntomas o actuaba sobre ellos, la conclusión (aunque errónea) que se extrajo es que los trastornos tenían un origen biológico. Hoy sabemos que este punto de vista terminó por imponerse. En el último cuarto del siglo pasado “una mezcla de psiquiatría biológica y social [...] constituía la norma en casi todo el mundo, pero las transformaciones que se dieron en los Estados Unidos [...] acabaron con estas diferencias nacionales, y en poco tiempo llevarían a la ‘americanización’ de la psiquiatría global”.³⁶¹

³⁶⁰ SCULL, *La locura*, pp. 169-171.

³⁶¹ SCULL, Andrew, *La locura*, p. 151.

CAPITULO 5. ESE AIRE SEMÁNTICO QUE ES EL TDAH EN NUESTROS DÍAS

En este capítulo se abordan dos aspectos vinculados con el objeto de nuestra investigación. Por un lado, se analiza la perspectiva diagnóstica y el tratamiento de la “Reacción hipercinética de la infancia” y el TDAH. Se retoman aquí los consensos de expertos y las guías clínicas de dependencias de salud en México, en las que se plantearon los acuerdos sobre las directrices del abordaje clínico. Posteriormente, presentamos algunos planteamientos en torno a los debates actuales sobre el TDAH, que ponemos en perspectiva, a partir del recorrido histórico que hemos realizado. Estas reflexiones dan cuenta de la complejidad del trastorno y aluden al “aire semántico” que da título al capítulo. Con ello, hacemos referencia a la búsqueda de una supuesta “especificidad” para definir las directrices diagnósticas, que tiene como su ejemplo más acabado al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), que paradójicamente abrió la puerta a un variado cúmulo de significados, ideas, percepciones y representaciones sobre el trastorno. Consideramos que éste ya no es estricta y solamente una afección neuropsiquiátrica. La perspectiva de la psiquiatría biológica —por más que se considere objetiva, fundamentada en evidencia y consensuada estadísticamente por los expertos profesionales en el tema— resulta insuficiente para entender la popularización del TDAH en fechas recientes. Su comprensión trasciende la definición clínica y precisa del análisis de elementos sociales, culturales, políticos y económicos —que se quiera reconocer o no— atraviesan la propia definición que del trastorno se tiene desde el campo biomédico. En conjunto, las dos partes que componen este capítulo pueden ser vistas como el epílogo de la Disfunción Cerebral Mínima (DCMi).

Hiperactividad y desatención después de la DCMi

Como hemos visto en el tercer capítulo, con la DCMi se afianzó la idea de que la hiperactividad y la desatención estaban vinculadas con las funciones cerebrales y no con alteraciones psicológicas. Desde finales de los sesenta, esta etiqueta diagnóstica recibió críticas por su escasa claridad y su carácter heterogéneo.

Hemos señalado también que el paso de un diagnóstico a otro no es un proceso nítidamente ubicable temporalmente. Cuando establecemos una periodicidad o aludimos a un paradigma dominante en las clasificaciones psiquiátricas, lo hacemos con reservas, asumiendo que los diagnósticos se mezclan, son nombrados y comprendidos de modo cercano a otros que incluso han entrado en desuso o con algunos que no tienen notoriedad, pero que a la postre podrán ganar un mayor protagonismo. No hay grandes saltos ni secuencias claramente identificables. Sam Clements sostiene, por ejemplo, que la actividad motora excesiva se encontraba mencionada en la segunda mitad de la década de los sesenta como: “hiperactividad, hipercinesis, impulso orgánico, inquietud, obsesión motora, inquietud motora o nerviosismo”.³⁶²

En relación con lo señalado y al declive de la DCMi, el *DSM-II*, en su edición de 1968, incluyó el diagnóstico “Reacción hipercinética de la infancia” (RHI). Se apuntaba que ésta podía tener identificada o no una causa orgánica. Enfatizamos, estamos en el año del 68, sabemos que la DCMi todavía fue motivo de debate por varios años más. De algún modo se ejemplifica también con esto que el DSM aquí no tenía una importancia capital en la psiquiatría norteamericana y menos a nivel mundial.³⁶³ Volviendo a la RHI, su síntoma principal era la hiperactividad, aunque se incluía también la inquietud, la distracción y la escasa atención; se presentaba principalmente

³⁶² CLEMENTS, *Minimal brain dysfunction in children*, p. 11.

³⁶³ Cuando usamos las siglas DSM nos referimos de manera genérica al *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Cuando se requiere indicar una versión particular, así lo indicamos.

en niños pequeños. Si la conducta tenía como causa un daño cerebral orgánico, se podría diagnosticar como “síndrome orgánico cerebral”.³⁶⁴ Aunque se señalaba que esta conducta usualmente disminuía en la adolescencia, sabemos que uno de los debates sobre el tema fue que según fuera la perspectiva de los psiquiatras, algunos suscribían esta idea, mientras otros asumían que los síntomas podían persistir a lo largo de la vida. La RHI se inscribe dentro de la denominada “edad de oro de la hiperactividad”, que abarca de 1950 a 1970 y en la que hay un marcado interés por la corrección de esta conducta.³⁶⁵

Cinco breves líneas, 42 palabras describieron en el DSM-II la RHI, las mismas que contiene este párrafo. Medio siglo después, en el DSM-5, se utilizaron 980 palabras y en total el TDAH ocupó siete páginas y media de esta versión del Manual.

En México, la popularización del DSM-II no fue tan extendida, al contrario de lo que sucedió con sucederá con las versiones siguientes del DSM. La RHI se mencionaba poco en la práctica clínica; en todo caso, podemos decir que funcionó, junto con designaciones como “niño hiperquinético” y otras similares, como un diagnóstico bisagra entre la DCMi y el TDAH. Muestra de ello son dos libros ampliamente citados, de autores que constituyeron verdaderos referentes en la materia. Uno es *El niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral*, de Rafael Velasco, publicado en 1976, que deja ver desde el título que diferentes diagnósticos se entrelazaban (¿se confundían?) en algunos momentos. El otro libro, *Hiperquinesia*, aparecido en 1989, escrito por Víctor Uriarte,³⁶⁶ consta de trescientas páginas y presenta una amplia bibliografía sobre el tema. Este texto amerita un análisis a profundidad, pero por ahora baste decir que, al hacer un

³⁶⁴ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-II)*, p. 50.

³⁶⁵ NAVARRO GONZÁLEZ y GARCÍA VILLAMISAR, “El concepto de hiperactividad infantil”, p. 28.

³⁶⁶ Víctor Uriarte, psiquiatra mexicano con experiencia en la atención de los niños con problema de conducta, prestó sus servicios también en la Clínica de la Conducta, en los Centros psicopedagógicos de la SEP, en el Instituto Nacional de Salud Mental, del DIF, y en el Centro Neuropsicopedagógico A.C.

rastreo del concepto de hiperactividad, salta de las menciones a la DCMi a citar el DSM-III (1980); es decir, la RHI no figura en su disertación, no creemos que por descuido, sino porque este diagnóstico pasó prácticamente desapercibido entre los psiquiatras infantiles mexicanos, al igual que el DSM-II.³⁶⁷

En un balance sobre el trabajo realizado en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, a 50 años de su creación, se reporta que en 1976 se atendieron en consulta externa 61 casos de “Síndrome Hipercinético de la Infancia”. En las décadas subsecuentes, los trastornos hiperquinéticos se incrementarán considerablemente. La institución atendió 273 casos en 1986, 277 en 1996 y en el 2006 un total de 1155. Habría que hacer una precisión sobre la cifra de 1976. En ese momento, los trastornos, como se ha señalado, no se encontraban todavía tan sistematizados, tan esquemáticamente descritos como lo estarán a partir del DSM-III (1980). Como observa Márquez Caraveo y colaboradores: “los trastornos hipercinéticos tenían una baja prevalencia ya que era común el término de ‘disfunción cerebral mínima’ para incluir una gama heterogénea de trastornos que abarcaba desde trastorno por déficit de atención hasta la enuresis”.³⁶⁸

Otra fuente que constata la escasa penetración que tuvo la RHI en México, está conformada por los trabajos de titulación. Entre 1973 y 1993 encontramos 14 tesis en la UNAM sobre “el niño con disfunción cerebral mínima”, entre 1983 y 1998, 19 tesis sobre “el niño hiperquinético” o “el niño hiperactivo”; pero ninguna hace referencia a la Reacción hipercinética de la infancia. Un dato más: la primera tesis que localizamos, también de la UNAM, que incluye la designación Trastorno por Déficit de Atención es de 1986, y a partir de esta fecha y hasta 2024 contabilizamos 482 trabajos.³⁶⁹ De lo anterior se desprenden diferentes interpretaciones. Por un lado, como habíamos

³⁶⁷ VELASCO FERNÁNDEZ, *El niño hiperquinético*; URIARTE, *Hiperquinesia*, México.

³⁶⁸ MÁRQUEZ CARAVEO *et al*, “Hospital Psiquiátrico Infantil”, p. 479.

³⁶⁹ Preparamos un trabajo que analiza a detalle la historia reciente del TDAH en México a partir de la revisión de tesis publicadas en la UNAM y en la Universidad Pedagógica Nacional.

señalado en párrafos anteriores, vemos que aun cuando pueda existir, en una clasificación como el DSM, una designación diagnóstica que deje atrás a otra, los usos, las concepciones sobre un trastorno y los tratamientos tienden a confundirse, a usarse indiscriminadamente, incluso —no pocas veces— de manera anacrónica. Por otra parte, el crecimiento en el interés por la hiperactividad y la atención muestra también el lugar central que el TDAH ocupó como un diagnóstico que interpela a la escuela, a madres y padres, que mostraba los signos de una época en la que cambiaban las tensiones alrededor de la disciplina escolar, los sistemas de enseñanza y la crianza. El incremento en décadas recientes de investigaciones y propuestas de intervención —ejemplificado con el vuelco hacia el TDAH— evidencia la globalización del trastorno. Agregaríamos que estas tesis no solamente son realizadas desde la psiquiatría: la cuestión cobró especial interés para la psicología y la pedagogía, pero la mayor parte de las veces, asumiéndose el trabajo en estos campos a partir de la mirada neuropsiquiátrica, es decir, no poniéndola en cuestionamiento, sino trabajando y proponiendo estrategias de intervención coadyuvantes a los tratamientos farmacológicos.

Así, puede decirse que la RHI representó un interregno entre la DCMi y el TDAH, y si bien, en sentido estricto la etiqueta diagnóstica fue poco utilizada, la idea que planteaba se hizo evidente en designaciones como "síndrome hiperquinético", "hiperactividad", "niño hiperactivo", "hiperquinesis". Con el agregado de que, paulatinamente, sus síntomas fueron entendidos ya no como causa de una lesión o disfunción cerebral, pero tampoco en el espacio de los "niños inquietos", de los "niños incapaces de aprender" o del "retraso infantil". El pasaje, sutil si se quiere se movió en la línea de un neurodesarrollo fallido o alterado, lo cual reforzó la interpretación de este trastorno como un daño cerebral.

Nudos entre DSM y TDAH

Es necesario observar que el fenómeno de la expansión del diagnóstico y su tratamiento mediante fármacos responde a la lógica del mercado que se deriva del neoliberalismo. Este sistema precarizó la salud mental al implementar una serie de medidas y políticas destinadas, sobre todo, a ensalzar la productividad individual. El rendimiento personal medido en términos meramente económicos, las terribles condiciones laborales que padecen la mayoría de los trabajadores, la reducción paulatina de los apoyos sociales y la mercantilización de la salud son, entre muchos otros factores, causantes de sufrimiento emocional y psíquico. Por otro lado, es el mercado quien ofrece la solución a dicho sufrimiento, creando así una espiral de consumo que redunde en su propio beneficio. Produce factores de riesgo y merma la salud mental, a la vez que fortalece a la industria farmacéutica como la primera encargada de combatir los efectos que dichos factores provocan.

El “crecimiento personal”, la funcionalidad, vistos a la luz de la mercantilización de las relaciones sociales, refuerzan la narrativa de que los problemas de salud mental tienen una etiología individual y orgánica. Es común que los psiquiatras obvien las causas socioeconómicas como factores relevantes a la hora de emitir un diagnóstico. Si los problemas son individuales, su tratamiento también lo es, por lo que suele privilegiarse la atención mediante medicamentos frente a otras intervenciones. De esta manera, los problemas se descontextualizan y se tratan de manera personal, aun cuando los factores sociales juegan un papel importante en su génesis. Es la lógica que sigue el DSM, por ejemplo, que centra las categorías diagnósticas en un conjunto de síntomas individuales. Una vez hecho el diagnóstico, queda por encontrar la solución más expedita, que suele ser un fármaco. De esta manera se establece una forma de intervención que busca aminorar aquellos síntomas que no permiten la adaptación de los pacientes, en lugar de abordar las causas de orden estructural de sus malestares.

No es difícil deducir que los niños quedaron atrapados también en esta espiral. La infancia se volvió un segmento poblacional atractivo para el mercado; ya no son futuros consumidores, sino que se encuentran desde pequeños sometidos al impacto de un sistema de valores sociales, políticos y económicos. La patologización de la infancia —alimentada por la industria farmacéutica— sigue la misma lógica de soluciones individualizadas y rápidas descrita en los párrafos anteriores. El psiquiatra británico Sami Timimi se ha referido a este fenómeno como la “McDonaldización” de la salud mental infantil,³⁷⁰ que se refiere a un crecimiento desbordado de diagnósticos psiquiátricos infantiles con una deriva hacia intervenciones farmacológicas. Una práctica en la que aquellos trastornos que no permiten a los niños ser funcionales, deberán ser detectados, clasificados y atendidos dentro de los parámetros del neoliberalismo. Como señala Juan Carlos Volnovich, “las políticas para la infancia en nada son ajenas a los determinantes económicos e ideológicos que tienen en la psiquiatría su brazo ejecutor”.³⁷¹

Hemos detallado en el primer capítulo y mostrado en la Tabla 2, los cambios que se van dando en relación al TDAH a partir del DSM-III (1980) y hasta la quinta versión del Manual clasificatorio de la *American Psychiatric Association* (APA), en 2012. Las dos primeras versiones del DSM (1952 y 1968) recogieron la información estadística de los trastornos mentales identificados. Predominantemente se apoyaban en la postura psicobiológica de Alfred Meyer (1866-1950), que enfatizaba el análisis de los trastornos a partir de comprender, de manera integrada, los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, a lo largo de la vida del paciente.³⁷² Esta postura teórica, que explicaba así las causas de las enfermedades mentales, estaba también fuertemente influenciadas por el psicoanálisis.

³⁷⁰ TIMIMI, “The McDonaldization of Childhood”, pp. 686-706.

³⁷¹ VOLNOVICH, “Salud mental y políticas de la infancia”, p. 15.

³⁷² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-IV-TR*, p. XXIII.

En la siguiente tabla notamos el incremento de las descripciones diagnósticas a partir del DSM-III, momento en que según Scull, el “número de enfermedades psiquiátricas entró en metástasis”.³⁷³

Versión	Año de publicación	Nº de diagnósticos	Nº de páginas
DSM-I	1952	105	130
DSM-II	1968	182	134
DSM-III	1980	265	494
DSM-IV	1994	382	886
DSM-IV-R	2000	396	934

Tabla 6. Datos sobre el número de diagnósticos aparecidos en diferentes versiones del DSM.³⁷⁴

Con el DSM-III y las versiones subsecuentes, la orientación en la salud mental reforzó su viraje hacia un enfoque biomédico, hacia una biopsiquiatría que no abandonaba, pero sí colocaba en un segundo plano, la atención a los factores sociales y a los conceptos de raigambre psicodinámico. Se antepuso entonces una mirada que piensa los trastornos como excepciones, como casos desligados de su esfera social y cultural. Lo anterior se reforzó y justificó con la introducción en los procesos diagnósticos de las modernas imágenes en tecnología cerebral, con nuevas pruebas de laboratorio y con los avances en estudios de biología molecular.³⁷⁵

Estas versiones del DSM pretendieron definir con claridad un conjunto de síntomas, de comportamientos fácilmente observables, que hacen de criterios unificadores. Esta conformación de los trastornos siguió criterios politéticos, es decir, conductas que, aunque no compartan exactamente los mismos rasgos, su conjunción es suficiente para conformar una categoría diagnóstica. Observemos algunos síntomas descritos en el DSM-5, utilizados como directrices para

³⁷³ SCULL, *La locura*, p. 161.

³⁷⁴ Recuperada de JEREZ y SILVA, “DSM-5. Análisis y controversias”, p. 56.

³⁷⁵ BROWN, “The Name Game”, p. 389.

el diagnóstico bajo este esquema de *checklist*.

Inatención: “Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej. se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión)”. “Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultades para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada)”. “Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil)”.

Hiperactividad e impulsividad: “Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento”. “Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: en adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)”. “Con frecuencia habla excesivamente”.³⁷⁶

No se trata de ridiculizar estos criterios diagnósticos sacándolos de contexto. Este sistema de la psiquiatría biológica sigue una lógica, establece parámetros diferenciales y temporales, grados de afectación en actividades sociales, académicas y laborales, señala un desarrollo y un curso del trastorno. Incluso, aunque muy someramente, precisa algunos aspectos relacionados con la cultura que deben tomarse en cuenta. Pero tampoco podemos dejar de ver que con descripciones como las mostradas, junto con la popularización de los trastornos en redes sociales (donde en no pocas ocasiones los criterios incluso se simplifican más) y la saturación en México de los servicios de atención en la sanidad pública, la posibilidad de que se vean niños hiperactivos y desatentos por todos lados, es más que plausible.

Desde el DSM-III, el Manual de la APA ha tenido entre sus objetivos ser un instrumento

³⁷⁶ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5*, pp. 59-60.

que “facilite” y homogenice la comunicación entre académicos, investigadores y clínicos, por encima de las diferencias teóricas. Lo cierto es que, en la búsqueda de constituir criterios mensurables y un lenguaje consensuado, ha terminado siendo inespecífico, poco riguroso y con amplios márgenes para la presunción de que alguien sea portador de un trastorno.

La elaboración y revisión de las versiones del Manual siguen un arduo proceso en el que participa un comité elaborador, que junto con grupos de trabajo, miembros y consejeros estudian los trastornos, hacen una valoración de la literatura publicada, un análisis de los datos recogidos, de estudios epidemiológicos y clínicos, entre otros. El punto es que, aunque señalen que toman en cuenta también a personas que están en desacuerdo con sus conclusiones, el proceso parece más una reafirmación de lo que *a priori* estaba establecido. Considerar que el proceso diagnóstico que proponen y que el Manual mismo es ateórico es una falacia. Este argumento se sostiene en la idea de que, independientemente de la filiación teórica de los profesionales que lo usan, hay un lenguaje común y categorías consensuadas. Sin embargo, lo cierto es que el DSM se fundamenta en la perspectiva epistemológica de quienes lo elaboran, y no pueden desprenderse de ésta, pues comparten intereses gremiales, han sido formados en un modelo, las investigaciones que recuperan como sustento comparten una lógica y un fundamento. Quienes traducen las conductas en diagnósticos, lo hacen a la sombra de su propia tradición. Reconocen que no pueden crear categorías *ad infinitum*, incluso que los trastornos descritos no siempre se presentan con una delimitación clara. Por ello puede que las personas con los mismos síntomas no tengan idénticas características, pero no renuncian a la búsqueda de universalidad en sus lineamientos.

A partir de aquí, lo que tenemos es una explosión del diagnóstico, su popularización y globalización, un incremento exponencial de casos. En 1988 había, en Estados Unidos, 500.000

niños diagnosticados con el TDAH.³⁷⁷ En 2006 el número se elevó a 4.5 millones de niños de entre 3 y 17 años.³⁷⁸ Cifras de la *National Survey of Children's Health* señalan que, en 2003, de 4.4 millones de niños —de entre 4 y 17 años— con historial diagnóstico de TDAH, 56%, es decir, 2.5 millones recibían tratamiento farmacológico.³⁷⁹ En 2002, en nuestro país, la Secretaría de Salud (SSA) consideró que 5% de la población escolar padecía TDAH. Extrapolando este dato, suponían que “habiendo en México más de 33 millones de niños menores de 14 años, estaríamos enfrentados a un problema que afecta a poco más de un millón y medio de niños”.³⁸⁰ En la década de 1990, los psicofármacos para tratar los síntomas del TDAH, en conjunción con los avances en técnicas de neuroimagen, se aplicaron con mayor vehemencia a su estudio, fortalecieron cada vez más la hipótesis de las bases biológicas y neurológicas.

