

Tecnologías, actores sociales e industria farmacéutica en la medicalización del TDA/H en Argentina ¹.

Bianchi, Eugenia

Instituto de Investigaciones Gino Germani – Fac. de Cs. Sociales (UBA) – CONICET
e-mail: eugenia.bianchi@yahoo.com.ar

Faraone, Silvia Adriana

Instituto de Investigaciones Gino Germani – Fac. de Cs. Sociales (UBA)
e-mail: sfaraone@sociales.uba.ar

Introducción: Actores y fuerzas en pugna en Argentina. La profundización del conflicto

En Argentina el empleo de metilfenidato para el tratamiento del TDA/H provoca sonadas controversias. Una de ellas se deriva de la verificación de un sostenido incremento en el diagnóstico (en niños y adultos) durante la última década. A la par de este incremento, ha aumentado la dispensación de metanfetaminas y antidepresivos que actúan sobre el entramado sintomático del TDA/H (Arizaga y Faraone, 2008).

Esta situación tiene su correlato en la proliferación de estudios, publicaciones y reuniones de profesionales de la salud y la educación (jornadas, congresos, simposios, seminarios, etc.) en los que se realizan pronunciamientos diversos.

La problemática es tratada desde distintas producciones académicas: desde la clínica psicoanalítica (Untoiglich 2011); como ejemplo de las políticas neoliberales en salud mental (Barcala 2011), y en relación a concepciones docentes (Dueñas 2011a). También se publicaron diversos libros que abordan la temática desde la salud y la salud mental. Moyano Walker (2004), Stiglitz (2006), Benasayag (2007), Janin (2007), Dueñas (2011b), Joselevich (2005), Benasayag y Dueñas (2011) compilan trabajos de profesionales procedentes de la medicina (pediatría, neurología, psiquiatría), la psicopedagogía, la psicología, el psicoanálisis y el periodismo.

Un hito en la expresión de las polémicas derivadas de estas problemáticas lo constituye la publicación en 2005, del *Consenso de expertos del área de la salud*, dirigido al Ministerio de Salud, y firmado entonces por alrededor de 200 renombrados profesionales de distintas especialidades (a la fecha cuenta con más de 1100 adhesiones). El documento objeta la extensión del diagnóstico de TDA/H, y la prescripción de fármacos como el metilfenidato para su tratamiento, resaltando los efectos adversos del mismo (www.forumadd.com.ar).

El Consenso redundó en un pedido de informes al Poder Ejecutivo Nacional, que fue tratado en la *Comisión de Acción Social y Salud Pública, de Educación y de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia* de la Cámara de Diputados Nacional, en 2006 (Cámara Nacional de Diputados, 2006).

En 2007, la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) ordenó a los laboratorios que comercializan los fármacos principales utilizados para el tratamiento del TDA/H (metilfenidato y atomoxetina) una ampliación de prospectos, de modo de incluir advertencias, precauciones y contraindicaciones asociadas a los mismos (ANMAT 2007).

¹ La ponencia recupera líneas de trabajo publicadas en el artículo: El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA/H). Tecnologías, actores sociales e industria farmacéutica. *PHYSIS*. Rio de Janeiro: IMS. 2015 vol.1 n°25. p75-98. Issn 0103-7331. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312015000100075&script=sci_arttext

Las conflictivas se continúan en medios de comunicación escrita, con la publicación de numerosos artículos, que abarcan desde desestimaciones de la especificidad del trastorno (Carbajal 2006) hasta la constatación de su origen genético (Clarín 1/10/2010).

Entre los congresos, jornadas y simposios destinados a profesionales de la salud, docentes y padres, en los que se exponen las problemáticas, se destaca el *Simposio Internacional sobre Patologización de la Infancia* (bianual). En su III edición en la CABA, del 2 al 4 de Junio de 2011, se señaló por primera vez que la utilización del DSM constituye una violación a la *Ley Nacional de Salud Mental* (N° 26.657) sancionada el año anterior, y que contraviene la *Convención Internacional de los Derechos del Niño* (N° 23.849). Por ello incluyeron un espacio en su sitio web contra los etiquetamientos y la lógica clasificatoria del DSM, publicando el Manifiesto: *Por un abordaje subjetivante del sufrimiento psíquico en niños y adolescentes—No al DSM*. En noviembre de 2011, en la Biblioteca Nacional, se relanzó este Manifiesto, ahora denominado Manifiesto Buenos Aires.

Estas discrepancias se inscriben en las críticas suscitadas por las tipificaciones del DSM-IV-TR (aún vigente en Argentina), y las que se añaden, amplían o reformulan en el DSM-5, de inminente publicación en castellano. Discrepancias que pueden considerarse recientes, si se toma en cuenta que, al igual que el DSM-I, el DSM-II concebía a las enfermedades mentales como expresiones simbólicas de realidades psicológicas o psicosociales subyacentes (Grob 1991; Gaines 1992). Y que, al igual que en el DSM-I, en el DSM-II se sostuvo la naturaleza simbólica de los síntomas psiquiátricos. Es recién desde su III versión, que las alusiones a la batería conceptual del psicoanálisis son retiradas (Bianchi 2012).

Aspectos metodológicos: la convergencia de dos investigaciones

En este artículo, y a través del caso empírico del TDA/H y la utilización de metilfenidato en el tratamiento de niños, analizamos algunos aspectos de los procesos medicalizadores y biomedicalizadores que se encuentran ligados a la farmacologización, en lo que AUTOR2 (2008) denominó ‘medicamentización’, para designar las intervenciones en las que el fármaco opera como elemento fundamental y a menudo excluyente en los procesos definidos como ‘terapéuticos’ en el campo de la salud mental.

Para ello, conjugamos los resultados de dos investigaciones convergentes, realizadas entre 2007 y 2012, en el marco del Proyecto UBACyT dirigido por Faraone (II.GG.) y de la beca doctoral CONICET de Bianchi.

