



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

Trabajo final de Grado
Modalidad: Monografía

TDAH y patologización de la infancia: ¿Niños rehenes de una globalización económica?

Montevideo, 30 de julio, 2015

Autora:

Rosella Debenedetti Tenaglia

C.I.: 4.359.972-9

Tutora: As. Verónica Pérez Horvath

INDICE:

Resumen.....	3
Introducción.....	4
1. Subjetividad e industria farmacéutica	
1.1. La subjetividad en proceso de extinción. Sociedad tecno- bio-logizada.....	6
1.2. El niño y la enfermedad como nicho de mercado.....	7
2. Síntoma y medicación	
2.1. Síntoma: para Psiquiatría y para Psicoanálisis.....	13
2.2. El síntoma en el niño y la medicación como respuesta terapéutica.....	16
3. Hablando de psicofarmacología infantil, ¿qué es el TDAH?	
3.1. Un poco de Historia.....	19
3.2. Descripción y criterios diagnósticos.....	20
3.3. Causas.....	23
3.3.1. Causas Biológicas.....	23
3.3.2. Causas Psicológicas desde una perspectiva Psicoanalítica.....	25
3.4. El Metilfenidato o Ritalina	
3.4.1. Qué es y cómo surge.....	30
3.4.2. Ritalina en Uruguay: Críticas- controversias.....	32
3.4.3. Efectos secundarios contraproducentes para el niño.....	34
Consideraciones finales.....	39
Referencias bibliográficas.....	42

Resumen

En la presente monografía se analiza una cuestión muy polemizada en la actualidad como es la patologización de la infancia, y la medicalización de la misma como consecuencia de ésta, a partir de la administración psicofármacos.

Se toma como eje central el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, y el uso abusivo de Metilfenidato, sobre todo en nuestro país (Uruguay).

Se considera que estamos frente a una patologización de la infancia debido a varios factores, entre ellos: la no inclusión de la subjetividad del niño al momento de diagnosticar y medicar, la utilización de la salud-enfermedad para generar un mercado a través de la industria farmacéutica, y la transformación de la clínica basada en un criterio de rentabilidad, donde se busca una solución inmediata a las dolencias y una intención de justificación a estas de origen orgánico.

Para esto se realiza una revisión bibliográfica para conceptualizar el síndrome a desarrollar, incluyendo además autores que exponen una postura crítico-reflexiva de la temática, ubicándose desde una perspectiva psicoanalítica.

Palabras claves: niño, patologización, síntoma, TDAH, metilfenidato.

Introducción

El presente trabajo es un intento de responder las interrogantes que surgen en torno al tema de la medicalización de la infancia. En un mundo cada vez más atravesado por la tecnología, nos vemos invadidos por infinidad de opciones de medicamentos para “curar” a nuestros niños.

Así aparecen diferentes patologías algunas ya conocidas y otras no tanto. Sin embargo es de extrañar como algunas comienzan a tomar una enorme notoriedad debido al gran aumento que se produce de niños diagnosticados con dicha patología. Es el caso del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Debido a esta cuestión surgen las siguientes interrogantes ¿A qué se debe el gran y rápido aumento de éste diagnóstico? ¿Existen realmente tantos niños con dicho trastorno? ¿Si existen, por qué en esta época la cantidad es sorprendentemente mayor en comparación a otras? ¿Si la causa es biológica, por qué el aumento tendría relación con la época? Se espera poder responder estas interrogantes a lo largo de este escrito.

El interés por abordar esta temática surge desde la importancia que se considera tiene un desarrollo sano de la niñez, y la idea de que en nuestra sociedad se estaría utilizando de forma abusiva el tratamiento medicamentoso, sin considerar los efectos contraproducentes que puede causar.

Por otro lado se entiende que la medicación en muchos casos no conforma la cura en sí, sino que su fin consiste en hacer desaparecer el síntoma que molesta, transformando la conducta. Se considera así que desde la perspectiva médica la cura se busca a través de la modificación conductual, mientras que desde la perspectiva psicoanalítica (desde donde trabajaremos) la cura solo se podrá encontrar si se investiga el origen del síntoma, para lo cual es necesario dejar que éste se manifieste, ya que será la vía por la que se podrá llegar al núcleo del problema.

Se plantea la idea de que la medicación se estaría administrando en muchos casos para “normalizar” a los niños que no se ajustan, como lo dice la palabra, a las normas establecidas por la sociedad. Veremos que Míguez (2012) va a manifestar la hipótesis de un disciplinamiento de los cuerpos de los niños a través de la administración de fármacos.