Es importante apuntar que, si bien el modelo de la psiquiatría norteamericana se ha erigido desde hace más de dos décadas como la perspectiva hegemónica sobre el TDAH, han existido una serie de debates acerca de su etiología, diagnóstico y tratamiento. Las controversias y preguntas al respecto son diversas, entre las más relevantes se cuenta: ¿Existe sobre o infradiagnóstico? ¿El incremento en los casos se debe a la forma en que se lleva a cabo el diagnóstico o a que se cuenta con mayor tecnología para su detección? ¿Existe sobremedicación o lo contrario? ¿De qué forma la industria farmacéutica favorece el incremento en la prescripción de fármacos para tratar los síntomas? ¿El tratamiento debe ser fundamentalmente farmacológico y la intervención psicoeducativa solo complementaria? ¿Los factores psicosociales son explicativos y causales o solamente están ligados a la severidad, aparición y persistencia del cuadro? ¿La explicación del trastorno obedece fundamentalmente a factores genéticos, siendo los sociales y culturales de menor

³⁷⁷ TALLIS, “Neurología y trastorno por déficit de atención”, p. 191.

³⁷⁸ BLOON, COHEN y FREEMAN, *Summary Health Statistics*, p. 11.

³⁷⁹ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, “Mental Health in the United States”, p. 843.

³⁸⁰ SECRETARÍA DE SALUD, *Programa específico*, p. 38.

relevancia? ¿Es alta o baja la confirmación del diagnóstico en los casos derivados por sospecha? ¿Qué explica el incremento de los casos en las consultas? ¿Los cambios en la orientación hacia la salud, y de modo más concreto, hacia la salud mental, incrementan la prevalencia? ¿Estamos ante un proceso de medicalización y, por lo tanto, de una pretensión normalizada del comportamiento infantil? ¿Es urgente detectar los casos lo más temprano posible a fin de evitar complicaciones, o es justamente esta pretensión la que lleva a “encontrar” un mayor número de ellos? ¿Tiene aún validez el “modelo psicopatológico”, que considera que los síntomas responden a organizaciones diversas de la personalidad y que los factores psicopatológicos tienen un papel central en las manifestaciones, y no solamente la alteración neurofisiológica? ¿Existe claridad sobre las causas o éstas básicamente siguen siendo desconocidas? ¿Desempeñan los genes un papel realmente relevante en la expresión del trastorno? ¿Los medicamentos utilizados para tratar los síntomas tienen una eficacia y seguridad comprobadas? ¿Existen riesgo a futuro si no se diagnostica y trata oportunamente? Habría otras preguntas, las mencionadas solamente pretenden hacer patente que aunque alguien pueda afirmar que, para zanjar las dudas sobre la evidencia del TDAH, se cuenta con los llamados consensos de expertos, realmente se está muy lejos de acuerdos definitivos sobre el tema.

Por ahora es relevante resaltar que no existen datos concluyentes sobre el TDAH; solo por arrogancia, pedantería o sectarismo, algún profesional de la salud puede afirmar que la discusión está saldada. Se infieren algunos aspectos por la sintomatología, se investigan y ponen a prueba algunas hipótesis causales, pero se señala que falta mucho por aprender de esta etiqueta diagnóstica y sus manifestaciones, que estamos empezando a entender cómo los genes y el medio ambiente se combinan para causar trastornos, afectar el cerebro y producir síntomas. Se reconoce que las investigaciones futuras deben analizar la imbricación de los mecanismos biológicos y psicológicos

para lograr una mejor comprensión, que es fundamental seguir estudiando las trayectorias vitales de los diagnosticados con TDAH, que pese a los avances en pruebas computarizadas y en psicofarmacología, queda mucho que conocer sobre el diagnóstico y el tratamiento.³⁸¹

El número de profesionales (y variados grupos sociales) que han adoptado los criterios del DSM —en sus recientes versiones—, ha ido en aumento. ¿Explica lo anterior el incremento en el número de niños diagnosticados con TDAH? Evidentemente hay muchas otras causas que contribuyen, pero ésta ha tenido una importante incidencia en la masificación del trastorno.

Los consensos sobre el TDAH

Los consensos sobre el TDAH son realizados a partir de la bibliografía que se considera válida y que cumple criterios de verdad. Estos documentos son artículos seminales de la narrativa científica sobre el TDAH, sobre todo los que avalan la perspectiva neuropsiquiátrica. Presentamos, por orden cronológico, los consensos internacionales y mexicanos que consideramos más relevantes.

El primer Consenso Internacional sobre TDAH fue publicado en enero de 2002. Se fundamentó en una suerte de golpe de autoridad de quienes lo suscriben. Hablamos de poco más de ochenta profesores de psiquiatría de universidades (en su mayoría estadounidenses), teniendo a la cabeza a Russell A. Barkley, profesor del Departamento de Psiquiatría y Neurología de la Universidad de Massachusetts. Incluye una amplia bibliografía, pero el texto que fundamenta su perspectiva sobre el trastorno abarca solamente dos páginas que buscan transmitir, de manera sencilla, clara y contundente algunas ideas: 1) Una preocupación por la información y representaciones del TDAH mostradas en los medios de comunicación y consideradas inexactas.

³⁸¹ FARAONE *et al.*, “The World Federation of ADHD”, pp. 789-818.

2) El trastorno está fundamentado en estudios científicos, por investigadores que han dedicado muchos años, e incluso toda su carrera a estudiarlo. 3) Rechazan los planteamientos de que el TDAH es un mito, un fraude, que no es real y que es una aflicción trivial; así como las opiniones de médicos no expertos y que se le brinden a éstos los mismos méritos que a los expertos que lo consideran una condición médica real. 4) El TDAH tiene un impacto (físico, psicológico y social) adverso en la vida presente y futura de los diagnosticados. Con base en las evidencias, se trata de un déficit en la inhibición conductual y en la atención sostenida que conduce a un deterioro en el funcionamiento social, escolar, familiar y académico. 5) Señalan además que no hay desacuerdos científicos ni controversias sobre el TDAH. Reforzándose este argumento con lo señalado por diferentes asociaciones médicas y agencias gubernamentales de Estados Unidos, que lo reconocen como un trastorno válido y, en consecuencia, han emitido directrices para su evaluación y tratamiento.³⁸² Este Consenso parece dar un peso mayúsculo, aunque implícito, a la bibliografía que citan. Por ejemplo, del ya mencionado Russell se muestran 36 publicaciones. En este sentido, más que dar argumentos concretos sobre aspectos vinculados con el TDAH y señalar qué investigaciones así lo determinan, lo que se tiene es un texto autorreferencial que se sostiene en la autoridad que representan los psiquiatras firmantes frente a quienes rechazan sus ideas y cuyos argumentos son desestimados como falsos y carentes de validez científica. Este Consenso buscó ser una respuesta contundente frente a los detractores, frente a los críticos de la prescripción de fármacos.

En México y Latinoamérica se establecieron también algunos consensos desde el marco de la psiquiatría biológica a principios de siglo. Aunque no propiamente como consenso, en 2002, la Secretaría de Salud en México estableció las directrices para la detección, el tratamiento, el

³⁸² BARKLEY, “International Consensus Statement on ADHD”, pp. 89-92.

pronóstico, la epidemiología y la prevención del TDAH. Lo interesante del *Programa específico sobre el TDAH*, es que se plantearon acciones por parte del Estado mexicano que fueron definidas a partir de delimitar los planes, estrategias y metas concretas a efectuarse entre 2001-2006, subrayándose la necesidad de una detección temprana y un tratamiento farmacológico que a futuro protegiera de los riesgos a los niños. El programa fue supervisado por el psiquiatra Guido Belsasso, entonces comisionado del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CNCA).³⁸³

Del 19 al 21 de junio de 2002 en Cuernavaca, Morelos, se reunieron representantes de instituciones de salud y universidades de varios estados del país (10 neurólogos, 12 psiquiatras y un pediatra) para establecer el “Consenso de Expertos sobre el Tratamiento Farmacológico del TDAH”. En esta reunión, promovida por la Academia Mexicana de Pediatría A.C., como órgano asesor de la SSA, se definieron las características de los medicamentos utilizados para el TDAH, su eficacia y seguridad. Se elaboraron también lineamientos para el tratamiento.³⁸⁴

En junio de 2007, en la Ciudad de México, el “Grupo de Expertos Nacionales Para el Estudio del TDAH (GENPETDAH, A.C), convocó al “Primer Consenso Latinoamericano sobre el TDAH”. Con asistencia de especialistas en neurología, psiquiatría y psicología de 19 países latinoamericanos, realizaron una declaración de catorce puntos. Además de los aspectos referidos a la etiología, el diagnóstico y el tratamiento, resaltaríamos algunos acuerdos: Diagnóstico y tratamiento deben ser efectuados por médicos. El TDAH no tratado adecuada y oportunamente pone en peligro la integridad física y mental de los afectados. El TDAH incrementa los riesgos de accidentes y fracaso escolar, además de relacionarse con mayor consumo de tabaco, alcohol y

³⁸³ SECRETARÍA DE SALUD, *Programa específico*.

³⁸⁴ RUIZ GARCÍA *et al.*, “Conclusiones del consenso de expertos”, pp. 349-355. Algunos personajes que van a ir teniendo un rol protagónico son: José Eduardo San Esteban, Eduardo Barragán Pérez, Francisco de la Peña, Matilde Ruiz García, José Manuel Saucedo, Francisco de la Peña, Lino Palacios Cruz, Silvia Ortiz León, entre otros.

consumo de drogas ilícitas, inestabilidad laboral y fracaso marital. Otros aspectos que llaman la atención y que se relacionan con las políticas públicas de salud, son los señalamientos de que “es necesario establecer y fortalecer la legislación para que se favorezca un diagnóstico y tratamiento oportuno sin discriminaciones”. “Es necesario realizar acciones de información, difusión actualización y capacitación sobre TDAH; tanto para los profesionales médicos, como para los psicólogos, maestros, padres y población general”.³⁸⁵

Los “Consensos” y el establecimiento de lineamientos sobre el diagnóstico y tratamiento en las “Guías clínicas” cumplen diversos objetivos y tiene también importantes efectos a nivel social. Por un lado, buscan homogeneizar el lenguaje, validan algunos términos y rechazan otros vinculados a perspectivas no compartidas. Al basarse los acuerdos en la revisión de bibliografía sobre el tema, igualmente hay un proceso selectivo de lo que avala o da congruencia a la postura que se defiende. Podríamos pensar que buscan mejorar la práctica clínica y hacer más efectivos los tratamientos a partir de las evidencias encontradas, pero más allá, legitiman y dan credibilidad al gremio que suscribe los acuerdos, desestimando planteamientos contrarios o que buscan una comprensión fuera de los márgenes reconocidos. Por otro lado, los consensos crean redes de colaboración nacionales e internacionales, que pueden derivar en la realización de investigaciones conjuntas y en fundamentar los hallazgos obtenidos en otras. Se avalan así también, revistas y publicaciones especializadas, lo que garantiza que se sigan privilegiando ciertos conocimientos y organizando congresos y actividades académicas relacionadas con el campo de estudio. Este tipo de acuerdo trata de mantener al día, o hacer corte de caja sobre los avances reportados por la literatura especializada y anuncian nuevas líneas de investigación. Refuerzan los vínculos de los profesionales y otorgan visibilidad nacional e internacional a los grupos, que encuentran así

³⁸⁵ BARRAGÁN PÉREZ *et al.*, “Primer consenso latinoamericano”, pp. 326-343.

reconocimiento y legitimidad social y profesional.

La presencia de los psiquiatras infantiles mexicanos en el ámbito internacional se amplió en 2008, con un evento realizado en la ciudad de Mendoza, Argentina, en donde se llegó a un nuevo Consenso en el que se trataron temas también relacionados con el tratamiento farmacológico, estableciéndose algoritmos para éste, además de que se subrayó la importancia de un tratamiento multimodal, de la intervención temprana y de un diagnóstico más certero. Pero, más importante que lo antes señalado, esta reunión resultó de suma relevancia porque en ella se creó la Liga Latinoamericana para el Estudio del TDAH (LILAPETDAH), que instó a redoblar los esfuerzos de los diferentes grupos de expertos de los países adherentes en pro de los pacientes con TDAH de Latinoamérica.

Con la creación de la LILAPETDAH se dio un paso más en el afianzamiento de la perspectiva neuropsiquiátrica del trastorno en México y en la región. Al estar los psiquiatras del país vinculados en grupos profesionales, en asociaciones de psiquiatría, al participar en proyectos con directrices internacionales o incluso que colaboraran —aunque solamente algunos pocos— en las reformas al DSM, se consolidaron como la voz autorizada. Lo que les dio un lugar preeminente en la elaboración de guías clínicas y de políticas públicas encaminadas a la detección y el tratamiento del TDAH.

Siguiendo esta dinámica, y ya agrupados, en Colombia se estableció la llamada “Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma”. Propiamente fue un tercer consenso latinoamericano en el que, en 27 puntos, además de insistir sobre la necesidad de que se sigan las estrategias diagnósticas y el tratamiento (farmacológico fundamentalmente), se apostó por buscar la manera de reducir la estigmatización del problema de salud que representaba el trastorno. Algunos de los principales

temas de la declaración son: El señalamiento de que el TDAH se encuentra entre los principales problemas de salud mental en niños adolescentes y adultos. Es un padecimiento biológico con participación de elementos psicosociales. La prevalencia promedio mundial oscila entre el 5%, pero solamente cerca de un cuarto recibe tratamiento multimodal y un escaso 7% de éstos, tratamiento farmacológico. El TDAH tiene un curso crónico con diferentes manifestaciones a lo largo de la vida; su falta de tratamiento y de diagnóstico oportuno deriva en complicaciones y riesgos a la integridad de quienes lo padecen, además de generar mayores costos económicos. Entre los acuerdos se apunta el derecho a recibir atención oportuna, la cual debe ser garantizada por cada país, por lo que es necesario establecer o fortalecer la legislación y que sea considerado como una prioridad de salud en los países latinoamericanos, para que se reciba un diagnóstico, seguimiento y tratamiento oportunos y sin discriminaciones. Este Consenso subraya también la importancia de que los expertos realicen acciones de difusión sobre el TDAH no solo con la comunidad médica, sino también con psicólogos, maestros y con la población general, incluyendo por supuesto a los padres, a quienes además sugieren orientar y asesorar, sobre todo en los casos en que se detecten dificultades en el funcionamiento familiar. Además, se establece la necesidad de que desde la LILAPETDAH se promueva la investigación científica colaborativa a nivel local e internacional, además de que sus agremiados se comprometan a formar especialistas en el trastorno.³⁸⁶

En 2009 y 2010 se publicaron en México dos “Guías clínicas” para el TDAH; la primera fue elaborada por el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan. N. Navarro”,³⁸⁷ la segunda por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”,³⁸⁸ instituciones dependientes de la

³⁸⁶ DE LA PEÑA OLVERA, PALACIOS ORTÍZ y BARRAGÁN PÉREZ, “Declaración de Cartagena”, pp. 95-100.

³⁸⁷ ÁVILA RODRÍGUEZ *et al.*, *Guía Clínica*.

³⁸⁸ VÁSQUEZ, Josué *et al.*, *Guía Clínica para el Trastorno*.

Secretaría de Salud. No profundizaremos en ellas ya que recuperan el espíritu de los consensos hasta aquí citados, pero cabe aclarar que también pretendieron servir como herramienta para el diagnóstico y el tratamiento farmacológico, sobre todo como directrices para los especialistas.

Más recientemente, en 2021 se publicó la “Declaración del Consenso Internacional de Expertos de la Federación Mundial de TDAH”. El texto presenta 208 afirmaciones que fueron aprobadas por 80 profesionales de la psiquiatría y neurología de 27 países y 6 continentes, dedicados a la investigación y al tratamiento clínico del TDAH. Posteriormente, el contenido del manuscrito fue leído por 366 especialistas que avalaron lo expresado.³⁸⁹ El proceso, que metodológicamente pudiera parecer riguroso, tiene el inconveniente de que solo participan en él quienes piensan del mismo modo, es decir, quienes comparten una perspectiva sobre el trastorno. La importancia del Consenso radica en que sintetiza los puntos de vista que suscribe el modelo neuropsiquiátrico y también porque actualiza el de 2002, al incorporar las publicaciones más recientes sobre el tema. Su importancia también recae en que sus conclusiones suelen ser retomadas a su vez por todo un conjunto de investigaciones, textos, guías clínicas, políticas públicas en salud mental, etc. El Consenso busca contrarrestar lo que los firmantes consideran como ideas erróneas sobre el trastorno, mismas que generan estigmatización de las personas afectadas y un retraso en su tratamiento.

Señalaremos algunas de las controversias más relevantes y obviaremos otros aspectos ya discutidos antes en este trabajo. Llama poderosamente la atención que en este Consenso se incluyen temas que prácticamente fueron desdeñados antes. Por ejemplo, se acepta que la deficiencia de algunos nutrientes en los niños (Omega-3) o en la madre (Vitamina-D) pudieran

³⁸⁹ Puede agregarse que quienes establecen el Consenso son personalidades destacadas del mundo académico, de universidades, institutos, centros y departamentos de investigación especializados en el TDAH, y del campo de la psiquiatría, pediatría, el neurodesarrollo, farmacia, neurobiología, psicoterapia; la mayoría pertenecientes a redes, sociedades, federaciones y asociaciones sobre el TDAH.

tener una incidencia en el trastorno. Se acepta también que se ha observado una pequeña reducción de los síntomas con la restricción de alimentos con colorantes sintéticos.³⁹⁰ Del mismo modo se reconoce que algunas condiciones de desventaja social aumentan el riesgo del TDAH, entre ellas cuentan: maltrato infantil, abuso sexual, bajos ingresos económicos, criminalidad paterna, enfermedad mental en los padres, discusiones familiares, desempleo y la pobreza familiar, entre otras. Lo anterior resulta relevante porque, aunque los factores sociales, culturales y psicológicos adversos solían ser vistos como coadyuvantes a la expresión del trastorno, no se había planteado con tanta claridad la necesidad de considerarlos. Se señala, por ejemplo, que se ha observado al menos una mejora moderada con la reducción de la crianza negativa y cuando los padres mejoran sus métodos de disciplina e interacción con sus hijos. Apuntan que el trabajo clínico y las investigaciones deberán indagar en los mecanismos psicológicos (en su relación con los biológicos), para entender mejor la dinámica del trastorno, sus mecanismos causales, el diagnóstico y el tratamiento.³⁹¹ Sobresale también el señalamiento de que no se han reportado diferencias significativas entre personas con y sin TDAH, en resonancias magnéticas u otros métodos que examinan el funcionamiento cerebral, ni tampoco en pruebas psicológicas de resolución de problemas abstractos, atención focalizada, etc. Por lo tanto, estos procedimientos — sostienen— no tienen utilidad para el diagnóstico.³⁹² Lo anterior ya se había dicho, sin embargo, la tendencia en la mayor parte de textos es afirmar que la tecnología médica actual identifica con precisión evidencias objetivas para un diagnóstico de TDAH.

¿Auguran estos señalamientos un cambio en el abordaje y la forma en que es pensado el TDAH desde la psiquiatría biológica? La respuesta es un no rotundo. Se sigue sosteniendo que

³⁹⁰ FARAONE *et al.*, “The World Federation of ADHD”, pp. 795-796.

³⁹¹ FARAONE *et al.*, “The World Federation of ADHD”, pp. 799-800.

³⁹² FARAONE *et al.*, “The World Federation of ADHD”, p. 797.

hablamos de un cuadro clínico perfectamente delimitado y probado, que la intervención farmacológica es la que más efectos positivos comprobables tiene; y se insiste también —pese a que en el Consenso se habla también de los efectos adversos, sobre los abusos y los usos no médicos de los fármacos— en que el consumo de medicamentos (metilfenidato fundamentalmente) reduce los riesgos a futuro asociados a un TDAH no diagnosticado y no tratado oportunamente. Es decir, se sigue fortaleciendo la tesis sobre la conveniencia del uso de psicofármacos para tratar los síntomas y de las condiciones adversas a lo largo de la vida al no hacerlo.³⁹³ Desde nuestro punto de vista, las aseveraciones que hacen ver que no hay datos concluyentes sobre el trastorno, aunque de una diferencia sutil respecto a lo planteado en los primeros consensos, son de suma importancia, pues apuntan a un abordaje menos reduccionista.