La investigación atendió a la Resolución del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología N° 2857/2006, sobre *Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades*, elaborado por el *Comité de Ética* de CONICET. Asimismo, en consonancia con la *Guía de las Buenas Prácticas Clínicas de Investigación en Salud Humana* (Resolución Ministerio de Salud N° 1480/2011), se implementó un proceso de consentimiento informado para la realización de las entrevistas en profundidad y grupales. Ambos proyectos fueron evaluados y avalados por el *Comité de Ética* del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la UBA.

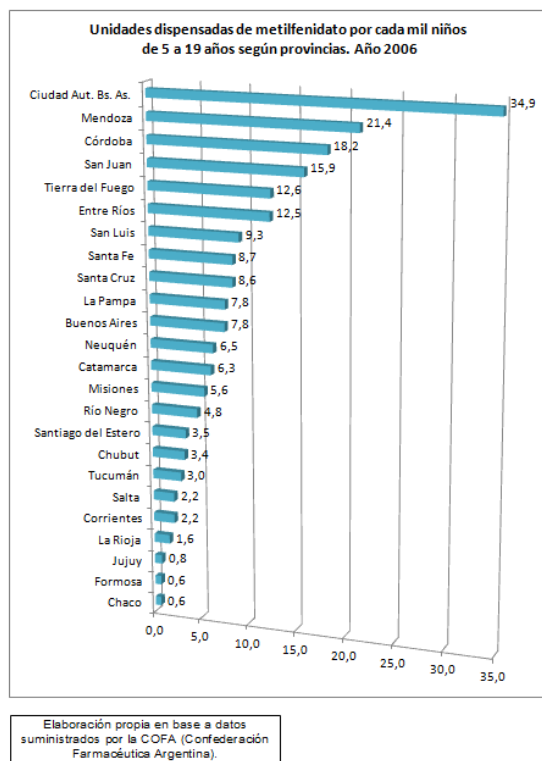
Utilizamos métodos analítico-interpretativos para el procesamiento y análisis de datos primarios y secundarios, triangulando 1) la revisión bibliográfica especializada nacional e internacional; 2) el análisis de artículos periodísticos centrados en la temática, 3) datos numéricos oficiales y de organismos profesionales; y 4) el análisis de 65 entrevistas en profundidad y grupales a profesionales de la salud. De estas entrevistas, 35 se realizaron en dos tramos, octubre-diciembre de 2007, y abril-junio de 2008. Y las 30 restantes se efectuaron entre agosto de 2009 y marzo de 2011.

La realización de las entrevistas siguió un criterio muestral intencional no probabilístico, enfocado en profesionales de la salud con actividad clínica, docente y de investigación en

ámbitos públicos, de la seguridad social y del subsector privado de cuatro provincias argentinas (Tierra del Fuego, Corrientes, Salta, y con particular profundidad, Ciudad de Buenos Aires). Además se desarrollaron entrevistas a informantes clave y a agentes de propaganda médica de la industria farmacéutica.

Para la selección de las jurisdicciones se realizó un diseño de segmentación de puntos muestrales. Se construyó un indicador que midió la relación entre unidades de metilfenidato dispensadas en cada provincia, y la población entre 5 y 19 años, para el año 2006. Se utilizaron datos aportados por la COFA (Confederación Farmacéutica Argentina). La información resultante (unidades dispensadas cada mil niños entre 5 y 19 años) permitió priorizar jurisdicciones como puntos nodales para el trabajo de campo. Por ello, no constituyó un dato válido de consumo ni de población bajo tratamiento. La selección de la franja etaria como denominador conlleva asumirla como la población mayoritaria en cuanto al diagnóstico y tratamiento del TDA/H. Esta presunción se vio confirmada en trabajos previos (Giraldo y Bertel 2004; Avila et al. 2007).

Así, se seleccionaron dos provincias con elevado expendio en relación a su población de 5 a 19 años (Tierra del Fuego y Ciudad de Buenos Aires) y dos provincias con menor venta en relación a misma población (Corrientes y Salta).



La información antedicha, emergente del trabajo de campo de investigaciones previas, fue reconsiderada e incorporada en este artículo a la luz de nuevas categorías y perspectivas, junto con el material específico que permite complementar y actualizar el mapa de la problemática relacionada con el TDA/H en Argentina.

La construcción diagnóstica: centralidad de los manuales de clasificación (DSM)

Partiendo que el empleo de psicofármacos para el tratamiento de niños es objeto de álgidas controversias entre los profesionales de la salud, el TDA/H constituye un caso emblemático en relación a estos debates. Por una parte -y compartido con el panorama más amplio- porque

las decisiones terapéuticas que atañen a los niños son tomadas por sus padres y médicos, y no por ellos mismos. Por otra parte, y más específicamente en relación al TDA/H, porque el empleo de metilfenidato supone una zona propia de críticas, dadas las reacciones adversas documentadas.

La tríada sintomática que caracteriza al TDA/H (hiperactividad, impulsividad y desatención) puede rastrearse en la literatura hasta dos siglos atrás. Sin embargo, es la descripción del DSM la que instaura y consolida los criterios diagnósticos con los que actualmente se tipifica la nosología.

El DSM-I, publicado en 1952, no incluía en su nomenclatura ninguna descripción equiparable a la tríada sintomática del actual TDA/H (APA 1952).

En el DSM-II, de 1968, aparece por primera vez la ‘reacción hiperkinética en la infancia o adolescencia’, considerada dentro de los ‘trastornos de conducta en la infancia y adolescencia’, y caracterizada por: “sobreactividad, inquietud y distractibilidad, y atención de corto alcance, especialmente en niños pequeños” (APA 1968: 50).

El DSM-III (APA 1980) afina conceptualmente la noción de TDA/H, y el DSM-III-R (1987) une déficit de atención e hiperactividad, marcando el terreno para los aportes del DSM-IV (1994). Esta versión revisada (2000), distingue tres subtipos: con predominio de inatención, o de hiperactividad-impulsividad, y combinado.

La quinta versión del DSM supone algunos cambios. Aunque mantiene la estructura en torno a síntomas y subtipos, añadió aclaraciones ampliatorias de la importancia en cada síntoma. La edad de manifestación de algunos síntomas se elevó de 7 a 12 años. Además, el diagnóstico de TDA/H en adultos cobra mayor relevancia, explicitándose estimaciones de prevalencia en la población adulta mundial (2,5%). Se contempla la comorbilidad entre TEA (Trastorno del Espectro Autista) y TDA/H, y se incluyen índices de severidad (www.dsm5.org).

