



Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo final de grado
Montevideo, Julio 2022

Controversias sobre TDAH

Estudiante: Daniela Ibañez
CI: 4.420.768-8

Tutora: Esther Angeriz

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	4
Desarrollo teórico	5
Enseñanza - aprendizaje	5
Educación	5
Aprendizaje	7
Barreras para el aprendizaje	10
Dificultades de aprendizaje y fracaso escolar	13
TDAH - Trastorno Déficit de Atención con o sin Hiperactividad	16
Antecedentes TDAH	17
Diagnóstico de TDAH	19
La capacidad atencional	21
Posibles abordajes	23
Impactos del diagnóstico	27
El lugar de las instituciones escolares	29
Perspectiva familiar	31
Sufrimiento del niño	33
Conclusiones	35
Referencias	38

Resumen

El aumento de diagnósticos de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en niños durante la etapa escolar ha despertado en las últimas décadas la preocupación por parte de distintas disciplinas involucradas en la infancia.

El presente trabajo tiene como objetivo principal ahondar en esta problemática a través de distintas perspectivas que permitan dilucidar los principales cuestionamientos a este diagnóstico. Así como también, abordar cuál es el marco teórico en relación al aprendizaje que nos permite comprender las dificultades de aprendizaje en la actualidad. En particular, en relación a la inquietud e inatención que es posible observar en las aulas.

Mediante el recorrido teórico de referentes en el tema se busca analizar la problemática de los sobrediagnósticos en la infancia, sus posibles abordajes y consecuencias.

Asimismo, se permite a lo largo del trabajo repensar y reflexionar sobre los diagnósticos en la infancia en la vorágine de la sociedad actual. Se destaca la importancia de tomar en consideración el entorno tanto escolar como familiar, a fin de evitar depositar en él niño el problema y generar encasillamientos.

Palabras claves: TDAH - infancia - aprendizaje - diagnóstico

Abstract

The increase in diagnoses of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in school-age children has woken up concern from different disciplines involved in childhood over the past decades.

The main objective of this research is to go deeper into this problem through different perspectives that allow to clarify the main questions to this diagnosis. As well as approaching what is the theoretical framework related to learning that allows us to understand learning

difficulties today. Mainly, in relation to the restlessness and inattention that can be observed in the classrooms.

Through the theoretical review of references on the subject, we seek to analyze the problem of overdiagnosis in childhood, as well as its possible approaches and consequences.

Likewise, it is allowed throughout the research to rethink and reflect on diagnoses in childhood in the maelstrom of today's society. The importance of taking into consideration both the school and family environment is highlighted, in order to avoid placing the problem on the child and generating pigeonholes.

Keywords: ADHD - childhood - learning - diagnosis

Introducción

El siguiente trabajo de grado pretende mediante un formato monográfico, abordar el diagnóstico del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su creciente eclosión en la sociedad actual, partiendo de la base de que es uno de los diagnósticos en la infancia más visibilizados durante la etapa escolar.

Se reflexionará a través del estudio de diferentes autores y referentes de la temática desde distintas disciplinas, acerca de la hiperactividad y desatención de los niños en el aula.

Para poder desarrollarlo, inicialmente se conceptualizará acerca de la educación y aprendizaje, los requerimientos actuales y las exigencias hacia el niño en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Posteriormente, se abordarán las denominadas barreras para el aprendizaje y la participación. Se busca ahondar en esta concepción que amplía el foco hacia el contexto en lugar de centralizar la problemática en el niño. A su vez, se exponen distintas concepciones acerca de las dificultades de aprendizaje desde el enfoque de diferentes disciplinas.

Se profundizará en el Trastorno de déficit de Atención e Hiperactividad como uno de los diagnósticos que pueden observarse en el ámbito educativo en la actualidad, realizando

previamente un recorrido por sus antecedentes históricos hasta la concepción y abordaje de nuestros días. Resulta pertinente ahondar en las distintas posturas y cuestionamientos de este diagnóstico infantil.

Se busca principalmente abordar el sufrimiento del niño y las consecuencias de su rotulación. Asimismo, se plantea el abordaje de la perspectiva familiar y el lugar de las instituciones educativas.

Se tiene presente a lo largo del trabajo, pensar al niño como sujeto en constante cambio y plena construcción de su psiquismo. Se destaca la importancia de tener presente que se encuentra inmerso en la sociedad actual, donde predominan la inmediatez y lo fugaz. Sociedad donde los estímulos que se reciben son muchos y se exige y esperan ciertos comportamientos de quietud, tanto de parte de la institución como de la sociedad en sí misma, haciendo una invitación a reflexionar sobre esta problemática.

Desarrollo teórico

Enseñanza - aprendizaje

Educación

Pensamos la educación como productora de sujetos, como formadora del sujeto social, una metodología que la sociedad Moderna empleó para instituir un determinado tipo de subjetividad y la formación de ciudadanos. Durante la Modernidad, se genera una significativa conciencia de la importancia de la educación, respecto a épocas anteriores. La educación comenzó a brindarse desde el ámbito público con la creación de escuelas, extendiéndose a lo largo de todo el continente europeo. Subyace la idea de que la *paideia* (educación para los griegos), era capaz de cambiar a los hombres y llevarlos a su progreso como ciudadanos (Larrion, 2017).

Es una idea coincidente con el planteo de Berenstein (1999) quien sostiene que la educación es empleada para producir los sujetos requeridos por determinada sociedad y que los mismos luego puedan transmitir sus valores, ideología y forma de ser aceptada a otros, operando como un instrumento de formación. La educación así entendida, como

plantea Coll (2010) opera como un verdadero mecanismo de herencia cultural. Garantiza la transmisión de los conocimientos históricamente construidos y culturalmente organizados. A su vez, genera la posibilidad de utilizarlos en cada momento histórico como punto de partida para nuevos procesos de construcción individual y colectiva de conocimiento. Brinda al sujeto un sentimiento de pertenencia, que el sujeto pueda reconocerse como perteneciente al medio que lo produce (Coll, 2010).

El componente educativo como formación de sujeto va a atravesar la propia estructura del conocimiento y tendrá un carácter inconsciente de este (Berentein, 1999).

Se entiende a la escuela como lugar de educación formal y socialización obligatoria para el individuo, la misma será para el niño su primera adecuación formal a hábitos y normas pre-establecidas a las cuales deberá adaptarse, incorporar conocimientos, desempeñarse con eficiencia en los procesos académicos e interactuar en forma armoniosa con su entorno. Estas condiciones lo ubican desde el comienzo en un lugar en donde deberá de cumplir con lo esperable según las exigencias establecidas, estando a la altura de dicha estructura.

Desde una mirada psicoanalítica, como plantea Janin (2004), la escuela no suele ser generadora de una patología psíquica, pero sí es el lugar por excelencia donde las mismas pueden llegar a desplegarse, haciéndolas visibles. La autora plantea que en los avatares mismos de la estructuración psíquica, signada por los vínculos con otros, están posibilitadas las perturbaciones. En estos casos, lo primordial es lograr entender el sufrimiento del niño y cuales son las conflictivas que expresa y a quienes incluye (Janin, 2013).

En relación a la inserción del niño a la institución educativa, Etchebehere (2008) plantea que la misma le brindará al niño la posibilidad de asumir un rol diferente al de hijo y le permitirá interactuar con otros roles diferentes a los ya conocidos en su contexto familiar. Implica cambios, nuevos tiempos, ritmos y rutinas, lo que favorecerá a su individualización, crecimiento y posibilitará su socialización.

El niño se enfrenta con nuevas maneras de relacionarse, estableciendo sus primeras relaciones fuera del ámbito familiar. Estas experiencias generarán en el niño diferentes tipos de ansiedades. Como lo menciona Etchebehere (2008) desde los aportes de Pichón Riviere (1970), despertará en el sujeto dos ansiedades básicas, la depresiva, en relación al miedo a la pérdida y la paranoide, entendida como el miedo a lo desconocido, a aquello nuevo a lo que se enfrentará. La forma en la que el niño elaborará estas ansiedades va a depender no solo del bagaje de experiencias con las que ya cuenta, sino también del apoyo, contención y atención que se le proporcione tanto desde la escuela como desde su familia.

De acuerdo a Schlemenson (2005), la escuela como lugar de socialización obligatoria es considerada una oportunidad para la complejización del psiquismo, ya que incrementa las oportunidades de ampliar el potencial simbólico del niño. Al iniciar su escolarización, se integra en una estructura donde otros sujetos y objetos se imponen. El niño puede de esta forma, reeditar con ellos situaciones originarias pasando de objetos exclusivamente sexuales, pertenecientes a su fantasmática edípica, a objetos que son socialmente valorados, desconocidos y enigmáticos. Mediante estos objetos reproduce relaciones de semejanza a las ya experimentadas con los objetos parentales pero que a su vez resisten a sus comportamientos y producen modificaciones en sus formas de operar a nivel psíquico.

La amplia diversidad de ofertas sociales que encontrará en la escuela, desde sus compañeros, docentes, los conocimientos que incorpora, amplían la oportunidad de incrementar los procesos sustitutivos, esto le permite enriquecer y acceder a un despliegue armónico de su potencial simbólico (Schlemenson, 2005).

Puede suceder que ciertos requerimientos, como esta capacidad de producir simbólicamente, la adaptación en la constitución de normas y hábitos o los límites, pasen desapercibidos en la estructura familiar y al confrontarse con la estructura y las exigencias escolares se hagan visibles, haciendo eclosión (Janin, 2004).

En base a lo mencionado anteriormente es esperable que sea desde la escuela donde se detecte cuando un niño muestra dificultades atencionales, a fin de buscar entender su padecimiento.

Aprendizaje

De acuerdo con su etimología, aprender proviene del latín *aprehendere* y significa apoderamiento, aprender algo es apoderarse de eso que se aprende.

Haciendo referencia a Charlot (2000), desde un punto de vista epistemológico, podemos definir el aprender como la actividad de apropiación de un saber que no se posee pero cuya existencia se asienta en objetos, lugares y personas; quienes ya han seguido este camino, pueden ayudar a aprender a otros, mediante una función de acompañamiento, de

mediación. Aprender es pasar a poseer ese saber, de la identificación de un saber virtual a su apropiación real.