A modo de síntesis: sobre todo en la primera década del siglo se insistió en que los planteamientos que criticaban, cuestionaban o no se ceñían al modelo dominante, no eran más que mitos y creencias infundadas, declaraciones similares a afirmar que la tierra es plana, que la ley de la gravedad es cuestionable o que la tabla periódica de los elementos químicos es un fraude. Su crítica apuntó de manera directa a medios de comunicación, a estudios venidos de las ciencias sociales, a posturas consideradas acientíficas, y a “médicos marginales” que —se sostenía—, responden a una agenda política interesada en mostrar el TDAH como irreal, ficticio, o como expresión de un simple conflicto familiar. En estos primeros consensos encontramos una verdadera cruzada contra puntos de vista que se contraponen al acuerdo —basado en “evidencias científicas incontrovertibles”— que sostiene que el TDAH es un trastorno psiquiátrico auténtico, que ocasiona déficits en las actividades diarias de quien lo padece, con una contribución genética y una serie de regiones cerebrales específicas identificadas mediante estudios neurológicos y de

³⁹³ FARAONE *et al.*, “The World Federation of ADHD”, pp. 803-807.

neuroimagen. Así, se quejaban de que la cobertura mediática diera voz a argumentos que no pueden tener el mismo valor. No se puede poner en el mismo nivel —apuntan— a un puñado de inexpertos frente a “científicos de alto nivel”.³⁹⁴

Los otros Consensos

Frente a los Consensos que defienden los planteamientos de la perspectiva neuropsiquiátrica del TDAH, se elaboraron otros que buscaron matizar las aseveraciones. En respuesta al Primer Consenso Internacional de 2002, el psiquiatra británico Sami Timimi y más de 50 clínicos y profesionales de universidades y centros de investigación europeos, elaboraron en 2004 un documento en el que califican de lamentable que un grupo se abrogue la legitimidad para cerrar el debate sobre el TDAH, toda vez que no había evidencias y los debates sobre el tema estaban lejos de terminar. Esta actitud —resaltan—, además de contraria a la práctica y al espíritu de la ciencia, ignora las críticas y la propia historia de la psiquiatría, pues ésta enseña que terapéuticas apreciadas y aceptadas por generaciones, son repudiadas años después, pero a su paso dejan innumerables víctimas. Así, se preguntan: ¿si las evidencias son incontrovertibles, para qué se necesita un consenso? En el texto llaman la atención sobre el crecimiento de niños diagnosticados y el aumento en la prescripción de psicotrópicos a niños y adolescentes, apuntando que en Estados Unidos se triplicó entre 1987 y 1996 la cantidad de medicamentos recetados, llevando a que, en 1996, 6% de niños entre 6 y 14 años tomara psicoestimulantes. Concluyen que lo que se nombra como una “epidemia” de TDAH debe entenderse en el marco de las expectativas culturales que recaen sobre los niños y en una alianza —que califican de involuntaria—, entre la IF y algunos médicos.³⁹⁵

En 2005 fue difundido el “Consenso Internacional de Expertos de Italia. ADHD y abusos

³⁹⁴ BARKLEY, “International Consensus Statement on ADHD”, pp. 89-92.

³⁹⁵ TIMIMI y Coendorsers, “A critique of the international consensus”.

en la prescripción de fármacos a menores”. Esta campaña buscó brindar información a padres y docentes acerca del abuso en la prescripción de fármacos. El documento se propagó rápidamente; se fueron adhiriendo diferentes profesionales del campo clínico (psiquiatras, pediatras, neurólogos, genetistas y también psicólogos, psicoanalistas), de la educación (pedagogos, docentes) y sociólogos. Todos del ámbito universitario y de la investigación, quienes debatieron los resultados de estudios acreditados científicamente. Concluyeron que hay dudas razonables sobre la etiología, el diagnóstico y los psicofármacos utilizados para tratar los síntomas. Finalmente, se apunta que al ser el TDAH un tema que involucra el derecho a la salud de niños y adolescentes debe ser discutido y de interés para la comunidad científica y en general para toda la sociedad civil.³⁹⁶

En Argentina hubo desde los albores del siglo un esfuerzo mucho más organizado por discutir sobre el TDAH y sobre otros diagnósticos psiquiátricos que comenzaban a tener una mayor presencia. Alrededor de la editorial Novedades Educativas, en diferentes foros y congresos académicos, se conjuntaron grupos diversos de profesionales vinculados con la salud y la educación que matizaron mucha de la información avalada por la psiquiatría norteamericana. En 2005, especialistas de la psiquiatría, la neurología, la pediatría, y también de la psicología, la psicopedagogía y la psicomotricidad, redactaron y suscribieron el “Consenso de expertos del área de salud sobre el llamado Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad”. Este documento motivó la organización de una campaña internacional —llevada a cabo conjuntamente en ciudades de Argentina, España, Brasil, Chile, Portugal y Francia— orientada a analizar y difundir el problema de la patologización y medicalización actual de la infancia. El documento advierte de la carencia de rigor en la descripción misma y en el diagnóstico del TDAH. Alerta sobre el incremento abrupto de menores medicados. Identifica una amplia difusión del trastorno

³⁹⁶ “Consenso Internacional de Expertos”.

en los medios, en los que se suelen simplificar los criterios diagnósticos y el consumo de fármacos, señalándose que la medicación puede favorecer una mejora en los aprendizajes. En este Consenso se señala la necesidad de que el diagnóstico sea elaborado por un grupo colegiado de profesionales, que consideren con atención el contexto del niño en la valoración, y que el medicamento sea visto como la opción terapéutica última y asumida por acuerdo entre un grupo de profesionales.

En 2010, bajo el auspicio del Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco, se publicó la “Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias”. Entre las conclusiones a las que llegan destaca una sospecha sobre el diagnóstico y sobre la incidencia real del mismo. Señalan una falta de consenso sobre el TDAH y su terapéutica. Sostienen, además, la urgencia de una valoración ponderada, crítica y mesurada de la literatura publicada sobre el TDAH y de la prescripción de medicamentos, a fin de evitar riesgos innecesarios para los menores.³⁹⁷

TDAH en México

En 2018 fue editado en Estados Unidos *Global perspectives on ADHD. Social dimensions of diagnosis and treatment in sixteen countries*. Los sociólogos Meredith Bergey,³⁹⁸ Angela Filipe,³⁹⁹

³⁹⁷ LAZA ZULUETA y JORQUERA CUEVAS, *Evaluación de la situación asistencial*.

³⁹⁸ Meredith Bergey (1980-) es profesora del Departamento de Sociología y Criminología de la Universidad Villanova, Pennsylvania, Estados Unidos. Su campo de estudio es la salud pública y la antropología médica. De modo particular ha estudiado los diagnósticos en psiquiatría y en neurodiscapacidades, la globalización y traducción de estos conocimientos y las perspectivas críticas en salud global.

³⁹⁹ Angela Filipe (1983-) es profesora del Departamento de Sociología, co-directora del Instituto de Humanidades Médicas de la Universidad Durham, Reino Unido.

Peter Conrad⁴⁰⁰ e Ilina Singh,⁴⁰¹ tomando como referencia a 16 países y separándose de las discusiones clínicas, buscaron conocer las dimensiones sociales vinculadas al diagnóstico y tratamiento del TDAH. Después de localizar a académicos que, desde las ciencias sociales habían investigado el modo en que el trastorno era percibido y había emergido en sus respectivos países, conformaron un texto que nos ayuda a comprender que, si bien es innegable hoy la globalización y el tratamiento médico del TDAH, este proceso —que continúa en crecimiento— presenta características diversas, según las particularidades de los contextos.⁴⁰²

En la citada publicación no encontramos un capítulo que analice la situación de México. La fuerte penetración de las farmacéuticas trasnacionales en este país durante la segunda mitad del siglo, la cercanía con los Estados Unidos —con las implicaciones culturales que esto conlleva—, la formación de psiquiatras mexicanos en el país vecino y la adopción de las directrices diagnósticas propuestas por el DSM, dirigieron los esfuerzos del gremio a asumir un irrestricto apego a los consensos de sus homólogos del norte. Además de algunos breves artículos críticos y otros pocos que intentaban presentar una visión más balanceada sobre el TDAH,⁴⁰³ no se consolidaron esfuerzos interdisciplinarios que pusieran en cuestionamiento la perspectiva neuropsiquiátrica del trastorno, tal como sucedió en otras latitudes. En síntesis, no había —y son escasos aún— estudios

⁴⁰⁰ Peter Conrad (1945-2024), sociólogo y médico estadounidense, fue presidente de la sección de Sociología Médica de la Asociación Americana de Sociología (1989-1990). Miembro de la Universidad de Brandeis (donde dirigió el programa interdisciplinario “Salud: Ciencia, Sociedad y Política”, investigó desde la década de los setenta el proceso de medicalización de la hiperactividad infantil.

⁴⁰¹ Ilina Singh es profesora de la Universidad de Oxford, en la que forma parte del *Neuroscience Ethics and Society Team*, grupo interdisciplinario que investiga la intersección entre neurociencias, salud mental y bioética. Sus trabajos sobre las dimensiones sociales y éticas del TDAH son ampliamente citados en los textos especializados.

⁴⁰² BERGEY *et al.*, *Global perspectives on ADHD*.

⁴⁰³ NORANDI, “Ritalín: más de 50 años”; SZÉKELY, “Trastorno del déficit de atención”, pp. 61-69; KRAUS, “Ética e infancia”, pp. 10-11; FERNÁNDEZ VALLEJO, “Impacto corporal de los medicamentos”.

que, desde una perspectiva social, analizaran con detenimiento la irrupción, las particularidades y el despegue del TDAH en México.

Como hemos señalado en reiteradas ocasiones, la concepción del TDAH que se adoptó en México desde la década de los noventa siguió las directrices de la psiquiatría biológica estadounidense en términos del diagnóstico y el tratamiento farmacológico. Nada raro. Como también se ha apuntado, este proceso se inscribe dentro de la llamada “globalización del trastorno”. Es decir, de un incremento en el reconocimiento social del TDAH, un aumento en la tasa de diagnosticados a nivel mundial, una estimación de prevalencia ampliamente citada que sugiere que el 5% de niños en el mundo cumplen los criterios diagnósticos del trastorno y un cada vez mayor consumo de fármacos (principalmente metilfenidato) para tratar los síntomas.⁴⁰⁴

Los diferentes consensos, las guías clínicas y las directrices señaladas por las instituciones de salud pública suscribieron la perspectiva que ve al TDAH como un padecimiento neuropsiquiátrico o un trastorno del neurodesarrollo, con una etiología biológica; orientaron sus directrices diagnósticas hacia el uso del DSM (en su versión en turno), y asignaron una centralidad al tratamiento farmacológico, acompañado de tratamiento psicosocial o psicoeducativo.⁴⁰⁵

Nos parece importante plantear algunas hipótesis acerca de los cambios observados, sobre todo desde inicios de este siglo. Sostenemos que la primera década puede ser considerada como el cénit del TDAH en México, no solo por el incremento de casos y por la importancia que cobró desde las políticas públicas, sino además, por la adhesión a los planteamientos de la psiquiatría norteamericana, que prácticamente no tuvo reservas. Durante estos años se buscó crear acciones y programas para una detección temprana del trastorno, identificar factores de riesgo, difundir entre

⁴⁰⁴ BERGEY *et al.*, *Global perspectives on ADHD*.

⁴⁰⁵ SECRETARÍA DE SALUD, Programa *específico*; RUIZ GARCÍA *et al.*, “Conclusiones del consenso de expertos sobre el tratamiento farmacológico”; RUIZ GARCÍA, *et al.*, “Trastorno por déficit de atención”, pp. 45-152; VÁSQUEZ, *et al.*, *Guía clínica para el trastorno*, 2010.

la población y entre profesores información sobre la problemática. También se insistió en brindar directrices a psiquiatras y neurólogos (los profesionales legitimados para atender el trastorno) de la república, guías y protocolos para homogeneizar sus intervenciones.⁴⁰⁶

Los consensos sobre el TDAH, las guías clínicas y en general las investigaciones y artículos publicados en México, vinculados con la perspectiva de la psiquiatría norteamericana, han prácticamente ignorado los debates sobre el TDAH. Pareciera al leerles que solo hay acuerdos sobre la etiología, la efectividad de los fármacos y las directrices diagnósticas, o en todo caso, que los desacuerdos no son relevantes y cuando hay aspectos aún no comprobados o posibles hipótesis, se está en el camino de resolverles. Este posicionamiento ha traído como consecuencia poco diálogo con planteamientos venidos de las ciencias sociales o con posturas bien fundamentadas desde el campo biomédico, pero que llaman la atención sobre otras miradas, o sobre matices a considerar para construir modelos de intervención más convenientes para la población mexicana. Difícilmente niegan la necesidad de un abordaje multidisciplinario, pero las directrices que siguen suelen ser muy rígidas y la opinión de profesionales ajenos a su campo suelen desestimarse con facilidad; se consideran ocurrencias infundadas producto del desconocimiento o críticas vinculadas con perspectivas antimédicas.

Como venimos diciendo, este punto de vista no se sostiene solo con las declaraciones de profesionales médicos, se estructuran desde variados frentes que las refrendan y que le van agregando elementos que las revitalizan. Nos referiremos de manera sintética al caso mexicano.

Durante estos años la Industria Farmacéutica (IF) afianzó sus estrategias para promover el tratamiento farmacológico del TDAH mediante la organización de eventos académicos, patrocinio de investigaciones y de grupos de padres de niños diagnosticados. A lo anterior se sumaron

⁴⁰⁶ SECRETARÍA DE SALUD, *Programa específico*, pp. 10, 38.

estrategias publicitarias en las que se resaltaban —a veces por encima de sus beneficios reales— la necesidad de un diagnóstico temprano y oportuno, y la pertinencia de los medicamentos para controlar los síntomas.⁴⁰⁷ Por citar un ejemplo, podemos señalar la publicidad de Tradea, un medicamento producido por los laboratorios “Psicofarma”, cuyo compuesto es —al igual que Ritalín— el metilfenidato. En uno de sus anuncios promocionales podemos ver a un niño contento y sonriente mostrando un cuaderno de calificaciones, en el que aparecen notas de 10 en atención, conducta y sueño. La imagen va acompañada de una frase que señala: “El 10 de sus pacientes... está en sus manos”. El mensaje es directo, sencillo y contundente: el fármaco ofrece una mejora casi inmediata a las dificultades de adaptación del niño a la escuela, mejorando la atención, la impulsividad, la hiperactividad y de modo implícito sugiere que también mejora el aprendizaje. La mejora en las áreas indicadas entonces no estaría en un trabajo conjunto entre maestro, psicólogo, psiquiatra o neurólogo; basta con un fármaco. Como ha señalado León Benasayag, no hay que perder de vista que los directores de empresas farmacéuticas son gestores financieros y no médicos, por lo que tienden a privilegiar las ganancias por sobre la salud de sus consumidores y a afianzar la alianza salud-mercado.⁴⁰⁸

Los medios de comunicación también participaron en la difusión del TDAH. Las notas

⁴⁰⁷ CABRAL DE BARROS, *Políticas farmacéuticas*, p. 580.

⁴⁰⁸ BENASAYAG, “Invención de enfermedades”, pp. 9-42. León Benasayag es un profesor de neurología, especialista en neuropediatría. Un médico con mucho reconocimiento en Argentina que participó en las discusiones que derivaron en el consenso sobre el TDAH de su país, y en general en el análisis crítico al enfoque de la psiquiatría biológica sobre el trastorno. En sus textos puede leerse un punto de vista muy equilibrado sobre el tratamiento farmacológico y serias dudas sobre la propuesta de diagnóstico al estilo de la APA. Véase: BENASAYAG, “Deconstrucción neurológica del llamado ADDH”, pp.13-34. BENASAYAG, “Ideología versus ciencia”, pp. 105-112. A este autor se suman también los nombres de Jaime Tallis (neuropediatra), Silvia Benasayag (bioquímica, especialista en genética), Juan Vasen (psiquiatra infantil), entre otros que venidos del campo médico, dialogaron con psicoanalistas, psicólogos, pediatras, psicopedagogos, y psicomotricistas, no negando el TDAH, pero sí llamando la atención sobre las controversias, los excesos en la prescripción de fármacos, sobre los abusos de las explicaciones genéticas para dar cuenta de la etiología y, sobre la necesidad de discutir el tema anteponiendo el cuidado, el bienestar y el derecho a la salud de niños y adolescentes.

periodísticas que presentaban diferentes versiones y hacían patente los debates sobre el tema fueron escasos; prácticamente la totalidad se decantó por reafirmar el modelo neuropsiquiátrico, por presentar al TDAH como un trastorno con bases biológicas, con un alto componente hereditario, como un problema que era urgente atender y no un simple problema de “mala conducta” que podía ser corregido con métodos psicoeducativos.⁴⁰⁹

En México, durante la primera década del siglo, diversos artículos ofrecían datos, testimonios y declaraciones de psiquiatras mexicanos para sustentar su información, pero en otras ocasiones hacían aseveraciones insostenibles y hasta temerarias, que tergiversaban datos, a la vez que justificaban una aproximación farmacológica a la corrección de los síntomas. En otro trabajo hemos analizado la construcción de la noción de riesgo que vinculaban los casos de niños con TDAH que no eran diagnosticados y medicados oportunamente, con conductas delictivas y el abuso en el consumo de drogas durante la adolescencia y edad adulta.⁴¹⁰ Encabezados o frases como las siguientes son una muestra de contenido aparecido en notas periodísticas que hablan del señalado peligro o riesgo de no dar atención oportuna: “Los pequeños que no se atienden oportunamente pueden convertirse en delincuentes, por el desajuste social y la agresividad descontrolada que manifiestan sin razón aparente”.⁴¹¹ “Medicamentos para el TDAH reducen la delincuencia”. “Los adolescentes mayores y los adultos con trastorno de déficit de atención e

⁴⁰⁹ Cecilia Arizaga y Silvia Faraone analizaron en periódicos argentinos diversas notas sobre el TDAH publicadas entre 2001 y 2008. Su objetivo era conocer la forma en que se construía la noticia y desde que concepción era pensado el trastorno. Encuentran que es concebido como problema médico que no siempre está correctamente diagnosticado y atendido. Señalan que hay controversias sobre los fármacos para tratarlo y, sobre todo cuando es asociado a una enfermedad con causas neurológicas y genéticas, tiende a justificarse su uso. ARIZAGA y FARAONE, *La medicalización de la infancia*.

⁴¹⁰ PALLARES CAMPOS, *Medicalización de la infancia portadora de riesgos*.

