



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Sobre la medicalización en la infancia.

Los niños con Trastorno con déficit de Atención e Hiperactividad y el Metilfenidato.

**Trabajo Final de Grado.
Monografía.
Licenciatura en Psicología
Plan de estudios 2013**

**Tutora: Mag. Lic. Erika Capnikas
Revisor: Mag. Asist. Alfredo Parra**

**Analia Yordi
C.I.: 46630093
Montevideo-Uruguay**

Resumen

El presente Trabajo Final de Grado intentará trabajar el concepto de Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDHA), sus antecedentes históricos y sociales, enfocados en el tratamiento medicamentoso, sus causas y consecuencias.

Se hará referencia a las posibles estrategias para abordar dicho cuadro, manteniendo una postura crítico reflexiva a la incorporación de un tratamiento en base al metilfenidato.

Se trabajará la perspectiva médica, en lo que hace referencia a la postura de incluir medicación como base del tratamiento para dicho cuadro y su fundamentación desde una óptica biologicista.

Se destaca la implicancia familiar en dicho proceso, así como la importancia del rol escolar para el desempeño del niño, la concepción de infancia y la relación con el mundo adulto.

Se destaca la preocupación por el exagerado aumento que ha venido teniendo dicho cuadro psicopatológico, los efectos que produce en la subjetividad infantil, y los riesgos potenciales del metilfenidato como tratamiento. Si bien hay casos donde el paciente se beneficia de la medicación, se intenta reflexionar las causas del incremento diagnóstico.

Se trabajará el desarrollo histórico para la incorporación de la medicación a nivel de la salud, se conceptualiza al Metilfenidato, cuya droga es la más utilizada para el tratamiento del TDAH, se plantearán los efectos adversos que trae aparejado, desde los más comunes hasta los que raramente aparecen.

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN	1-1
MARCO TEÓRICO	2- 18
• MEDICALIZACIÓN	2-3
• DIAGNÓSTICO	3-5
• INFANCIA	6-7
• TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL	7-12
• METILFENIDATO	13-14
• EL TDAH como generador de subjetividad	15-17
CONCLUSIÓN	18-20
BIBLIOGRAFÍA	21-24

“Porque en el espacio entre las notas es donde habita la música”(Vasen, 2007, p48)

Introducción

Entre los S XVII y XIX es cuando la medicina toma a la locura para darle un lugar como enfermedad del alma, incorporando a la psiquiatría y a la psicología al abordaje de la problemática del campo de la medicina. (Duffau, 2013, P. 110)

Se entra en el paradigma propio de la medicina: salud- enfermedad, un cuerpo sano es aquel carente de síntomas, mientras que la enfermedad es indefensión humana, donde se encuentran obstáculos para el crecimiento y desarrollo. (Barran, 1993, P 42)

El autor refiere que, el médico dispone del cuerpo del otro, y así lo atestiguan las prácticas médicas, a través de modos de operación o investigación de turno, con las que se entrena permanentemente. Uno es el dador del mal y su dolor, y el otro allí, en su asimetría, esta para salvarlo del dolor y la pena. (1993,P.42) El sujeto se convierte en objeto, quedando por fuera de las decisiones en torno a su enfermedad y su tratamiento, debe acatar la palabra del médico sin discusión ni duda. Esto trae como consecuencia que el paciente no se pueda hacer cargo y deposite en el otro toda responsabilidad.

“Al decir de Mary Douglas, el cuerpo físico individual se proyecta sobre el cuerpo social, y es sobre este último que se ejercen las restricciones y prescripciones que lo afectan” (Barrán, 1993, p. 90)

No fue siempre el cuerpo visto como asiento de la enfermedad, fue un proceso ideológico largo sustentado por la investigación empírica el que llevo a situar la enfermedad en el cuerpo material y concreto de un individuo determinado. Al transformarse el cuerpo en lugar de la enfermedad, las terapias pasan a convertirse en manipulación del cuerpo. Por lo tanto, la medicación como forma de terapia, busca un cambio, busca controlar el cuerpo y sus impulsos, calmar el dolor y la pena.

Si la “medicalización” puede considerarse como un ordenamiento de creencias, hábitos y prácticas sociales en función de los avances de la investigación científica, ella conlleva, un “disciplinamiento” inscripto en procesos más amplios de enculturación que se expanden a otras áreas de lo social como afán “civilizatorio”. (Barrán, 1993,p. 97)

Por lo tanto, la medicalización no solo se hizo cargo del cuerpo físico individual, sino que llego a alcanzar el cuerpo social. La valoración cultural que se hace del dolor físico marca la relación que tiene el sujeto con su cuerpo, tanto su apreciación como desprecio, pudiendo observar la relación salud-enfermedad.

Medicalización:

Según La Valle, la medicalización es el proceso social que pretende convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales. Es la ampliación de las fronteras de la enfermedad a fin de acrecentar los mercados para aquellos que venden y proveen tratamiento. (2014 p.67)

En palabras de Barran, “la medicalización de la sociedad no es, un fenómeno casual, sino uno de los efectos de la consolidación y legitimación de la hegemonía política de la burguesía a partir de la modernidad” (1993,p. 49)

La burguesía ha mutado los productos tanto materiales como espirituales en mercancías, la medicalización establece el accionar de un sector profesional el cual está legitimado tanto por el poder económico como por el político.(Barrán, 1993, P. 49).

El proceso de la medicalización, según Foucault, comenzó en el siglo XVIII con la constitución del primer Estado moderno, Prusia, y la aparición de la Medicina del Estado, que no es el resultado de la medicina privada sino de una medicina social. (La Valle, 2014, P. 67).

La medicina como discurso de poder, donde establece las funciones normalizadoras de los cuerpos, tanto social como individual, los cuales sobrepasan la existencia de las enfermedades, olvidando las demandas del enfermo, transformándose en el vector privilegiado de las estrategias del biopoder. Foucault hace la observación de la formulación de un nuevo derecho, de una nueva moral, de una nueva economía y una nueva política del cuerpo. (Aguiar, 2013, P. 3).

A partir del S. XIX los niños pasan a ser identificados no como enfermos o locos, sino como normales- anormales, desde un saber médico y educativo. (Musicco, D hers, 2012, p.90). Por lo tanto, la psiquiatría ya no se restringe a curar la locura, sino que se aboca a la determinación de lo anormal. Mediante este recorte del niño anormal se realiza una generalización y difusión del poder de la psiquiatría en nuestra sociedad. (Foucault, 2005, P. 261)

Iriart e Iglesias-Rios (2013), sugieren una importante mudanza en el fenómeno de la medicalización, remitiéndose a los ajustes en el sector salud de los años 80. Destacan que si la medicalización se centraba en la enfermedad, en la rehabilitación y en el control de la naturaleza, hoy, sobre el eje del capital financiero, vemos su radicalización definida como biomedicalización: la salud pasa a ser enfocada como mandato moral, internalizando el control, la vigilancia y transformando la propia vida. Y es en ese proceso de mercantilización del sector salud que las autoras identifican la transformación del usuario/paciente en cliente/ consumidor. (Aguiar, 2013, P. 3)