Puede ser adquirir un saber, en el sentido estricto, esto es, un contenido intelectual, como puede ser aprender gramática, las matemáticas, la fecha de una batalla, la historia del arte, entre otros ejemplos; sin embargo, aprender también puede ser dominar un objeto o una actividad, como por ejemplo nadar o atarse los cordones, o puede ser también como forma relacional, costumbres como el decir buen día o mentir. Por este motivo, Charlot (2000) plantea que la cuestión del aprender es más amplia que la del saber en sí mismo, ya que hay manifestaciones del aprender que no consisten únicamente en apropiarse de un saber como contenido de un pensamiento (Charlot, 2000).

Por otro lado, el adquirir propiamente un tipo de saber, hace que el sujeto mantenga una relación con el mundo más amplia que una relación de saber. Podemos afirmar que la relación con el saber es además de relación consigo mismo, relación con el otro y relación con el mundo, como una forma de apropiación de ese mundo. En la relación consigo mismo, estará en juego la construcción e imagen que hace de sí mismo el sujeto.

Dicho de esta forma, la relación con el saber es relación epistémica con un saber-objeto, el cual puede tomar forma de objeto mediante el lenguaje, que le dará una existencia aparentemente independiente de la de sujeto (Lahire, 1993, como se citó en Charlot, 2000). El saber aparece entonces como un saber existente en sí, en un universo de saberes distinto al de las acciones, las percepciones o emociones, pudiendo ser evocado más allá del proceso de aprendizaje (Charlot, 2000).

En relación al proceso de aprendizaje, Janin (2014), desde su perspectiva psicoanalítica, plantea que para poder aprender algo tenemos que previamente poder atenderlo, concentrarnos, sentir curiosidad por eso, para luego desarmarlo, desentrañarlo y reorganizarlo con nuestras propias palabras e ideas previas, lo que permitirá apropiarnos de él para poder utilizarlo en diferentes circunstancias.

Para poder comprender el proceso de aprendizaje en el niño y dar cuenta de los posicionamientos singulares de cada sujeto en el acto de conocer, desde un punto de vista psicopedagógico, resulta imprescindible señalar los términos enseñante y aprendiente, los cuales no serán equivalentes a profesor y alumno.

Enseñante y aprendiente operan como modos subjetivos desde donde situarse. De esta forma, la mirada al niño desde donde se lo pensará será como sujeto deseante desde el psicoanálisis, sujeto epistémico desde el punto de vista de psicología genética o

epistemológica o sujeto social desde el estructuralismo, pensando al humano haciendo-haciéndose en la/s culturas (Fernández, 2000).

Dichos posicionamientos pueden ser simultáneos y estar presentes en todo vínculo por ejemplo padres-hijos. Desde este punto de vista, podemos decir que solo quien se posicione como enseñante podrá aprender y solo quien se posicione como aprendiente podrá enseñar (Fernández, 2000).

Siguiendo el concepto de Alicia Fernández (2000), el sujeto aprendiente solo se construirá a partir de su relación con el sujeto enseñante, ya que ambas son posiciones subjetivas, presentes en una misma persona y en un mismo momento, podemos decir que el aprender sólo es posible desde esta simultaneidad. Para esto necesitará conectarse con lo que ya conoce y hacerlo visible. El aprendiente se situará en la articulación de la información, entre el conocer y el saber, y es desde allí desde donde podrá apropiarse de la información dada, a partir de la construcción de conocimientos, proceso en el cual intervienen inteligencia y deseo.

El logro de un proceso saludable de aprendizaje, dependerá de que el padre, madre o maestro como enseñante, piensen y miren al niño apelando al sujeto enseñante del aprendiente, esto es, colocándolo desde una posición de conocimiento, considerando que el mismo también conoce y sabe (Farconesi, 2012).

Al decir de Paulo Freire, "Enseñar exige respeto a los saberes de los educandos" (Freire, 1970, como se citó en Farconesi, 2012, p.48).

El sujeto no solo será activo en relación a la construcción del conocimiento que va a incorporar como aprendiente, sino también en cuanto a la forma en que lo incorpora, transforma la situación que está aprendiendo y al propio aprendiente como tal. Al apropiarse de esos conocimientos que transformará, se convierte entonces en un sujeto autor (Fernández, 2000).

Podemos relacionar esto último con la concepción propuesta por Freire (1970) de educación bancaria, donde se realiza una crítica a la escuela tradicional en la que la información simplemente es transferida del profesor al alumno, asemejándose a un depósito bancario, donde únicamente el rol activo lo ejerce el profesor al depositar en el alumno la información. De esta forma se lo ubica en un rol pasivo, y se lo limita a una simple acumulación de datos, sin lugar al intercambio, a la transformación (Farconesi, 2012).

Desde este posicionamiento, la mirada en el niño es la de carente, es el otro quien viene a llenar esa carencia, la comunicación es unilateral y el conocimiento es algo que existe por fuera de las personas (Freire, 1970 como se citó en Farconesi, 2012).

Al ubicar al otro en este lugar de carencia, se lo limita, se lo posiciona en un lugar de debilidad, sin lugar para el intercambio, para que el niño logre apropiarse y transformar este conocimiento como propio. Se propone desde esta crítica, la construcción del diálogo, del lugar al intercambio, transformar el acto de conocer a no solo un hecho aislado, individual y ajeno, sino como un proceso que implica intercomunicación y genera un rol activo, que logra que toda tarea pedagógica se convierta en un acto dialógico.

Por otro lado, es importante señalar el papel del deseo en el aprender. En referencia a esto, Charlot (2000) plantea que dicho deseo, es deseo del otro, deseo del mundo, deseo de sí y el deseo del saber o aprender será desde una forma de él, es decir, de cuando ha tenido la experiencia del placer por saber y aprender.

En esta misma línea, desde la perspectiva psicoanalítica, Schlemenson (2005), plantea que el hecho de aprender y poder expresarse con autonomía, el poder permitirle al sujeto desplegar argumentos y pensamientos, son actividades psíquicas que producen placer y amplían a su vez el campo de las satisfacciones posibles.

El deseo es por ende, el motor de la movilización, de la actividad, esta dinámica del sujeto sostiene la relación con el saber, poniendo en juego la cuestión del valor de lo que aprende y del proceso en sí del aprendizaje (Schlemenson, 2015).

Barreras para el aprendizaje

Actualmente, ante la inminente necesidad de atender a la diversidad encontrada en las aulas, bajo un enfoque pedagógico y social se ha ido generando el concepto de barreras para el aprendizaje y la participación, con la finalidad de definir las dificultades que experimentan los niños en su proceso de aprendizaje.

Dicha conceptualización fue inicialmente introducida por Tony Booth y Mel Ainscow en el año 1999, formando parte del documento *Index for Inclusion*, traducido en su versión al castellano en el año 2000. En esta primera aparición se lo propone como sustitución del término necesidades educativas especiales (NEE). Al tener en cuenta que desde esta

conceptualización se asocia como causa principal de las dificultades educativas, términos como la deficiencia o discapacidad, sin tener presente aquellos aspectos que interactúan con condiciones personales, sociales, entre otras. En base a esto, se determina la importancia de transitar hacia otra terminología (Covarrubias, 2019).

Implica un cambio en el modelo social ante las dificultades de aprendizaje y la discapacidad, planteando nuevas estrategias para la atención de la diversidad. Desde este concepto se busca un enfoque que apunte hacia la diversidad del alumnado, contemplando distintas situaciones, que pueden estar asociadas a diferentes tipos de capacidades.

Echeita (2006), retoma los conceptos de Booth y Ainscow (1999), y plantea que desde las llamadas necesidades educativas especiales se pone el foco en que la causa de la dificultad se encuentra centrada en el niño, concepción que propone debe transformarse.

Señala además que es el contexto social el que en gran medida, con sus políticas, actitudes y prácticas, crea las dificultades y obstáculos que imposibilitan o disminuyen las posibilidades de aprendizaje de determinados alumnos. Si bien se considera cierto e innegable el hecho de que ciertas condiciones específicas requieran una intervención particular, también es imprescindible considerar los factores del entorno que pueden generar que dicha situación se agudice si se trata únicamente de manera individualizada o como un único factor (Echeita, 2006).

Dentro del escenario educativo, se ha ido incorporando esta terminología en los últimos años en diferentes documentos normativos. Por ejemplo, en el documento “Reglas de operación para el programa de inclusión y equidad educativa” (Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina [SITEAL], 2007 como se citó en Covarrubias, 2019), se entienden las barreras de aprendizaje como “(...) todos aquellos factores del contexto que dificultan o limitan el pleno acceso a la educación y a las oportunidades de aprendizaje de niñas, niños y jóvenes. Aparecen en relación con su interacción en los diferentes contextos: familiar, escolar, social, político, económico, institucional y cultural” (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2016, como se citó en Covarrubias, 2019, p.139).

Desde este enfoque se busca descentralizar la problemática exclusivamente en el niño, centrándose en todos los condicionantes que pueda abarcar a su interacción con el contexto del sujeto, y no como un problema inherente al niño. Se posiciona al contexto social como generador de barreras y se busca distinguir las diversas barreras que impiden el aprendizaje y la participación de los alumnos.

Surge un nuevo punto de partida y visión de la problemática del proceso enseñanza-aprendizaje acorde al trabajo de la diversidad, con los retos y exigencias de las escuelas del Siglo XXI. Durante el siglo anterior, el foco en el diagnóstico pedagógico ha estado centrado en la medición psicométrica y su consecuente clasificación. Los modelos educativos han tenido como característica principal la precisión para evaluar la escritura y el funcionamiento del desarrollo cognitivo del niño, enfocando estas evaluaciones en las dificultades de aprendizaje, lo cual conlleva al uso indiscriminado de etiquetas (Férrandez y Ortega, 2016, como se citó en Herrera y Guevara, 2022).

Estas transformaciones buscan avanzar hacia un cambio en las evaluaciones psicopedagógicas, en las que se incluyen todos los componentes que intervienen en este proceso de enseñanza-aprendizaje, la relación docente-estudiante y los componentes didácticos, como pueden ser los objetivos, contenidos, métodos, recursos, evaluación, entre otros. Para lograr este propósito es imprescindible dejar atrás la mirada que hace foco exclusivamente en el sujeto individualizado, en las carencias, en lo que no hay, para pasar a una mirada de una escuela para todos. Es de esta manera que se puede pensar esta transformación del diagnóstico centrado en la persona para pasar a un diagnóstico dirigido al contexto, donde lo principal no es la dificultad sino las barreras que impiden la participación, la convivencia y el aprendizaje en el aula, barreras que aparecen en la interacción entre el alumnado y sus contextos (Herrera y Guevara, 2022).