⁴¹¹ "El 12% de los niños mexicanos tiene TDAH", *La Razón*, 12 de junio de 2009, En línea, <http://www.razon.com.mx/spip.php?article2146> Idéntica aseveración aparece en: “En aumento, el Trastorno por Déficit de Atención en México”, *Boletín UNAM-DGCS-432*, 21 de julio de 2009, En línea, consultado el 16 de mayo de 2025 de https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2009_432.html

hiperactividad tienen mucha menor probabilidad de cometer un delito cuando toman medicamentos para esa dolencia, halló un estudio efectuado en Suecia”. “Las conclusiones sugieren que Ritalín, Adderall y otros medicamentos que controlan la hiperactividad y mejoran la atención siguen teniendo importancia más allá de la edad escolar y que el uso más amplio de esos medicamentos en pacientes de mayor edad podría contribuir a reducir el delito”.⁴¹² “Un problema severo que un gran porcentaje de niños hiperactivos, alguna vez llegan a incurrir en actos delictivos y/o desarrollan adicciones a alguna sustancia tóxica”.⁴¹³ “Esto no quiere decir que todos vayamos [sic] a parar a la cárcel, quiere decir que si el entorno no es contenedor y positivo, esos talentos los va aprovechar otra gente, como la delincuencia organizada”.⁴¹⁴ “Niños hiperactivos ¿potenciales delincuentes? Estudios revelan que un joven de 14 años con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) puede robar un auto en menos de un minuto”. “La carencia de detección y diagnóstico tiene consecuencias nefastas, brutales, no solamente para el paciente, sino que también para la sociedad. Una catedrática de la UNAM reveló que cifras cercanas al 80 por ciento de los delincuentes encarcelados más importantes del país, hablando de asesinos seriales, delincuentes, y secuestradores, son pacientes con TDAH no detectado”.⁴¹⁵ “Si no se atienden, estos niños serán los futuros delincuentes”.⁴¹⁶

¿Permeó el tema del narcotráfico y la inseguridad que se vivía en México en la primera

⁴¹² “Medicamentos para TDAH reducen delincuencia”, *Al día Sonora*, 22 de noviembre de 2012. En línea, <http://www.aldiasonora.com/noticias/2012/11/22/medicamentos-para-tdah-reducen-delincuencia/>

⁴¹³ “Aburridos, inquietos, violentos, irritables, pueden ser síntomas de TDAH”, *Crónica*, 16 de febrero de 2013, En línea, <http://www.cronica.com.mx/notas/2011/598252.html>

⁴¹⁴ “Padecen Déficit de Atención 1.5 millones de estudiantes en México”, *El Periódico de Quintana Roo*, 19 de abril de 2013, En línea, <http://www.el-periodico.com.mx/noticias/padecen-deficit-de-atencion-1-5-millones-de-estudiantes-en-mexico/>

⁴¹⁵ “Niños hiperactivos, ¿potenciales delincuentes? Estudios revelan que un joven de 14 años con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) puede robar un auto en menos de un minuto”, *Novedades Quintana Roo*, 19 de abril de 2013. En línea, consultado el 17 de mayo de 2025 de <https://sipse.com/novedades/ninos-con-tdah-con-potencial-de-convertirse-en-delincuentes-27046.html>

⁴¹⁶ “Detectan 479 casos de menores con TDAH”, *Norte Digital*, 11 de junio de 2013, En línea, <http://www.nortedigital.mx/article.php?id=19480>

década de este siglo lo discursos sobre el TDAH? Consideramos que sí. Sobre todo si tomamos en cuenta que desde programas de prevención del delito se estableció la necesidad de detectar tempranamente casos de TDAH y porque las alusiones al tema no solo venían de la prensa, sino también de personal del sector salud y de dependencias vinculadas con la seguridad y la prevención del delito.⁴¹⁷ Un análisis más específico muestra que afirmaciones como las anteriores no eran señalamientos al margen de lo que decían las investigaciones sobre el pronóstico del TDAH no diagnosticado y atendido tempranamente. Al establecer lo que denominan la “evolución del trastorno” o el “desarrollo natural del TDAH”, todo un conjunto de textos publicados por partidarios del modelo neuropsiquiátrico sugirió múltiples consecuencias durante la trayectoria vital de los menores no diagnosticados y tratados: trastornos antisociales, comportamiento criminal, abuso de sustancias, intento de suicidio, trastorno depresivo mayor, trastornos del estado de ánimo, desventajas educativas, deserción escolar. El llamado “desarrollo natural del TDAH” —apuntan— se puede ver afectado también por “desventajas laborales, mayor propensión a ser despedidos, en los lugares de trabajo presentan mayores dificultades interpersonales con otros empleados y dificultad para sobrellevar cargas de trabajo. Además, reportan también, mayor probabilidad de accidentes automovilísticos por conducir a exceso de velocidad, mayor probabilidad de infracciones de tránsito, comportamientos agresivos, embarazos adolescentes. Además de que el TDAH puede “ser un factor de infelicidad que interfiera en cualquier edad y que

⁴¹⁷ Entre las líneas de acción del PETDA en 2001, se planteó como preocupación la atención a niños en situación de calle y a niños en condiciones de vulnerabilidad, pues los consideraban especialmente proclives a desarrollar TDAH. SECRETARÍA DE SALUD, *Programa específico*, p. 56. El “Programa Estatal de Prevención del Delito. Chiapas”, de 2009, por su parte, estableció entre sus líneas de acción un sistema gratuito de educación para niños con TDAH, al encontrar que en su Centro de Rehabilitación para Menores Infractores encuentran índices de niños con TDAH por encima de la media nacional. COMITÉ ESTATAL DE PREVENCIÓN DEL DELITO y CONSEJO ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA, *Programa Estatal de Prevención*, pp. 29-30.

limite las posibilidades de éxito”.⁴¹⁸

A estas conductas de riesgo derivadas de que niños supuestamente portadores de TDAH no hayan sido atendidos, se suma el argumento de que el tratamiento farmacológico actúa como factor protector, es decir, que previene complicaciones mayores durante la adolescencia y edad adulta.⁴¹⁹ Frente al panorama tan adverso que se dibuja, termina por imponerse la necesidad del medicamento, no aceptarlo parece incluso una irresponsabilidad. ¿Un verdadero callejón sin salida?

Refiriéndonos ahora al ámbito universitario como garante y transmisor de la perspectiva de la psiquiatría biológica y de su aproximación al TDAH en las últimas décadas, podemos señalar lo siguiente. La formación de psiquiatras sigue prácticamente al pie de la letra esta perspectiva, volviéndose un punto de vista autorreferencial. Es decir, se lee, se valida, se asume como objetivo y basados en evidencia los textos, las metodologías, las prácticas diagnósticas y terapéuticas dictadas por los autores más citados, que así se convierten en figuras de autoridad. Lo que se contrapone a su perspectiva es asumido con desconfianza. Así, desde la poltrona del experto que forma parte del gremio de quien posee una verdad, se pone en tela de juicio y se mira con recelo, indiferencia y descrédito a quienes no suscriben y comparten su óptica. Hablan de la necesidad de una aproximación interdisciplinaria. Sí, pero siempre y cuando no quede trastocada su forma de entender el trastorno. Más que un deseo por investigar, pareciera que prima una necesidad de confirmar lo ya sabido. Y desde esta postura, lo que pueda decir la antropología y la sociología

⁴¹⁸ BIDERMAN, “Family-genetic and psychogenic risk factors”; BIEDERMAN, “Further evidence for family-genetic risk factors”; MANNUZZA *et al.*, “Adult outcome of hyperactive boys”; MANNUZZA *et al.*, “Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up”; MANNUZZA y KLEIN, “Long-term prognosis”; SECRETARÍA DE SALUD, *Programa específico*, pp. 5, 26, 34; MURPHY, BARKLEY y BUSH, “Young adults with attention deficit”, HARPIN, “The effect of ADHD on the life”; SECRETARÍA DE SALUD, *Catálogo Universal de Servicios*, p. 80.

⁴¹⁹ SECRETARÍA DE SALUD, *Programa específico*, pp. 36-37.

médicas, lo que podrían aportar los departamentos de historia y filosofía de la medicina en sus facultades, son reducidos a perspectivas menos informadas, entendimientos incipientes, visiones simplistas faltas de experiencia, conocimientos carentes de rigor metodológico, o como “complementos” estériles en la formación de psiquiatras. En el caso de la psicología, prácticamente ha quedado borrado su punto de vista sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento. En el mejor de los casos, se considera coadyuvante, importante sí, pero secundaria y prescindible en los hechos. ¿La psicología ha sido crítica de esta actitud? Pensamos que no; todo lo contrario, cuando explica un comportamiento lo hacen en términos de lo descrito en el DSM. La fascinación por la “aparente certeza” que brinda orientarse por las directrices de este Manual, es evidente por el empeño con el que se le estudia en las facultades, y por la garantía de saber que implica describir una conducta, una historia clínica, desde los lineamientos ofrecidos por un listado de síntomas descritos de “manera sencilla” pero avalados por la psiquiatría; una comunidad con un fuerte prestigio científico.

Alrededor del TDAH se articulan diferentes personas, elementos tecnológicos, conceptos y prácticas. Son justamente las múltiples interrelaciones las que permiten afianzar, influir y moldear las significaciones del TDAH. Como elementos aislados, cada aspecto tiene una agencia, pero es difícil pensarlos de manera independiente, cobran vida a través de las interconexiones. Un sistema de clasificación como el DSM describe síntomas que orientan la práctica clínica, la interpretación de éstos se da desde planteamientos que se estudian y validan en las universidades. A su vez, lo que resulta patológico o disfuncional es definido desde una serie de discursos culturales. Así, las conductas asociadas a la desatención, por ejemplo, se podrán afianzar aún más a partir del uso de escalas que avalan y refuerzan un diagnóstico que podrá adquirir visibilidad con algunas tecnologías de observación del funcionamiento cerebral —dotan de la prueba visual de

una actividad cerebral con alteraciones—. Las tecnologías de neuroimagen buscan materializar los síntomas, permiten su explicación biológica, lo que a su vez justifica el uso de fármacos. Peter Conrad, lo hemos señalado en la introducción, piensa el proceso de medicalización del TDAH como la conjunción de factores clínicos y sociales. Aunque pareciera que da mayor importancia al modo en que un comportamiento desviado y previamente no atendido por la medicina, se convierte en parte de la atención de ésta, el autor deja claro que para que lo anterior tenga efecto, el especialista del campo médico debe aceptar la ampliación de su jurisdicción, aunado a que el Estado, la sociedad, las asociaciones médicas y asociaciones para niños con diferentes discapacidades de aprendizaje, etc., deben legitimar al especialista médico como el garante de conocimientos y del manejo de técnicas diagnósticas sobre el comportamiento que ha sido definido como desviado o simplemente fuera de lo esperado. Por más que un grupo de profesionales del campo médico se asuma como “los expertos” sobre la materia, el TDAH los desborda. Otros profesionales, también padres, maestros o comunicadores sostienen y favorecen el diagnóstico y tratamiento de los casos de TDAH. A lo largo de este trabajo hemos analizado los componentes aparecidos en la imagen y hemos intentado establecer sus vínculos. Consideramos que ello nos permite comprender mejor la masificación del TDAH y el papel de la psiquiatría infantil en la sociedad y su relación con la cultura. Pero es evidente también que hacen falta más trabajos de investigación que profundicen el análisis de estas múltiples interconexiones.

Regresando al caso mexicano. A la legitimidad que dieron al TDAH los profesionales de la salud, los medios de comunicación y el saber universitario, se suma la participación de las asociaciones y redes de padres y madres de niños diagnosticados. En México, desde los primeros años del siglo XX, la Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados A.C. (AMDAHTA), tuvo un rol protagónico en la difusión del trastorno. Su presidenta,

Adriana Pérez Legaspi, tuvo una importante presencia en las discusiones sobre el trastorno, con una participación en los medios, en los que frecuentemente era entrevistada y citada; además participaba como ponente en eventos académicos y también impulsó leyes para evitar y sancionar la discriminación de personas diagnosticadas con TDAH. En 2010 en su página web, podían verse diferentes artículos (aunque se aclaraba que el contenido no era responsabilidad de la Asociación) en los que se defendía y promovía el uso de Ritalin y otros medicamentos; se sugería que el diagnóstico del TDAH debía basarse en la observación de los criterios del DSM-IV-TR. Pérez Legaspi, en 2006 señalaba que el trastorno iba a estar presente durante toda la vida, y lo que quedaba era mantener controlados sus síntomas. Entre los objetivos que se planteaba como presidenta de la Asociación estaba “tener un acercamiento con las empresas farmacéuticas Novartis, Janssen-Cilag y Eli Lilly,⁴²⁰ para que redujeran el precio de los medicamentos, ya que dicho trastorno es crónico y requiere de su uso en toda la etapa de aprendizaje del niño”. Agregando, además: “Los infantes no toman un solo medicamento, sino que son cocteles de

⁴²⁰ Novartis produce Ritalín (metilfenidato), Janssen-Cilag hace lo propio con Concerta (metilfenidato) y Eli Lilly produjo Strattera (atomoxetina), medicamento aprobado por la FDA en 2002, desde hace algunos años discontinuado, su patente expiró en 2017, con lo que aparecieron genéricos (por ejemplo, atomoxetina cinsa). No podemos hablar de una alianza comercial entre AMDAHTA y los laboratorios Eli Lilly, pero sí estuvieron vinculados y colaboraron. En México, en 2004, la Federación Mundial de la Salud Mental y Laboratorios Lilly, junto con Russ Barkley —entonces profesor de psiquiatría de la Universidad de Medicina del Sur de California, Estados Unidos— aplicaron un cuestionario a padres de niños diagnosticados con TDAH. AMDAHTA señalaba en su sitio web que solo funcionaron como enlace, reclutando a padres para formar parte de la investigación, cuyo protocolo fue realizado por la UNAM. Como sea, al estudiar la historia reciente del TDAH, resulta conveniente analizar el papel que jugó esta Asociación en la promoción, atención y discusiones sobre el trastorno. En otro trabajo señalamos algunas actividades que AMDAHTA llevó a cabo antes de 2010. PALLARES CAMPOS, *Trastorno por Déficit de Atención*, pp. 43-46, 162-164. En ese momento tenían activa su página web, hoy ya no es así. Por este motivo es difícil hacer un cruce de información para verificar algunos datos. Pero sabemos que solo en 2003 su página web recibió cuantiosas visitas, publicaron boletines mensuales para sus suscriptores, fueron invitados por medios televisivos y diarios de circulación nacional para hablar del tema, formaron grupos de apoyo para padres, se vincularon con otras organizaciones internacionales. Organizaron un Congreso Internacional de TDAH, con una asistencia numerosa de padres de familia, educadores y médicos. También impulsaron acciones con autoridades educativas y legislativas, encaminadas a que se sancionara y se sensibilizara sobre la discriminación de niños con TDAH.

fármacos”.⁴²¹

Sin duda, un trabajo que analice las agrupaciones de madres y los grupos de apoyo que se generan en redes sociales, aportaría información para entender mejor el trastorno y para descentrar la mirada del ámbito médico. Pongamos como ejemplo la atención que se brinda en instituciones públicas de salud de México. Sabemos que hay una saturación de estos servicios, que las consultas suelen ser muy breves y que el tiempo que pasa entre una y otra puede prolongarse varios meses. Como consecuencia de lo anterior y en la búsqueda por incidir de manera expedita sobre los síntomas, el tratamiento farmacológico pareció la mejor opción. El proceso de adaptación al medicamento no siempre tiene los mejores resultados y suelen generarse dudas sobre si continuarlo o no, sobre si realmente es efectivo, y aún más, si no resultará contraproducente en el momento o en el futuro. Estas dudas surgen cuando se entrevista a madres de niños diagnosticados con TDAH, un tema recurrente, pero escasamente tomado en cuenta desde las intervenciones médicas.⁴²²

No puede dejar de mencionarse el rol fundamental que tienen la escuela y los maestros. El ámbito educativo no solo es el espacio donde la manifestación de los síntomas salta a la vista. En tanto expresión de una conducta que subvierte las normas escolares, los niños que presentan conductas asociadas al TDAH, históricamente han sido sometidos a diferentes estrategias para conseguir la tan anhelada normalidad: castigo físico, correcciones pedagógicas, expulsión de las instituciones educativas, tratamiento farmacológico, etc. Por otro lado, como efecto de la obligatoriedad de educación básica, de la ampliación de la cobertura de ésta, hemos hecho notar que surgieron nuevas necesidades; una variabilidad de estudiantes hizo patente las diferencias

⁴²¹ RÍOS, "Discriminan a niños con TDAH".

⁴²² Uribe y Vásquez Rojas, "Factores culturales en el trastorno por déficit de atención"; SILVA y ALVARENGA, "Prácticas educativas de madres y los comportamientos infantiles"; SOLÍS, "Madres de niños con déficit atencional e hiperactividad"; PALLARES CAMPOS, *Experiencias de madres de niños diagnosticados con hiperactividad*; GUERRERO YÉPEZ, *Experiencias y vivencias de madres de niños diagnosticados con TDAH*.

individuales y visibilizó problemas epocales de adaptación a las exigencias escolares. Sin ello, etiquetas diagnósticas como las que en este trabajo se estudian, difícilmente serían reconocidas. Una creciente bibliografía en la que se recupera la voz de las madres de niños con diagnóstico clínico de TDAH muestra que, aunque identifiquen la inquietud en sus hijos de manera temprana, un punto de inflexión aparece en los inicios de la escolarización; la problemática del niño entonces se hace evidente, comenzando así el tránsito hacia el diagnóstico con frecuentes llamados por parte de maestros y autoridades escolares. Posteriormente, la canalización del niño a servicios psicológicos o con neurólogos —la tendencia en años recientes— para que atiendan los problemas de atención e hiperactividad. Los primeros pueden sobrellevarse, pero frente a la impulsividad y la hiperactividad, que suelen generar un sisma en los salones de clases, se opta por sugerir opciones educativas especializadas, aun cuando ello contravenga los fundamentos de las políticas de inclusión educativa vigentes. El imaginario que recae sobre el diagnóstico y el tratamiento farmacológico desde la escuela tiende a sostenerse en la confianza en que se normalice y corrija el comportamiento infantil.

Es imposible agotar el análisis de los elementos que han afianzado en las últimas décadas el TDAH y su terapéutica. Después de que en los primeros años del siglo se observara en México un fuerte empuje institucional para colocar en el centro del debate al TDAH, no solo en el campo clínico, sino también en la agenda de prevención de la delincuencia y consumo de drogas, también se observó un esfuerzo por mostrar que el trastorno no se trataba de un invento, sino que, por el contrario, urgía reconocerlo y tratarlo tempranamente para evitar sus efectos adversos en la vida de los diagnosticados y también las consecuencias sociales que supuestamente se desprenden de una carencia de medicación. Ubicamos en México el cénit del TDAH en estos años, la popularización de la mirada neuropsiquiátrica, y el afianzamiento de un consenso sobre el mismo

que encontró poca objeción. Lo anterior no implica que después se haya dado una menor prescripción de fármacos o que la categoría diagnóstica haya cobrado menos fuerza; todo lo contrario, hubo un proceso de expansión y un afianzamiento del territorio biomédico frente a otros enfoques.

¿Son la hiperactividad y la desatención en la actualidad asuntos estrictamente médicos?

Dentro del campo de las humanidades y las ciencias sociales se acumula una cada vez más nutrida bibliografía sobre temas como el neurocentrismo, la neurocultura, las intersecciones entre cultura y cerebro, las relaciones entre cerebro e historia, la plasticidad cerebral, drogas inteligentes, medicalización de la vida cotidiana, las actuales pedagogías de corrección de la conducta, los imaginarios contemporáneos del cuerpo y sus afecciones, las metáforas de la enfermedad y de la somatización, ficciones de la salud, entre otros. De manera directa o tangencial, muchas de éstas abordan temas vinculados con el TDAH, o brindan coordenadas para su comprensión fuera de los márgenes de lo que el modelo neuropsiquiátrico enuncia.

Solo por mencionar a dos filósofos contemporáneos interesados en el tema, podemos señalar a Byung Chul Han y a Franco “Bifo” Berardi.⁴²³ El primero, en un breve ensayo denominado “La violencia neuronal”, ubica al TDAH, a la depresión y al “síndrome de desgaste ocupacional” como patologías del “sujeto del rendimiento”, del “sujeto de la autoexplotación”, como “figuras originarias de la sociedad del cansancio”. Estas enfermedades de comienzos del siglo XXI son emblemáticas del paradigma neuronal y se caracterizan —nos dice— por el exceso y la violencia de la positividad, por ser “saturativas”, resultado “de la superproducción, el superrendimiento o la

⁴²³ Además de estos autores, podemos citar también otros trabajos que, en el cruce de la sociología y la filosofía, reflexionan sobre la hiperactividad y sobre las transformaciones en la subjetividad producto de los avances del campo biomédico: VIDAL y ORTEGA, *¿Somos nuestro cerebro?*; ROSE, *Políticas de la vida*.

supercomunicación”.⁴²⁴

Franco Berardi, por su parte, sostiene que más que pensar la hiperactividad como un trastorno individual, ésta puede entenderse como el síntoma de una patología social, vinculada con la sobreestimulación a la que nos exponen las nuevas tecnologías. Una exigencia de productividad que genera una sensación de prisa, urgencia y agitación, de sobrecarga de información y de los sentidos. Una aceleración del tiempo que imposibilita el conseguir concentración, desplegar nuestra creatividad o disfrutar de momentos de calma.⁴²⁵

Podría alegarse que no es precisamente la hiperactividad infantil la que discuten estos autores; sin embargo, resulta relevante su punto de vista en tanto, más allá del debate sobre una patología específica, sostienen que estamos frente a una “mutación antropológica”, un “nuevo paradigma vital” desde el que se podría pensar y enmarcar un trastorno como el que nos ocupa. Su análisis, aunque no deja al margen a las infancias de la época actual, apunta a adultos obsesionados con la productividad, incapaces de momentos de ocio y aterrados por los posibles periodos de aburrimiento de los que rehuyen fehacientemente.

Ejemplo de la actitud descrita por Berardi y Han se expresa de forma por demás nítida en *Take your pills*.⁴²⁶ Filmado en 2018, este documental presenta los usos de Ritalin y sobre todo de Aderall, para incrementar el rendimiento académico, deportivo y laboral. Estos estimulantes, utilizados para controlar los síntomas del TDAH, hacen aquí de prótesis cognitivas y de tecnologías médicas para incrementar la productividad demandada por las presiones sociales, toda

⁴²⁴ HAN, *La sociedad del cansancio*.

⁴²⁵ BERARDI, *La fábrica de la infelicidad*; BERARDI, Franco “Bifo”, “El colapso de la atención en el infocapitalismo”.

⁴²⁶ *Take your pills* muestra acertadamente diferentes visiones sobre el uso de los medicamentos estimulantes, relata algunos testimonios con visiones contrapuestas, e incluye las voces de diferentes implicados, dejando sobre la mesa importantes debates sobre las adicciones, la ética médica, la sociedad actual, el culto a la píldora, la medicalización de la vida, entre muchos otros.

vez que consiguen periodos mayores de atención y una actividad acelerada, pero controlada y eficiente. En lo que es un retrato de la cultura estadounidense, podemos ver a deportistas de alto rendimiento, trabajadores sometidos permanentemente a situaciones de estrés y demandas laborales, a estudiantes universitarios que recurren a estos medicamentos estimulantes para no perder ventaja frente a sus pares consumidores. De pasada, también pone a debate las prácticas de diagnóstico y tratamiento del TDAH, señalando que con mucha facilidad son prescritos medicamentos para tratar sus síntomas, y que concomitantemente a ello, parece normalizarse su uso para conseguir éxito y equidad en la educación y en un mundo laboral marcado por la competencia y las soluciones fáciles e inmediatas.