Si bien, y como apuntan Mayes, Bagwell y Erkulwater (2008) ni los debates, ni el uso de estimulantes son novedosos en el TDA/H¹, sí lo son las formas recientes a través de las cuales se profundiza el proceso de farmacologización de la infancia, la especificidad de los actores en pugna, y los mecanismos de legitimación de organismos gubernamentales y de la sociedad civil.

En la III versión del DSM, se asimila el concepto de trastorno mental a un síndrome o manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica, con prescindencia de explicaciones etiológicas. Como señalan Russo y Venâncio (2006), el DSM-III fue proclamado como un manual a-teórico, basado en principios de testeo y verificación a partir de los cuales cada trastorno es identificado por criterios accesibles a la observación y medición empíricas. Esta clasificación, con pretensiones de neutralidad y generalización espacio-temporal, condujo a la globalización de la psiquiatría somática norteamericana.

Desde la publicación del DSM-III se extendió el financiamiento de los ensayos clínicos por parte de la industria farmacéutica, consolidándose en la IV versión del manual el vínculo entre la inclusión de nuevos diagnósticos y la producción de nuevos medicamentos. En el TDA/H, el predominio del metilfenidato no ha variado, sino que se han producido reconversiones en las tecnologías farmacológicas, específicamente en la forma de liberación del fármaco.

Tomando en cuenta estas consideraciones, entendemos que el proceso de redefinición nosológica del TDA/H operado desde la emergencia del DSM-III tiende a evidenciar la estrecha relación entre manuales de clasificación, construcción diagnóstica e industria farmacéutica. Este último elemento presenta algunas características históricas y actuales que a continuación analizamos.

La introducción de los psicoestimulantes en el tratamiento de niños

Estrictamente, el uso de drogas para tratar problemas mentales es anterior a la incorporación al mercado, en la década de 1950, de una serie de psicotrópicos específicos. Vomitivos, purgantes y narcóticos, entre otros, se utilizaron desde el siglo XIX (Conrad y Schneider 1992; Foucault 2005; Healy 2002; Shorter 2009). Mayormente, se empleaban analgésicos, anestésicos, opiáceos y barbitúricos. En el siglo XX se desarrollan los sedativos.

Desde mediados de la década de 1950 los fármacos se convierten en un aspecto central del tratamiento psiquiátrico. La reducción de la intensidad sintomática que habilitó la introducción de los neurolépticos favoreció el tratamiento fuera de ámbitos custodiales (Solal 2004) que constituían hasta ese momento una tecnología primordial de intervención.

La medicina tiene también una larga tradición en el uso de estimulantes para el tratamiento de una amplia gama de condiciones, incluyendo estados nerviosos. Entre ellos se cuentan el arsénico, la estricnina, la cafeína, el alcanfor y las hojas de coca. En el siglo XX, la terapéutica con estimulantes estuvo marcada por la influencia de las anfetaminas, a cuya familia pertenece el metilfenidato.

En 1937 Bradley señaló la efectividad de la anfetamina para tratar la hiperactividad en niños con perturbaciones severas de conducta. Diversos trabajos (Lange *et al.* 2010; Mayes y Rafalovich 2007; Barkley 2006) coinciden en destacar el carácter accidental de su descubrimiento. Buscando apaciguar las cefaleas resultantes de la realización de neumoencefalogramas, Bradley administró a los niños la Bazedrina. Aunque el efecto sobre las cefaleas fue insignificante, describió en algunos casos mejoramientos en el comportamiento y desempeño escolar.

Al poco tiempo, en 1944, fue sintetizado el metilfenidato por el laboratorio CIBA, bajo el nombre comercial Ritalina®. La indicación de metilfenidato para la denominada Disfunción Cerebral Mínima se consolida a comienzos de la década de 1960, casi diez años después de su lanzamiento al mercado, con el destino original de tratar la narcolepsia, siendo indicado también para la fatiga crónica, estados letárgicos y depresivos, conducta senil perturbada, psiconeurosis y psicosis asociada con depresión. Aunque la Bazedrina fue el primer estimulante administrado a niños hiperactivos, ya no se utiliza. Entre las perspectivas que abogan por el tratamiento medicamentoso, el metilfenidato es considerado la droga de primera elección, siendo el psicoestimulante más frecuentemente prescripto para el tratamiento del TDA/H.

Imbricaciones entre nosología, fármaco y manuales de clasificación

Un análisis del desarrollo de los psicofármacos requiere contemplar también a las categorías nosológicas, ya que ambas dimensiones se articulan de modos específicos en distintos casos. Diversos autores (Ehrenberg 2000; Conrad 2007; Shorter 2009; Caponi 2009) trabajaron la relación entre depresión y medicación antidepressiva como ejemplo paradigmático de la reformulación de la nosología a partir de los avances en la medicación.

En el TDA/H, el vínculo entre el fármaco y la nosología es diferente. Si bien se han incorporado nuevos fármacos (como la atomoxetina, en 2004), las investigaciones farmacológicas no tienen la escala que exhiben los estudios sobre nuevos antidepressivos, y los cambios en los criterios nosológicos no están motorizados por la introducción de nuevos fármacos. Antes bien, es el fármaco el que ha sufrido transformaciones en virtud de su vinculación con la nosología, poniendo de relieve que el modelo de la depresión, aunque emblemático, no agota las posibilidades explicativas.