Con la medicación se va expandiendo el campo médico a los problemas inherentes a la vida, y los niños no son la excepción. Untoiglich plantea el hallazgo como dato relevante, el uso del

fármaco como medio para la construcción diagnóstica, es decir, como anticipador del diagnóstico. Esto quiere decir que, en numerosas ocasiones, los niños son medicados con psicoestimulantes y se les dice a los padres que si ven que sus hijos están mejor, esto significa que el niño tiene TDA-H. (2014, P 32). Sin embargo, cuando se hacen diagnósticos tomando en cuenta únicamente los comportamientos que el niño manifiesta, sin llegar a ahondar en las causas subyacentes de dichas conductas, se corre peligro de que la clínica se transforme en un procedimiento burocrático, dejando fuera los problemas que ocasionan tal sufrimiento. (Untoiglich, 2014, p 15)

Diagnóstico:

Etimológicamente *diagnostikós* es un término griego que refiere al procedimiento que permite separar, discernir o distinguir cual es la relación o consideración según la cual es posible reconocer una alteridad entre dos objetos cualquiera que sean. La práctica del diagnóstico separa, discrimina y reconoce las diferencias que puede haber en operatorias semejantes, en tanto que al clasificar se reúne y engloba relativizando lo que de diferente pueda haber entre los miembros de una misma clase. (Vasen, 2007, p.46).

Vasen sugiere que, “diagnosticar es, para el psicoanálisis, una práctica que implica ir más allá de las descripciones o de los agrupamientos sintomáticos. Supone que hay una singularidad en juego que develar más allá de lo aparente y una verdad sobre el goce que allí, en acto, se expresa.”(2007, p.46)

Por otra parte, el Psicodiagnóstico es una modalidad de intervención en Psicología, que interactúa con otras disciplinas en todos los ámbitos que involucre a la salud mental tanto a nivel de la prevención como del diagnóstico y la terapéutica misma. (Muniz, 202, p,28)

Muniz entiende al Psicodiagnóstico como una especialidad de la Psicología universitaria, que se nutre de la Psicología General, la Psicología Proyectiva, la Psicología Evolutiva, de las diferentes teorías de la Inteligencia, de la Psicopatología, de la teoría de la Gestalt, del psicoanálisis entre otras. (2002, p23)

En el correr de los años se ha observado, que cada vez hay más niños que no se ajustan a lo esperable, cada vez hay más padres que necesitan del sostén para la crianza de sus hijos, se encuentran mayores niveles de fragilización. De igual forma la escuela transita una época de precarización. (Untoiglich, 2014, p18)

Asimismo la autora, concibe al Psicodiagnóstico como un proceso que se desarrolla en un tiempo acotado, utilizando variadas técnicas privilegiando la escucha y la lectura de los elementos clínicos. (2002,p23)

“Ningún diagnóstico es exterior a aquello que diagnostica ni inocente respecto de él. Y muchas veces en su intención de salvar, condena, y en su intención de aliviar, oscurece” (Vasen, 2007, P. 58).

Por lo tanto, el diagnóstico del TDA-H, en su complejidad, teniendo en cuenta las variables tanto psicológicas, biológicas, familiares y sociales en juego, debería ser abordado desde una óptica interdisciplinar, en equipo. Pero la demanda, frente a un diagnóstico veloz y acertado, lamentablemente conlleva riesgos, ya que no se logra profundizar en los aspectos neuropsicológicos y psicodinámicos de la estructuración psíquica del niño.

Es de destacar la metáfora que utiliza Untoiglich, donde habla, que así, como los niños empiezan sus primeras letras con lápiz, de igual forma los profesionales deberían escribir esas primeras hipótesis diagnósticas, que si bien son absolutamente necesarias y forman parte del proceso de cura, no deben constituirse jamás en una marca indeleble en la vida del niño (2013,p.61). Los mismos deben orientar al profesional, siempre teniendo en cuenta el devenir, tanto por el proceso de maduración del crecimiento, como por el trabajo que va realizando el niño junto al profesional, su familia y la institución.

Los niños se encuentran en proceso de constitución de su subjetividad, en constante relación con el Otro y atravesado por el momento histórico que le toca vivir. Por tal razón inevitablemente hay que tener en cuenta esto a la hora de realizar un diagnóstico, ya que tanto por el propio proceso madurativo del niño en crecimiento, como por el trabajo que el profesional va realizando, las condiciones se van modificando, pudiendo posibilitar movimientos importantes en esa subjetividad en ciernes.(Untoiglich, 2013,p.62). Hay que tener en cuenta también, que el diagnóstico no se realiza en un único encuentro, y en el mismo entra en juego la transferencia y la contratransferencia, tanto con el niño como con los padres y hasta muchas veces con la institución. Así mismo, el diagnóstico puede ir sufriendo transformaciones en el proceso, mediante el trabajo que se vaya realizando.

También la guía para la formulación clínica de un caso (fcc) de la Sociedad Británica de Psicología (2011) recomienda prestar atención a los aspectos transferenciales y contratransferenciales. Como señala R. Leiper, “la formulación [...] es la lucha continua del psicoterapeuta para hacer significativo —mentalizar o simbolizar— lo que aparece confuso y sin forma en la experiencia”. (B. Varela, L. de Souza, D. Miller, R. Oyenard, L. Villalba, R. Zytner, R. Bernardi, 2014, P.174).

Como señala N. McWilliams, “Formular un caso (psicoanalíticamente) es un proceso subjetivo, especulativo, individualizado, y comprensivo. Requiere alcanzar el sentido de la vida interior [...] del mundo privado [...] poniéndose en la piel de la persona [...] permitiendo que la psicología del paciente tenga un impacto en la nuestra”. (B. Varela, L. de Souza, D. Miller, R. Oyenard, L. Villalba, R. Zytner, R. Bernardi, 2014, P. 174).

Indagar la historia del niño es fundamental para establecer que le ocurre. “Freud plantea que la historia es siempre historia libidinal, cartografía de esos encuentros y desencuentros, historia

de deseos, fantasmas, temores, que constituyen al niño incluso mucho antes de su nacimiento. Anudamientos singulares, únicos, de por lo menos tres generaciones, que se entrecruzan de imprevisibles modos con la llegada de ese hijo”.(Untoiglich, 2013, p.68).

Mussico plantea que es en la escuela donde por lo general se realiza el primer diagnóstico, ya que la misma, en su imposibilidad de controlar ciertas conductas los clasifica y encierra dentro de un posible diagnóstico, para luego responsabilizar a las familias, las cuales devienen depósito de “culpas y expiaciones”. Así se accede a la solución Mágica, de la que no se duda ni se cuestiona: el saber médico. (2012, P. 89)

El autor refiere, que de esta forma la familia queda encapsulada en la escuela y el hospital, donde el discurso de lo normal- anormal se entrecruzan. La niñez patologizada, el niño pasa a verse y ser un peligro público por sus conductas antisociales, siendo la hiperactividad la conducta que más molesta. Así mismo la responsabilidad recae sobre los padres, por tal razón, se reconoce el alivio cuando el médico les manifiesta que el niño está enfermo, y debe ser medicado. “Denle ese medicamento. ¡Cualquier cosa con tal de que no sea diferente!.(Mussico, D hers, 2012, p.90)

Untoiglich refiere que la patologización de la educación, se afirma en transformación de la dificultad de la escuela para lidiar con una población que no está munida de los requisitos para el funcionamiento del sistema y los transmuta en problemas médicos. Con esto se esconden los grandes problemas políticos, sociales, afectivos y culturales que afligen la vida de las personas, mientras tanto, la escuela permanece intocada en su formato de aparato privilegiado para la reproducción social. (2013,p.20).