Esta perspectiva pone énfasis en lo contextual. Cabe señalar aquí, como plantean Lacasa y Reina (2014, como se citó en Herrera y Guevara, 2022) que cuando hablamos de contexto, los mismos no deben de entenderse como algo definitivamente dado, sino que se constituyen dinámicamente con la actividad de los participantes; un contexto se delimitará así, por lo que la gente hace, donde y cuando lo hace, y es en este sentido que las personas que interactúan llegan a constituir el contexto para los demás.

Tal como se menciona anteriormente, esta perspectiva implica dejar de mirar desde la persona y sus carencias, para dirigir la mirada hacia los obstáculos que los contextos imponen e impiden el avance, la confianza en sí mismo y el éxito en los aprendizajes de quienes se encuentran en desventaja o son más vulnerables a los procesos de exclusión, pero buscando romper con un modelo asistencialista.

Resulta imprescindible el enfoque interdisciplinario e irse ajustando a los tiempos actuales, acompañar los acontecimientos y devenires de la vorágine actual, los cambios que surgen de esta y acompañar las transformaciones.

Dificultades de aprendizaje y fracaso escolar

A lo largo de los años, se han ido modificando y transformando las concepciones que giran en torno a los procesos de enseñanza-aprendizaje y los diagnósticos psicopedagógicos, así como también sus formas de abordaje y tratamiento. De todas maneras aún persisten otras teorizaciones al respecto.

El aprendizaje y las dificultades que se pueden presentar en el acto pedagógico han sido en los últimos tiempos preocupación de diferentes disciplinas. Tomando el concepto de Adriana Uturbey (2019), el llamado fracaso escolar podría describirse a grandes rasgos como el malestar y la desigualdad manifiestos en el ámbito escolar cuya consecuencia inmediata son los malos resultados en los aspectos objetivables del aprendizaje, aunque estos trascienden el alcance de la escuela, teniendo a mediano y largo plazo consecuencias tanto sociales, políticas e incluso económicas (Uturbey, 2019).

El denominado fracaso escolar, como plantea Janin (2004), puede estar ligado a múltiples motivos, es decir, los problemas en el rendimiento escolar pueden no tener relación con dificultades intelectuales, ni responder siempre a conflictos intrapsíquicos. Es importante tener presente que toda dificultad escolar, debería ser leída desde una multiplicidad causal y que son muchos los participantes en este proceso, el niño, el docente, los padres y el contexto social (Janin, 2004).

En cuanto a las dificultades de aprendizaje, es posible establecer que constituyen un fenómeno complejo, al que pueden atribuirse causas ligadas tanto a la sociedad, la familia, la institución escolar, los docentes, los estudiantes como también a las políticas de estado.

A su vez, la educación formal toma parte importante en el crecimiento personal, intelectual, ético, afectivo y social. Este amplio cuadro de situaciones genera que con frecuencia se nombre como dificultad de aprendizaje al amplio conjunto de situaciones que determinan el fracaso escolar de un sujeto, tal denominación supone generar peligrosas suposiciones (Uturbey, 2019).

Desde las concepciones de Sara Pain (2002), podemos mencionar a grandes rasgos que cuando se presentan perturbaciones en el aprendizaje, se hablará de patología del aprendizaje. Se define ampliamente como una desviación más o menos acentuada del cuadro aceptable y responde a las expectativas de un sujeto que aprende. Se considera el problema del aprendizaje como un síntoma, en el sentido de que el no aprender no

configura un cuadro permanente y que el no-aprendizaje no constituye lo contrario de aprender (Pain, 2002).

La autora distingue distintos factores a tener en cuenta en el diagnóstico frente a un problema de aprendizaje. Por un lado, los factores orgánicos, partiendo de que el origen de todo aprendizaje se encuentra en los esquemas de acción desplegados mediante el cuerpo. Un sistema nervioso sano es caracterizado en el nivel de su comportamiento por su plasticidad, su ritmo y equilibrio. Cuando existe alguna lesión o desórdenes corticales (primarios, genéticos, neonatales o post encefálicos, traumáticos, etc) se puede encontrar una postura rígida, estereotipada, confusa, patente a nivel perceptivo motor (hiperkinesias, espasticidad, sincinesias, etc) o en la comprensión (como pueden ser apraxias, afasias). Es por esto que la indagatoria neurológica es necesaria para conocer la adecuación a las demandas del aprendizaje (Paín, 2002).

Otro aspecto es atender también al funcionamiento glandular, no sólo por el desarrollo general del niño, sino también por ciertos estados de hipomnesia, falta de concentración, somnolencia, que pueden explicarse mediante deficiencias glandulares. Además, importa establecer si el niño se alimenta correctamente, ya que en casos de desnutrición, el déficit alimentario puede producir distrofia generalizada, afectando la capacidad de aprender (Paín, 2002).

Estas perturbaciones si bien pueden tener consecuencias cognitivas no configuran por sí solas un problema de aprendizaje como tal. Sin embargo, cuando el organismo presenta una buena equilibración, el sujeto defiende el ejercicio cognitivo y encuentra otros caminos que no afecten a su desarrollo intelectual (Paín, 2002).

Por otro lado, Paín (2002) distingue los factores específicos de los orgánicos, partiendo de que ciertos procesos del orden de las afasias se pueden presentar sin que estos se relacionen a algún daño cerebral localizado. Es decir, pueden visualizarse dificultades en el área de la adecuación perceptivo motora, que si bien se puede sospechar que responden a un origen orgánico, no tienen la posibilidad de su verificación como tal. En su mayoría, refieren en el nivel de aprendizaje del lenguaje, su articulación y la lectoescritura, y se manifiestan en distintas pequeñas perturbaciones como pueden ser la alteración de la secuencia percibida, imposibilidad de construir imágenes claras de fonemas, sílabas y palabras, etc. También pueden presentarse en el nivel de análisis y síntesis de símbolos, aptitud sintáctica, en la atribución significativa. Se indica que en los casos de factores específicos, cuando el diagnóstico es correcto y la estimulación es la apropiada, el tratamiento psicopedagógico puede alcanzar un rápido éxito.

Un tercer factor propuesto por Paín (2002) es el factor psicógeno. Distingue así dos posibilidades en el hecho de no-aprender, por un lado, como un síntoma, suponiendo la previa represión de un acontecimiento que el hecho de aprender significa, y por el otro tratándose de una retracción del yo, cuando hay evitación del éxito, compulsión del fracaso ante el éxito, o cuando el yo está absorbido por otra tarea psíquica que compromete su energía, como puede ser la elaboración de un duelo.

Por último, la autora refiere a los factores ambientales como posibles incidentes en los problemas de aprendizaje. Se hace referencia al entorno material del sujeto, las posibilidades reales que le provee tanto el medio, como la cantidad, calidad y frecuencia de estímulos que constituyen su campo de aprendizaje habitual (Paín, 2002).

Desde una mirada neuropsicológica, es posible clasificar las dificultades de aprendizaje en primarias y secundarias. Las primarias no tienen causa aparente, mientras que en las secundarias se entiende que un niño no logra aprender debido a un factor conocido que se lo impide. Al desaparecer este factor, el niño no tendría ninguna dificultad para lograr el aprendizaje. Dentro de las mismas, puede plantearse un estado depresivo, una alteración sensorial, una enseñanza inadecuada, etc. (Rebollo, 2004).

De todas maneras, Alicia Fernández (2000) desde la mirada psicopedagógica, plantea que si bien es necesario estudiar y trabajar los determinantes mencionados (orgánicos, sociales, políticos, etc), la capacidad de pensar y aprender, como condición humana que nos permite la originalidad, la diferencia y el posicionamiento como autores de nuestra historia, puede subsistir aún en las situaciones educativas, sociales, económicas y orgánicas más desfavorables.

La principal tarea es ayudar al niño a recuperar el placer de aprender para poder liberar la inteligencia atrapada (Fernández, 1987).

Al igual que Paín (2002), Fernández (1987), aborda el problema de aprendizaje como un síntoma, donde van a tener lugar cuestiones que hacen a la significación inconsciente del aprender y el conocer, para lo cual se deben buscar y atender las causas que provocan este síntoma, y no solo silenciarlo, suprimirlo. Para intentar entender la significación del problema de aprendizaje se debe descubrir la funcionalidad de este síntoma en la estructura familiar; acercarse a la historia singular de este sujeto, para luego poder procurar la remisión de la problemática. Se apela a un posible trabajo y tratamiento psicopedagógico que apunte a desatrapar la inteligencia y movilizar además la circulación patológica del conocimiento dentro del grupo familiar (Fernández, 1987).

Al hablar de síntoma, desde el sentido psicoanalítico, nos referimos a que el mismo se produce para escapar de la angustia, como defensa. Como la angustia no se ha logrado elaborar ni simbolizar, no puede evitarse completamente y la conformación del síntoma alude a ella, como una máscara. De esta forma, el síntoma pretende ser una máscara que cubra dicha angustia, opera mostrando y ocultando en forma simultánea, dejando entrever algo de esa angustia que intenta tapar (Fernández, 1997).

Silvia Schlemenson (2005), distingue ciertas características en un niño que presenta dificultades en su aprendizaje. Principalmente, presenta restricciones en sus procesos de simbolización. Así como también perturbaciones significativas en el dominio de algunas o todas las áreas del conocimiento, pérdida de la curiosidad y del deseo en la incorporación de novedades. Es a través de estas maneras singulares de simbolización que se podrá orientar clínicamente un posible tratamiento psicopedagógico. Mediante la caracterización del proceso de simbolización del niño y la detección de los factores que lo perturban, es posible abrir teorizaciones que permitan formas de acceso e intervenciones para poder promover en el niño un pensamiento autónomo y reflexivo (Schlemenson, 2005).