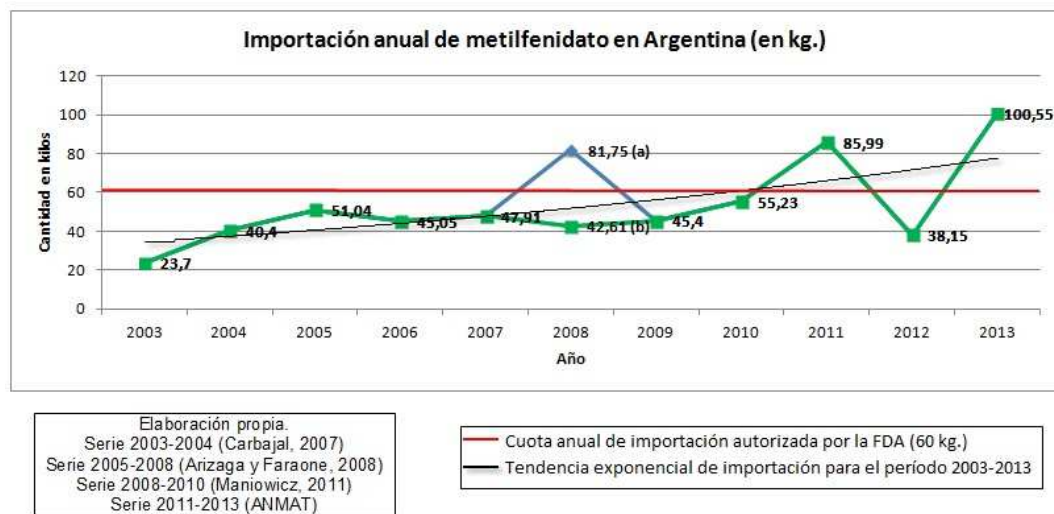
En el TDA/H la asociación de la nosología se da de modo sostenido y predominante con un mismo fármaco, el metilfenidato, y lo que cambia a través del tiempo es la forma de administrar el mismo, en la búsqueda de adecuar la ingesta a los requerimientos relacionados con la vida cotidiana de los actores involucrados.

Esto da la pauta que la formulación y puesta en circulación de nosologías, responde a bloques tácticos que no están integrados bajo una lógica única. Antes bien, se trata de unidades de sentido, de lógicas explicativas que funcionan con autonomía relativa y con funciones acotadas, aunque sus efectos decantan en formulaciones nosológicas específicas, como depresión o TDA/H.

Adicionalmente, insistir en las diferencias y similitudes entre las diferentes nosologías y terapéuticas farmacológicas se relaciona con que los procesos analizados articulan actores, estrategias, tecnologías, saberes y prácticas de modos cambiantes y no unitarios.

Lo antedicho no equivale a considerar que las industrias farmacéuticas carecen de injerencia. Antes bien, contribuye a enfatizar cómo las prácticas sociales pueden reorientar las estrategias de las farmacéuticas, y a realzar que las tecnologías -en este caso farmacológicas-, lejos de constituir un instrumento secundario o lateral, cumplen funciones nodales.

En el trabajo de campo, el metilfenidato emergió como droga de primera elección, así como la de mayor venta en Argentina². En Argentina no se publican estadísticas oficiales acerca del diagnóstico, ni de la prescripción de fármacos relacionados, o de consumo de los mismos. Sin embargo la información proporcionada por el Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes de ANMAT, señala un sostenido incremento en la importación de metilfenidato³.



En el gráfico se registran discrepancias, para el año 2008, en los valores señalados por las distintas fuentes. Así, Arizaga y Faraone refieren un valor por encima de los 80 kilos para dicho año (a), y Maniowicz refiere un valor menor (b). Estas diferencias son significativas, en tanto la cuota acordada por la FDA con la ONU está establecida para Argentina en 60 kg. por año.

Asimismo, aunque los valores de importación oscilan cada año, a los efectos de señalar una tendencia, hay congruencia en la indicación de un alza sostenida en la importación del metilfenidato. Este dato permite suponer que el aumento de importación de la sustancia obedece, o bien, a una venta efectiva creciente por los laboratorios, o a una decisión de afianzar una mayor penetración en el mercado por parte de los mismos.

La industria farmacéutica y las tecnologías biomédicas

Los estudios realizados en la década de 1970 ubicaban entre las fuerzas más significativas de la medicalización a los médicos, los movimientos sociales y grupos de interés, y a algunas

actividades organizacionales o interprofesionales (Conrad 2007). Desde entonces, la medicina evidenció cambios sustanciales, por los cuales otras fuerzas, antes subyacentes, contribuyen sustancialmente al proceso.

En el siglo XXI, los tres actores que orientan la medicalización son la biotecnología, los consumidores, y la atención gerenciada. La perspectiva expuesta por Conrad y Leiter (2004) no se centra en la influencia de los médicos, ni en los descubrimientos médicos y científicos, elementos que guiaron los estudios pioneros. Su enfoque se orienta hacia la creación de mercados y su impacto en la medicalización, particularmente de los problemas de la vida convertidos en trastornos. Así, los cambios en el escenario médico desplazan importantes zonas de la medicalización hacia un predominio del mercado. Aunque los actores involucrados son similares, el énfasis de cada uno es diferente.

De modo análogo, la biomedicalización (Clarke *et al.* 2003) en tanto proceso estratificado, concibe la tecnocientificación de las intervenciones como una estrategia en expansión, que no es uniforme, sino que penetra en los diversos tramos del tejido social de manera dispar, conduciendo a la coexistencia de realidades que van desde una intervención biomédica puntillosa, hasta la ausencia de cuidados básicos.

El cambio del complejo médico-industrial a partir de la década de 1970 (Iriart 2008; Oliveira Mendonça y Camargo 2012) da pie a un concepto paralelo: el complejo biomédico de tecnoservicios (Clarke *et al.* 2003), que enfatiza la investigación corporativa y privatizada antes que la estatal, posible por las innovaciones tecnocientíficas que amplían la biomedicalización. Es un complejo multinacional y globalizado que moldea las formas de concebir la vida y los problemas sociales. En esta situación, las tecnologías cobran una relevancia fundamental.

Por fuera de perspectivas orientadas a la medicalización y la biomedicalización, Rose conceptualiza a las tecnologías contemplando aquellas aplicadas al diagnóstico, como imágenes, o distintas pruebas genéticas; a las utilizadas en las terapéuticas farmacológicas, como los nuevos métodos de administración de fármacos; y a las cirugías (de trasplante o reconstrucción de órganos, articulaciones, huesos, etc.). También incluye maquinarias para respiración mecánica, diálisis, transfusiones o quimioterapia, y aparatología como prótesis, marcapasos e implantes dentarios, entre otros.