De esta forma, estos niños son incapaces de oponerse a los mandatos del mundo adulto. Las políticas de salud mediante estrategias intentan promover orden y prevenir problemas sociales para intentar corregir las conductas conflictivas, quedando atrapados en el abuso de psicofármacos.

“El combate a las estrategias de control en la vida escolar, exige de nosotros prácticas que tensionen los discursos médico-jurídicos que inviertan el apaciguamiento de los cuerpos a través de la proliferación de tecnologías de seguridad y de prevención de trastornos”. (Olivera 2009)

Infancia

Se entiende a la infancia como una construcción socio-histórica situada que describe las posiciones de una sociedad con respecto a los niños y las niñas como grupo social. La niñez, por su parte, será entonces la experiencia concreta que vive el sujeto niño o niña dentro de dicho ordenamiento (James y James, 2004;2008). La infancia y la niñez son conceptos que se relacionan y se determinan mutuamente.

El Trastorno por Déficit de Atención (TDAH), patología del neurodesarrollo, es diagnosticada generalmente en la edad infantil.

El acto de diagnosticar se sitúa sobre una doble asimetría: por una parte la existencia de una distancia marcada entre aquel que posee un saber médico y efectúa el acto diagnóstico y por otra aquel que, ignorante, toma el lugar de objeto. En el caso de la infancia esto se tensiona con otro eje de diferencia: el diagnóstico implica y revela la puesta en acción de un saber sobre un niño, niña o adolescente, saber que se muestra asimétrico en tanto es detentado exclusivamente por la figura del adulto. Así, la brecha entre los involucrados en el proceso diagnóstico se ve acentuada por esta doble disparidad de posiciones y saberes. (Peña, 2015, P.92)

En relación a dicha asimetría, también se debe agregar, que es el adulto, el que convive con el niño, que muchas veces detecta y aporta datos al especialista.

De tal manera, la relación entre los niños y los adultos, se caracteriza por los encuentros y desencuentros, la fricción y por los procesos de negociación asociado a cualquier conflicto entre distintas clases.

El "Higienismo" es una corriente del siglo XIX, la cual se considera predecesora de la actual Psicología Evolutiva. "Dicha corriente pretendía ordenar y controlar las conductas de niños y niñas para que con el tiempo se desarrollen como "buenos ciudadanos". La psicología y sus diagnósticos habrían creado así herramientas fundamentales para colaborar con la labor de delinear ciertas subjetividades infantiles y sus relaciones con la adultez". (Peña, 2015, p. 94).

De esta forma, una de las tareas importantes de la psicología ha sido la de establecer "mejores" formas de crianza e interacción familiar, por lo que las paternidades y sobre todo las maternidades han sido fuertemente influenciadas por lo que la psicología del último siglo ha manifestado con valor de Verdad.

"Así, el carácter de la infancia ha sido predefinido científicamente, del mismo modo que lo han sido los rangos de "normalidad" y "anormalidad" que le caracterizarían, evitando cuestionar las relaciones sociales y de poder entre las cuales éste se encuentra sostenida. Esto ha llevado a que se sancionen sin mayor consideración las conductas o manifestaciones provenientes del niño o la niña que trasgredan la normatividad imperante. Las justificaciones y diseño de dichas sanciones han encontrado argumentos tanto en la psicología como la medicina". (Peña,, 2015, P. 95).

El concepto de “marginalización discursiva” hace hincapié en como los niños y las niñas son hablados por los discursos dominantes tanto científicos como escolares, invisibilizando su palabra así como no incentivándola. Esta marginalización contribuye a legitimar las asimetrías de poder con respecto a los adultos, haciendo dificultosa la participación de los niños en la producción social de textos y en la transformación de los estereotipos que circulan en torno a ellos mismos.

Trastorno por Déficit Atencional

El trastorno por Déficit de Atención ha tenido un gran recorrido en el tiempo, cambiando de definiciones a lo largo de la historia. En 1902 se establece las primeras conceptualizaciones, se describen clínicamente la falta de concentración e hiperactividad definiéndose como “defectos del control moral”. En los años 60, se comenzó a hablar de “hiperquinesis”, “Disfunción mínima cerebral”, o “Síndrome del Niño Hiperactivo”.

En 1980, con la aparición del Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM-III), por primera vez se define como “trastorno por Déficit de la Atención” y luego más adelante se le agrega la “hiperactividad” a dicha definición.

El DSM V define al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad) se requiere un mínimo de 5 síntomas.

(a) Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.

(b) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.

(c) Parece no escuchar cuando se le habla directamente.

(d) Con frecuencia no sigue instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.

(e) Con frecuencia tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

- (f) Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- (g) Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
- (h) Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores o adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- (i) Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.

2. Hiperactividad e Impulsividad

Seis o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales.

NOTA: Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- (a) Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- (b) Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- (c) Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- (d) Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- (e) Con frecuencia esta “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor”.
- (f) Con frecuencia habla excesivamente.
- (g) Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
- (h) Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
- (i) Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.

B- Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C- Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos.

D- Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E- Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental.

En función de los resultados se podrán clasificar las siguientes presentaciones:

Presentación combinada: si se cumplen el criterio A1 (inatención) y el criterio A2 (hiperactividad- impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante con falta de atención: si se cumple el criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad- impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante hiperactiva- impulsiva. Si se cumple con el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

El sobrediagnóstico (atribuir el diagnóstico de TDAH a personas que no lo tienen) o el infradiagnóstico/subdiagnóstico (dejar sin diagnóstico a quien en realidad lo tiene) trae consecuencias sobre la persona, su familia y el entorno en el que se desenvuelven. Diagnosticar TDAH requiere de conocimiento, tiempo con el paciente y su familia, reunir información sobre diferentes contextos, definir un perfil de funcionamiento general, explorar comorbilidades y otros aspectos.

Báfico plantea que esta forma de mirar los patrones de conductas desde la psiquiatría americana nos puede llevar a pensar en una verdadera pandemia. (2009, P.19)

El trastorno en sí mismo no dice nada de la subjetividad, está vacío de significado, y el malestar permanece sin ser descifrado ni escuchado.

La naturaleza humana no fue diseñada para que los niños pequeños permanezcan sentados, inmóviles, atendiendo a tareas adjudicadas por los adultos, sino que por el contrario necesitan correr, moverse, jugar, gritar, y desarrollar toda clase de actividades que se encuentran por fuera de la exigencia del aula.