El TDAH en la cultura popular

Respecto a las representaciones del TDAH en las producciones culturales, sirvan los siguientes como ejemplos. En un capítulo de 1999 en *Los Simpsons*, Bart es tratado con un fármaco llamado “Focusyn”, (que emula al Ritalin), que lo convierte en un estudiante ejemplar, pero después, comienza a desarrollar paranoia y a tener comportamientos más “extraños” que los “normales”.

Otro personaje de televisión, Anthony Jr., el hijo menor de *Los Soprano*, en un episodio de la serie es diagnosticado con TDAH por un psicólogo escolar. Tony, el padre mafioso increpa a su esposa Carmela sobre la situación y señala que lo que su hijo necesita son unos golpes en la cabeza y que lo único que quieren esos psicólogos es llenarse los bolsillos. La respuesta de la esposa — por el contrario— expresa: “¿golpearías a un enfermo?”, “¿golpearías a alguien con polio?”; afirmando así una perspectiva de la hiperactividad que la sitúa como enfermedad, como desorden neuropsiquiátrico, una condición que afecta la conducta como resultado de un funcionamiento cerebral alterado.

La referencia a la hiperactividad en la cultura popular muestra los imaginarios colectivos

en torno al trastorno. Para utilizar los términos de Iván Jablonka, podemos decir que estas “ficciones tienen una potencialidad cognitiva y no una mera función mimética”: movilizan conceptos y significados, producen conocimientos al tiempo que transmiten un saber.⁴²⁷ Los episodios en los que Bart Simpson y Anthony Jr. son etiquetados como hiperactivos, evidencian a una psiquiatría que tiende a privilegiar los tratamientos farmacológicos. El hecho de que los dos episodios aparezcan a finales de los noventa hace resaltar además el despegue de la popularización del TDAH y la prescripción masiva de Ritalín para niños.

Los ejemplos expuestos no son casos aislados, puede encontrarse diversas representaciones y una constante presencia de información y debates sobre el trastorno en artículos periodísticos o aparecidos en internet, novelas, películas, podcast, y en una basta producción de perfiles en redes sociales, desde diversas perspectivas y protagonistas: pertenecientes a asociaciones o instituciones de salud, de carácter divulgativo, de diagnosticados o familiares de éstos (principalmente madres) que comparten sus experiencias y que hacen de red de apoyo.⁴²⁸ Todo lo anterior pone en evidencia que los estudios sobre el TDAH y las discusiones acerca de la prescripción de fármacos para niños, no pueden restringirse solamente al campo médico. El trastorno mismo no se configura exclusivamente desde los consensos de expertos, participan de ello todo un conjunto de elementos que en una articulación compleja van lentamente modificando la mirada sobre el TDAH, creando

⁴²⁷ JABLONKA, *La historia es una literatura contemporánea*, pp. 218-219.

⁴²⁸ Algunos ejemplos. Desde el teatro: SUÁREZ, Mariluz, “El vuelo del abejorro”. Películas como: *El otro Tom* (2021), (basada en la novela homónima de la escritora uruguaya Laura Santullo, de 2018). Grupos de Facebook como “Soy mamá y mi hijo tiene TDAH”, “Madres del TDA y TDAH”, “Padres de niños con TEA & TDAH aprendamos entre todos”, “Padres de niños con TDA e hiperactividad”. En Instagram: “la-mini-guia-tdah”, “tuapoyoconeltdah”, “soytda”, “soymaruytengotdah”. La lista, sobre todo de redes sociales sería muy larga, basten estos ejemplos para poner en evidencia que los conocimientos sobre el trastorno circulan por diferentes medios y de acuerdo con variados intereses, en algunos casos se subvierte la “mirada oficial” sobre el trastorno, pero en la mayoría ésta justamente es reforzada, asumiéndose la desatención y la hiperactividad como una alteración del neurodesarrollo y privilegiándose la terapéutica farmacológica.

construcciones simbólicas diversas. La hiperactividad y la desatención no son hoy solamente términos médicos, ni de pacientes, las significaciones sobre el TDAH circulan, se complementan, se legitiman, pero también pueden resultar antagónicas.

Ángela Vargas Rodríguez y Carlos Perales sostienen que en las representaciones sociales y simbólicas del trastorno participan variados subgrupos que aportan elementos para su comprensión y conceptualización, ya sea como problema hereditario, como alteración neurofisiológica, como resultado de las prácticas de crianza, como “desviaciones de la conducta”, entre otros. Aunque los factores biológicos suelen considerarse como definitorios, cada cultura y contexto social concibe de manera diferente al trastorno, sus síntomas y su terapéutica; éstos no son hechos que de manera aislada y aséptica se produzcan desde los consensos de expertos, sino que forman parte de una urdimbre de relaciones y de intereses situados históricamente, y que se encuentran asociados a las transformaciones sociales, a las políticas institucionales de salud, al modo en que son percibidos y apropiados el discurso y la práctica médica. Lo mismo puede considerarse de los efectos y las consecuencias que para padres, niños y maestros traen los síntomas consigo, cuya comprensión depende del contexto. El TDAH se conceptualiza de modo diverso: como rechazo, “fracaso escolar”, “rebeldía”, alteración a la dinámica de las clases, “niño problema”, resultado de fallas en la puesta de límites. De igual manera, se experimenta de forma variada: con sentimiento de culpa, temor a futuro, como enfermedad o diagnóstico basado en evidencia, etc. Todo ello nos habla de la necesidad de, al pensar el TDAH en su deriva histórica, considerar sus múltiples implicaciones. De entenderlo más allá de una serie de cambios en el diagnóstico, pues el trastorno desborda la significación que de él puedan tener los profesionales del campo médico.⁴²⁹

⁴²⁹ VARGAS RODRÍGUEZ y PARÉALES QUENZA, “La construcción social de la hiperactividad”. Véase también: VARGAS RODRÍGUEZ, *Discursos de la hiperactividad*.

La perspectiva neuropsiquiátrica suele dar poca importancia a las representaciones culturales del trastorno, sobre todo a las no clínicas, incluso puede asumirlas como disparates creados desde el desconocimiento; sin embargo, éstas tienen un impacto no solo en la forma en que se concibe el TDAH, sino también en la búsqueda de “ayuda” o atención clínica y en la perspectiva y valoración sobre el tratamiento. Como sostienen Uribe y Vásquez Rojas, un principio fundamental en antropología médica indica que cuando coexisten diversos sistemas médicos en una sociedad compleja, las personas tienden a utilizar varios de ellos a lo largo de su vida. Ante enfermedades que generan gran preocupación, es común que las personas recurran a múltiples estrategias terapéuticas al mismo tiempo. Así, junto a explicaciones asociadas con una lesión o disfunción vinculada con el SNC (“por el electroencefalograma que le tomaron parece que tiene un cerebro inmaduro”, “yo sé que son los neurotransmisores que no funcionan bien”), o como problema psicológico, desajuste psicosocial relacionado con la crianza o el entorno, convergen también atribuciones de causalidad ligadas al castigo (por un embarazo no deseado o por intento de aborto) que hay que pagar. Estos autores encuentran, en entrevistas realizadas a madres de hijos con diagnóstico clínico, sobre todo en los inicios (previos a un diagnóstico clínico) de lo que llaman la “carrera moral del TDAH”, expresiones que remiten a nociones de trauma, o a “sacrificio materno, resignación, fatalidad, castigo, inevitabilidad, designio, impotencia, etc.”. Así, las madres transitan con sus hijos, cuando éstos presentan síntomas, por diversos saberes terapéuticos. Durante el itinerario que emprenden, los diagnósticos, sus causas y los tratamientos se reconfiguran, no sin generarse tensiones, sospechas, negociaciones, pronósticos, alarmas, adherencias con ciertos profesionales y terapéuticas, y rupturas con otros.⁴³⁰

⁴³⁰ URIBE y VÁSQUEZ ROJAS, “Factores culturales en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad”. El proceso de negociación entre modelos explicativos ha sido abordado por: KLEINMAN, EISENBERG y GOOD, “Culture, Illness, and Care”, pp. 251-258.

Con relación a los síntomas asociados y a la propia perspectiva neuropsiquiátrica del TDAH, hay múltiples registros narrativos que frecuentemente son catalogados desde ésta, como faltos de evidencia, como una popularización acientífica, como mitos que dan cuenta de ignorancia y que contravienen los principios de una acendrada mirada científica. Lo cierto es que antes y alrededor de un diagnóstico hay una serie de relatos y prácticas ambivalentes y ambiguos que hacen ver que está lejos de existir una “historia única”. El proceso diagnóstico no es solo un acto protocolario, una operación técnica; en tanto orden clasificatorio, es también un acto de lenguaje que admite múltiples interpretaciones, pues él mismo abreva de diversas fuentes semánticas.

Hemos mostrado que las empresas farmacéuticas no imponen de manera aislada su agenda para generar un aumento en los diagnósticos del TDAH y en la prescripción de medicamentos. Sus actividades se articulan con una extensa red de profesionales, técnicas diagnósticas, prácticas y políticas que conducen a la expansión del TDAH. Por otro lado, se ha puesto en evidencia que un diagnóstico psiquiátrico no permanece estático, se va reconfigurando y va ampliando sus directrices en la búsqueda de nuevos portadores.

Algunos ejemplos para aclarar este último punto. En la década de los setenta se sugirió que la edad para el diagnóstico de TDAH podía oscilar entre los 6 y 13 años, con lo que en el DSM-III fue clasificado dentro de los trastornos de la infancia, señalándose que en la mayoría de los casos se superaría antes de la adolescencia. Para los noventa, el TDAH ya consideraba también a los adultos. Se apuntaba que al no ser diagnosticados en la infancia, los problemas de atención e impulsividad se seguían haciendo patentes en la adultez, con lo que se afianzó la tesis que apuntaba a un padecimiento crónico. Este diagnóstico se ha hecho cada vez más común, lo que llevó a que en el DSM-5, el TDAH apareciera clasificado dentro de los trastornos del neurodesarrollo, y aunque persistía la definición de síntomas detectables en niños, se hacían acotaciones para

ejemplificar de qué modo un síntoma podía verificarse en adultos. Lo anterior abrió nuevas líneas de investigación: el objetivo ahora era “prevenir” y para ello se puso énfasis en la detección temprana. Otros aspectos vinculados con la expansión del trastorno los tenemos con la edad, en los ochenta se decía que el diagnóstico podía realizarse en niños mayores de seis años, pero en las décadas posteriores se insistió en la detección temprana, en edad preescolar. Por otro lado, tenemos la cuestión de género. El SHI en los setenta establecía una proporción de 10:1 entre niños y niñas. Cuando el énfasis ya no recayó en los problemas de conducta, es decir, en la hiperactividad, sino que comenzó a tener igual o mayor importancia la desatención, la proporción pasó de 3:1. No está por demás decir que todos estos cambios no son solamente decisiones de grupo, se fundamentan en investigaciones sobre el TDAH, pero dan cuenta también del modo en que las dinámicas socioculturales tienen una incidencia en los trastornos, el énfasis a los síntomas cognitivos (la desatención en este caso) han llevado y lo harán aún más en el futuro, a que ya no sea considerado el TDAH como un trastorno sobre todo masculino.⁴³¹ ¿Hacia dónde se dirige la migración o ampliación del TDAH? Un documental aparecido en 2022 nos puede dar alguna pista, o al menos nos muestra un camino. *The Disruptors* en cierta forma sigue la ruta de *Take your pills*, pero va más allá. Presenta a diferentes celebridades del espectáculo y los negocios que —siguiendo los parámetros norteamericanos de éxito— han alcanzado notoriedad en cada uno de los terrenos en los que se desempeñan. El punto central es que son personas con TDAH que señalan que aunque no fueron diagnosticadas en la edad temprana, a partir de un diagnóstico retrospectivo asumen que cumplían —y cumplen— con los síntomas para ello. Así, pretenden mostrar que el trastorno puede representar una ventaja, pues el cerebro con TDAH —sostienen— les ha permitido desarrollar su creatividad, la curiosidad y una capacidad para generar ideas innovadoras. Su propuesta entonces

⁴³¹ CONRAD y SINGH, “Reflections on ADHD in a global context”, pp. 386-387.

es mostrar que su éxito puede ser atribuido a un trastorno que bien focalizado redundaría en una inteligencia y energía que los sistemas educativos tradicionales no logran comprender. Este enfoque tampoco es nuevo, ya desde hace años se veían artículos de la prensa en los que se apuntaba que deportistas de alto nivel habían tenido TDAH en su infancia, haciendo suponer que el deporte no solo les había permitido tramitar los síntomas, sino que éstos jugaron a su favor rindiendo más. La influencia de las redes sociales hoy en día ha despertado un fenómeno de aparente desestigmatización y normalización de comportamientos asociados antes a trastornos mentales. Desde información acotada y simplificada al máximo, se crean entre los jóvenes y adultos constructos identitarios que refuerzan su adhesión a una etiqueta. Un proceso de autodiagnóstico en expansión que asume un TDAH sin *pathos*, promotor de una “neurodiversidad”, idea tan ensalzada hoy, pero que lejos de representar una crítica a la medicalización, parece reforzarla.

CONCLUSIONES

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) es un diagnóstico que difícilmente hoy puede pasar desapercibido en el campo médico, psicológico y educativo; pero tampoco para diversas representaciones culturales vinculadas con la infancia. Para diversos autores, el TDAH y los síntomas que le dan forma tienen una larga historia, éstos han sido agrupados, nombrados y atendidos bajo diferentes etiquetas diagnósticas, tal es el caso de la Disfunción Cerebral Mínima (DCMi). En ella hemos centrado la presente investigación. Nuestro objetivo ha sido analizar la perspectiva diagnóstica, el tratamiento y los debates sobre la DCMi, que se dieron entre el gremio de los psiquiatras infantiles mexicanos, en el periodo que va de 1967 y 1976. Para ello nos hemos enfocado —fundamentalmente— en el análisis de la *Revista de la Clínica de la Conducta* y en las Actas del Primer Congreso de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, publicaciones relevantes para la comunidad psiquiátrica de la época que dedicaron amplios apartados al estudio y las discusiones de la DCMi. A partir de lo anterior, se buscó comprender los antecedentes del abordaje del TDAH que, desde el modelo neuropsiquiátrico, se ha instaurado de manera global en las últimas cuatro décadas.

Ubicamos esta investigación dentro de los estudios de la historia de la psiquiatría infantil. Reconocemos un especial interés en la indagación de la emergencia, las vicisitudes, desarrollos, sesgos y controversias en torno a los diagnósticos biomédicos. Nos ha interesado pensar la definición de la DCMi, la explicación de sus causas desde una etiología orgánica, los efectos de los medicamentos anfetamínicos sobre los trastornos de conducta y del aprendizaje asociados a ésta y, en general al auge de la psicofarmacología usada con niños en la década de los sesenta y las siguientes. Aunado a lo anterior —y sin atribuirle una influencia secundaria—, nuestra mirada también recae en la indagación de los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales, la

promoción y publicidad de la IF dirigida a médicos, el rol de las políticas gubernamentales de salud, las directrices de la investigación sobre el tema, los artículos académicos, los elementos culturales y el lenguaje mismo en que se describe un trastorno, etc.

En el primer capítulo, se ha revisado el modo en que se estructuran las historias del TDAH entre quienes suscriben el modelo de la psiquiatría biológica. La también llamada “historia oficial del TDAH” sostiene que desde finales de 1700 ha existido una preocupación por la hiperactividad, la impulsividad y la desatención, y que estamos frente a un trastorno transhistórico. Descrito sin tanta claridad, sí, pero el interés por las conductas infantiles descontroladas —apuntan— ya existía desde los siglos XVIII y XIX, algunos incluso lo ubican más atrás. Sucede entonces que las diferentes descripciones médicas y los autores que se retoman conforman en su concatenación esa historia oficial. Se van recuperando y conservando rasgos, aspectos que en su relación construyen una narrativa que acentúa los relatos de médicos, cuyas descripciones son comparadas con los síntomas explicados en las versiones más recientes del DSM. Por comparación entonces, se establecen vínculos entre elementos que insisten y que llevan a afianzar la idea de que los síntomas del TDAH no solo ya eran mencionados, sino que además eran explicadas sus causas como lesiones o alteraciones cerebrales.

Al interrogar el armado de estas historias y de los diferentes acontecimientos y personajes que la componen, sostenemos una primera conclusión. Lo que se ha querido ver como la historia del TDAH es, en buena medida, una historia de cómo han sido pensados, interpretados, diagnosticados y tratados sus síntomas, en diferentes periodos históricos, desde los modelos psiquiátricos prevalecientes, con las tecnologías médicas, y en el contexto de cambios sociales, culturales y económicos que se generan en contextos específicos. Para decirlo de otro modo, más que una historia única, lineal y progresiva del TDAH, se trata de historias del modo en que han

sido leídos estos comportamientos infantiles “inadaptados” en distintos momentos históricos. Cada época distingue lo normal de lo anormal (pueden usarse diferentes eufemismos para ello), y dispone de determinadas terapéuticas para corregir lo que se considera inaceptable. Eso que es necesario cambiar es definido e identificado a partir de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas con las que se cuente. Considerando lo anterior, estamos frente a historias de la desatención y de los comportamientos impulsivos que cuentan cómo estas conductas se han pensado desde variados paradigmas médico-psiquiátricos.

Las historias oficiales del TDAH tienen también como finalidad validar la perspectiva neurobiológica dominante en la actualidad, trazando un recorrido cronológico y secuencial cuyos pasajes son aproximaciones —en algunos casos vistas como tempranas, fallidas o inacabadas por los propios partidarios de este modelo— necesarias para llegar al arribo triunfal que representan las descripciones más recientes del trastorno en el DSM. En este sentido, fungen también como parte de la construcción del objeto-TDAH, y cobrar tintes cohesionadores entre los profesionales que suscriben la perspectiva de la psiquiatría biológica. Los neurólogos o psiquiatras que hoy comparten un punto de vista afín sobre el trastorno construyen así una imagen de continuidad y certeza en su práctica, se convierten en herederos de una tradición, forman parte del grupo dominante y de una red más amplia de expertos en el trastorno.

Los capítulos tres y cuatro se enfocaron en el análisis del modo en que los psiquiatras infantiles mexicanos pensaron y atendieron la DCMi. Primeramente, debemos decir que concebimos su quehacer no como una simple copia de sus homólogos estadounidenses —cuyo país fue el epicentro de un creciente interés por el tema—, tampoco en términos de una adaptación pasiva o una simple homogeneización de una práctica. Reconocemos elementos idiosincrásicos y una combinatoria de factores locales —sociales, profesionales, tecnológicos, políticos,

económicos, entre otros— que contribuyen a lo que también se ha denominado la *migración de un trastorno*. Partiendo de esta premisa, nos ha parecido relevante entender algunas particularidades de la psiquiatría infantil en las décadas de los sesenta y setenta, lo anterior con el fin de conseguir una mejor comprensión de cómo la DCMi fue pensada entre el gremio psiquiátrico mexicano y en algunas instituciones públicas de salud y educación. Hemos tomado como centro de nuestra indagación, el trabajo que los paidopsiquiatras desarrollaron en la Clínica de la Conducta, una institución que funcionó como espacio de producción de conocimientos y prácticas vinculadas con los problemas de conducta y aprendizaje. En ella participaban grupos interdisciplinarios, pero los psiquiatras tenían un rol central. En la Clínica, los psiquiatras ampliaron sus redes de colaboración e intercambio de experiencias con colegas de otros países, organizaron congresos, se vincularon con maestros de educación básica y con otros profesionales. Los paidopsiquiatras sirvieron como mediadores entre la IF y sus pacientes, probaron e investigaron los efectos de algunos fármacos y ensayaron diversos tratamientos. Lograron como gremio el reconocimiento de la comunidad médico-científica. El trabajo que realizaron en esta y en otras instituciones públicas que ofrecían servicios de psiquiatría infantil, posibilitó —después de intentos fallidos— la coexistencia de grupos heterogéneos que consolidaron en 1975 la fundación de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil.

En la Disfunción Cerebral Mínima quedaban contenidas una amplia variedad de síntomas o subcategorías. Pero el hecho de que resultara tan amplia e inespecífica posibilitó a los psiquiatras mexicanos extender sus márgenes de incidencia. Como colectivo, reforzaron con este diagnóstico su legitimidad para corregir comportamientos asociados a problemáticas escolares y de salud mental infantil. Agrupadas bajo el paraguas de la DCMi, se podían contar conductas tan disímiles como: onicofagia, mitomanía, piromanía, anorexia, timidez, trastornos del sueño, apatía,

inestabilidad emocional, dificultades de aprendizaje, dificultades en la lectura, déficits perceptivo-motores, entre otras. Pero, y aquí ya se hace patente la relación que guarda la DCMi con el TDAH, los síntomas más frecuentes para el diagnóstico de la primera eran: la escasa atención, la impulsividad, las conductas agresivas, la baja tolerancia a la frustración, el bajo rendimiento escolar, la perseverancia y la hiperactividad. Es decir, en la DCMi se encuentran ya delimitados los síntomas que componen el TDAH.