TDAH - Trastorno Déficit de Atención con o sin Hiperactividad

A lo largo de los años se van imponiendo en el imaginario distintas ideas en relación al no aprender. Como plantea Alicia Fernández (2000), en los últimos años se sustituyó la idea de que el niño no aprende porque es inmaduro o por falta de inteligencia, por la de que no aprende porque es desatento y/o hiperactivo.

La desatención e hiperactividad en los niños constituyen una de las distintas situaciones que pueden visualizarse en las aulas, siendo un motivo de consulta muy frecuente.

El “no atiende en clase” aparece como una queja reiterada y rápidamente se pasa al diagnóstico de Trastorno Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (en adelante TDAH) que ha tenido en los últimos años un auge sorprendente. Por este motivo, resulta relevante profundizar en la historia de este diagnóstico, como uno de los más frecuentes en la infancia.

Antecedentes TDAH

La desatención e hiperactividad en niños y su consecuente diagnóstico de TDAH es un fenómeno muy visibilizado en la actualidad, como si su descubrimiento y tratamiento fueran recientes, sin embargo, sus orígenes datan de una larga historia.

Las primeras concepciones se originan en el año 1798 de la mano del escocés Alexander Crichton, quien en una de sus obras hará referencia a la inquietud mental, haciendo hincapié en la dificultad de los niños para prestar atención correctamente (García de Vinuesa, 2017).

Estos esbozos son una excepción para la época, ya que los primeros clínicos de la psiquiatría como Esquirol, dan una escasa cabida a los trastornos mentales en niños; si se tiene en cuenta que los trastornos mentales se conceptualizaban como una alteración en la razón y esta última resultaba inexistente para los niños en dicha época.

Crichton (1798) sugiere que estos niños deberían de recibir una educación especial ya que eran incapaces de prestar atención en las escuelas y señala además que estos síntomas desaparecen una vez que los pacientes llegan a la adultez (García de Vinuesa, 2017).

Dos siglos más adelante, en el año 1902, George Still, pediatra británico, comienza a definir la hiperactividad en la escolarización como síndrome de lesión cerebral. Dicho diagnóstico es adjudicado tanto en niños con lesiones cerebrales importantes como con lesiones cerebrales no detectables clínicamente, atribuyéndose desde sus orígenes una causa neurológica sin contar con evidencia científica (García de Vinuesa, 2017).

Este concepto es modificado en el año 1918, cuando Strauss, neurólogo estadounidense, especula con que esta lesión en el cerebro es demasiado pequeña como para afectar otras áreas de índole neurológico, pero sí para llegar a comprometer en forma exclusiva el comportamiento y/o aprendizaje. Se modifica entonces este concepto y se habla de Lesión cerebral mínima (Untoiglich, 2013).

Tras las epidemias de encefalitis de los años 1917 y 1918, muchos pediatras describieron como secuelas comportamientos de hiperactividad, falta de concentración e impulsividad, resultado del daño cerebral de la encefalitis, enfermedad que causa

inflamación del cerebro. Ello reforzó la vinculación de la hiperactividad con lesiones orgánicas (Lasa, 2017).

En 1926, cuando Smith retoma estas conceptualizaciones, atribuirá la hiperactividad a esta lesión cerebral mínima, pese a que la misma no podía apreciarse clínicamente (Lasa, 2017).

Es de señalar en estas últimas conceptualizaciones, la importancia que se le da en la época de destacar que esta lesión no involucra otras áreas neurológicas, alejando de comportamientos que pueden entenderse como diferentes en una sociedad que busca establecer y diferenciar comportamientos “normales”.

Las primeras experiencias con medicación para estos casos, surgen de la mano del neurólogo estadounidense Bradley, quien en el año 1937 realiza experimentos en niños y adolescentes internados en orfanatos, mediante el uso de drogas psicotrópicas, tranquilizantes y anfetaminas. A pesar de que en la época las mismas no eran utilizadas en niños al conocerse sus efectos adversos y la dependencia generada en adultos.

Luego de estas experiencias, se concluye que mediante la implementación de la medicación se generan mejoras significativas en estos síntomas (Untoiglich, 2013).

A pesar de estas conclusiones, dichas experiencias no son muy mencionadas debido a la falta de rigor metodológico y ética en estas intervenciones con niños de orfanato.

Sin embargo, más adelante en la década del 1950, con el descubrimiento de los neurolépticos en 1952 y el psicoestimulante metilfenidato en 1957, se comienzan a utilizar en niños hiperactivos (Lasa, 2001).

La concepción de Lesión cerebral mínima es suplantada por Disfunción cerebral mínima en el año 1962. Un grupo de neurólogos en la ciudad de Oxford, se dispone a encontrar la lesión cerebral propuesta por Strauss sin resultados en su búsqueda. Basándose entonces en que una lesión no puede sostenerse sólo en signos de comportamiento, es que surge la Disfunción cerebral mínima (Untoiglich, 2013).

El primer trastorno similar al TDAH en aparecer en el “Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales” (DSM) de la APA (*American Psychiatric Association*) es el denominado “Síndrome hiperkinético” o “Trastorno Impulsivo-kinético” en el año 1968. El término “*hiperkinetic*” es introducido por Eisenberg para denominar a niños con una actividad motriz excesiva respecto a la normal para su edad y sexo (Eisenberg, 1957, como se citó en Lasa, 2001).

Años después, en 1984, la denominación de Disfunción cerebral mínima (DCM) es modificada por parte de la Academia Americana de Psiquiatría por “*Attention Deficit Disorder*” (ADD), basándose en que los criterios anteriores eran confusos (Untoiglich, 2013).

Dos años más adelante, se subdivide este diagnóstico entre ADD y ADD-H, con la finalidad de distinguir cuando también se observa hiperactividad y cuando no. ADD-H es luego modificado por ADHD (*Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*).

El término “*disorder*” al hacer referencia en Brasil y países de habla hispana a la palabra “Disturbio” fue reemplazada por trastorno, surgiendo así finalmente el actualmente conocido **TDAH “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad”** (Untoiglich, 2013).

Diagnóstico de TDAH

Este diagnóstico es caracterizado por tres síntomas nucleares: la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Se lo considera un trastorno neurobiológico y se describe como un patrón persistente o continuo de inatención y/o hiperactividad e impulsividad que impide las actividades diarias o el desarrollo típico (Portella et al., 2016).

Se presenta con dificultades para mantener la atención, la función ejecutiva y la memoria de trabajo. Puede aparecer en 3% de los niños, con un predominio de 6 a 9 veces más en los varones (Portella et al., 2016).

Desde la perspectiva neuropsicológica, Jaime Tallis (2004), señala que este diagnóstico se explica mediante una falla en la integración de los sistemas funcionales del cerebro. Partiendo de que todo acto de nuestra actividad cerebral resulta de una acción coordinada por un complejo sistema de zonas corticales; se requiere de una combinación de millones de neuronas y sistemas de asociación para realizar cualquier actividad del pensamiento. Sin la acción regularizadora de la jerarquización de la actividad cortical, la actividad se desorganiza y pierde la coordinación programática (Tallis, 2004).

En relación a la atención, la coordinación de la actividad motriz y los impulsos, la corteza del lóbulo frontal es la que ejerce su regulación. Se encuentran otras áreas relacionadas como los ganglios basales, los cuales contribuyen a desconectar las respuestas automáticas y dan tiempo a la corteza para poder coordinar las informaciones que recibe y elaborar sus respuestas; así como también la porción medial del cerebelo, que se vincula con la motivación (Tallis, 2004).

Como menciona Tallis (2004), a nivel psiconeurológico, el TDAH se considera como una afectación de funciones corticales y se presenta clínicamente por una serie de sintomatología que puede manifestarse en distinta magnitud en los pacientes. Se parte de que cada niño es distinto y debe de ser evaluado para poder determinar sus áreas comprometidas y preservadas en base a las cuales se podrá comenzar un trabajo terapéutico (Tallis, 2004).

De acuerdo al Manual de Estadística y Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM-V) se describe el TDAH como una alteración del desarrollo de inicio en la infancia, un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que interfiere con el funcionamiento o desarrollo.

Se distinguen dos criterios para su diagnóstico, inatención por un lado e hiperactividad e impulsividad por el otro. Dentro de los cuales se establecen nueve características descriptivas. El diagnóstico se determinará en base a la sumatoria de seis o más de los síntomas indicados con una durabilidad en el tiempo de al menos seis meses y acordes al nivel de desarrollo del niño. En función de los resultados, se establece la siguiente clasificación: en su presentación combinada, al cumplirse ambos criterios, predominante con falta de atención o predominante hiperactiva-impulsiva (DSM-V, 2013).

La descripción de estos síntomas puede resultar confusa, ya que es acompañada de connotaciones difusas, al utilizar terminología de la índole “frecuentemente” o “parece no escuchar”.

En relación a los diagnósticos establecidos en los manuales de psiquiatría, Janin (2004) advierte sobre el uso generalizado de los mismos tanto en consultorios psicológicos y pediátricos como en el ámbito educativo. Plantea como estas situaciones tienen implicancias; el hablar de un síndrome implica un sello que puede llegar a definir al otro y a su vez se caracteriza el diagnóstico desde una descripción de la sintomatología y los efectos de los fármacos, sin dar cuenta del trastorno y su mantenimiento a partir de una dinámica psíquica (Janin, 2004).

La capacidad atencional

Si partimos de que la dificultad central del TDAH es la falta de atención, cabe aquí señalar que se entiende por atención en estos casos. Como se cuestiona Fernández (2011), no es posible hablar de deficiencia o tratar de “reparar” lo que está disminuído, sin detenerse a pensar cómo opera aquello que se quiere “reparar”.

Desde la neurología, Rebollo (2004), plantea que la atención es una función psicológica superior que se aprende y se modifica durante el transcurso de la vida. Se distinguen la atención voluntaria y la involuntaria. Esta última, aparece frente a la presencia de estímulos como colores, ruidos, luces y se manifiesta desde el nacimiento del niño; se va modificando frente a las exigencias del organismo y el entorno y dará lugar a la atención voluntaria, donde el sujeto selecciona aquello a lo que desea atender (Rebollo, 2004).

De manera similar, desde la perspectiva psicopedagógica, Fernández (2011) señala que la capacidad atencional requiere de cierta selección, y esta se encuentra condicionada por nuestra historia singular y circunstancias. El sujeto no escucha todo lo audible ni mira todo lo visible, tampoco presta (entrega) atención a todo lo que lo rodea, sino que selecciona de acuerdo a aquello que llama su atención, privilegia un elemento sobre otro (Fernández, 2011).