Sin embargo, las tecnologías abarcan más que estos artefactos, equipamientos y técnicas. Adoptan la forma de un ensamble de relaciones sociales y humanas, de un “conjunto estructurado por una racionalidad práctica gobernada por un objetivo más o menos consciente... ensamblajes híbridos de conocimientos, instrumentos, personas, sistemas de juicio, edificios y espacios, sustentados en el nivel programático por ciertos presupuestos y supuestos respecto de los seres humanos” (Rose 2012, p. 48). También sostiene que las tecnologías “producen y enmarcan a los seres humanos como tipos de entidades cuya existencia está simultáneamente capacitada y gobernada por su organización al interior de un campo tecnológico” (Rose 1998, p. 27).

Estas tecnologías no son ética o moralmente neutras. Su aplicación abre a nuevas interpretaciones lo que se considera como normal y moral, en la medida en que los cálculos y estimaciones estadísticas pueden reactualizarse periódicamente en función de nuevos resultados de investigación (Lock y Nguyen 2010). Las tecnologías quedan conformadas, además, por las transformaciones más amplias del conocimiento biomédico, las estructuras legales, los valores culturales y las identidades sociales resultantes (Ortega 2010).

Aunque el vínculo entre tecnología y medicalización es de larga data, la tecnología no formaba parte del proceso primario. Un cambio que marcan Conrad, Moynihan y Cassels (2007), Cabral Barros (2007) e Iriart (2008) es que la industria farmacéutica y la biotecnología se convirtieron en actores principales en esta nueva configuración; en ella la medicación psicoactiva se integra como pieza fundamental.

Si bien hace tiempo que la industria farmacéutica se vale de los médicos para la promoción de sus productos, en esta nueva configuración, los médicos se mantienen como custodios de la prescripción de muchas drogas, pero la industria farmacéutica ha avanzado además en formas de penetración de promoción indirecta, al público en general. Así los usuarios, reconfigurados como consumidores de salud, se constituyen en actores relevantes en los procesos de medicalización, biomedicalización y farmacologización. Pero la noción de consumidor también oculta la dimensión social de estos procesos, traduciendo reclamos, demandas y derechos de salud como adquisición de servicios de salud, y planteando el acceso a medicamentos y tratamientos, como una elección entre opciones.

En el trabajo de campo se verificó la mixtura entre un modelo de marketing farmacéutico orientado hacia el médico como principal destinatario, y otro centrado en el consumidor directo, sus familiares y el ámbito escolar.

Marketing e industria farmacéutica en Argentina: médicos, usuarios, familias y escuela como destinatarios

La industria farmacéutica en Argentina consolida estrategias de marketing en el mercado psicofarmacológico infantil, dirigiéndose hacia la comunidad médica, a través de incentivos y/o controles, y mecanismos de difusión de información por parte de líderes de opinión o voceros. También se dirige con especial énfasis a usuarios y/o sus organizaciones de familiares, y a la comunidad educativa. Aunque estas acciones están prohibidas por la legislación argentina, se generan intersticios que posibilitan llevarlas a cabo.

En relación específica al ámbito médico (en el TDA/H se trata de neurólogos, pediatras y psiquiatras) se observó en el trabajo de campo un seguimiento minucioso realizado por la industria farmacéutica sobre qué y cuándo recetan los médicos, a través de información construida por empresas de mercadotecnia (Jara 2007)⁴.

Los líderes de opinión son engranajes clave de las estrategias de marketing farmacéutico. Los agentes de propaganda médica detectan y valoran a los médicos según su rol dentro del colectivo de la especialidad, y son luego elevados por las propias empresas a la categoría de expertos. Como tales, difunden los últimos hallazgos en relación con enfermedades y/o síndromes, y las posibles terapéuticas medicamentosas en congresos y reuniones científicas, publicaciones y/o guías de consenso.

Las asociaciones de familiares y pacientes son un nuevo actor relevante en estos procesos. En el TDA/H, la asociación más importante a nivel mundial en la discusión diagnóstica y del tratamiento del cuadro es la *Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* (CHADD). También existen en diferentes países asociaciones semejantes de pacientes o familiares. Conrad (2007) y Moynihan y Cassels (2007) coinciden en señalar que, en algunos casos, estos grupos -cuyos voceros apoyan la investigación y tratamiento medicamentoso- están sostenidos financieramente por las propias compañías farmacéuticas.

Como plantean Iriart e Iglesias Ríos, esta dimensión del problema se relaciona con la conformación de grupos informales y asociaciones de pacientes y familiares que se inscriben en nuevas formas de sociabilidad determinadas por el padecimiento. Y como subraya Ortega (2004), estas biosociabilidades transforman progresivamente los agrupamientos tradicionales de clase, religión u orientación política.

En Argentina, la alianza de la industria con asociaciones de pacientes/padres y/o familiares es aún muy incipiente, y carece del desarrollo adquirido en Estados Unidos y algunos países europeos. Pero sí se documentó (Faraone, Barcala, Bianchi, Torricelli, 2009) la tendencia de algunos laboratorios a organizar grupos de dos, tres o más familias con el objetivo de brindar información sobre el TDA/H. Estas reuniones, denominadas 'mesas de ayuda', son frecuentemente promocionadas a través de las escuelas, y generalmente realizadas en recintos

de tipo médico no asistencial, como asociaciones o confederaciones médicas, instalando un espacio de encuentro a cargo de representantes y/o médicos convocados por un laboratorio.

Otra estrategia dirigida a la familia es la captación del interés hacia una droga en particular a través de la provisión de incentivos durante un tiempo, bajo la forma de descuentos encubiertos por la compra de determinada marca de medicamento.

También se documentó (Faraone, Barcala, Torricelli, Bianchi, 2010) la necesidad de colaboración de docentes y gabinetes psicopedagógicos en la realización del diagnóstico y en la detección temprana, para la ulterior derivación al ámbito médico. En relación a esta necesidad, se destacan dos modalidades estratégicas de los laboratorios hacia la comunidad educativa. Bajo la primera, los empleados o agentes de propaganda médica de los laboratorios, junto o a través de especialistas médicos, concurren a escuelas y/o realizan charlas informativas en los gabinetes psicopedagógicos. También en este caso, los encuentros se denominan ‘mesas de ayuda’. La segunda consiste en información destinada a docentes, bajo la forma de cuadernillos, manuales y gacetas, que incluyen datos estadísticos, consejos generales para la detección del cuadro, e información detallada acerca del medicamento.