Lo anterior tampoco implica que exista una equivalencia entre "hiperactividad infantil" y DCMi. La hiperactividad forma parte de la segunda, es una más dentro de un amplio conjunto de patologías o conductas agrupadas. El punto central es que en el cruce de la psiquiatría y la educación, la DCMi, más que otro desorden, dotó a los psiquiatras infantiles de identidad como gremio; aun más, cuando funcionó para "reclutar" a un conjunto de niños que manifestaban una conducta fuera de los márgenes del "desarrollo normal" definidos por la propia AMPI. Así, comportamientos diversos que representaban una alteración al orden escolar y familiar —niños que mostraban dificultades de adaptación a las escuelas—, quedaron bajo el escrutinio de los psiquiatras infantiles, que en esos tiempos se profesionalizaban e institucionalizaban. Las historias clínicas legitimaban a los paidopsiquiatras y éstos reconfiguraban su campo a partir de los variados casos atendidos y en sus vínculos con otros profesionales. La Clínica de la Conducta funcionó como un verdadero espacio de regulación conductual, como un laboratorio en el que los diagnósticos se cuestionaban, verificaban o reconfiguraban, donde se probaban las llamadas "psicodrogas", se investigaban sus efectos, se aplicaban y estandarizaban tests.

Al realizar un análisis global del contenido de la *Revista de la Clínica de la Conducta*, hemos encontrado que en este órgano de difusión de la institución, tuvo una presencia constante el tema de los fármacos. Abundaron las investigaciones —la mayoría realizadas en la Clínica o en

el Departamento de Higiene Mental y Psiquiatría del Hospital Infantil de México— sobre la acción terapéutica, la tolerancia y efectividad de medicamentos para tratar los trastornos de conducta de niños en edad escolar. La publicación y la institución resultaron necesarias para los psiquiatras infantiles y para la IF. Varios laboratorios farmacéuticos estuvieron interesados en — que se investigaran los efectos de sus productos en el control de variados trastornos. Su pretensión era que se ampliaran los márgenes de aplicación de los fármacos y conseguir por ende mayor promoción. Con ello, los psiquiatras legitimaban su propia práctica, aparejada cada vez más con un modelo biologicista que atribuía los trastornos a desequilibrios químicos o funcionales del cerebro.

La mayor parte de las investigaciones arrojaban la conclusión de que era necesario el análisis de un mayor número de experiencias clínicas sistemáticas, pues los resultados tendían a ser contradictorios e insuficientes, basados en diseños experimentales que hoy, por cuestiones éticas y metodológicas, no podrían llevarse a cabo.

La Clínica y las diferentes instituciones que ofrecían servicios de psiquiatría infantil funcionaban como espacios de producción de conocimientos. Laboratorios en los que se establecían interacciones entre profesionales, se obtenían e interpretaban datos que avalaban la perspectiva farmacológica, se creaban argumentos para persuadir a otros profesionales de la salud, a maestros, a padres y madres de familia acerca de la pertinencia de la práctica paidopsiquiátrica. Psiquiatras, fármacos, publicaciones, ponencias, el intercambio con redes de profesionales y las tecnologías diagnósticas (los tests y el EEG), en su imbricación e influencia mutua, legitimaban y daban forma al conocimiento, a las categorías diagnósticas y al conjunto de síntomas que podían ser tratados por los psiquiatras infantiles.

Entre los psiquiatras mexicanos, el tratamiento con psicofármacos para los problemas de conducta infantil era concebido como parte de un abordaje multidisciplinario que incluía también intervenciones psicoterapéuticas, educativas, escuela para padres, visitas familiares y escolares. Sin embargo, el uso de psicodrogas se pensaba como un elemento de suma importancia en el tratamiento integral para niños. Los psiquiatras sugerían que educadores, psicólogos escolares y padres de familia, fueran instados a cooperar con la observación atenta de las intervenciones farmacológicas, sobre todo considerando que eran ellos quienes mayor contacto tenían con los infantes.

Algunos debates que suscitaron las psicodrogas fueron los señalamientos de que éstas eliminaban los síntomas, pero no sus causas, con lo que su uso iba del rechazo total a una abierta prescripción aun cuando su efectividad era dudosa. Sobre los psiquiatras infantiles pesaba una demanda de "cura" por parte de la institución y de la familia, quienes depositaban su confianza en que los síntomas de sus hijos podían ser "curados". Partían de un imaginario médico sobre la enfermedad y los tratamientos, en el que las pastillas ofrecían mayor certeza que la terapia psicológica.

Un tema recurrente, y que resultaría conveniente analizar con detenimiento en trabajos posteriores, es la culpa frente a los problemas de conducta. En el caso de la DCMi, se encuentra un desplazamiento de la culpa de los padres como causantes del comportamiento de sus hijos hacia la consideración de éste como un problema de origen orgánico —que por lo tanto ya no se asocia a la crianza, o producido por vivencias infantiles traumáticas o por altas demandas escolares. En el caso del niño, también operaba este mecanismo, pues —decían— se reducía el sentimiento de impotencia, la sensación de fracaso escolar y la incapacidad para autorregularse. Al considerarse entonces una causalidad orgánica, el fármaco venía a reforzar la idea de que las manifestaciones

obedecían a una estructura cerebral alterada o dañada que llevaba a una dinámica familiar caótica y descontrolada.

Uno de los aspectos destacado es que, aunque se reconocía la eficiencia probada de tres fármacos —benzedrina, dexedrina y metilfenidato (Ritalín)— para mejorar la impulsividad y los comportamientos hiperquinéticos, contabilizamos más de veinte que fueron probados para atender síntomas relacionadas con los problemas de conducta. El análisis de la prescripción de fármacos en el periodo comprendido entre 1967 y 1976, nos permitió ubicar que Ritalín estaba aún lejos de tener la contralidad que conseguirá décadas más adelante, cuando se produjo su masificación. En esta época encontramos que ya existía un vasto arsenal terapéutico para inhibir la impulsividad, disminuir la hiperquinesia, la agresiva y mejorar la atención. Respecto a esta última, los efectos de los fármacos no eran del todo claros —menos aún se reconocían mejoras en los problemas de aprendizaje—, aunque podían aparecer al mejorar la conducta hiperquinética, lo que del mismo modo podía incidir en el rendimiento académico y la motivación.

Aunque las políticas en salud mental se intensificaron en los ochenta y noventa, en nuestro periodo de estudio se sentaron las bases de una psiquiatría biológica que cambió sus objetivos, directrices diagnósticas y orientó con mayor insistencia su terapéutica hacia los psicofármacos. La popularización del TDAH, el incremento de personas con este diagnóstico —que es el mismo caso de otros malestares como la depresión, la ansiedad, la bipolaridad, el estrés postraumático— nos da una muestra clara de este viraje de la psiquiatría, que ha sido asociado a la denominada "trivialización de la patología", esto es, una reducción del umbral de lo considerado como un trastorno mental.⁴³²

⁴³² SHORTER, *Historia de la psiquiatría III*, p. 289.

Un aspecto que al rastrear la historia de la hiperactividad y la desatención se nos ha mostrado con mayor claridad es que el paso de un diagnóstico a otro no es un proceso de ruptura identificable en fechas precisas; las designaciones suelen empalmarse, confundirse, diluirse, entrar en desuso o ser recuperadas tiempo después. En el capítulo cinco hemos querido mostrar lo que sucedió después de la DCMi, para ello hemos dado cuenta de los cambios que el TDAH y sus síntomas han tenido en las diferentes versiones del DSM. Este ejercicio permitió ver el modo en que se fue afianzando como hegemónica la psiquiatría norteamericana.

Uno de los grandes cambios que experimentó la psiquiatría en la década de los ochenta tiene que ver con el auge de la farmacología, el desarrollo de modernas técnicas de neuroimagen y, otro muy importante, el viraje hacia una clasificación que dejaba atrás sus vínculos con modelos psicodinámicos, y que pasó a definir como síntomas, conductas aparentemente objetivas, de “fácil observación”. A partir del DSM-III tenemos un enfoque de *checklist*, de agrupamientos o conglomerados, que se volvieron comprensibles, ¿peligrosamente asequibles? para un extenso público. Si recaía entonces en esos síntomas la conformación de un diagnóstico y esos síntomas eran modificables por medio de psicofármacos, es decir, por medios químicos, las piezas del rompecabezas terminaron por encajar.

Hemos señalado que el fenómeno de expansión del TDAH y su tratamiento farmacológico se inscribe en la lógica del mercado que impuso el neoliberalismo, en el que la infancia se convirtió en un segmento poblacional sumamente atractivo y redituable. Las soluciones rápidas y el clasificar, detectar y corregir con premura los comportamientos de los niños que no resultaran funcionales, nos habla justamente de esta dinámica.

Al realizar un análisis de los principales consensos nacionales e internacionales de expertos sobre el TDAH, publicados en los primeros años del siglo veinte, encontramos que muestran

notables acuerdos sobre la definición, diagnóstico, prevalencia, terapéutica y sobre el pronóstico del trastorno. Sin embargo, hemos resaltado que las controversias al respecto no son menores y que resulta conveniente seguir investigando desde variadas perspectivas la continua expansión global del TDAH.

El proceso de migración del TDAH a México tuvo sus particularidades, la imposición del modelo de la psiquiatría biológica estuvo dado por la intervención de diferentes actores, procesos y prácticas, que conviene pensar y analizar en su interconexión, en un entretejido que suele ser invisibilizado en muchos estudios sobre el trastorno. El conjunto de profesionales, terapéuticas, tecnologías, factores económicos, políticas públicas de salud o disposiciones administrativas e institucionales gravitaron alrededor del diagnóstico e incidieron en el auge de la aceptación —practicamente generalizada— de su tratamiento farmacológico.

Consideramos que el TDAH ya no es estricta y solamente una afección neuropsiquiátrica. La perspectiva de la psiquiatría biológica —por más que se considere objetiva, fundamentada en evidencia y consensuada estadísticamente por los expertos—, resulta insuficiente para entender la popularización del TDAH en fechas recientes. Su comprensión trasciende la definición clínica y precisa del análisis de elementos sociales, culturales, políticos y económicos que, se quiera reconocer o no, atraviesan la propia definición que del trastorno se tiene desde el campo biomédico. Queda mucho por investigar. Se requieren más estudios desde las ciencias sociales sobre el tema. Hay una urgente e imperiosa necesidad de salir del gremialismo y admitir los alcances y las limitaciones de cada práctica y de la propia evidencia científica. Frente a la historia única, esa versión oficial que del TDAH se intenta imponer, repitiéndola incansablemente, conviene señalar y hacer ver sus múltiples contradicciones.

EL TDAH es un ejemplo claro del modo en que las narrativas patológicas actuales tienen en el cerebro su nicho ecológico; pero pese a grandes descubrimientos y a los avances tecnológicos orientados a la observación de su funcionamiento, es difícil no darse cuenta que el cerebro sigue siendo tierra ignota, lo mismo que esos intentos por explicar solamente desde la psiquiatría biológica los síntomas asociados al TDAH.

REFERENCIAS

- “25% de niños sufren de disfunción cerebral”, *El Informador*, 30 de abril de 1979, p. 7-A.
- “Aburridos, inquietos, violentos, irritables, pueden ser síntomas de TDAH”, *Crónica*, 16 de febrero de 2013, En línea, <http://www.cronica.com.mx/notas/2011/598252.html>
- ALBRECHT, Björn, *et al.*, “ADHD history of the concept: The case of the continuous performance test”, *Current Developmental Disorders Reports*, 2015, II, 1, p. 10-22.
- ALCUBIRRE, Beatriz y SOSENSKI, Susana, *Historia mínima de las infancias en México*, México, COLMEX.
- ALEGRÍA, Juana Armanda, *Psicología de las mexicanas*, México, Samo, 1974.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-II)*. Washington D.C, American Psychiatric Association, 1968.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Third Edition-Revised)*. *DSM-III-R*, Washington D.C, American Psychiatric Association, 1987.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España, Editorial Médica Panamericana, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España, Editorial Médica Panamericana, 2024.
- ANASTOPOULOS, Arthur, BARKLEY, Russell A. y SHELTON, Terri L., “The history and diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder”, *Therapeutic care and education*, III, 2, 1994, pp. 96-110.
- ARIZAGA, Cecilia, FARAONE, Silvia, *La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos. Informe final. Diciembre 2008*. Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2008.
- ARROYO GARCÍA, Eduardo y VICENCIO MUÑOZ, Daniel, “Historia y profesionalización de la psiquiatría infantil y de la adolescencia”, *Familia Médica*, 44, 2016, pp. 4-7.
- ÁVILA RODRÍGUEZ, Victor Manuel *et al.*, *Guía Clínica. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*, México, Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, 2009.
- AVELEYRA ARROYO DE ANDA, Manuel *et al.*, *La higiene escolar en México. Publicación conmemorativa de setenta y cinco años de actividades de higiene escolar en México*, México, Comisión Nacional de Higiene Escolar y de Servicios Médico.

- BADINTER, Elizabeth, *¿Existe el instinto maternal?: historia del amor maternal, siglos XVII al XX*, Barcelona, Paidós, 1991,
- BAKKER, N. A., "Harmless disease: Children and neurasthenia in the Netherlands", Roy R. Poter y M. Gijswijt- Hofstra (Eds.), *Cultures of neurasthenia from beard to the First World War*, 2001, Amsterdam, Rodopi, pp.309-327.
- BARKLEY, Russell A., "International Consensus Statement on ADHD", *Clinical Child and Family Psychology Review*, V, 2, 2002, pp. 89-111.
- BARKLEY, Russell A., "The relevance of the Still lectures to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder", *Journal of Attention Disorders*, X, 2, 2006, pp. 137-140.
- BARKLEY, Russell A., y Peters, Helmut, "The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of 'attention deficit' (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis)", *Journal of attention disorders*, XVI, 8, 2012, pp. 623-630.
- BARRAGÁN PÉREZ, Eduardo *et al.*, "Primer consenso latinoamericano sobre el trastorno por déficit de atención e Hiperactividad", *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, LXIV, 5, 2007, pp. 326-343.
- BARROSO AGUIRRE, José Z., "Daño cerebral mínimo", *Primer Congreso Nacional Guadalajara, 1976. Monografía N° II Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil*, México, AMPI, 1978, pp. 37-38.
- BENASAYAG, León, "Deconstrucción neurológica del llamado ADDH", León Benasayag (Comp.), *ADDH, niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿una patología de mercado?*, Buenos Aires, Novedades Educativas, 2007, pp.13-34.
- BENASAYAG, León, "Ideología versus ciencia", Gabriela Dueñas (Comp.), *La patologización de la infancia ¿Niños o síndromes?*, Buenos Aires, Novedades Educativas, 2011, pp. 105-112.
- BENASAYAG, León, "Invención de enfermedades", Gabriela Dueñas y León Benasayag (Comps.), *Invención de enfermedades. Traiciones a la salud y a la educación. La medicalización de la vida contemporánea*, Argentina, Novedades Educativas, 2011, pp. 9-42.
- BERARDI, Franco "Bifo", *La fábrica de la infelicidad*, Madrid, Traficantes de sueños, 2003.
- BERARDI, Franco "Bifo", "El colapso de la atención en el infocapitalismo", Amador Fernández Savater y Oier Etxebarria (coords.), *El eclipse de la atención*, España, NED ediciones, 2023, pp. 63-78.
- BERGEY, Meredith R., y FILIPE, Angela M., "ADHD in global context", Meredith R. Bergey, Angela M. Filipe, Peter Conrad & Ilina Singh, (Eds.), *Global perspectives on ADHD: Social dimensions of diagnosis and treatment in sixteen countries*. United States of America, Johns Hopkins University Press, 2018, pp. 2-8.

- BERGEY, Meredith. R., FILIPE, Angela M., CONRAD, Peter., y SINGH, Ilina (Edit), *Global perspectives on ADHD: Social dimensions of diagnosis and treatment in sixteen countries*, United States of America, Johns Hopkins University Press, 2018.
- BERRIOS, Germán, *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*, México, FCE, 2013.
- BIANCHI, Eugenia, "Tests psicométricos y construcción de la infancia anormal. Aproximaciones desde el análisis del déficit de Atención e hiperactividad", *VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Argentina, UBA, 2009.
- BIANCHI, Eugenia, "La perspectiva teórico-metodológica de Foucault. Algunas notas para investigar el ADHD", *Revista Latinoamericana de ciencias sociales, Niñez y Juventud*, VIII, 1, 2010, pp. 43-65.
- BIANCHI, Eugenia, "Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM", *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, X, 2, 2012.
- BIANCHI, Eugenia y FARAONE, Silvia A., "El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA/H). Tecnologías, actores sociales e industria farmacéutica", *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, XXV, 2015, p. 75-98.
- BIANCHI, Eugenia, ORTEGA, Francisco, FARAONE, Silvia, GONÇALVES, Valeria y ZORZANELLI, Rafaela, "Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014)", *Saúde e Sociedade*, XXV, 2016, pp. 452-462.
- BIDERMAN, Joseph *et al.*, "Family-genetic and psychogenic risk factors in DSM- III attention deficit disorder". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, XXIX, 4, 1990, pp. 526-533.
- BIEDERMAN, Joseph *et al.*, "Further evidence for family- genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples", *Archives of General Psychiatry*, XLIX, 9, 1992, pp. 728-738.
- BIGLER, Erin D., PETRIE, Jo Ann, "Minimal Brain Dysfunction", Jeffrey S. Kreutzer, Jeffrey DeLuca (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*, New York, Springer International Publishing, New York, 2011. pp. 1621-1624.
- BINET, Alfred y SIMON, Theodore., *Niños anormales. Guía para admisión de niños anormales en clases de perfeccionamiento*, México, Librería y tipografía médicas M. Roig, Barcelona, 1917.
- BLOON, Barbar, COHEN, Robin y FREEMAN, Gulnur, *Summary Health Statistics for U.S. Children: National Health Interview Survey 2006*. Washington, National Center for Health Statistics. Vital Health Statistics, 2006.

- BONAZZA, Sara, SCAGLIONE, Cesa, POPPI, Massimo y RIZZO, Giovanni, "Did Goethe describe attention deficit hyperactivity disorder?" *European neurology*, LXV, 65, 2, 2011, pp. 70-71.
- BRANCACCIO, María Teresa, "Educational Hyperactivity: The historical emergence of a concept", *Intercultural Education*, XI: 2, 2000, pp. 165-177.
- BRANCACCIO, María Teresa, "*But Fidgety Phill /He won't sit still...*". *From Instability to Hyperactivity, 1890s-1990s*, Tesis de doctorado, Universiteit Van Amsterdam, 2001.
- BROWN, Phil. "The Name Game: Toward a Sociology of Diagnosis", *The Journal of Mind and Behavior*, XI, 3/4, 1990, pp. 387-388.
- BROWN, Phil, "Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness", Phil Brown (Ed.) *Perspectives in Medical Sociology*. Long Grove, Ill, Waveland Press, 2008.
- BRUDON, Pascale, *¿Medicamentos para todos en el año 2000? Las transnacionales farmacéuticas suizas frente al tercer mundo: el ejemplo de México*, México, Siglo XXI, 1987.
- BUDRYS, Valmatas, "Neurological eponyms derived from literature and visual art.", *European neurology*, LIII, 4, 2005, pp. 171-178.
- BURD, Larry y KERBESIAN, Jacob, "Historical roots of ADHD", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, XXVII, 2, 1988, p. 262.
- BYWATERS, Eric G., "George Frederic Still (1868-1941). His life and work", *Journal of medical biography*, II, 3, pp. 125-131.
- CABRAL DE BARROS, José Augusto, *Políticas farmacéuticas: ¿al servicio de los intereses de la salud?* Basilia, UNESCO, 2004.
- CALIMAN, Luciana Vieira, *A Biologia moral da atenção: a construção do sujeito desatento*. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2006.
- CALIMAN, Luciana Vieira, "Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH", *Psicologia: ciência e profissão*, XXX, 1, 2010, pp. 46-61.
- CAMPOS ARTIGAS, Alfonso y PATIÑO, José Luis, *La clínica de conducta y los niños problema. Contribución al estudio de la inadaptación escolar*, SEP, México, 1954.
- CARRANZA, Marcela, "Tres clásicos entre la obediencia y la desobediencia (primera parte)", *Imaginaria. Revista quincenal sobre literatura infantil y juvenil*, 209, junio, 2007. [En línea] <http://www.imaginaria.com.ar/20/9/entre-la-obediencia-y-la-desobediencia.htm#notas>
- CARRILLO, Ana María, "El inicio de la higiene escolar en México: Congreso Higiénico Pedagógico de 1882", *Revista Mexicana de Pediatría*, LXV: 2, 1999, pp. 71-74.