Se destaca la importancia de ser cuidadosos al momento de diagnosticar las vicisitudes que enmarcan a la atencionalidad.

Se entiende que un niño puede estar desatento en el aula por múltiples y diversas causas; algunas pueden ser circunstanciales y otras más duraderas, así como también, algunas pueden ser saludables y otras como efecto secundario de patologías severas (Fernández, 2011).

Resulta fundamental la mirada del docente en detectar no solo la permanencia en el tiempo de esta desatención, sino también distintas señales que puede darnos el niño.

Fernández (2011) señala la importancia en diferenciar estos estares desatentos que pueden visualizarse en el aula, porque pueden responder a actitudes que denuncien la existencia de una vivencia escolar o extraescolar como puede ser bullying, violencia, abuso, desarraigos, que atrapan su atención o pueden responder una simple reacción frente a un ambiente que debe revisar sus modos de atender en el proceso enseñanza-aprendizaje.

Por otro lado, de acuerdo a la teoría psicoanalítica, se diferencia la atención refleja que corresponde a la inmediata (como por ejemplo, la respuesta ante un pinchazo), y la atención psíquica o secundaria, consecuencia de la inhibición de los procesos psíquicos primarios (Janin, 2004).

Es el yo el que permite, a través de la investidura del mundo externo registrar los signos de la percepción que provienen de la realidad de aquellos de la alucinación. Por lo tanto, la atención tendrá que ver con la percepción, la conciencia y con el yo, que envía investiduras explotarias hacia el mundo externo. De esta forma, es posible pensar los trastornos de la atención en relación con una posible dificultad para investir cierta realidad o para inhibir procesos psíquicos primarios (Janin, 2004).

La atención sostenida corresponde al estado de vigilia, mientras que la selectiva supone la selección de un elemento sobre otro que se deja a un lado. Durante la jornada escolar se le pide al niño que mantenga durante mucho tiempo este tipo de atención. Como plantea Janin (2004), el niño tiene que estar despierto y atender selectivamente lo que la maestra dice, lo que se rige más por la obediencia a normas que por sus propios deseos. Por lo tanto, debe seleccionar de todo el cúmulo de estímulos tanto internos como externos, aquellos en los que otro le solicita se centre durante un tiempo prolongado (Janin, 2004).

La autora plantea que es innegable la relación entre motivación y atención y señala que muchos niños no atienden no tanto por distracción, sino por falta de motivación. Plantea como ejemplo, un niño que puede distraerse en clase pero puede mostrarse muy concentrado en un partido de ajedrez, la dificultad no se encuentra en un déficit neurológico sino en la falta de interés de aquello que se le propone.

Por otra parte, debemos tener en cuenta que nos encontramos en un mundo donde predomina la inmediatez, lo fugaz en la mayoría de las áreas de la vida cotidiana del niño.

Janin (2013) se cuestiona en relación a esto, ¿qué tipo de atención se exige cuando se le solicita que siga el discurso docente en el aula a niños que socialmente se los incita a atender a estímulos de gran intensidad? Su respuesta es que se trata de estímulos de poca duración y poca conexión entre sí, como lo son los videoclips, los juegos electrónicos, las publicidades televisivas (Janin, 2013).

En el aula se exige generalmente un comportamiento pasivo, que el niño permanezca sentado durante horas siendo receptor, en un ambiente donde se lo evalúa y predomina el rendimiento y la eficacia.

Siguiendo la postura de Janin (2013), en los hogares muchas veces también se pretende un ambiente de mayor tranquilidad por parte de padres que se encuentran agobiados por las exigencias de la vida actual, y notan en el niño la falta de atención y actividad excesiva.

Resulta complejo sancionar o querer acallar una característica natural en el niño que se encuentra en plena etapa de exploración, como lo es el movimiento, la vitalidad, el hacer ruido, el pasar de un tema o juego al otro, el buscar la atención o aprobación del adulto.

A pesar de esto, también hay niños que lo manifiestan como un movimiento desordenado y lo sufren; niños que no pueden parar, que se muestran cada vez más excitados y dan la sensación de estar pateando en el aire o pasados de revoluciones, como se expresa comúnmente. En estos niños, el movimiento no tiene como fin una acción específica, sino que le genera mayor exaltación; en lugar de producir un placer y una descarga, funciona en un circuito de erotización. En estos casos se les dificulta el parar solos y requieren de una contención externa, que puede ser de parte de un adulto mediante un gesto o palabra envolvente (Janin, 2013).

Al igual que en el aula, la mirada es fundamental para detenernos a observar esta inquietud, ver a qué estímulo responde, si tiene una finalidad o motivo aparente que se corresponde con una situación momentánea o si este comportamiento persiste en el tiempo.

Posibles abordajes

El abordaje interdisciplinario resulta fundamental en el diagnóstico del TDAH, a fin de evitar la rotulación con esta patología en casos donde la naturaleza de los síntomas responden a otras determinaciones.

Como indica Muniz (2015), radica aquí la importancia de un abordaje clínico que permita desplegar la mayor cantidad de niveles para la comprensión de la situación.

Frecuentemente, una de las formas en las que se llega al diagnóstico es a partir de distintos cuestionarios (*Conners, Child Behavior Checklist, DICA, DISC, etc*) dirigidos a padres y docentes. A través de los mismos se trata de determinar si las conductas se asemejan a las descritas en el manual DSM. Los cuestionarios quedan sujetos a los

aspectos subjetivos de los evaluadores, padres y maestros. A su vez, la valoración en la enumeración de las conductas que determina el cuestionario se enmarcan en “nunca - un poco - bastante - mucho”, resulta muy sutil la diferencia de criterios que queda condicionada por el estado de ánimo del evaluador (Tallis 2004).

Otra forma de diagnóstico señalada por Tallis (2004) es el test y re-test luego de administrar un fármaco estimulante. El autor critica esta metodología ya que asegura que en todo re-test el niño dará mejores resultados, así como cualquier sujeto lo haría al tomar un estimulante, se tenga o no TDAH. Se ha observado mediante estudios, como los fármacos metilfenidato y la amfetamina al modificar la concentración de los neurotransmisores (especialmente dopamina y noradrenalina) mejoran el rendimiento, al igual que en cualquier individuo.

Tallis (2004) plantea que el diagnóstico debería de surgir a partir de un trabajo interdisciplinario. Complementar a los datos aportados por padres y maestros la observación clínica y la puesta en juego de sus dificultades atencionales mediante pruebas específicas. La observación y el intercambio del equipo interdisciplinario aportan distintas miradas sobre el cuadro. Para poder profundizar el estudio, se puede utilizar la metodología neuropsicológica para evaluar las funciones corticales superiores (Tallis, 2004).

Al igual que el diagnóstico, el posible tratamiento o abordaje, se sugiere que sea decidido por un equipo interdisciplinario que pueda determinar las áreas prioritarias a atender. Si bien es necesaria la atención de varias disciplinas, se indica que lo adecuado sería no tener más de dos tratamientos simultáneos (Tallis, 2004).

Untoiglich (2013) considera el espacio clínico como zona de creación que permite el encuentro entre el niño que padece y el terapeuta en disponibilidad para co-construir junto a él, y si es posible también junto a sus padres y su escuela, nuevas estrategias de abordaje.

Se entiende que cada caso tiene su singularidad y se debe de abordar en forma específica de acuerdo a sus particularidades. En determinadas situaciones es preciso un tratamiento psicológico, en otras psicopedagógicos, en algunas puede que únicamente sea necesario un trabajo con los padres o la estrategia sea el abordaje vincular o familiar. En algunos casos puede que sea conveniente una interconsulta psiquiátrica o neurológica o quizás la intervención se reduce al proceso psicodiagnóstico. Es decir, cada caso, cada niño, requerirá pensarlo de acuerdo a sus particularidades sin perder de vista su entramado (Untoiglich, 2013).

En cuanto a la medicación, a nivel mundial la más utilizada es el metilfenidato, conocida comúnmente como Ritalina. Se sugiere su indicación únicamente en aquellos niños evaluados por el equipo con excesiva inquietud e inatención, acordado también con el docente cuando es la única forma que puedan participar en el aula. El efecto beneficioso en pacientes que son adecuadamente diagnosticados es innegable, disminuye la hipermotilidad, la impulsividad y la inatención. Sin embargo, su notorio incremento ha generado distintas polémicas y preocupaciones a nivel mundial, lo que ha alertado a organismos internacionales que controlan su uso. Esta situación lleva a replantear su potencial efecto aditivo y sus posibles efectos colaterales, por lo tanto, su implementación en el tiempo debería de ser la menor posible (Tallis, 2004).

Siguiendo esta línea, en Uruguay los datos acerca de su consumo son escasos. No es posible contar con cifras exactas desde el MSP, lo cual resulta sustancial al ser el órgano rector del suministro de medicamentos en nuestro país. Se cuenta con ciertos datos generados por parte de integrantes de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Pereira Rossell (CHPR), si bien corresponden a hace casi una década permiten visualizar el incremento durante esos años. De acuerdo a los mismos: “En el período julio a diciembre 2001 en la Farmacia del CHPR se dispensaron 199.800 mg (666 blisters) de este medicamento, y en el mismo período de 2006 el consumo aumentó a 321.300 mg (1.071 blisters). La dispensación aumentó 62% (...) es probable que este aumento en la dispensación se relacione con aumento en el consumo” (Goyeneche et al., 2008, como se citó en Angulo et al., 2018, p. 405).

En el año 2007 se dio comienzo a acciones legales hacia el MSP por parte del Observatorio del Sistema de Justicia de la Fundación Justicia y Derecho de Uruguay. Dicho proceso culminó en 2009 y se emplazó al MSP a que brindara información respecto a la importación de Metilfenidato, droga comprada a Argentina. Tras varias instancias, se logró contar en el año 2010 con algunas cifras respecto a la importación de este medicamento en nuestro país. De acuerdo a datos recabados en estas investigaciones, se pudo constatar que el 30% de las recetas fueron emitidas por médicos de medicina general (Angulo et al., 2018). Esta información permite visualizar el incremento de su consumo en nuestro país y repensar acerca de sus prescripciones.