“Es comprensible, desde luego, que unos padres agobiados o unos profesores saturados de trabajo quieran hacer su vida más fácil tomando un atajo médico, pero lo que es comprensible no siempre corresponde con lo que es correcto”. (Báfico, 2009 p25)

Al respecto, se podrían ver diferentes posturas, por su parte, Peña plantea que la medicación que se administra a quienes padecen TDAH, buscan que mejore la atención, disminuya la hiperactividad y la impulsividad y consecuentemente mejore la calidad de vida en la escuela, la calle y la familia. Cuando las medicinas son correctamente administradas los riesgos de automedicación son bajos. (Peña, 2000, P. 244)

Por supuesto que , sin duda, existen niños con dificultades de concentración y aprendizaje, lo importante es ¿qué hacemos con esto?, ¿cómo entenderlo?, ¿cómo respondemos frente a estos niños? Es exagerado pensar que todos los niños que tienen algún problema de “inadaptación social” tengan en sí problemas neurológicos. “La Ritalina, aplasta los síntomas y

los transforma en un trastorno. Hay algo del fármaco que está del lado del objeto “a” y no del lado del significante.”(Báfico, 2009, p.26). Por otra parte, Peña plantea que muchos de los síntomas de la enfermedad se controlan con el uso de medicamentos. Este padecimiento disminuye entre el 40% y el 60% de quienes lo padecen desde niño, pero un número muy importante manifiesta los síntomas hasta la vida adulta. La medicina controla, no cura la enfermedad.(2000, P. 244)

Báfico manifiesta que, “se debe tener conciencia que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad no es una enfermedad, sino más bien el extremo de la curva estadística que describe el comportamiento esperado para la normalidad”. (2009, p.24)

Muchas veces detrás de la hiperactividad hay otra cosa, que tiene que ver con la demanda de un problema, es importante abordar dicho conflicto, y así finalizar con la hiperactividad.

En la actualidad nos encontramos con una simplificación de la clínica psicológica, donde se engloba una variedad de conductas y se las transforman en pretendidos diagnósticos, confundiendo diagnósticos psicopatológicos con meras descripciones fenoménicas. Esto trae inevitables y graves consecuencias, ya que no solo se encierra al niño dentro de un estereotipo, sino que además se le adjudican tratamientos, muchas veces farmacológicos innecesariamente. (Untoiglich, 2013, P 60).

Untoiglich plantea la necesidad de establecer la diferencia entre lo que el niño necesita como paciente y lo que se encuentra dentro de un dispositivo de poder, donde la “biomedicamentación” de su sufrimiento evidencian los cambios políticos, ideológicos-culturales de nuestra sociedad. (2013, p.61)

“Una de las razones por las que la industria farmacéutica transnacional ha conseguido sus ganancias multimillonarias ha sido su estrategia de vender a los sanos nuevas percepciones sobre lo que es una enfermedad. La industria ha hecho un marketing para transformar molestias comunes en todo tipo de enfermedades que presentan como peligrosas y para las cuales ellas tienen la solución. Psiquiatras en las nóminas de los laboratorios han dado una explicación neurobiológica de esta condición y se han vendido medicamentos basados en anfetaminas, como por ejemplo Ritalina, en grandes cantidades. Sin embargo, se diagnosticó con esta condición no solamente a niños con síntomas severos de hiperactividad o falta de atención, sino a un número muchísimo mayor de niños inquietos o que se distraen en clase.

Se transforman los rasgos propios de la subjetividad infantil y se los convierten en patológicos; tanto los niños, como los adolescentes son más inquietos, su atención es más irregular, son más impulsivos y menos reflexivos, dichas características son inherentes a su condición evolutiva, y tanto en nuestra como en otras culturas no se percibía esto como una enfermedad, en todo caso como un trabajo que el niño le da al adulto. (Ramos, 2016)

Benasayag dice, “el psicoanálisis, así como la pedagogía más progresista, han considerado y demostrado en su práctica que el niño que no exhibe ninguno de estos rasgos por lo general es inhibido o sobreadaptado, lo cual no siempre lo hace un niño más atento”. (2007, P.52). Hay

que tener en cuenta que la calificación de “inquieto”, como valorar la intensidad, dependen mucho del ambiente donde se encuentra el niño.

Cuando el niño se muestra inquieto en la escuela, pero en otros lugares puede mantener la concentración en la tarea que está haciendo, un videojuego, una narración televisiva, es de vital importancia tener precaución al realizar un diagnóstico. Benasayag plantea que al estar “mal diagnosticado, mal tratado, mal medicado, el niño desarrolla trastornos caracterológicos o conductuales de segundo grado, que complican los que ya tenía, suplementándolos, agravando por añadidura el pronóstico”. (2007, p. 53)

Según el autor, “está en juego la salud de muchos niños, a ellos hay que sacarlos a la brevedad de esta trampa, porque se los está condenando a depender de estimulantes y psicofármacos desde muy temprana edad y esto no es sin consecuencias” (Benasayag, 2007, P. 86).

Por el contrario, en vez de solucionar, únicamente logramos acallar el síntoma algunas veces, a sabiendas de que lo perjudicamos más a futuro de lo que resolvemos en el momento. Por otra parte, Peña sugiere que pensar que alguien enfermo con TDAH es adicto a su medicamento, sería tanto como considerar que una persona con diabetes o hipertensión es adicta al medicamento que debe tomar el resto de su vida. (2000, P.244)

Es muy frecuente que en el rastreo de historias parentales de los niños con dificultades atencionales, encontremos que se repiten situaciones no tramitadas psíquicamente de generación en generación, como ser abusos y violencia, sin que siquiera haya una posibilidad de cuestionarse porque sucede dicha repetición.

Benasayag se cuestiona, ¿a qué está prestando atención un niño que no puede prestar atención a los requerimientos escolares? (2007, p. 103)

En las “nuevas patologías” de estos tiempos actuales tienen como denominador común el poco lugar que hay para la tramitación de lo doloroso. Es importante plantearnos que hacemos como sociedad con el malestar que nosotros mismos generamos, ya que acallándolo con medicación puede ser una solución a corto plazo, pero no generara ligazones simbólicas. (Untoiglich, P60)

Por su parte, Vasen nos dice que “hay una nueva camada de profesionales de la salud mental que no duda. Ellos saben que no hay marcadores genéticos probados ni medios diagnósticos serios que demuestren afectación orgánica y, sin embargo, en numerosas publicaciones científicas y de divulgación afirman con temeridad -tan parecida a la valentía que resulta convincente- que existe una dificultad; que estamos ante una “condición” de carácter crónico, con bases biológicas y genéticas que la convierten en hereditaria” (2007, p.23)

Se ha ido desarrollando toda una subcultura y una tecno-mitología en torno de la desatención y la inquietud de las dificultades escolares y hogareñas, los límites y las formas de socialización de los chicos de hoy” (Vasen, 2007, p. 23)

Vasen plantea que no es que en esos niños su atención se encuentre en déficit, sino más bien que no está disponible, ya que la misma está enfocada en otros intereses y objetos investidos. ¿Qué hacen los niños con esa atención que no nos prestan, adónde va? ¿Cuál es el destino de

esa libido que no se utiliza para prestar atención a las propuestas de la maestra en clase, vacías de investidura?.(2007, p.23)

La llamada atención constante, de base, es la que sostiene la vigilia y se opone al sopor. En cambio la atención selectiva, es la que se esparce sobre los objetos, la cual implica un paso más, no solo estar despierto sino invertir un elemento por sobre los otros. (Vasen , 2007, P.23)

Vasen plantea, que se le pide a los niños en la escuela que mantengan por mucho tiempo la atención selectiva, debe atender a lo que la maestra dice o pide. Dicha atención, se manifiesta más por obediencia a las normas que por el propio deseo del niño, ya que no solo debe deponer sus intereses momentáneos, y seleccionar de un montón de estímulos internos y externos aquellos en los que otros le piden que se centre, lo que requiere una concentración prolongada en un tema específico. Y teniendo en cuenta que la atención se despierta ante algo interesante, de ahí su labilidad. La dificultad no pasa por un problema neurológico ni un déficit cuantitativo, sino por la falta de interés a aquello que otros le proponen.