Marketing y tecnologías aplicadas a la fabricación de psicofármacos

Otra estrategia que articula a la familia, la escuela y los niños diagnosticados con TDA/H, involucra las tecnologías aplicadas a la fabricación de psicofármacos. Actualmente, el metilfenidato está disponible para su venta bajo diferentes formas farmacológicas. Además de los comprimidos orales de liberación inmediata, existen tabletas de liberación prolongada: SODAS (Spheroidal Oral Drug Absorption System) y OROS (Osmotic Release Oral System). Ya se aprobó la venta de parches transdérmicos de metilfenidato, cuyo sistema de liberación ingresa la droga directamente en el torrente sanguíneo (El Universal 07/04/2006). De acuerdo a lo documentado en las investigaciones, la administración del metilfenidato se realiza una vez al día, resultando compatibles estas nuevas presentaciones con las exigencias de los niños que asisten a doble escolaridad, o cuya jornada incluye actividades extra-curriculares.

Los sistemas que modifican la liberación de los fármacos datan de finales de la década de 1930. Sin embargo, para el siglo XXI, las transformaciones en las políticas de patentes de los principios activos reposicionaron al diseño de formas farmacéuticas de liberación modificada como modo de revalorizar las moléculas ya existentes pero con patentes expiradas en el mercado farmacológico, y como una inversión alternativa más económica que la síntesis de nuevas moléculas (Baena et al 2006).

Estas cuestiones ilustran cómo la industria farmacéutica, que contribuye a la creación de una demanda (Russo y Venâncio 2006), debe atender a ella, cuidarla, mantenerla, optimizarla, habilitando a los consumidores de estos productos a disponer de opciones siempre renovadas, de acuerdo con un esquema en el que se articulan “la ideología de la libertad de elección, el mercado como soberano, el individuo como último responsable y el Estado como mero administrador” (Iriart 2008, p. 1624).

En la atención a esta demanda, la tecnología y los avances farmacológicos son puestos al servicio de necesidades cambiantes, y la satisfacción de exigencias sobre prácticas cotidianas. El fármaco es pues un componente privilegiado de los procesos mencionados, operando como elemento para la modulación de las conductas disruptivas de los niños, y cumpliendo funciones que -lejos de aplicarlo como una receta unitaria, homogénea en todos los casos- varían y se modifican de acuerdo a las necesidades que el medio impone. Así, la periodicidad y dosis son adecuadas a variabilidades individuales, que incorporan como factores relevantes situaciones, actividades y relaciones que no tienen un carácter médico estricto, sino que derivan de las dificultades de los niños para discurrir socialmente de modo armónico.

Palabras finales

Los procesos de farmacologización de la sociedad constituyen una problemática que pone en escena disputas de intereses sociales, culturales y económicos, reconfigurando y radicalizando los procesos de medicalización y biomedicalización. El consumo de psicotrópicos en niños diagnosticados con TDA/H resulta emblemático para reflexionar acerca de estos procesos, en los cuales el consumo de fármacos emerge como terapéutica casi excluyente.

El auge y consolidación del diagnóstico del TDA/H en las dos últimas décadas en la población infantil argentina, se verifica en los datos recabados, tanto en las cifras de importación de metilfenidato, como en las diferentes estrategias de marketing que la industria farmacéutica utiliza para ampliar sus mercados.

Estas nuevas estrategias se dirigen a actores no médicos, como gabinetes escolares, asociaciones de padres y docentes, penetrando en la comunidad educativa y las familias, espacios sociales donde se desarrolla la vida del niño.

La normalización sigue vislumbrándose en el horizonte de estos procesos, pero sin apelar al encierro, como ocurría con anterioridad a la introducción de los fármacos psicoactivos en el mercado. Estos constituyen un parteaguas en las estrategias de normalización que tienen al saber médico-farmacológico como actor destacado.

En la lógica que habilita la utilización de fármacos como el metilfenidato queda expuesto, como señala Murillo (2013) que el neoliberalismo, lejos de constituir una mera teoría económica, tiene una más amplia y profunda dimensión cultural, en la que el moldeado de subjetividades constituye un objetivo fundamental, a través de estrategias en las que el malestar, la inseguridad, la incertidumbre y la angustia son codificados como trastornos, y por ello susceptibles de gobierno bajo la égida de saberes de la salud.

Resaltar que el fármaco cumple un papel primordial, aunque no unitario, no equivale a retirar como factor explicativo a los entramados de poder puestos en juego en este polígono de fuerzas que constituye la problemática. Antes bien, supone considerar que el control sobre los cuerpos de individuos y poblaciones no tuvo ni tiene una forma única, y que es susceptible de adoptar diversas modalidades. Foucault ubicó dos formas de ejercicio del control sobre el cuerpo: el control-represión y el control-estimulación (Foucault 1991). Recuperar esta última modalidad da fundamento a un análisis que retome la dimensión positiva del poder ejercido en relación a los individuos cruzados por los procesos mencionados.

Por ello, sigue siendo relevante desentrañar y dar cuenta de la incidencia de factores históricos, sociales y culturales que intervienen en las líneas de demarcación entre salud y enfermedad, y entre normalidad y anormalidad, teniendo en cuenta el avance y proliferación de perspectivas subsidiarias de explicaciones biologizantes que, como en el TDA/H, a menudo los omiten como variables explicativas. Pero es significativo no agotar el análisis en evidenciar estas dimensiones, incorporando perspectivas que den cuenta del interjuego estratégico de actores involucrados en los procesos de medicalización y biomedicalización de la sociedad que caracterizan a la actual configuración social y económica.

Bibliografía

(S/A). Estudio científico. Confirman que es genético el trastorno de la hiperactividad. *Clarín*, Buenos Aires, 1 de oct. 2010. Disponible en: <http://www.clarin.com/sociedad/Confirman-genetico-trastorno-hiperactividad_0_345565565.html>. Acceso el 26 abr. 2014.