Otro aspecto a señalar en relación a la medicación es la responsabilidad que conlleva el consumo de un psicofármaco, particularmente en estos casos donde el niño depende de un adulto responsable para su administración. Como plantean Hernández y

Oliver (2015), ocurre en ocasiones que su consumo se administra acorde a las necesidades que se observan en el niño y no a la regulación indicada. Es frecuente observar narraciones del estilo “se la dejé de dar porque se dormía”, “me dijo media pero yo le doy una entera porque media no le hace nada”, “se la doy antes de venir a la escuela así está más tranquilo con sus compañeros” (Hernández y Oliver, 2015, p. 140).

No se trata de generar un juicio sobre la familia, quienes con seguridad desde la preocupación o desconocimiento buscan soluciones para mejorar el comportamiento y rendimiento del niño. Sin embargo, nos permite repensar la enorme responsabilidad que conlleva el generar con rapidez un diagnóstico o medicar a un niño sin generar con la familia la comunicación necesaria para transmitir la importancia y responsabilidad que esto conlleva.

Uno de los principales cuestionamientos radica en las situaciones en donde la indicación farmacológica es utilizada como forma principal del tratamiento y se dejan a un lado abordajes terapéuticos que involucran los aspectos intrapsíquicos del niño (Muniz, 2015).

En el marco del proceso medicalizador, Untoiglich (2013) plantea que es posible visualizar distintas estrategias en relación al contexto socioeconómico. Según se indica, en las escuelas de sectores más críticos, los niños comienzan a ser medicados a más temprana edad, con dosis cada vez más fuertes y reducción en su carga horaria. Es frecuente el pase a escuela especial, lo que determina que ese niño sea rotulado como un niño con problemas de conducta en una institución especial, sin quizás tener ninguna deficiencia.

En cuanto al contexto privado, se indica que en la sobreexigencia por rendir académicamente, muchos niños no logran responder a este ritmo y la medicación funciona como un mecanismo de productividad y adaptación al mercado. En ambos casos la finalidad es el control de la conducta infantil (Untoiglich, 2013).

A pesar de que desde los laboratorios se insiste en asegurar la inocuidad de este fármaco, desde la DEA (*Drug Enforcement Administration*) se la considera una sustancia con alto potencial para el abuso y es colocada en la misma lista de riesgo que la cocaína o las anfetaminas (Moysés et al., 2013). Lo que nos lleva a pensar su consumo desde la seriedad que la misma amerita.

El pensar el consumo de psicofármacos en la infancia, implica pensar también sus costos y efectos; a modo de procurar desde la mirada del mundo adulto el no naturalizar una solución que si bien aparece como posible y rápida, implica cierta complejidad (Muniz, 2015).

Impactos del diagnóstico

“Él es el revolucionario...ya está como etiquetado. El tema es ese. Nosotros queríamos lograr que no lo etiquetaran, pero lamentablemente lo etiquetaron. Entonces, hay un problema, es él, sea o no sea...”

(Madre niño medicado de 7 años de Colegio Privado. Entrevista realizada en abril de 2014)

(Míguez, 2015, p.29)

El aumento de diagnósticos de TDAH es una preocupación para la psicología infantil debido a los efectos que presenta en los modos de subjetivación que genera un diagnóstico que involucra todas las áreas de la vida de estos niños (Míguez, 2015).

Uno de los aspectos más sensibles se puede relacionar con las dificultades de integración y adaptación a los ambientes cotidianos del niño, como las actividades familiares y escolares.

Se observa con mayor frecuencia, derivaciones de niños desde las escuelas a unidades de salud o consultorios a causa de problemas en sus aprendizajes y/o comportamientos. Generalmente en esta derivación se deja constancia de una sugerencia diagnóstica (Untoiglich, 2013).

Cabe preguntarnos, ¿por qué generalmente la institución escolar busca el origen del problema por fuera de la institución?, ¿qué ocasiona el interés en confirmar estos supuestos diagnósticos, previo a indagar los motivos reales por los que el niño no puede aprender o portarse bien?

Tal como se ha mencionado anteriormente, centrar el problema exclusivamente en el niño puede ocultar dificultades que podrían existir tanto en el proceso de enseñanza-aprendizaje, como en la estructura de la escuela o las condiciones concretas del trabajo docente. En este escenario se ubica el foco en el individuo que debería aprender y no aprende, debería comportarse y por el contrario incomoda (Untoiglich, 2013).

De esta forma, gran parte de los problemas del aprendizaje en las aulas se atribuyen a trastornos en la atención, muchas veces sin tomar en cuenta los complejos procesos que están en juego en el aprendizaje.

Al referirnos a diagnósticos en la infancia, Janin (2013) plantea que uno de los problemas de nuestros días para la comprensión de la psicopatología infantil, es la invasión de diagnósticos, cuando los mismos operan como un conjunto de enunciados descriptivos que se transforman en enunciados identificatorios para el niño. Muchas veces quedan englobados en una misma categoría niños con dificultades muy diferentes entre sí, lo que hace difícil que cada niño reciba un tratamiento adecuado acorde a su necesidad.

Alicia Muniz (2015) destaca la importancia de realizar un diagnóstico psicológico como un buen punto de partida y no como el punto de llegada que dé cierre a las posibilidades de su comprensión.

En referencia a esto, Janin (2013) coincide en que la dificultad con la que nos encontramos hoy en día es que el orden de las determinaciones se invierte. Cuando se actúa de ese modo, no se parte de que un niño presenta tales manifestaciones y se debe de descubrir que está queriendo decir, sino que sus conductas suponen una identidad que se vuelve la causa de todo lo que le ocurre, de esta forma queda atrapado en un sin salida.

En estas ocasiones, se supone que ya se tienen todas las respuestas cuando aún no se comenzaron a hacer las preguntas (Janin, 2013).

Plantea como ejemplo de esto, cuando el discurso ya no es “No atiende en clase, se mueve mucho y desordenadamente. Es muy inquieto e impulsivo, ¿por qué será?”, lo cual habilita una posibilidad de cambio, de un momento transitorio del niño; sino que, “Es TDAH, por eso no atiende en clase, se mueve mucho y desordenadamente. Es inquieto e impulsivo”. Se cierran las preguntas, y se inhabilitan las posibilidades de cambio. A su vez, no se da lugar a las determinaciones intra e intersubjetivas, a dar una apertura de conocer la conflictiva, una categoría que es descriptiva pasa a ser explicativa. El comportamiento del niño se justifica desde el diagnóstico como si los síntomas se manifestaran en un sujeto sin conflictos internos y aislado de contextos (Janin, 2013).

El lugar de las instituciones escolares

“Quizá si pensás para atrás en otras épocas no se hacían estos diagnósticos, quizás la persona iba a seguir pasando sin saber, sin nombres. Los nombres también encasillan a las personas. Es el otro lado de la moneda”

(Directora Colegio Privado. Entrevista realizada en abril de 2014)

(Miguez, 2015, p.29)

Resulta pertinente señalar el rol de la escuela en este diagnóstico. Como se ha mencionado en la mayoría de los casos las primeras señales y manifestaciones de desatención o perturbaciones en el niño surgen desde la institución educativa, ya que la misma posibilita los medios para que puedan desplegarse en el aula en el proceso de enseñanza -aprendizaje. La escuela no solo hará los primeros llamados de atención a los padres, realizará posibles derivaciones, sino que también acompañará al niño durante todo su proceso.

Se mencionaron anteriormente, las exigencias que se depositan en el niño durante su etapa escolar por parte de la institución, sin embargo, cabe señalar que también hay exigencias que se van a depositar en la escuela y el docente desde la familia. Se esperan determinados logros en los niños, no solo en referencia a su desempeño académico, sino también en cuanto a la adquisición de formas de vincularse con sus docentes y compañeros, que se trasladan a los distintos ambientes del niño, como una forma de preparación para su vida en sociedad (Hernández y Oliver, 2015).

Como exponen Hernández y Oliver (2015), al dar comienzo al año escolar cada docente organizará, en base al programa escolar proporcionado, la forma de asociar los contenidos con las actividades, proyectos del aula, etc. A su vez, se encuentra con un grupo con sus particularidades por conocer, a partir de evaluaciones, de lo que observa y de lo que el docente del año anterior pueda aportar. A partir de esto, el docente organiza los contenidos y piensa las diferentes propuestas, por lo tanto, también pondrá expectativas de logro y evaluaciones en base a lo que el grupo debería de adquirir. Puede ocurrir que se observe que algunos niños pueden no acompañar esta propuesta generalizada. Si bien sabemos que cada niño tiene sus particularidades, que no todos son iguales, ni logran alcanzar el mismo nivel o al menos no de la misma manera, la dinámica escolar hace que pocas veces se pueda pensar desde las individualidades y cómo las mismas construyen al colectivo.

En esta dinámica de la cotidianeidad escolar, algunos niños pueden no presentar mayores dificultades para incorporarse a la propuesta; otros se amoldan y puede que otros no logren adaptarse a la misma ni a las expectativas escolares. Estos niños destacan en el aula, ya sea como problemática o diferencia y despiertan la preocupación del docente, quien generalmente solicitará reunirse con su familia para lograr conocer un poco más al niño en otro entorno. Puede suceder que en base a esto, se identifique o suponga el problema y se realice la consecuente derivación a un especialista, mediante un informe descriptivo de su comportamiento (Hernández y Oliver, 2015).

Si bien sabemos que la escuela puede funcionar como un detector temprano de diferentes dificultades, como plantea Untoiglich (2004), esto no significa que la escuela deba diagnosticar anticipadamente, sino solo alertar a los padres de que algo no se está dando como se espera. Se observa que algunas escuelas pueden acompañar, esperar y sostener al niño que puede encontrarse atravesando distintas situaciones y que únicamente requieren de un tiempo de reacomodamiento, mientras que otras tienden a ser más exigentes con el niño y su familia y manejan menos tolerancia frente a estas situaciones.

Como señala Untoiglich (2013), el cotidiano escolar muchas veces se encuentra impregnado de preconcepciones, juicios previos sobre los alumnos y sus familias, que no se encuentran avalados por evidencias empíricas pero a los cuales se les atribuye el hecho de no aprender del niño. Es posible encontrar niños derivados por no atender, no producir en la escuela o no parar de moverse, que son rápidamente diagnosticados y medicados, sin antes detenerse a escuchar su sufrimiento y se pueden encubrir y acallar así situaciones de violencia y abusos en su hogar (Untoiglich 2013).