Según Vasen, pensar las problemáticas de la subjetivación y la formación educativa como un déficit de ciertas funciones o como un problema de aprendizaje es incurrir en un doble reduccionismo. Ni la atención está en déficit- sino que inviste otros objetos y personajes significativos en la vida de los niños-, ni la problemática educativa puede cargarse como dificultad personal en el aprendizaje, sobre los hombros de quien trabajosamente abre su sensibilidad y su pensamiento a un mundo nuevo de saberes. (2007, p.24).

Hay que tener en cuenta las expectativas culturales de adaptabilidad del niño, está claro que el niño de este siglo debe tener un nivel de actividad mucho mayor que décadas atrás, está la idea de que cuanto más rápido y precoz el niño pueda incorporar los conocimientos, mayor desarrollo tendrá y por lo tanto será más exitoso. Esto puede llevar a una sobre exigencia, así se le llama, “niño de agenda completa”, donde además de las actividades curriculares, el mercado presenta un sinfín de actividades súper interesantes, que si no median los padres, podrían llevar al niño a una exigencia desmedida.

La escuela es designada por la cultura como la encargada de proveer los conocimientos y la estimulación, que llevarían al niño a alcanzar ese desarrollo pleno y precoz de su personalidad para convertirlo en un hombre de éxito en un mundo tan cambiante y competitivo, muchas veces la escuela termina por trasladar a los técnicos la urgencia para que el niño se adapte a los planes de estudio y rinda de acuerdo al ideal propuesto.

Metilfenidato

El empleo de psicofármacos alivia, pero también oscurece...(Vasen, 2007,p. 128)

Benasayag sostiene que el metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso central, sus propiedades farmacológicas son esencialmente las mismas que las de las anfetaminas, de igual manera comparte el potencial de abuso. (2007, P.99)

Si bien desde 1975 se ha manifestado la precaución de su uso, situándose en la lista II de sustancias controladas por su gran potencial de dependencia, las autoridades sanitarias de E.E.U.U , Europa y Argentina lo indican para el Attention- Déficit/ Hiperactivity–Disorder (ADHD), ya que tiene evidencia suficiente en ensayos que justifican su uso.

Sus efectos adversos pueden incluir insomnio, pérdida de peso y de apetito (o aumento de peso), lo cual puede estar asociado con supresión del crecimiento y dolor abdominal.

Benasayag hace referencia que en “El clásico Formulario Nacional Británico, que constituye una de las fuentes más confiables y actualizadas de información objetiva sobre aspectos necesarios para el empleo de medicamentos en humanos, agrega efectos adversos tales como la dispepsia, náuseas, vómitos, sequedad de la boca, , manifestaciones en el sistema nervioso central como irritabilidad, agresividad, cefalea, a veces somnolencia, mareos, alteración de los movimientos, aparición o exacerbación de los tics (llegando excepcionalmente al síndrome de Tourette), cansancio o falta de fuerza (astenia), a veces depresión, prurito, erupción cutánea, manifestaciones de estimulación simpática periférica como taquicardia, palpitations o arritmias, cambios en la presión arterial y manifestaciones detectadas pero no bien comprendidas, como fiebre, artralgias o caída del cabello”. (2007. P. 99).

Como efectos adversos, el autor menciona como los menos comunes la diarrea, sueños anormales, ideación suicida, aumento de la frecuencia urinaria, hematuria, calambres musculares, sangrado nasal; como efectos adversos raros, dolor anginoso, alteraciones visuales, y como efectos adversos muy raros, disfunción hepática, infarto de miocardio, arteritis cerebral, cuadros de psicosis, tolerancia y dependencia, desordenes sanguíneos, incluyendo leucopenia y trombocitopenia, glaucoma de ángulo estrecho, dermatitis exfoliativa y eritema multiforme. (2007, p. 99)

Benasayag plantea que en vista de tanta contraindicación, y de que cada paciente tiene una realidad diferente, se hace recomendable la suspensión de la medicación al mes, si no ha notado mejoría, así como también se recomienda cada dos años suspenderla para valorar el estado del paciente.

Teniendo en cuenta que cuando se utiliza dicha medicación con el fin “de solucionar el problema”, y la misma solo puede incidir sobre un aspecto de modo transitorio, no perdura más allá de su culminación sino la acompañan otras intervenciones. La medicación no es agente de cambio cualitativo, por lo tanto, hay que tener bien claro que puede ser útil en determinado momento para modificar situaciones desde lo biológico, pero no es generador de aprendizaje para futuras situaciones.

Se ha corroborado su eficacia en la disminución de la inquietud motora gruesa y fina, el aumento de la atención, mejoría en el cumplimiento de instrucciones, disminución en la agresividad hacia pares y adultos así como mejoría en el relacionamiento. Pero dicha acción es breve, y sus efectos desaparecen a las pocas horas de haberla ingerido, no es de ninguna manera una “cura”, únicamente sirve para aliviar los síntomas por un lapso breve.

La gran eficacia con la que actúa trae aparejada otro problema, es muy probable que los padres, docentes y profesionales tengan la falsa sensación de que el problema ha quedado resuelto y esto podría disuadirlos de utilizar otros métodos no medicamentosos, los cuales podrían llegar a la causa central de los problemas de conducta o de atención del niño. (Benasayag, 2007).

“Para ubicar en un contexto más general el tema de medicar a un niño, a veces con un criterio que nos resulta inadecuado, es necesario hacer una reflexión sobre la ubicación del niño en nuestra sociedad”, (Benasayag, 2007, p. 209)

Benasayag hace referencia a una gran tela de araña, donde el niño queda atrapado, los nodos de la tela de araña unen a los integrantes, sean estos los padres, maestros, profesionales de la salud y educación, las instituciones y hasta la industria y el mercado. Establece que no es un hecho casual que se indique inadecuadamente medicación a un niño, ya que es toda una estrategia donde se manipulan múltiples componentes, tanto médicos como económicos, políticos, sociales y legales, que hacen tolerable y posible que se “sobre/mal” medique a los niños, sin el debido respeto al ser humano.

Es de gran importancia la toma de conciencia, saber que todos somos partes de esa tela de araña, voluntarios e involuntarios, estamos unidos y cada eslabón es de gran importancia para revertir esta situación. (2007, P 209)

El TDAH como generador de subjetividad.