- CARRILLO, Ana María, "Vigilancia y control del cuerpo de los niños. La inspección médica escolar (1896-1913)", Laura Cházaro y Laura Estrada (Editoras), *En el umbral de los cuerpos. Estudios de antropología e historia*, México, COLMICH-BUAP, 2005.
- CASTRO GUEVARA, Numa Pompilio, "Editorial", *Revista de la Clínica de la Conducta*, IV, 8, 1971, pp. 3-4.
- CASTRO GUEVARA, Numa Pompilio, "Historia breve de la Clínica de la Conducta de la S.E.P.", *Revista de la Clínica de la Conducta*, IV, 8, 1971, pp. 5-11.
- CASTRO GUEVARA, Numa Pompilio, "Caracterología de la madre y la reacción infantil", *Revista de la Clínica de la Conducta*, V, 10, 1972, pp. 4-18.
- CASTRO GUEVARA, Numa Pompilio *et al.*, "Estudio triple ciego buclizina vs Ciproheptadina vs placebo", *Revista de la Clínica de la Conducta*, V, 11, 1972, pp. 34-38.
- CASTRO PEÑABER, Pedro E., "Historia clínica de una adolescente con problemas de conducta", *Revista de la Clínica de la Conducta*, IV, 8, 1971, pp. 49-53.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, "Mental Health in the United States: Prevalence of Diagnosis and Medication Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, United States, 2003", *Morbidity and mortality weekly report*, LIV, 34, 2005, pp. 842-847.
- CERVANTES LEÓN, G. *et al.*, "Neuropaidopsiquiatría y neuropsicofarmacología", *Revista de la Clínica de la Conducta*, IV, 7, 1970, pp. 39-59.
- CLEMENTS, Sam D., *Minimal brain dysfunction in children: Terminology and identification: Phase one of a three phase project*, US Department of Health, Education and Welfare, 1966.
- CLEMENTS, Sam D., "Profiles. An interview with Sam D. Clements", *Academic Therapy*, XV, 3, 1980, pp. 357-362.
- CLEMENTS, Sam D. y PETERS, John E., "Minimal Brain Dysfunctions in the School-Age Child.", *Archives of General Psychiatry*, VI, 3, 1962, pp. 185-197.
- CLEMENTS, Sam D. y PETERS, John. E., "Psychoeducational programming for children with Minimal Brain Dysfunctions", *Annals of the New York Academy of Sciences*, CCV, 1, 1973, pp. 46-51.
- COMITÉ ESTATAL DE PREVENCIÓN DEL DELITO, CONSEJO ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA, *Programa Estatal de Prevención del Delito Chiapas*. Chiapas, México, Talleres Gráficos del Estado. 2009.
- CONRAD, Peter, "The discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior", *Social Problems*, XXIII: 1, 1975, pp. 12-21.
- CONRAD, Peter. *Identifying hyperactive children: The medicalization of deviant behavior*. Lexington, Mass: Lexington Books, 1976.
- CONRAD, Peter, "Medicalization and social control", *Annual Review of Sociology*, XVIII, 1992, pp. 209-232.

- CONRAD, Peter, *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore, The John Hopkins University Press, 2007.
- CONRAD, Peter y POTTER, Deborah, "From hyperactive children to ADHD: Observation on expansion of medical categories", *Social Problems*. XLVII: 4, 2000, pp. 557-582.
- CONRAD, Peter y SCHNEIDER, Joseph W., *Deviance and Medicalization. From badness to sickness*. Temple University Press, 2010.
- CONRAD, Peter y SINGH, Ilina, "Reflections on ADHD in a global context", Meredith Bergey, Angela Filipe, Peter Conrad e Ilina Singh (Eds.), *Global perspectives on ADHD: Social dimensions of diagnosis and treatment in sixteen countries*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2018, pp. 376-390.
- "Consenso de expertos del área de salud sobre el llamado Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (2005)", Gisela Untoiglich (Coord.), *Diagnósticos en la infancia. En busca de la subjetividad perdida*, Buenos Aires, Novedades Educativas, 2005, pp.133-138.
- "Consenso Internacional de Expertos de Italia. ADHD y abusos en la prescripción de fármacos a menores. Italia (Enero de 2005)", León Benasayag, (comp). *ADDH, niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿Una patología de mercado?*, Buenos Aires, Novedades Educativas, 2007, pp. 245-254.
- CUANALO GUEVARA, Filemón, "Investigaciones sobre un nuevo psicofármaco en los trastornos conductuales del niño", *Revista de la Clínica de la Conducta*, V, 11, 1972, pp. 31-32.
- CUANALO GUEVARA, Filemón *et al.*, "El Clorhidrato de Tioridazina en el tratamiento de los niños con trastornos de conducta", *Revista de la Clínica de la Conducta*, I, 1, 1967, pp. 47-48.
- DE LA PEÑA OLVERA, Francisco, PALACIOS ORTÍZ, Juan David y BARRAGÁN PÉREZ, Eduardo, "Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: rompiendo el estigma", *Revista Ciencias de la Salud*, VIII, 1, 2010, pp. 95-100.
- DE MARÍA y CAMPOS, Mauricio, "La industria farmacéutica en México", *Comercio Exterior*, XXVII, 8, 1977, pp. 888-912.
- DEL CASTILLO TRONCOSO, Alberto, *Conceptos, imágenes y representaciones de la niñez en la ciudad de México 1880-1920*, México, COLMEX-Instituto Mora, 2006.
- "Detectan 479 casos de menores con TDAH", Norte Digital, 11 de junio de 2013, En línea, <http://www.nortedigital.mx/article.php?id=19480>
- "Detectarán alumnos con Daño Cerebral Mínimo", *El Informador*, 5 de marzo de 1973, p. 10-A.
- "Detectarán las lesiones cerebrales de los niños", *El Informador*, 4 de diciembre de 1973, p. 2.
- DOBSON, Roger. "Could Fidgety Philipp be proof that ADHD is not a modern phenomenon?", *BMJ: British Medical Journal*, CCCXXIX, 2004, p. 643.

- “Dos de cada cien niños tienen Disfunción Cerebral”, *El Informador*, 13 de noviembre de 1978, p. 9-D.
- DUNN, Peter M. (2006). “Sir Frederic Still (1868-1941): The father of British paediatrics.”, *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, XCI, 4, 2006, pp. 308-310.
- EDISON, Jessica Katz, CLARDY, Christopher, “Lucy Maude Montgomery and Anne of Green Gables: An Early Description of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder”, *Pediatric annals*, XLVVI, 7, 2017, pp. e270-e272.
- EFRON, Daryl. “Attention-deficit/hyperactivity disorder: The past 50 years”, *Journal of paediatrics and child health*, LI, 1, 2025, p. 69-73.
- "El 12% de los niños mexicanos tiene TDAH", *La Razón*, 12 de junio de 2009, En línea, <http://www.razon.com.mx/spip.php?article2146>
- ELLIS, Harold, “Sir Frederic Still: first professor of paediatrics in the UK”, *British Journal of Hospital Medicine*, LXXIX, 3, 2018, p. 175.
- “En aumento, el Trastorno por Déficit de Atención en México”, *Boletín UNAM-DGCS-432*, 21 de julio de 2009, En línea, consultado el 16 de mayo de 2025 de https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2009_432.html
- ESCAMILLA, Alfonso L., “La psicodinamia en el manejo de los psicofármacos”, *Primer Congreso Nacional Guadalajara, 1976. Monografías de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil*, 2, 1978, pp. 147-155.
- FARAONE, Stephen V. *et al.*, “The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder”, *Neuroscience and biobehavioral reviews*, CXXVIII, 2021, pp. 789-818.
- FERNANDES, Sara M., Piñón Blanco, Adolfo, Vázquez Justo, Enrique, “Concepto, evolución y etiología del TDAH”, Enrique Vázquez Justo y Adolfo Piñón Blanco (Eds.) *TDAH y Trastornos Asociados*, Maribor, Lex Localis Press, 2017, pp. 21-29.
- FERNÁNDEZ VALLEJO, Rossana, “Impacto corporal de los medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los niños”, *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, XII, 2, 2010.
- FITZGERALD, Michael, “Did Lord Byron have attention deficit hyperactivity disorder?” *Journal of medical biography*, IX, 1, 2001, pp. 31-33.
- FOLEY, Paul Bernard, “Sons and daughters beyond your control: episodes in the prehistory of the attention deficit/hyperactivity syndrome”, *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, I, 3, 2014, pp. 125-151.
- FONCERRADA, Miguel, “Concepto teórico-práctico sobre el aprendizaje”, *Primer Congreso Nacional Guadalajara, 1976. Monografía N° II, Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil*, AMPI AC. México, 1978, pp. 77-82.

- FREUD, Sigmund, "Lecciones introductorias al psicoanálisis. Lección XXIII. Vías de formación de síntomas", *Obras completas. Tomo II*, Tr. Luis López-Ballesteros y de Torres, España, Biblioteca Nueva, 1916-1917, [2007], pp. 2343-2357.
- GARCÍA DE VINUESA, Fernando, "Prehistoria del TDAH: Aditivos para un diagnóstico insostenible", *Papeles del Psicólogo*, XXXVIII, 2, 2017, pp. 107-115.
- GODÍNEZ RESÉNDIZ, Rogelio y ACEVES PASTRANA, Patricia, "El surgimiento de la industria farmacéutica en México (1917-1940)", *Revista mexicana de ciencias farmacéuticas*, XLV, 2, 2014, pp. 55-68.
- GONZÁLEZ, José de Jesús, *Los niños anormales psíquicos*, México, Librería de la Vda. de Ch. Bouret, 1918.
- GONZÁLEZ, Javier *et al.*, "Activación electroencefalográfica con clorpromazina (Estudio en niños)", *Revista de la Clínica de la Conducta*, II, 3, 1968, pp. 26-34.
- GORJÓN CANO, Sergio, "Historia Clínica", *Revista de la Clínica de la Conducta*, V, 11, 1972, pp. 39-43.
- GRANJA CASTRO, Josefina, "Contar y clasificar a la infancia. Las categorías de la escolarización en las escuelas primarias de la ciudad de México 1870-1930", *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, XIV, 40, 2009, pp. 217-254.
- GRANJA CASTRO, Josefina, "El lenguaje escolar de la desigualdad en el umbral de la 'primera oleada de expansión' de la enseñanza obligatoria: México en la segunda mitad del siglo XX. *Revista mexicana de investigación educativa*, XVI, 48, 2011, pp. 17-42.
- GUERRERO, Rafael, "Evolución histórica y mitos sobre el TDAH", *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Entre la patología y la normalidad*, Barcelona, Libros Cúpula, 2016, pp.38-46.
- GUERRERO YÉPEZ, Jennifer, *Experiencias y vivencias de madres de niños diagnosticados con TDAH en relación al ámbito educativo de sus hijos*, Tesis para obtener el grado de Licenciada en Pedagogía, Universidad Pedagógica Nacional, Unidad 161 Morelia, 2023.
- HACKING, Ian, *Mad travelers. Reflections on the Reality of Transient, Mental Illnesses*, Virginia, The University Press of Virginia, 1998.
- HAN, Byung-Chul, *La sociedad del cansancio*, Herder, España, 2012.
- HAM FERNÁNDEZ, Roberto, "Historia clínica", *Revista de la Clínica de la Conducta*, II, 2, 1967, pp. 74-79.
- HAM FERNÁNDEZ, Roberto, "Clínica de la conducta y el médico psiquiatra", *Revista de la Facultad de Medicina*, XIII, 4, 1970, pp. 291-294.
- HAM FERNÁNDEZ, Roberto, "Investigación doblemente ciega con LW 1927 en problemas psiquiátricos infantiles", *Revista de la Clínica de la Conducta*, IV, 8, 1971, pp. 30-37.
- HAM FERNÁNDEZ, Roberto *et al.*, "La propericiazina en el tratamiento de trastornos de conducta", "La propericiazina en el tratamiento de trastornos de conducta.", *Revista de la Clínica de la Conducta*, II, 4, 1969, pp. 28-35.

- HARPIN, Val, "The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life", *Archives of Disease in Childhood*, XC, 1, 2005, pp. 2-17.
- HEALY, David, *The Antidepressant Era*, Cambridge, 1997.
- HUERTAS, Rafael, "La locura construida", Rafael Huertas, *Historia cultural de la psiquiatría*, Madrid, Los Libros de la Catarata, 2012, pp. 102-124.
- HUERTAS, RAFAEL, *La locura*, Madrid, CSIC, Los libros de la Catarata, 2014.
- JEREZ, Silvia y SILVA, Hernán, "DSM-5. Análisis y controversias", *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, LII; 1, 2014, pp. 55-61.
- JABLONKA, Ivan, *La historia es una literatura contemporánea. Manifiesto por las ciencias sociales*, Argentina, FCE, 2016.
- JUTEL, Annemarie. "Sociology of diagnosis: a preliminary review", *Sociology of health & illness*, XXXI, 2, 2009, pp. 278-299.
- JUTEL, Annemarie, "Classification, disease, and diagnosis", *Perspectives in biology and medicine*, LIV, 2, 2011, pp. 189-205.
- KATZ GUS, Gregorio, "Introducción", *Primer Congreso Nacional Guadalajara, 1976. Monografía N° II, Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil*, AMPI AC. México, 1978, pp. 5-6.
- KLEINMAN, Arthur, EISENBERG, Leon y GOOD, Byron, "Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research", *Annals of internal medicine*, LXXXVIII, 2, 1978, pp. 251-258.
- KOS, Julie M., RICHDALE, Amanda L., "The history of attention-deficit/hyperactivity disorder", *Australian Journal of Learning Difficulties*, IX, 1, 2004, p. 22-24.
- KRASOVSKY ZOZULA, Jacobo, "Historia clínica", *Revista de la Clínica de la Conducta*, III, 6, 1970, pp. 82-89.
- KRAUS, Arnoldo, "Ética e infancia: Sumas y restas", *Proceso*, Edición especial, 26, septiembre, 2009, pp. 10-11.
- LAFORA, Gonzalo R., *Los niños mentalmente anormales*, España, Ediciones de la lectura, 1917
- LAKOFF, Andrew, "Adaptive will: the evolution of attention déficit disorder", *Journal of history of the behavior sciences*, XXXVI, 2, 2000, pp. 149-169.
- LANGE, Klaus W. *et al.*, "The history of attention deficit hyperactivity disorder", *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, II, 2010, pp. 241-255.
- LARA G., Tirso, "Disfunción cerebral. Alteraciones en el desarrollo del yo", *Primer Congreso Nacional Guadalajara, 1976. Monografía N° II Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil*, México, AMPI A.C., 1978, pp. 27-32.

- LARA G., Tirso, "Psicoterapia y tratamiento sistematizado", *Primer Congreso Nacional Guadalajara, 1976. Monografía N° II Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil*, México, AMPI, 1978, pp. 113-117.
- LAZA ZULUETA, Alberto, JORQUERA CUEVAS, Cristina, *Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Osteba Núm 2007/09*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2010.
- LEADER, Darian, *La moda negra: Duelo, melancolía y depresión*, México, Sexto Piso, 2014.
- LEADER, Darian, *Estrictamente bipolar*, México, Sexto Piso, 2015.
- LEAHY, Laura G., "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Historical Review (1775 to present)", *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, LV, 9, 2017, pp. 10-16.
- LLUCH, Gemma, "La literatura que educa en valores. El Struwwelpeter de Heinrich Hoffmann", *Cómo analizamos relatos infantiles y juveniles*. Bogotá, Grupo Editorial Norma, 2003, pp. 135-150.
- LÓPEZ, Manuel Isaías, "Discurso inaugural", *Primer Congreso Nacional Guadalajara, 1976. Monografía N° II Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil*, AMPI AC. México, 1978, pp. 7-9.
- LÓPEZ, Manuel Isaías, "Historia de la enseñanza de la psiquiatría infantil en México", *Salud Mental*, VIII, 2, 1985, pp. 17-19.
- LÓPEZ, Manuel Isaías, "Historia e impacto de la psiquiatría infantil institucional", *Salud Mental*, XV, 3, 1992, pp. 36-41.
- LÓPEZ, Manuel Isaías *et al.*, *Desarrollo infantil normal, Monografía N° 1. Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil*, México, AMPI, 1976.
- LÓPEZ CARRILLO, Ximena, *De la psiquiatría infantil a la educación especial: una reforma médico-pedagógica en torno a la infancia anormal*, Tesis de Licenciatura en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, 2015.
- LÓPEZ CARRILLO, Ximena, "La psiquiatría infantil en la Secretaría de Educación Pública y la emergencia de la Educación Especial", Andrés Ríos Molina, *La psiquiatría más allá de sus fronteras. Instituciones y representaciones en el México contemporáneo*, México, UNAM-IIH, 2017, pp. 89-132.
- LÓPEZ MUÑOZ, Francisco, Alamo, Cecilio y Cuenca, Eduardo, "La 'década de oro' de la psicofarmacología (1950-1960): La trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos", *Psiquiatría.com*, IV, 3, 2000.
- LOYO, Engracia, "Una educación revolucionaria para la Ciudad de México", Pilar Gonzalbo Aizpuru y Anne Staples (Coords.), *Historia de la educación en la Ciudad de México*, México, COLMEX, Secretaría de Educación de la Ciudad de México, 2012, pp. 329-405.

- MANNUZZA, Salvatore *et al.*, "Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up", *American Journal of Psychiatry*, CLV, 4, 1998, pp. 493-498.
- MANNUZZA, Salvatore, KLEIN, Rachel G., "Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, IX, 3, 2000, pp. 711-726.
- MARGAIN AZUARA, Ginger Gissela, *Los niños de La Castañeda: La construcción de un Pabellón y de una Infancia (1932-1957)*, Tesis para obtener el grado de Licenciada en Historia, Instituto Dr. José María Luis Mora, 2017.
- MÁRQUEZ CARAVEO, María Elena *et al.*, "Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro: 50 años de atención a la salud mental de niños y adolescentes en México", *Salud Pública de México*, LIX, 4, 2017, pp. 477-484.
- MARTINEZ BADÍA, Jose, MARTINEZ RAGA, Jose, "Who says this is a modern disorder? The early history of Attention Deficit Hyperactivity Disorder", *World Journal Psychiatry*, V, 3, 2015, pp. 379-386.
- MAYES, Rick y RAFALOVICH, Adam, "Suffer the restless children: the evolution of ADHD and paediatric stimulant use, 1900-80". *History of Psychiatry*, XVIII, 4, 2007, p. 435-457.
- "Medicamentos para TDAH reducen delincuencia", *Al día Sonora*, 22 de noviembre de 2012. En línea, <http://www.aldiasonora.com/noticias/2012/11/22/medicamentos-para-tdah-reducen-delincuencia/>
- MILLICHAP, Gordon J., "Definition and History of ADHD", *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Handbook*, Springer, New York, 2010, pp. 1-7
- MURPHY, Kevin R., BARKLEY, Russell A., y BUSH, Tracie, "Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history", *Journal of Nervous and Mental Disease*, CXC, 3, 2002, pp. 147-157.
- NARES RODRÍGUEZ, Daniel, "El tratamiento del niño con daño cerebral mínimo", *Revista de la Clínica de la Conducta*, II, 2, 1967, pp. 22-26.
- NARES RODRÍGUEZ, Daniel, "Las psicodrogas en pediatría", *Revista de la Clínica de la Conducta*, II, 4, 1969, pp. 5-19.
- NARES RODRÍGUEZ, Daniel, "El valor de los tests psicopatológicos para el diagnóstico en psiquiatría", *Revista de la Clínica de la Conducta*, IV, 8, 1971, pp. 22-25.
- NARES RODRÍGUEZ, Daniel, "Bases teóricas de psicoterapia familiar para niños en problemas emocionales", *Revista de la Clínica de la Conducta*, IV, 9, 1971, pp. 27-36.
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, *Psychopharmacology Abstracts*, X, 1, 1971, p. 537.
- NAVARRO GONZÁLEZ, Inmaculada y GARCÍA VILLAMISAR, Domingo, "El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica", *Revista de historia de la psicología*, XXXI: 4, 2010, pp. 23-36.