(S/A). FDA aprueba parche adhesivo para niños con déficit de atención. *El Universal*, Caracas, 7 de abr. 2006. Disponible en: <http://www.eluniversal.com/2006/04/07/imp_ten_ava_07A691535.shtml>. Acceso el 26 mar. 2014.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association, 1952.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Second Edition. Washington: American Psychiatric Association, 1968.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition*. Washington: American Psychiatric Association, 1980.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition-Revised*. Washington: American Psychiatric Association, 1987.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*. Washington: American Psychiatric Association, 1994.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision*. Washington: American Psychiatric Association, 2000.

American Psychiatric Association. *DSM-5 Development. DSM-5. The future of psychiatric diagnosis*. Disponible en: <<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>>. Acceso el 25 ene. 2012.

ARGENTINA. Buscador de genéricos con cobertura del 70%. Superintendencia de Servicios de Salud. Disponible en: <<http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?cat=consultas&opc=busgene>>. Consulta el 26 may. 2012.

ARGENTINA. Disposición N°2123 Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), del 13 de abril de 2007. *Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad: Se modifican prospectos de especialidades medicinales para tratar esta patología*. Disponible en: <http://www.anmat.gov.ar/Publicaciones/Boletines/Profesionales/Boleprof_Febrero_2007.pdf>. Acceso el 26 mar. 2014.

ARGENTINA. Orden del día N°750 Cámara Nacional de Diputados, Sesiones Ordinarias, del 18 de agosto de 2006. Disponible en: <<http://www4.diputados.gov.ar/dependencias/dcomisiones/periodo-124/124-750.pdf>>. Acceso el 26 mar. 2014.

ARGENTINA. Resolución N°1480 Ministerio de Salud de la Nación, del 13 de septiembre de 2011. *Guía para investigaciones salud humana*. Disponible en: <<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/185000-189999/187206/norma.htm>>. Acceso el 26 mar. 2014.

ARGENTINA. Resolución N°2857 Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación, del 11 de diciembre de 2006. *Lineamientos para el comportamiento ético en las*

Ciencias Sociales y Humanidades. Disponible en: <http://web.conicet.gov.ar/documents/11716/0/RD+20061211-2857.pdf>. Acceso el 26 mar. 2014.

ARIZAGA, C. y FARAONE, S. La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos. SEDRONAR-II.GG. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/info%20final%20Dic%202008_medicalizacion%20en%20la%20infancia.pdf, 2008. Acceso el 26 mar. 2014.

AVILA, A.; AGUILERA, G.; VERDUGO, L.; LUCERO, L.; FLORES, M.; GARRO, F. Estudio de utilización de metilfenidato en la provincia de San Luis. 2007. Disponible en: http://www.medicalcongress.net/2007/aafh/buscador_vertrabajo.php?codigo=21606. Consulta el 26 mar. 2014.

BAENA, Y.; ARAGÓN, M.; SANDOVAL, P.; ROSAS, J.; PONCE D'LEÓN, L. Sistemas osmóticos de administración oral. *Revista Colombiana de Ciencias Químicas y Farmacia*. v.35 (2), p.192-211, 2006.

BARCALA, A. El impacto de las políticas neoliberales en el ámbito de la salud mental. En: Benasayag, L. y Dueñas, G. (comps.). *Invencción de enfermedades. Traiciones a la salud y a la educación*. Bs. As: Noveduc, 2011. p.219-232.

BARKLEY, R. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press, 2006.

BENASAYAG, L. (comp.) *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario*. Argentina: Noveduc, 2007.

BENASAYAG, L.; DUEÑAS, G. (comps.) *Invencción de enfermedades. Traiciones a la salud y a la educación. La medicalización de la vida contemporánea*. Argentina: Noveduc, 2011.

BIANCHI, E. Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM. *Revista Latinoamericana de Niñez y Juventud*. v.10, p.1021-1038, 2012.

CABRAL BARROS, J. A. Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.13, p.579-587, 2007.

CAPONI, S. Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 29 (13), p.327-38, 2009.

CARBAJAL, M. ADD y ADHD, una mirada desde el periodismo. En: Benasayag, L. (comp.). *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario*. Argentina: Noveduc, 2007. p.237-244.

CARBAJAL, M. La supuesta enfermedad del chico inquieto y las pildoritas mágicas". *Página/12*, Buenos Aires, 17 oct. 2006. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/74605-24184-2006-10-17.html>. Acceso el 26 mar. 2014.

CLARKE, A., SHIM, J.; MAMO, L. FOSKET, J.; FISHMAN, J. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, v.68, p.161-194, 2003.

CONRAD, P. *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.