Rafalovich (2001) hace un recuento del origen del término TDAH y expone que en éste se han utilizado un amplio número de terminologías a lo largo del tiempo, por ejemplo, para referirse al diagnóstico de niños con TDAH se han utilizado diversos conceptos, es así que, a finales del siglo XIX se utilizó el término “imbecilidad”, a principios del siglo XX “estupidez” y desde 1920 a la actualidad “encefalitis letárgica”, daño cerebral mínimo, hiperkinesia, desarrollo atípico del ego (...) hasta llegar a la actual categoría diagnóstica “trastorno por déficit de atención con hiperactividad” (American Psychiatric Association (APA), 2013)(Ramos, 2016, p.229)

Como podemos ver, afirmar que un niño tiene TDAH, es cargar sobre sus hombros una inmensa historia de adjetivos y calificativos que se relacionan con la anormalidad del ser, con lo rechazado, con lo enfermo, con lo no aceptado y demás. (M.Miguez, L. Alzati, P. Bedat, F. Belèn, N. Furtado, C. Silva, K. Fortete, A. Garcia, L.Gonzalez, 2006, P.10).

Se ha edificado en torno al TDAH la creencia de que el niño que posee este trastorno debe ser una persona con mal carácter, dueño de un síndrome que es producido por un desequilibrio químico cerebral, el cual vive circunstancias y situaciones de estrés, poseedor de algún problema genético, carente de disciplina, se le adjudica el abuso de alimentos con químicos como la utilización de videojuegos y programas de televisión con alto contenido de violencia. (Ramos, 2016, p.231)

Ramos (2016) plantea que “...Nuestras narrativas son una especie de gafas con las cuales podemos ver el mundo, por tanto, el que un niño reciba el diagnóstico psiquiátrico como el TDAH, no sólo determina su identidad en torno a esta etiqueta, sino que, produce un cúmulo de significados culturales en añadidura”. (p.232). Este niño va construyendo su identidad mediante significados de carencia, de anormalidad, de un sistema nervioso necesitado de fármacos para su funcionamiento normal, por lo tanto hay que tener cuidado al emitir un diagnóstico apresurado porque, la mayoría de las veces se hace más daño del que la naturaleza ya se encargó de hacer, al generar prácticas que etiqueten a los niños como discapacitados, enfrentándose a la exclusión en los entornos en los cuales se desarrollan.

Desde Gergen (1996), toda verdad adquiere su validez en el marco de la comunidad que la construye y la legitima como tal, la verdad parece ser una cuestión de perspectivas, productos de intercambios y consensos sociales, la realidad es un conglomerado de significados conversacionales que son socialmente compartidos. (Ramos, 2016, p.233)

Brian (2005) sostiene que el TDAH es un producto de los problemas de la práctica educativa, en donde las dificultades de la conducta o el fracaso en el aprendizaje, han sido transferidos a un modelo que identifica a cualquier niño que no concuerde con el sistema, como un potencial sujeto con trastorno mental y futuro candidato para acceder al psicofármaco. (Ramos,2016, p.234)

Por lo tanto, ha de cuestionarse si realmente ¿son los niños los que tienen un problema de aprendizaje o es la escuela y su sistema de educación el que tiene problemas para la

enseñanza en una sociedad donde se hiper estimula a los niños? De tal manera, la existencia de un niño con TDAH, va a depender mucho del nivel de tolerancia del maestro.

El objetivo de la institución escolar es brindar a los alumnos las posibilidades para que todos aprendan allí. Cuando los padres inscriben al niño legalmente, lo ubican en una cadena generacional que los trasciende, cuando lo inscriben en la escuela que eligieron, lo introducen en una cadena social. Aulagnier (1975) le otorga un estatuto metapsicológico al campo social y propone que esa sociedad también va a esperar y catectizar de un modo peculiar a ese nuevo integrante estableciendo un contrato narcisista entre el nuevo ser y el grupo de pertenencia. La institución escolar es representante de la sociedad que debería albergar a ese pequeño, sin embargo ¿qué sucede cuando ese niño es rechazado por sus dificultades?. (Untoiglich, 2013, p215)

M. Rodulfo (2007) nos alerta acerca de la patologización de las diferencias en la infancia y señala el campo escolar como un terreno fértil en el cual, muchas veces, se desarrolla este fenómeno. La escuela necesita niños tranquilos, atentos y disciplinados, sin embargo, estos hoy son especímenes en extinción. (Untoiglich, 2013, p218)

Por lo tanto, Untoiglich (2013) plantea que la escuela con su sistema está respondiendo a un mandato homogeinizador, donde la diferencia requiere ser eliminada, ya que se apoya en una tradición normalizadora. En las Escuelas Normales, la diferencia se relaciona directamente con "el déficit", por lo tanto, cuando se desvía de la norma se tiende a estigmatizar, etiquetar, no dando lugar alguno a la inclusión.

Aprender tiene que ser una actividad ligada a lo placentero, a lo subjetivante. También es condición la construcción de diques, estos diques permiten que el niño pueda acotarse, así como también aplazar la satisfacción inmediata. A su vez, el niño tiene que poder creer que la escuela, como representante de terceridad, es un lugar que lo va a albergar, lo va a esperar, lo va a acompañar y, a su vez, va a realizar su propia apuesta de continuidad sobre este sujeto. (Untoiglich, 2013,p. 218)

"Según Danforth y Navarro (2001), en el medio familiar del niño con TDAH emergen significados en los cuales, se afirma que es éste quien padece y tiene un trastorno, lo cual genera que su familia actúe con el niño en relación al rotulo del síntoma manifiesto; además, la narrativa del menor considerado TDAH se caracteriza por una autopercepción de carencia, inseguridad y minusvalía (Pedraza et al.,2009)(Ramos, 2016, p. 235)

Por lo tanto, dichos diagnósticos exceden a la construcción de identidad individual, sino que además en torno a dicho diagnóstico se construye la identidad familiar.

Los padres de dichos niños, aceptan con total confianza el diagnóstico de TDAH, ya que a veces tienen un vago conocimiento de lo que el mismo engloba. Tal ingenuidad trae aparejado como consecuencia la total aceptación del discurso médico, siendo éste quien determine el rumbo que debe seguir el niño, y en la mayoría de los casos, ese rumbo va de la mano del tratamiento farmacológico.

Los padres son las figuras más relevantes para el niño y así como también una pieza fundamental dentro del plan de tratamiento. Es muy importante que ellos conozcan en que consiste el trastorno y proporcionarles conocimientos suficientes y ciertas habilidades para manejar las contingencias o las conductas disruptivas de sus hijos.

Manifiestarles como su forma de actuar puede influir tanto positiva como negativamente en las conductas del niño.