- NEGRETE TORRES, Alejandro, *Discapacidad y anormalidad. Categorización y medicalización de la infancia posrevolucionaria. Departamento de Psicopedagogía y Médico Escolar. Instituto Nacional de Psicopedagogía. 1925-1941*, Tesis de Licenciatura en Historia, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, 2014.
- NEGRETE TORRES, Alejandro, *Del discurso médico a la práctica estatal. La labor del Departamento de Psicopedagogía y Médico Escolar (1925-1941) en la educación, la higiene y salubridad de la infancia posrevolucionaria mexicana*, Tesis para obtener el grado de Maestro en Historia Internacional, Centro de Investigaciones y Docencia Económica, A.C., 2016.
- NEUMÄRKER, Klaus Jürgen, "The Kramer-Pollnow syndrome: a contribution on the life and work of Franz Kramer and Hans Pollnow", *History of psychiatry*, XVI, 64, 2005, pp. 435-451.
- NEWEG, Edo H., "ADHD, a 'fashion' that won't go out of fashion. An illustration of the many-sidedness of earlier psychiatry", *Tijdschrift voor psychiatrie*, XLVIII, 4, 2006, pp. 303-312.
- "Niños hiperactivos, ¿potenciales delincuentes? Estudios revelan que un joven de 14 años con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) puede robar un auto en menos de un minuto", *Novedades Quintana Roo*, 19 de abril de 2013. En línea, consultado el 17 de mayo de 2025 de <https://sipse.com/novedades/ninos-con-tdah-con-potencial-de-convertirse-en-delincuentes-27046.html>
- NORANDI, Mariana, "Ritalín: más de 50 años en el mercado farmacéutico y sigue causando polémica", *La Jornada*, 5 de septiembre de 2006, Recuperado el 20 de abril de 2025, de <http://www.jornada.unam.mx/2006/09/05/index.php?section=sociedad&article=040n1soc> .
- OIKIÓN SOLANO, Verónica, "Un atisbo al pensamiento y acción feministas de la doctora Mathilde Rodríguez Cabo", *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, XXXVIII, 149, 2017, pp. 101-135.
- "Orientación a madres sobre la conducta de sus hijos", *El Informador*, 30 de septiembre de 1976, p. 2-C.
- ORTEGA, Rodolfo, "Disfunción cerebral. Alteraciones en el desarrollo del yo", *Primer Congreso Nacional Guadalajara, 1976. Monografía N° II Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil*, México, AMPI A.C., 1978, pp. 33-36.
- "Padecen Déficit de Atención 1.5 millones de estudiantes en México", *El Periódico de Quintana Roo*, 19 de abril de 2013, En línea, <http://www.el-periodico.com.mx/noticias/padecen-deficit-de-atencion-1-5-millones-de-estudiantes-en-mexico/>
- PADILLA NIBRA, Jenaro., CERVANTES LEÓN, Gregorio. y GONZÁLEZ GONZÁLEZ, Javier., "La Mesoridazina en el control de los trastornos conductuales de la infancia", *Revista de la Clínica de la Conducta*, III, 6, 1970, pp. 76-81.

- PALLARES CAMPOS, José Eduardo, *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Apuntes desde la subjetividad*, Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología, México, UNAM-FES Iztacala, 2010.
- PALLARES CAMPOS, José Eduardo, *Medicalización de la infancia portadora de riesgos. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el horizonte biopolítico*, Tesis para obtener el grado de Maestro en Filosofía de la Cultura, Facultad de Filosofía, IIF, Morelia, Michoacán, México, 2013.
- PALLARES CAMPOS, José Eduardo, *Experiencias de madres de niños diagnosticados con hiperactividad. Narrativas desde la pandemia*, Trabajo presentado en el XII Encuentro virtual Red Internacional de Investigadores y Participantes sobre Integración/Inclusión Educativa (RIIE) “Experiencias y aproximaciones de interpelación en Iberoamérica en torno a la inclusión educativa y social”, 2 de diciembre de 2022.
- PERROT, Michelle, “Figuras y funciones”, Philippe Àries y George Duby (Drs.), *Historia de la vida privada 4. De la revolución francesa a la primera guerra mundial*, Barcelona, Taurus, 2005, pp. 125-183.
- PLASCENCIA GARCÍA, Maricela, “La industria farmacéutica en México”, *Boletín de la Sociedad Química de México*, III, 1, 2009, pp. 31-32.
- PATÍÑO ROJAS, José Luis, “La psique infantil”, *Revista de la Clínica de la Conducta*, II, 3, 1968, pp. 6-11.
- POSTEL, Jacques y QUÉTEL, Claude, *Historia de la psiquiatría*, México, FCE, 1987.
- RAFAEL CRUZ, Hernando, Valadez, María Teresa, “Disfunción cerebral mínima II. Etiología y fisiopatología” *Salud Pública de México*, XXVIII, 5, 1986, pp. 495-503.
- RAFAEL CRUZ, Hernando y VALADEZ, María Teresa, “Detección temprana de disfunción cerebral mínima (DCM)”, *Salud Publica de México*, XXVIII, 2, 1986, pp. 134-140.
- RAFALOVICH, Adam, “The conceptual History of Attention Deficit Hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877-1929”, *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, XXII, 2, 2001, pp. 93-115.
- RAFALOVICH, Adam. *Framing ADHD children: a critical examination of the history, discourse, and everyday experience of attention deficit/hyperactivity disorder*. Lexington books, 2004.
- REY, Carlos, “Pedro Melenas, el terror de las neuronas”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXXII, 116, 2012, pp. 877-887.
- RICHARDSON, Theresa R., *The Century of the Child. The mental hygiene movement & social policy in the United States & Canada*, United State of America, University Of New York Press, 1989.
- RÍOS, Laura, “Discriminan a niños con TDAH. Piden senadores sancionar a quienes condicionen su estancia en escuelas”, *Revista Vértigo*, 29 de abril de 2006.
- RÍOS MOLINA, Andrés, *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*. México, Siglo XXI, 2016.

- ROMERO, Jess, "ADHD: The history of a diagnosis", *JSTOR Daily*, Julio 20, 2021.
- ROSE, Nikolas, "Assembling the modern self", Roy Porter, Roy (Ed.), *Rewriting the self. Histories from the Renaissance to the present*, London, Routledge, 1997, p. 224-248.
- ROSE, Nikolas, *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*, UNIPe: Editorial Universitaria, Argentina, 2012.
- RUIZ GARCÍA, Matilde *et al.*, "Conclusiones del consenso de expertos sobre el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de la atención con o sin hiperactividad", *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. LX, mayo-junio, 2003, pp. 349-355.
- RUIZ GARCÍA, Matilde *et al.*, "Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Actualidades diagnósticas y terapéuticas", *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. LXII, 2, 2005, pp. 145-152.
- SACKS, Oliver, *Despertares*, España, Anagrama, 2005.
- SANMIGUEL, Francisco Javier, *Clínica de conducta infantil en la Ciudad de México, D.F.*, Tesis para obtener el grado de Arquitecto, Escuela Nacional de Arquitectura, UNAM; México, 1965.
- SANTULLO, Laura, *El otro Tom: una novela sobre el trastorno por déficit de atención*, México, Ediciones B, 2018.
- SARAVIA, Jorge, "Psicofarmacología en niños y adolescentes", *Primer Congreso Nacional Guadalajara, 1976. Monografía N° II Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil*, México, AMPI A.C., 1978, pp. 143-146.
- SCHERER IBARRA, María, "Niños a capricho", *Proceso*, Edición especial, 26, septiembre, pp. 10-12.
- SCHMITT, Andrea y FALKAI, Peter, "Historical aspects of Mozart's mental health and diagnostic insights of ADHD and personality disorders", *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, CCLXIV, 5, 2014, pp. 363-365.
- SCOTT, Joan Wallach, *Género e historia*, México, FCE, UACM, 2008.
- SCULL, Andrew, *La locura: Una breve introducción*, Alianza, España, 2013.
- "Se detectarán lesiones cerebrales en lactantes", *El Informador*, 19 de julio de 1979, p. 6-C.
- SECRETARÍA DE SALUD, *Programa específico de trastorno por déficit de atención 2001-2006*, México, Secretaría de Salud, 2002.
- SECRETARÍA DE SALUD, *Catálogo Universal de Servicios de salud 2010*, México, Secretaría de Salud, 2010.
- SHORTER, Edward, *Historia de la psiquiatría I*, España, J & C Ediciones Médicas, 1999.
- SHORTER, Edward, *Historia de la psiquiatría III*, España, J & C Ediciones Médicas, 1999.
- SHORTER, Edward, *How Everyone Became Depressed: The Rise and Fall of the Nervous Breakdown*, New York, Oxford Academic, 2013.

- SILVA, Luciana Assis y ALVARENGA, Patricia, “Prácticas educativas de madres y los comportamientos infantiles en trastorno por déficit de atención/hiperactividad”, *Temas em Psicologia*, XXI, 2, 2013, pp. 361-377.
- SMITH, Matthew, “Psychiatry Limited: Hyperactivity and the Evolution of American Psychiatry, 1957–1982”, *Social History of Medicine*, XXI, 3, 2008, pp. 541-559.
- SMITH, Matthew, *Hyperactivity. The controversial history of ADHD*, Reaction Books, London, 2012.
- SOLÍS, Solange Armijo, “Madres de niños con déficit atencional e hiperactividad”, *Extramuros: Revista de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación*, 15, 2016, pp. 63-77.
- SOLÓRZANO y B., Luz de Lourdes, “El niño con daño cerebral mínimo. La comprensión integral del problema”, *Revista de la Clínica de la Conducta*, II, 2, 1967, pp. 27-31.
- SOSENSKI, Susana, *Robachicos. Historia del secuestro infantil en México (1900-1960)*, México, IIH UNAM-Grano de Sal, IIH, UNAM, 2021.
- SOSENSKI, Susana y SOSENSKI, Gregorio, “En defensa de los niños y las mujeres: un acercamiento a la vida de la psiquiatra Mathilde Rodríguez Cabo”, *Salud Mental*, XXXIII, 1, 2010, p. 1-10.
- STEWART, Mark A., “Hyperactive children”, *Scientific American*, CCXXII, 4, 1970, pp. 94-99.
- STILL, George F., “The Goulstonian lectures. Some abnormal psychical conditions in children”, *The Lancet*, 26, 1902, pp. 1163-1168.
- STRAUSS, Alfred A., LEHTINEN, Laura E., KEPHART, Newell C. y GOLDENBERG, Samuel, *Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral*, Argentina, EUDEBA, 1964.
- STUBBE, Dorothy E., “Attention-deficit/hyperactivity disorder overview. Historical perspective, current controversies, and future directions”, *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, IX, 3, 2000, pp. 469–479.
- SUÁREZ, Mariluz, “El vuelo del abejorro”, Rosa Helena Ríos (Comp.) *Trastornos nuestros de cada día: doce piezas dramáticas*, México, Eterno Femenino Ediciones, 2013, pp. 23-30.
- SZÉKELY, Ágata, “Trastorno del déficit de atención: La confusión y la polémica. Confesiones de una pequeña mente distraída”, *Revista del consumidor*, México, Junio, 388, 2009, pp. 61-69.
- TALLIS, Jaime, “Neurología y trastorno por déficit de atención: Mitos y realidades”, Beatriz Janín *et al.*, *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por déficit de Atención con o sin Hiperactividad*, Argentina, Novedades Educativas, 2004.
- TAYLOR, Eric, “Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts”, *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, III, 2, 2011, pp. 69–75.
- TÉLLEZ VILLAGRA, Carolina, VALENCIA FLORES, Matilde, BEAUROYRE HIJAR, René, “Cronología conceptual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad”, *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, XVI, 1, pp. 39-44.

- TERÁN, Esteban, "Acercamiento a la historia de la psicofarmacología en México a partir de la prensa especializada y la nota roja a mediados del siglo XX", Teresa Ordorika Sacristán y Aída Alejandra Golcman (Coords.) *Locura en el archivo. Fuentes y metodologías para el estudio de las disciplinas psi*, México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM, 2022, pp. 225-246.
- THOME, Johannes y JACOBS, Kerrin A., "Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book", *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, XIX, 5, 2004, pp. 303-306.
- TIMIMI, Sami, "The McDonaldization of Childhood: Children's Mental Health in Neo-liberal Market Cultures", *Transcultural Psychiatry*, XL, 5, pp. 2010, pp. 686-706.
- TIMIMI, Sami y Coendorsers, "A critique of the international consensus statement on ADHD", *Clinical Child and Family Psychology Review*, VII, 1, 2004, pp. 59-63.
- URDAPILLETA, Darío, "Aspectos psicológicos del Daño Cerebral Mínimo", *Revista de la Clínica de la Conducta*, II, 2, 1967, pp. 13-17.
- URDAPILLETA BUENO, Darío, "La psicodinamia en el manejo de los fármacos", *Primer Congreso Nacional Guadalajara, 1976. Monografía N° II Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil*, México, AMPI A.C., 1978, pp. 157-161.
- URIARTE, Victor, *Hiperquinesia*, México, Trillas, 1989.
- URIBE, Carlos Alberto y VÁSQUEZ ROJAS, Rafael, "Factores culturales en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: habla la mamá", *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI, 2, 2007, pp. 255-291.
- VARGAS RODRÍGUEZ, Ángela y PARÉALES QUENZA, Carlos José, "La construcción social de la hiperactividad", *Revista colombiana de Psicología*, XXVI, 2, 2017, pp. 245-262.
- VARGAS RODRÍGUEZ, Ángela María. *Discursos de la hiperactividad: biopoder y vida cotidiana de niños y niñas con diagnóstico de TDAH*. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Colombia, 2021.
- VÁSQUEZ, Josué et al., *Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2010.
- VÁSQUEZ CASANOVA, Pompeyo, "Psicofarmacología en niños y adolescentes", *Primer Congreso Nacional Guadalajara, 1976. Monografía N° II Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil*, México, AMPI A.C., 1978, pp. 163-166.
- VELASCO ALZAGA, Jorge Manuel, "La historia de la psiquiatría infantil en México", *Primer Congreso Nacional Guadalajara, 1976. Monografías de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil*, 2, 1978, pp. 93-112.
- VELASCO FERNÁNDEZ, Rafael, "Editorial", *Revista de la Clínica de la Conducta*, II, 3, 1967, pp. 3-6.

- VELASCO FERNÁNDEZ, Rafael, “El síndrome de disfunción cerebral en el niño”, *Revista de la Clínica de la Conducta*, II, 2, 1967, pp. 8-12.
- VELASCO FERNÁNDEZ, Rafael, “Simposium sobre el niño con daño cerebral mínimo”, *Revista de la Clínica de la Conducta*, II, 2, 1967, pp. 5-7.
- VELASCO FERNÁNDEZ, Rafael, “Los trastornos psíquicos del escolar mexicano”, *Revista de la Clínica de la Conducta*, II, 4, 1969, pp. 61-66.
- VELASCO FERNÁNDEZ, Rafael, “Fundamentos de la clasificación nosológica en psiquiatría infantil”, *Revista de la Clínica de la Conducta*, IV, 8, 1971, pp. 26-29.
- VELASCO FERNÁNDEZ, Rafael, “La teoría de Erik H. Erikson sobre el desarrollo psicosocial de la personalidad”, *Monografías de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. I Desarrollo infantil normal*, México, AMPI, 1976, pp. 152-173.
- VELASCO FERNÁNDEZ, Rafael, *El niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral*, México, Trillas, 1976.
- VELASCO FERNÁNDEZ, Rafael, “La psicofarmacología en niños y adolescentes”, *Primer Congreso Nacional Guadalajara, 1976. Monografía N° II Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil*, México, AMPI A.C., 1978, pp. 131-141.
- VELASCO FERNÁNDEZ, Rafael *et al.*, “Historia clínica paidopsiquiátrica”, *Revista de la Clínica de la Conducta*, I, 1, 1967, pp. 51-58.
- VELASCO FERNÁNDEZ, Rafael *et al.*, “Estudio piloto con RO 5-4556 en los trastornos de conducta de los niños en edad escolar”, *Revista de la Clínica de la Conducta*, N° 4, Vol. II, 1969, pp. 22-26.
- VELASCO GARCÍA, José, *Génesis social de la institución psicoanalítica en México*, México, UAM-Xochimilco, Círculo Psicoanalítico Mexicano, 2014.
- VIDAL, Fernando y ORTEGA, Francisco, *¿Somos nuestro cerebro? La construcción del sujeto cerebral*, Alianza, España, 2021
- VIJANDE MARTÍNEZ, Amalia, “Los estereotipos de género en la construcción de la enfermedad mental: un estudio introductorio”, *Argumentos de Razón Técnica*, 7, 2004, pp. 173-194.
- VINCENT, Luis A., “Alteraciones del comportamiento infantil”, *Revista de la Clínica de la Conducta*, II, 3, 1968, pp. 12-25.
- VOLNOVICH, Juan Carlos, “Salud mental y políticas de la infancia”, *Novedades Educativas*, 196, 2007, pp. 14-17.
- YOUNG, Allan, *The Harmony of illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder*, USA, Princeton University Press, 1995.

Referencias audio-visuales

El otro Tom, Rodrigo Plá y Laura Santullo (dirs.), México, Películas BHD, Buenaventura, 2021.

KATZ GUS, Gustavo, *Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, A.C. (AMPI) Somos una asociación sin fines de lucro que se fundó en el año de 1975*, 11 de febrero de 2022.
<https://www.facebook.com/watch/?v=1591998491160130>

LÓPEZ, Manuel Isaías, *Historia de la AMPI narrada por el Dr. Manuel Isaías López*, 2018.
<https://www.youtube.com/watch?v=g5Qorq7mzHI>

MEDINA LEAL, Carlos, *El desarrollo de la psiquiatría infantil en Jalisco*, Conferencia dictada en la AMPI Jalisco el 7 de agosto de 2018. <https://www.facebook.com/watch/?v=2194886940584359>

Take your pills, Alison Klainman (dir.), Estados Unidos, Netflix, 2018.

The disruptors, Stephanie Soechting (dir.), Estados Unidos, Homecoming Films, 2022.

José Eduardo Pallares Campos

Historia reciente de la hiperactividad y la desatención infantil. La Disfunción Cerebral Mínima en México (1967-1976).pdf

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:506247884

Fecha de entrega

1 oct 2025, 7:57 a.m. GMT-6

Fecha de descarga

1 oct 2025, 8:22 a.m. GMT-6

Nombre del archivo

Historia reciente de la hiperactividad y la desatención infantil. La Disfunción Cerebral Mínima enpdf

Tamaño del archivo

4.7 MB

302 páginas

95.531 palabras

551.685 caracteres

4% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 3%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Doctorado en Historia. Instituto de Investigaciones Históricas	
Título del trabajo	Historia reciente de la hiperactividad y la desatención infantil. La Disfunción Cerebral Mínima en México (1967-1976)	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	José Eduardo Pallares Campos	1053822c@umich.mx
Director	Dr. Javier Dosil Mancilla	francisco.dosil@umich.mx
Codirector		
Coordinador del programa	Dr. Gerardo Sánchez Días	gerardo.diaz@umich.mx

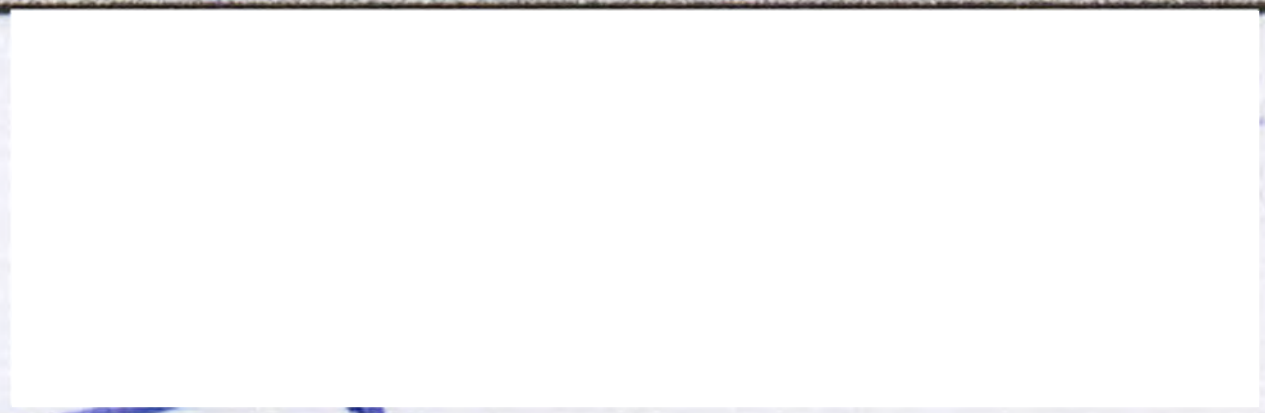
Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	No	

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	Si	En apoyo a la traducción de algunos párrafos de textos escritos en inglés y portugués. En esos casos no hice una traducción literal.
Traducción a otra lengua	No	
Revisión y corrección de estilo	No	
Análisis de datos	No	
Búsqueda y organización de información	No	
Formateo de las referencias bibliográficas	No	
Generación de contenido multimedia	No	
Otro	No	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Mtro. José Eduardo Pallares Campos 
Lugar y fecha	Morelia, Michoacán a 30 de septiembre de 2025