Cuando un niño presenta dificultades en el desempeño escolar, puede quedar posicionado en el aula en un lugar de crítica tanto de parte de maestros, padres e incluso sus compañeros. La forma en la que el mismo es valorado y reconocido resulta imprescindible en su desarrollo y posibilitará en gran medida sus vínculos con los entornos por fuera de su casa. La importancia de poder generar un marco de contención desde la institución será entonces fundamental.

A fin de lograr generar este marco de contención, Herrera y Guevara (2022) señalan la importancia de que la escuela no se enmarque únicamente en su contexto propiamente dicho, sino que debe lograr integrar contextos trascendentes como la familia y la comunidad.

El rol transformador de la institución escolar será posible de alcanzar en forma satisfactoria y plena, cuando logra implicar en su accionar dichos contextos. Esto último, constituye un reto para la institución en estos tiempos, cuya labor debe sustentarse en generar amplias redes comunicativas para lograr la vinculación escuela, familia y comunidad (Herrera y Guevara, 2022).

Perspectiva familiar

La imagen que se construye del niño tanto desde la escuela como desde la familia resulta sustancial; es a partir de ella que el niño creará la imagen de sí mismo y desde donde se posicionará. El despliegue de estrategias que apunten a fortalecer sus potencialidades en lugar de a resaltar sus dificultades, será imprescindible para el proceso del niño (Míguez y Sanchez, 2016).

Contar con un diagnóstico funciona muchas veces como un efecto tranquilizador en la familia. A partir del mismo se podrán, a su entender, justificar ciertos comportamientos. Sin embargo, lo fundamental es poder lograr entender el por qué del comportamiento del niño, y no solo limitarse a la asociación con la patología, a fin de evitar la identificación del niño con el diagnóstico (Míguez y Sanchez, 2016).

Tal como plantea Muniz (2015), el diagnosticar al niño con un trastorno muchas veces lo deja solo a cargo de lo que le sucede, se sentencia lo que le pasa bajo el nombre de una patología y se exige a sus padres del necesario trabajo de cuestionar lo que les sucede.

La autora menciona como fundamental el apoyo familiar en la evolución y desarrollo de estos niños. Se insiste desde la clínica en la preocupación por evitar desde la familia el fijarlos en el lugar de enfermedad (Muniz, 2015).

La psicóloga María Rojas (2004) propone que la mirada psicoterapéutica debe trascender al niño que motiva la consulta y tomar en cuenta además a su familia. Se amplía la escucha desde el sujeto a la familia, como de la configuración de la familia actual a la transmisión histórica intergeneracional. En muchas ocasiones la problemática de la atención e hiperactividad no se concibe desde la perspectiva familiar como conectada a

manifestaciones del conjunto. De esta forma, se amplía la interpretación del trastorno infantil.

En cuanto a la dinámica familiar, Rojas (2004) expone dos operaciones fundamentales en la construcción del psiquismo infantil por parte de la familia. Por un lado, la contención, lazos de afecto y amparo y por el otro, las prohibiciones y la instalación de reglas acordes a los fundamentos de la cultura, las que propiciarán la instalación de represiones. En ella es posible perfilar fisuras, excesos y carencias que se conectan con la psicopatología del sujeto infantil.

En conexión con esto, pueden emerger dificultades en el sostén de los hijos; situaciones de indiferenciación pueden dar lugar a un trastorno con similares características. El niño puede percibirse de manera precoz como independiente, sometido a un cúmulo de exigencias, expectativas y responsabilidades que exceden su psiquismo infantil. La permisividad extrema o la contracara del autoritarismo, también hacen a sus efectos perturbadores. Estas modalidades pueden llevar a la presencia de las características en cuestión (Rojas, 2004).

Rojas (2004) menciona la escasez de límites o la ambigüedad en las consignas como posibles colaboradoras en el comportamiento de un niño con tendencia a la hiperactividad; un niño requiere consignas claras y ambientes capaces de sostener su desborde pulsional. Por parte de los adultos, ante esta índole de problemáticas pueden aparecer distintas formas de maltrato, como un intento de promover la docilidad y el respeto que no se logra mediante otros medios. La autora plantea cómo a partir de esta situación se establece un círculo entre adultos que castigan, sienten culpa y dan lugar a actitudes reparatorias como regalos, alabanzas excesivas, permisos. Esto ratifica el comportamiento del niño y realimenta el círculo, lo cual además puede incluir discordancias y reproches entre los padres (Rojas, 2004).

Resulta necesario que las familias puedan conocer las funciones realmente con dificultades del niño, en caso que las hubiera, y ser orientados en las posibles exigencias y formas de apoyo al aprendizaje, así como modos de anticipación de situaciones conflictivas, lo cual será eficaz al incluir un abordaje terapéutico en la familia. De lo contrario, puede suceder que los objetivos planteados se vean atravesados por modalidades vinculares inconscientes en contradicción con los deseos manifiestos (Rojas, 2004).

Cabe destacar la importancia para el niño de ser mirado, escuchado, sostenido por el seno familiar. El niño requiere de esos otros el sostén de su mirada y de su cuerpo, que se le brinde parte de su tiempo y atención, como formas de constituir su imagen y psiquismo en desarrollo (Rojas, 2004).

Sufrimiento del niño

“La infancia no debería tratarse de cuerpos dormidos y estáticos, sino todo lo contrario: de movimiento, cuestionamientos, disfrute y crecimiento”.

(Míguez y Sanchez, 2016, p. 168)

Pueden analizarse distintas perspectivas en relación al TDAH, y abordarlo desde diferentes enfoques, sin embargo es fundamental abordar la vivencia del niño en este proceso, como él mismo vive y experimenta esta problemática.

El creciente aumento de casos diagnosticados con TDAH en la actualidad, lleva a pensar si no nos encontramos frente a situaciones de sobrediagnósticos. Janin (2004) plantea que existe una generalización abusiva de este diagnóstico, lo que abre la posibilidad a cuestionar, estos niños desatentos e hiperactivos, ¿pueden ser unificados bajo un diagnóstico único? En el aula es posible observar múltiples situaciones: niños desatentos que se mueven permanentemente, algunos que juegan en clase, otros que se quedan quietos y desconectados, otros que reaccionan inmediatamente sin darse tiempo a pensar, es decir, amplia variedad de niños desatentos. Y quizás, responden también a una amplia variedad de motivos para no atender en clase, o lo hagan desde formas diferentes a lo que se espera (Janin, 2004).

Muniz (2015) plantea que muchas veces se arriba al diagnóstico saltando etapas necesarias en el proceso de comprender el significado que el síntoma tiene para el niño y su familia, la sintomatología también se encuadra en un repertorio de intercambios vinculares. Cuando se diagnostica a un niño se lo hace desde los manuales, sin embargo quizás nada tienen que ver con la singularidad de ese niño y ese grupo familiar. El yo del niño queda tironeado entre la conflictiva familiar y la exigencia escolar.

No se niega que las patologías existen y que las mismas deben de ser tratadas correctamente, pero lo que se observa por parte de quienes trabajan con niños desde la salud o la educación en la actualidad es que nos encontramos frente a un fenómeno de gatillo fácil de diagnósticos (Mazzinghi, 2006, como se citó en Dueñas, 2012).

Desde esta modalidad, parece que se prioriza más el nombrar este conjunto de conductas “desadaptativas” bajo una categoría clasificatoria, que intentar entender el origen de las mismas.

Bajo esta denominación, el niño queda inmerso dentro de una categoría, una etiqueta mediante la cual se identificará. Muniz (2015) menciona, cuando un niño se denomina a sí mismo, como en este caso, “Soy TDAH”, muy difícilmente podrá salir de ese lugar de identificación, el cual muchas veces es su posible lugar para ser visto. Desde el trabajo clínico, no se debería de plegar a esto, sino cuestionarlo y abrirlo al resto de su identidad.

Siguiendo esta línea, Janin (2004), señala que cuando un niño se autoidentifica desde el diagnóstico, puede sentir que esta denominación le otorga un lugar diferente del resto, y eso es mejor que no tener ninguno. Se identifica con una entidad psicopatológica, lo cual supone borrarse como sujeto, adquiere una identidad prefigurada que lo unifica en la invalidez y la dependencia de un fármaco.

Se produce un proceso identitario en el niño en torno a la patologización de su vida, al etiquetamiento y al pronóstico que ya anticipa su diagnóstico. El niño queda desinvertido de su condición de sujeto para materializarlo en un objeto que se puede modificar y resulta moldeable a partir de medicación, cuando la misma se indica en situaciones donde los diagnósticos no corresponden a reales patologías (Muniz, 2015).

Como plantea Janin (2004), antes que un niño rotulado como “ es TDAH”, nos encontramos con un niño que sufre. Al niño algo le está pasando y de alguna forma nos lo quiere decir; es un niño que presenta dificultades que obstaculizan su aprendizaje y se debe tratar de ayudar.

Se considera fundamental escuchar al niño desde su sentir, sus angustias, preocupaciones, así como también sus alegrías y sus emociones, a fin de lograr comprender su sentir (Muniz, 2015).

El impacto de los diagnósticos en la infancia radica en que el niño es un sujeto que se encuentra en pleno proceso de constitución de su subjetividad.

Untoiglich (2013) destaca en relación a esto, que así como los niños trazan sus primeras palabras con lápiz, los profesionales desde la salud mental también deberían de utilizar un lápiz para señalar las primeras hipótesis diagnósticas, a fin de evitar que se constituyan en una marca indeleble en la vida del niño.

Conclusiones

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad constituye en la actualidad una de las problemáticas que más preocupa a la psicopatología infantil. Este trastorno que a nivel neurológico involucra las funciones corticales y sus manifestaciones cognitivas y conductuales ha tenido en las últimas décadas un aumento significativo de casos.

El diagnóstico tiene para el niño un gran impacto tanto en su rendimiento escolar, su desarrollo, relacionamiento con sus pares y distintas áreas de su vida cotidiana. Este impacto no solo involucra al niño sino también a su entorno más cercano y a la dinámica familiar.