- CONRAD, P. y SCHNEIDER, J. *Deviance and Medicalization. From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press, 1992.
- CONRAD, P.; LEITER, V. Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behavior*. v.45, p.158-176, 2004.
- DUEÑAS, G. (comp.) *La patologización de la infancia. ¿Niños o síndromes?* Buenos Aires: Noveduc, 2011b.
- DUEÑAS, G. Cuestionando prácticas desubjetivantes en salud y educación. En: Benasayag, L. y Dueñas, G. (comps.). *Invencción de enfermedades. Traiciones a la salud y a la educación*. Bs. As: Noveduc, 2011a. p.145-166.
- EHRENBERG, A. *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Bs. As: Nueva Visión, 2000.
- FARAONE, S. Medicalización de la infancia: Una mirada desde la complejidad de los actores y de las políticas. *Topía*. Disponible en: <<http://www.topia.com.ar/articulos/medicalizaci%C3%B3n-de-la-infancia-una-mirada-desde-la-complejidad-de-los-actores-y-las-pol%C3%ADticas>>, 2008. Acceso el 26 mar. 2014.
- FARAONE, S.; BARCALA, A.; BIANCHI, E.; TORRICELLI, F. La Industria Farmacéutica En Los Procesos De Medicalización/Medicamentación. *Margen*. 2009. Disponible en: <<http://www.margen.org/suscri/numero54.html>>. Acceso el 26 mar. 2014.
- Faraone, S.; Barcala, A.; Torricelli, F.; Bianchi, E.; Tamburrino, C. Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. v.34, p.485-497, 2010.
- ForumADD. ADD, ADHD, TGD, TEA, TOD, TOC, Bipolaridad... Cuestionando etiquetas. Disponible en: <<http://www.forumadd.com.ar/>>.
- FOUCAULT, M. *El Poder Psiquiátrico*. Argentina: FCE, 2005.
- FOUCAULT, M. Poder-Cuerpo. En: Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (eds.) *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta, 1991. p.111-118.
- GAINES, A. From DSM-I to III-R; voices of self, mastery and the other: a culture constructivist reading of U.S. psychiatric classification. *Social Science and Medicine*. v.35, p.3-24, 1992.
- Giraldo, S. y Bertel, L. Consumo del medicamento Metilfenidato-Ritalina®, en el Valle Aburrá del departamento de Antioquia en el periodo de Febrero a Julio de 2003. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, v.23, pp. 47-57, 2005.
- GROB, G. Origins of DSM-I: A study in Appearance and Reality. *American Journal of Psychiatry*. v.148, p.421-431, 1991.
- HEALY, D. *The creation of psychopharmacology*. Cambridge, Massachusetts, London, England: Harvard University Press, 2002.
- IRIART, C. Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.13, n.5, p.1619-1626, 2008.
- IRIART, C.; IGLESIAS RÍOS, L. Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. v.43, p.1011-23, 2012.
- IRIART, C.; IGLESIAS RÍOS, L. La (re)creación del consumidor de salud y la biomedicalización de la infancia. En: C. L. Collares, M. A. Moysés y M. França Ribeiro

- (eds.). *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos*. Brasil: Mercado de Letras, 2013, p.21-40.
- JANIN, B. (comp). *Niños desatentos e Hiperactivos. ADD/ADHD. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Bs. As: Noveduc, 2007.
- JARA, M. *Traficantes de salud. Cómo nos venden medicamentos peligrosos y juegan con la enfermedad*. Barcelona: Icaria-Antrazyt, 2007.
- JOSELEVICH, E. (comp.) *AD/HD. Qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes*. Bs. As.: Paidós, 2005.
- LAKOFF, A. The Anxieties of Globalization: Antidepressant Sales and Economic Crisis in Argentina. *Social Studies of Science*. v.34, p.247-269, 2004
- LANGE, K.; REICHL, S.; LANGE, K.; TUCHA, L.; TUCHA, O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Def Hyp Disord*. Springer. v.2 p.224-255, 2010.
- LOCK, M. y NGUYEN, V-K. *An anthropology of biomedicine*. United Kingdom: Wiley-Blackwell, 2010.
- LOCK, M.; YOUNG, A.; CAMBROSIO, A. *Living and Working with the new medical Technologies. Intersections of Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- Maniowicz, D. Malos diagnósticos y sobremedicación. La infancia en peligro. *Revista Veintitrés*, Buenos Aires, 16 de jun. 2011. Disponible en: <http://veintitres.elargentino.com/nota-2927-portada-titulo.html>>. Acceso el 26 mar. 2014.
- MAYES, R.; BAGWELL, C.; ERKULWATER, J. ADHD and the Rise in Stimulant Use Among Children. *Harvard Review of Psychiatry*. p.151-166, 2008.
- MAYES, R.; RAFALOVICH, A. Suffer the restless children: the evolution of ADHD and paediatric stimulant use, 199-80. *History of Psychiatry*. v.18, p.435-457, 2007.
- MOYANO WALKER, J. M. (comp.) *ADHD ¿Enfermos o singulares? Una mirada diferente sobre el síndrome de hiperactividad y déficit de atención*. Bs. As: Lumen, 2004.
- MOYNIHAN, R. ; CASSELS, A. *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*. Barcelona: Terapias Verdes, 2007.
- MURILLO, S. La medicalización de la vida cotidiana. En *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales-UBA*, v.83, p.44-49, 2013.
- OLIVEIRA MENDONÇA, A. L.; CAMARGO JR., K. R. Complexo médico-industrial/financeiro: os lados epistemológico e axiológico da balança. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v.22 (1), p.215-238, 2012.
- ORTEGA, F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. v.14, p.9-20, 2004.
- ORTEGA, F. *El cuerpo incierto. Corporeidad, Tecnologías médicas y cultura contemporánea*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2010.
- ROSE, N. *Inventing our selves. Psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- ROSE, N. *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE, 2012.

RUSSO, J. y VENÂNCIO, A. T. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatología*. v.3, p.460-483, 2006.

SHORTER, E. *Before Prozac. The troubled history of mood disorders in psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2009.

SOLAL, J. F. Los medicamentos psicotrópicos o la dependencia confortable. En: Ehrenberg, A. (comp.). *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Bs. As: Nueva Visión, 2004, p.191-202.

STIGLITZ, G. (Comp.) *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran. El mal real y la construcción social*. Argentina: Grama, 2006.

UNTOIGLICH, G. *Versiones actuales del sufrimiento infantil. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad*. Bs. As: Noveduc, 2011.

VASEN, J. *Una nueva epidemia de nombres improprios. El DSM-V invade la infancia en la clínica y las aulas*. Bs. As: Noveduc, 2011.

¹ El metilfenidato se introdujo en Estados Unidos en 1955, y su uso en niños con problemas de conducta severos fue aprobado en 1962 por la FDA.

² En algunas provincias la venta exhibe una razón de 18/1 entre metilfenidato/atomoxetina (OTRO Y AUTOR2 2008).

³ En Argentina, el metilfenidato no está incorporado al Programa REMEDIAR (botiquín de medicamentos suministrados por el Estado Nacional) y la Seguridad Social Nacional cubre el 40% de su precio (Superintendencia de Servicios de Salud, 2012), aunque algunas obras sociales provinciales elevan la cobertura hasta un 70%.

⁴ En Argentina las principales son: IMS y *Close Up*. Sobre esta última, Lakoff (2004) analizó cómo registran datos por médicos, productos y cantidad prescripta, a través de la copia de recetas microfilmadas, tomadas en las grandes cadenas farmacéuticas de la Ciudad de Buenos Aires.