Por lo tanto se dividirá esta monografía en tres capítulos.

En el primero se hará hincapié en la indiferencia que sostiene la medicina sobre la subjetividad de cada niño al momento de diagnosticar, así como la transformación de éste en objeto de consumo, utilizándolo para generar ganancias a la industria farmacéutica. Planteándose la hipótesis de que ésta industria, a través de un proceso en conjunto con otros actores, y de la publicidad de psicofármacos en medios de comunicación, podría estar contribuyendo a catalogar con trastornos o patologías a niños que puedan en realidad no padecerlas.

Luego se hará un recorrido sobre la noción de síntoma para la psiquiatría y para el psicoanálisis, primero de forma global, y luego centrándose en el niño. Reflexionando también sobre la medicación como respuesta terapéutica, la postura del psicoanálisis ante ésta, y la forma de abordar el síntoma del niño desde esta disciplina.

En el tercer capítulo se intentará conceptualizar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, exponiendo los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), señalando las causas tanto biológicas como psicológicas, y desarrollando el tratamiento medicamentoso que recibe este trastorno a través del fármaco metilfenidato (más conocido con el nombre comercial Ritalina), para abordar su utilización en Uruguay y los efectos contraproducentes que puede generar en el niño.

Centrándonos en este trastorno y su tratamiento farmacológico, se intentara analizar el por qué de la patologización de la infancia, entendiéndose que a través de ésta se convierte una situación dolorosa en patología, generando el proceso de medicalización y mercantilización de la infancia.

Logrando así llegar a una conclusión sobre varias interrogantes que se plantean como: ¿Esta estigmatización en los niños les genera algún conflicto? ¿Al momento de diagnosticar, se toma en cuenta la opinión de los niños? ¿Realmente se respetan sus derechos? ¿Qué papel juega la industria farmacéutica en todo esto? ¿Realmente el metilfenidato puede curar el TDAH? ¿Sus efectos positivos pesan más que los nocivos?

Pretenderemos entonces reflexionar sobre estos cuestionamientos, otros que podrán ir surgiendo, así como también lograr entender la idea, que se entiende se ve reflejada en la sociedad, sobre el lugar privilegiado que se le atribuye al planteamiento médico por sobre las demás especialidades.

1- Subjetividad e industria farmacéutica

La subjetividad en proceso de extinción. Sociedad tecno- bio-logizada

Nos encontramos en época de cambios, avances tecnológicos, científicos, biológicos, etc. Nos vemos atravesados cada vez más por la tecnología en todos los ámbitos de nuestra vida. Y el terreno de la psicología no escapa a ésta.

Con la llegada del psicoanálisis, el descubrimiento del inconsciente, Freud nos enseña una concepción del sujeto desconocida hasta el momento. El sujeto atravesado por la subjetividad. Compuesta por la historia inconsciente de éste, su lugar en la familia, su relación con el entorno social, etc.

Debido a la época en la que Freud plantea sus teorías, lleva mucho tiempo y trabajo que comience a aceptarse como válido. De hecho hasta la fecha no se ha dejado de cuestionar el psicoanálisis, pero sus resultados lograron que se instale fuertemente.

Hoy parecería, nos encontramos en retroceso. Aun luego de años de resultados indiscutibles, se vuelve a cuestionar el psicoanálisis. Debido a un enfoque hacia la clínica basado en un criterio de rentabilidad, las teorías Freudianas, comienzan a considerarse ineficaces para el tratamiento terapéutico, ya que éste sería demasiado “largo y costoso”.

En una época donde lo eficaz es lo inmediato, el psicoanálisis comienza a perder lugar. Ya no importan las causas, si el remedio silencia el problema. Como expresa Jorge Bafico, el psicoanálisis pretende ser sustituido “por tratamientos químicos que “asegurarían” definitivamente curar los dolores del alma” (Bafico, 2013, párr.1).

El autor continúa explicando que, “asistimos a un tiempo donde el campo de la singularidad trata de ser aplastado por los manuales médicos y sus tablas de síndromes y trastornos, uniformizando una gran variedad de fenómenos clínicos dispares” (Bafico, 2013, párr.39).