A modo de cierre, es posible visualizar a partir de lo expuesto, las distintas posturas y controversias que se pueden encontrar en torno a la inatención e hiperactividad en los niños. Ante esta situación, resulta fundamental ser cautelosos antes de emitir un diagnóstico en la infancia. Se debe tener siempre presente que el niño se encuentra en plena construcción de su imagen y la forma en que se aborde su malestar será fundamental en su desarrollo psíquico.

Nos encontramos inmersos en una sociedad que maneja tiempos acelerados, que demanda a los sujetos inmediatez, muchos estímulos y de poca duración, movimientos, cambios constantes y este dinamismo va a atravesar y condicionar al niño. Por lo tanto, no se debe perder el foco de lo que se demanda del niño y debemos de intentar pensarlo a partir de este dinamismo. Resulta peculiar como muchas veces se exige cierta concentración en los niños, que los mismos adultos no son capaces de sostener, siendo más simple por ejemplo, atender a una serie que prestar atención a la lectura de un libro.

Es necesario incorporar propuestas que puedan acompañar estos cambios y brinden al niño distintas formas de aprender, acordes a sus características. No todos los niños aprenden o manifiestan sus sentires de la misma manera, es por esto que se deben de contemplar las individualidades.

Tal como varios autores consideran, nos encontramos en un momento donde desde la necesidad de un nombre de patología que tranquilice a los adultos, se genera un gatillo fácil de diagnósticos, que dejan en el niño una marca, una rotulación, difícil de quitar. Múltiples situaciones pueden darse y no se debería de englobar bajo un mismo diagnóstico, situaciones que no lo ameritan, y no permiten un tratamiento que apunte a las necesidades específicas de cada situación. Ante eso, se considera fundamental definir criterios más precisos para diagnosticar y tratar el TDAH, así como también, un abordaje multidisciplinario. Resulta sustancial trabajar en forma complementaria desde los aportes de las distintas disciplinas en pos únicamente del desarrollo favorable del niño y no de una lucha de diferencias y poderes entre las mismas.

A su vez, deben de existir controles más rigurosos por parte de organismos estatales de la salud que se encarguen de controlar esta tendencia al rápido diagnóstico, así como también a la medicalización infantil, la prescripción y consumo del fármaco Metilfenidato. Se observa que muchas veces, la medicación opera como una solución mágica, pero su prescripción y consumo requieren de suma responsabilidad.

Uruguay ha sido observado en varias oportunidades desde organismos internacionales debido al empleo de este fármaco y al exceso del diagnóstico (Angulo et al., 2018).

No se trata de negar que la patología existe y que su tratamiento farmacológico tiene sus beneficios, sino de la importancia de no incluir bajo este nombre cuadros que no lo ameritan y que responden a otras inquietudes.

Es imprescindible cuestionarnos esta tendencia y repensar cada situación, dando lugar a la mirada, a la escucha y a los distintos estares desatentos que pueden responder a múltiples problemáticas.

Resulta necesario pensar la inquietud del cuerpo no solo como asociada a hiperactividad, sino también como una característica propia del niño y quizás también una condición epocal de la vorágine de la sociedad actual. Es fundamental lograr distinguir esta inquietud de aquella que puede mostrar un indicio del sufrimiento infantil y que no puede poner en palabras. Así como también, en estos estares desatentos, abrir la posibilidad a pensar, ¿a qué atienden estos niños que no atienden en clase?, ¿qué los preocupa?, ¿qué les demanda su atención? Es preciso tomarse el tiempo necesario para poder observar, entender al niño y a su sufrimiento, y desde allí, pensar el abordaje más acertado a sus necesidades.

Otro punto a remarcar es el poder transitar hacia un cambio del foco en el niño desde el lugar de enfermedad, desde la carencia. Tal como se plantea desde la postura de las barreras de aprendizaje y la participación, resulta sustancial ampliar también la mirada hacia el contexto en los procesos de enseñanza-aprendizaje y fomentar una escuela que logre abarcar las diversidades. Es necesario reflexionar sobre el tránsito de los diagnósticos con un enfoque clasificadorio hacia un modelo más comprensivo, que tenga presente la identificación con estas barreras, las cuales muchas veces obstaculizan el desarrollo favorable.

Es indispensable cuestionar esta realidad que están viviendo muchos niños tanto en nuestro país como a nivel regional y mundial, poder desnaturalizar esta situación desde las distintas áreas involucradas. Es preciso continuar investigando, proponer ideas y alternativas que tengan como propósito el bienestar del niño en su educación, así como también, acompañarlo desde una mirada que contemple más su sentir.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Berenstein, I. (1999). *La educación como un medio social e institucional de producción de sujetos*. InterRegional Conferences.
- Angulo, S., Cristóforo, A., Míguez, M. y Sánchez, L. (2018). Medicación con psicofármacos en las infancias y adolescencias del Uruguay. En S. Faraone y E. Bianchi (Comp.), *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. (pp. 401-. 424). Teseo.
- Chalot, B, (2000). *La relación con el saber. Elementos para una teoría*. Libros del zorzal.
- Coll, C. (2010). Enseñar y aprender, construir y compartir: procesos de aprendizaje y ayuda educativa. En C. Coll (Coord.), *Desarrollo, aprendizaje y enseñanza en la Educación Secundaria* (pp. 31-61). Graó.
- Covarrubias, P. (2019). Barreras para el aprendizaje y la participación: una propuesta para su clasificación. En J.A. Trujillo Holguín, A.C. Ríos Castillo y J.L. García Leos (coords.), *Desarrollo profesional docente: reflexiones de maestros en servicio en el escenario de la Nueva Escuela Mexicana* (pp. 135-155). Doble Hélice Ediciones.
- Dueñas, G. (2012). El papel de las escuelas en los procesos de Patologización y Medicalización de las infancias actuales. ¿Nuevos dispositivos de control de la conducta? En A. Taborda, G. Leoz y G. Dueñas (Comp.), *Paradojas que habitan las instituciones educativas en tiempos de fluidez* (pp. 167 - 176). Nueva Editorial Universitaria.
- Echeita, G. (2006). *Educación para la inclusión o educación sin exclusiones*. Narcea.
- Etchebere, G. (2008). *Empezando el jardín: ¿Adaptación o familiarización?*. Instituto de Psicología, Educación y Desarrollo Humano. Facultad de Psicología-Udelar.
- Farconesi, C. (2012). Aprendizaje: Más allá de la multiplicidad de teorías, un sujeto humano único e irrepetible en su constitución subjetiva. En A. Taborda, G. Leoz y G. Dueñas (Comp.), *Paradojas que habitan las instituciones educativas en tiempos de fluidez* (pp. 29 - 56). Nueva Editorial Universitaria.
- Fernández, A. (1987). *La inteligencia atrapada*. Nueva Visión.
- Fernández, A. (2000). *Los idiomas del aprendiente*. Nueva Visión.
- Fernández, A. (2011). *La atencionalidad atrapada*. Nueva Visión.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del Oprimido*, Siglo XXI Editores.

- García de Vinuesa, F. (2017). Prehistoria del TDA: Aditivos para un diagnóstico insostenible. *Revista Papeles del Psicólogo* 38 (2), 107 - 115.
- Hernández, M. y Oliver, L. (2015). Medicalización: una mirada desde la escuela. En M. Miguez (Coord), *Patologización de la infancia en Uruguay: aportes críticos en clave interdisciplinar* (pp. 133 - 145). Estudios sociológicos Editora.
- Herrera, J. y Guevara, G. (Enero - Abril 2022). El diagnóstico psicopedagógico: De la clasificación del estudiantado a la identificación de barreras y la participación. *Revista Educare*, 26(1). <http://dx.doi.org/10.15359/ree.26-1.24>
- Janin, B. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Noveduc Libros.
- Janin, B. (Noviembre 2013). La desatención y la hiperactividad en los niños como modo de manifestar el sufrimiento psíquico. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad* 3(2), 55 - 79. <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>.
- Larrion, B. (2017). *La educación en la modernidad: Barroco e Ilustración*. Máster Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/49700/7/DT2018-05.pdf>
- Lasa, A. (2001). Hiperactividad y trastornos de la personalidad. *Revista SEPYPNA Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente* 31/32, 5 - 81.
- Míguez, M. (2015). *Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar*. Estudios sociológicos Editora.
- Míguez, M. y Sánchez, L. (2015). Etiquetas infantiles. En M.Miguez (Coord.), *Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar* (pp. 29-60). Estudios sociológicos Editora.
- Míguez, M. y Sánchez, L. (2016). Matías. Una infancia patologizada por la conducta. *Revista Ruedas* 5(7), 143 - 172.
- Muniz, A. (2015). La dimensión compleja del sufrimiento en la infancia. En M. Miguez (Coord.), *Patologización de la infancia en Uruguay: aportes críticos en clave interdisciplinar* (pp. 19-27). Estudios sociológicos Editora.
- Portela, A., Carbonell, M., Hechavarría, M. y Jacas, C. (2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. *Revista MEDISAN* 20(4), 556 - 607.
- Rebollo, M. (2004). *Dificultades del aprendizaje*. Prensa Médica Latinoamericana.
- Rojas, C. (2004). Perspectiva familiar y social. En B. Janin, *Niños desatentos e hiperactivos: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. (pp. 163-185). Noveduc Libros.
- Schlemenson, S. (2006). *Niños que no aprenden*. Paidós.

- Schlemenson, S. (Abril 2009). Niños con problemas de aprendizaje. *Revista de investigación educativa Educatio*, (7), 7-14.
- Tallis, J. (2004). Neurología y trastorno por déficit de atención: mitos y realidades. En B. Janin, *Niños desatentos e hiperactivos: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. (pp.187-223). Noveduc Libros.
- Untoiglich, G. (2004). Intersecciones entre la clínica y la escuela. En B.Janin, *Niños desatentos e hiperactivos: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. (pp.125-145). Noveduc Libros.
- Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz:la patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Noveduc Libros.
- Urtubey, A. (2019). Actualidad sobre dificultades de aprendizaje. La mirada psicopedagógica desde neuropsicología. En A. Fernández y J. Venturini (Dirección), *Estudios sobre aprendizaje: Sujeto, psicopedagogía, psicoanálisis* (pp. 190 - 212). Editorial Departamento de Enseñanza y Aprendizaje, Instituto de Educación, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.