La aceptación del diagnóstico por parte de los padres es el punto de partida para que el papel coterapéutico de los padres dentro del tratamiento multimodal se ejecute con eficacia. Ellos son los encargados de conocer y reconocer que los comportamientos disruptivos y desadaptativos que presentan sus hijos no se deben a falta de voluntad por parte del niño y mucho menos que son consecuencias de un problema de crianza tal como lo expresan algunos mitos alrededor de este trastorno; sino que se deben a manifestaciones comportamentales que en sus raíces tienen componentes neuroanatómicos, neurobioquímicos y neuropsicológicos que necesitan de intervención profesional para su control. (Delgado, Rubiales, Etchepareborda, Bakker, Zuluaga, 2012, p. 47)

El tratamiento farmacológico es siempre una decisión médica y le corresponde a este profesional la prescripción y el control del mismo. La elección del fármaco tendrá un carácter individual y se basará en las características y circunstancias del paciente. No obstante, los psicoestimulantes y sobre todo el metilfenidato son los fármacos más utilizados y los que han mostrado una mayor eficacia en el control de los síntomas centrales del TDA-H.

Ramos expone que hay muchos especialistas que consideran que los fármacos facilitan la aplicación y/o permiten mejorar la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual, pero siempre teniendo en cuenta la singularidad de cada paciente y el contexto familiar, escolar y social.

Gómez aporta que desde la mirada constructivista los trastornos psicopatológicos son una realidad construida por un contexto sociocultural y biomédico, con una clara función para la homeostasis de los sistemas. (2012). En especial, para los que más se benefician y sin duda en este punto se habla de dinero, ya que existen empresas con poder mundial que gozan de la existencia de trastornos como el TDAH". (Ramos, 2016, p.237)

El niño considerado TDAH, es una pieza clave para los intereses económicos que se encuentran ocultos en la práctica diagnóstica, donde la única solución para hacerle frente a éste problema es administrar el fármaco, por supuesto, que para quien puede pagarlo. Ya Foucault (1976) afirmaba que la salud compone un sueño para unos y un lucro para otros.

El TDAH se convierte en un gran mercado y fuente de monstruosos ingresos económicos en todo el mundo. (Ramos, 2016, P. 238)

Por lo tanto, el autor plantea que la definición de los trastornos mentales no son necesariamente un indicador de condiciones clínicas objetivas, por el contrario, se encuentran totalmente influenciados por factores económicos, políticos, culturales e ideológicos. (2016, P.240).

Carneiro da Silva sostiene que, en el proceso diagnóstico del TDAH, el actor principal, el niño, es olvidado en toda la puesta escénica clínica, ya que, a pesar de que se hable todo el tiempo de él, se lo deja de lado en el análisis de los criterios diagnósticos que evalúa el clínico (2013), es como si se construyera un acuerdo entre los padres y el especialista, sin embargo, no se toma en consideración otros factores que podrían estar generando el cuadro del niño (Ramos, 2016, p. 241)

“Al decir de Foucault (1976), el conocimiento científico, no solo es peligroso por sus consecuencias inmediatas para el niño o el adolescente, sino a nivel de la propia construcción histórica. Únicamente luego de que veamos los efectos de la actual generación de niños diagnosticados y tratados farmacológicamente por el TDAH, seremos capaces de comprender e interpretar si el actual saber científico fue peligroso o no”.(Ramos, 2016, p. 243)

Conclusión

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es sin dudas, en la sociedad occidental el problema más frecuente en psicopatología infantil. Este trastorno involucra al cerebro ejecutivo y sus manifestaciones cognitivas y conductuales tienen un gran impacto a nivel de su desarrollo, en el rendimiento escolar, en la vida en familia y en sus relaciones. (I. Delgado, J. Rubiales, M. Etchepareborda, L. Bakker, J. Zuluaga, 2012, P.45)

En las sociedades de desarrollo ha aumentado el número de niños diagnosticados con TDAH, lo que lleva a preguntarnos, si los diagnósticos realmente son correctos, si no se está clasificando y diagnosticando todo como TDAH, sin prestar atención a otras posibilidades, o simplemente simplificando la clínica mediante diagnósticos apurados, sin indagar en causas subyacentes de las conductas que incomodan. Más aún, teniendo en cuenta que el diagnóstico del TDAH, enumera características que son propias de la niñez, haciendo el cuadro muchas veces confuso.

Gran cantidad de los autores mencionados hacen referencia a cómo se intenta resolver todo lo que incomoda del niño medicándolo, es de importancia tratar el tema con la responsabilidad que se merece, ya que el solo hecho de establecer un diagnóstico, coloca al niño en un lugar, después difícil de salir.

Untoiglich cuestiona, si cada vez hay más niños con problemas severos, ¿no habrá que revisar lo que estamos generando desde el mundo adulto?. Llama la atención lo sencillo que parece realizar diagnósticos en la actualidad, y lo banalizado que se encuentra el consumo de psicofármacos en la infancia, con la finalidad de que el pequeño se acomode a lo que se espera de él. (2013,p 216) Esta autora plantea que el metilfenidato, la droga más usada en niños diagnosticados con TDAH conlleva muchísimas contraindicaciones. Es realmente preocupante, ya que se administra sin mucha oposición, y varias veces a demanda escolar. Estamos durmiendo, apagando, sedando a estos niños, olvidando que su comportamiento habla más que sus palabras, no descifrando el mensaje a su accionar, solamente callando el síntoma, pero lejos de establecer la causa y trabajar en ella para una posible cura, si es que hay algo que curar... tal vez, es el sistema el que debe adaptarse al niño de este siglo. Un niño que nace ya con la tecnología a su alcance, súper estimulado, por las pantallas que además de los colores variados y sonidos, traen información a los cerebros de estos niños. Muchos de ellos, ya no aprenden a contar en la escuela, sino que lo hacen con una máquina, que les enseña los colores, las letras, a contar y muchas cosas más. Pero esta máquina no enseña sobre el intercambio con el otro, sobre la espera, y se llega a la escuela con conocimiento adquirido, para aprender a socializar, sobre el intercambio, el de la maestra y los pares. En este intercambio con la maestra, los pares y la institución es donde comienzan las grietas, la escuela no contiene, no está preparada para este niño, sus metodologías no están actualizadas, no se logra un equilibrio, por lo tanto se exige que el niño se adapte a las normas al costo que sea...

Y no se puede dejar de lado, el gran mercado de los laboratorios, los cuales se están enriqueciendo cada día más, por lo tanto, detrás de cada niño con TDAH y su tratamiento medicamentoso, hay alguien que está sacando un provecho económico, hay alguien que se está llenando los bolsillos a costa de estos niños.

Si bien, no se puede negar que dicho cuadro psicopatológico es una realidad, y que los tratamientos a aplicar son adecuados cuando se trabaja con total responsabilidad y en equipo, ya que el niño es parte de una sociedad, una familia, es un niño institucionalizado, es un niño con una realidad particular, que debe de ser tomada en cuenta.

Najmanovich nos plantea que la mayoría de las personas sigue pensándose como individuos aislados (partículas- elementales) y no como parte de múltiples redes de interacciones: familiares, de amistad, laborales, recreativas, políticas, culturales, informativas, etcétera. Las disciplinas científicas siguen en muchos casos pensando en términos de compartimientos estancos y territorios exclusivos, creyéndose independientes de la cultura y la sociedad que las nutre. Sin embargo, son cada vez más los que adoptan otros paradigmas, otros sistemas de enfoques y generan nuevas narraciones y escenarios donde transcurre la vida social del hombre de fines de la Modernidad. (1995, p20)

BIBLIOGRAFIA:

Aguiar, K. (2013). Procesos de medicalización de la vida escolar y prácticas sustitutivas. Revista «Poiésis», 1(26).

American Psychiatric Association (2002). DSM IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson.

Bafico, J. (2009). Ayer inquieto, hoy dopado - Diario El País - Montevideo - Uruguay. Recuperado de http://historico.elpais.com.uy/Suple/DS/09/10/11/sds_447033.asp

Báfico, J. (2009). Lo cotidiano. Ed. Psicolibros Ltda. Waslala

Barrán, J.P. (1993): Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo 1: "El poder de curar". Montevideo, Uruguay. Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, J.P.(1998): Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo 2: "El disciplinamiento". Montevideo, Uruguay. Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, J.P. (1998): Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3: "La invención del cuerpo". Montevideo. Uruguay. Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, J. Bayce, R. Cheroni, A. de Mattos, T. Labisch, A. Moreira, H. y Viñar, M.(Eds) (1993) La medicalización de la sociedad. Montevideo. Ed: Nordan-comunidad

Benasayag, L. (2007). ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. Noveduc Libros.

Bernardi. R; De Souza. L; Miller. D; Oyenard. R; Varela. B; Villalba. R; Zynter. R (2014): La formulación psicodinámica del caso. Revista de Psiquiatría del Uruguay|Volumen 78 No 2. Recuperado de: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2014/11/06_TO_05.pdf

Bianchi, E. (2013) La medicalización va a la escuela. En Viñar, M., Vasen, J., Terzaghi, A., Stolkinar, A., Dueñas, G., Volnovich, J.,..Villani, A., (Eds) (2013) La patologización de la infancia (III). Problemas e intervenciones en las aulas. Buenos Aires, Argentina: Noveduc

Bianchi, E. (2014) Biopolítica: Foucault y después contrapuntos entre algunos aportes , límites y perspectivas asociados a la biopolítica contemporánea. Astrolabio. Nueva Época.

Bianchi, E., Faraone, S. (2015) Tecnologías, actores sociales e industria farmacéutica en la medicalización del TDA/H en Argentina. I Congreso Latinoamericano de Teoría Social. "Por qué la Teoría Social? Las posibilidades críticas de los abordajes clásicos, contemporáneos y emergentes" UBA- Facultad de Ciencias Sociales.

Burillo, G., Aldea, A., Rodríguez, C., García, M., Climent, B., Dueñas, A., Hoffmann, R. (2013). Drogas emergentes (II): el pharming. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 36, No. 1, pp. 99-114). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272013000100010&script=sci_abstract&lng=e

Buttinghausen, V., Cruz, J., Elizalde, L., Tapia, D., Figueroa, J., y Huidobro, M. (2011). Frecuencia de administración de psicoestimulantes en escolares de primero a sexto básico en Talca. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 49(3), 258-264. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-92272011000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Chàvarri, C. (2014) Manual para diagnosticar TDAH: DSM5. Recuperado de: <http://www.tdahytu.es/manual-para-diagnosticar-el-tdah-dsm-5/>

Cristóforo, A., Delgado, R., Valazza, V. y Pou, V. (2013), La Función Atencional en niños que concurren a una escuela de contexto socio económico muy desfavorable. Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad. 3 (2), 5 – 30. Recuperado, Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/186>

Cristóforo, A., (2012) Medicalización y déficit atencional. Construcción social de la subjetividad desatenta, en: M. Muñiz y A. Kachinovsky (Eds.) Itinerarios de la psicología clínica: avances, notas y encuentros de norte a sur (p.), Ciudad de México, México: Tendencias,

Delgado, M, Rubiales, I, Etchepareborda, J, Bakker, M, Zuluaga, L., (2012) intervención multimodal del tdah; el papel coterapéutico de la familia. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2000/un006i.pdf>

De la Peña, F. (2000). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281925884005>

De Vicente, A y Villamarín, S. (2013) ¿El Ritalín, o metilfenidato, mejora el rendimiento escolar? Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4783

Doward, F. y Craig, E. (2012). El uso de Ritalín para ADHD se cuadruplica. El Gran Sueño. Recuperado de <http://elgransuenio.wordpress.com/2012/05/15/el-uso-de-ritalin-para-adhd-se-cuadruplica/>

Duffau, N. (2013) El tratamiento de la “locura” en la obra de José Pedro Barrán a través de Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Revista Culturas Psi. Recuperado de: http://dedicaciontotal.udelar.edu.uy/adjuntos/produccion/1056_academicas_academicaarchivo.pdf

Faraone, S. (2008). Medicalización de la infancia: Una mirada desde la complejidad de los actores y de las políticas. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/medicalización-de-la-infancia-una-mirada-desde-la-complejidad-de-los-actores-y-las-polític>

Janin, B. (2004). Niños desatentos e hiperactivos: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: AAD. Noveduc Libros

Janin, B (2011). El sufrimiento psíquico en los niños. Noveduc Libros

Joffre, V., García, G. y Joffre, L. (2007). Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad de la infancia a la vida adulta. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf074e.pdf>

La Valle (2014): Sobre medicalización. Orígenes, causas y consecuencias Parte I Recuperado de https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/17666_67-72-Lavalle%20Part%201.pdf

Míguez, M., Alzati, L., Bedat, P., Belén, F., Furtado, N., Silva, C. González, L. (2006). Los hijos de Rita Lina. Ponencia presentada en las V Jornadas de Investigación Científica “ Salud y Sociedad” Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Recuperado de <http://anamaitebustamante.files.wordpress.com/2011/04/los-hijos-de-rita-lina-extenso-gedis.pdf>

Míguez, M. (2011). La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguayall (Doctoral dissertation, Tesis Doctoral, Universidad de Buenos Aires.(mimeo)).
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273224047009>

Mila, Juan. (2003). Inestables TDAH o AD/HD. Montevideo Uruguay: Psicolibros Waslala.

Muniz, A. Docentes del Área de Diagnóstico e Intervención Psicológica (2015), Diagnóstico e Intervenciones. Enfoques Teóricos, Técnicos y Clínicos en la Práctica Psicológica. Tomo 1.

Musicco, C, D hers, V. (2012). Remedio para una niñez descarriada. Reseña de “La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya” Miguez Passada, Maria Noel, Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad.

Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273224047009>

Najmanovich, D. (1995) El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomía relativa. Ed. Paidós. Bs. As.

Peña, M.; Rojas, P.; Rojas, S. (2015). ¿Cómo diagnosticar a un niño? Diagnóstico del Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad desde una perspectiva discursiva crítica, disponible en <http://atheneadigital.net/article/view/v15-n1-pena-rojas-rojas>

Portillo, J. (1993) La medicina: el imperio de lo efímero. En Barrán, J. Bayce, R. Cheroni, A. de Mattos, T. Labisch, A. Moreira, H. y Viñar, M. (Eds) (1993) La medicalización de la sociedad. Montevideo. Ed: Nordan-comunidad

Ramos, C. (2016) La cara oculta del TDAH. Historia Editorial.

Untoiglich, G. (2013). En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. Noveduc Libros

Vasen, J. (2007). La atención que no se presta: el “mal” llamado ADD. Segunda Ed. Noveduc Libros