En cuanto a la clínica, vemos entonces que la terapéutica ha cambiado. Parece que nos encontramos en un proceso de extinción de la subjetividad. La singularidad de cada paciente parecería ya no importar, todos los sujetos acaban siendo iguales, encasillados en una serie de síntomas que conforman un trastorno. Resultando ese conjunto de personas, con el mismo diagnóstico y mismo tratamiento, sin profundizar en la causa, sea orgánica o no, en su historia personal, estructura psíquica, etc.

La nueva terapéutica que se impone, desde este cambio de paradigma biologizado, plantea atacar el síntoma básicamente desde la farmacología, ya que el proceso psicoterapéutico no cumple los requisitos de “inmediatez y simplicidad” que sí cumple ésta. Dejando de lado la subjetividad del paciente, se administra el mismo fármaco para una variedad de personas, que presentan los mismos síntomas, pero evidentemente diferentes estructuras psíquicas, historias de vida, etc.

Kamers (2013) plantea que la práctica medica-psiquiátrica en la infancia, prescinde de la escucha a la narrativa del paciente, focalizando su mirada médica exclusivamente en la sintomatología presentada (p.155).

En cambio el psicoanálisis preserva la idea de que los trastornos psíquicos, se encuentran directamente relacionados con la historia inconsciente del paciente, y su relación con el entorno social.

Pero esto deja de ser válido en esta sociedad globalizada, ya que como explica Elisabeth Roudinesco:

(...) entre el temor al desorden y la valorización de una competitividad fundada exclusivamente sobre el éxito material, muchos sujetos prefieren entregarse voluntariamente a sustancias químicas antes que hablar de sus sufrimientos íntimos. El poder de los medicamentos del espíritu es así el síntoma de una modernidad que tiende a abolir en el hombre no sólo su deseo de libertad, sino también la idea misma de enfrentar la adversidad. El silencio es entonces preferible al lenguaje, fuente de angustia y de vergüenza (Roudinesco, 2000. p.28).

El niño y la enfermedad como nicho de mercado.

Este trabajo se enfocará en la medicalización de la infancia, por lo tanto no podemos pasar por alto el origen de este proceso.

Stolkiner (2013) señala que “el fenómeno de la medicalización es un analizador privilegiado de la articulación entre lo económico, lo institucional y la vida cotidiana en los procesos de producción de subjetividad e igualmente en los procesos vitales de salud-enfermedad-cuidado” (p.1).

Cuando nombramos lo económico en relación a la salud, hacemos referencia a que en la época en que vivimos, la salud - enfermedad también se encuentra inscripta en una

globalización económica y no escapa al fenómeno del consumismo. Reflejándose esto en varios aspectos:

Por un lado encontramos como base de la medicalización tres actores fundamentales: Stolkiner destaca la industria farmacológica y de aparatología médica, las aseguradoras, y podríamos agregar al concepto de la autora un tercer actor esencial como son los consumidores.

En cuanto a la industria farmacéutica, Andrea Bielli señala:

(...) el desarrollo de los psicofármacos a mediados del siglo XX significó una innovación tecnológica sin precedentes en el campo de la salud mental en general y en la práctica clínica psiquiátrica en particular. Promovida desde el sistema científico-tecnológico de los países desarrollados, dicha innovación penetró en el campo de las disciplinas psicológicas de todos los continentes, provocando a un tiempo fuertes adhesiones y grandes resistencias (Bielli, 2006. párr.2).

Sotolkiner (2013) habla del proceso de “disease mongering” o “creación de enfermedades”, el cual surge debido a que la industria farmacológica y de aparatología médica necesita, para subsistir, que el consumo de fármacos aumente, por ende deben aumentar las enfermedades que puedan tratarse con éstos (p.6).

Explica este proceso de la siguiente forma: en conjunto con varios actores (entre ellos empresas de marketing y periodismo científico de divulgación), se define un problema, se lo denomina como enfermedad o síndrome, se lo somete a un criterio esencialmente biológico, distinguiendo algunas características que formarán la “sintomatología”, y luego se le brinda una respuesta de tratamiento, preferentemente a base de medicamentos. Ya “creada la enfermedad”, se intentará sea incluida dentro de las coberturas medicas (Stolkiner, 2013. p.6).

Un gran ejemplo de éste proceso del cual habla Stolkiner , podría ser la evolución de un diagnóstico en niños con problemas de atención, denominado trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el cual desarrollaremos a lo largo de este trabajo. A través de este diagnóstico nos enfrentamos a un consumo abusivo de metilfenidato y otros fármacos, aunque aún no se haya creado un fármaco específicamente como respuesta a este trastorno. De todas formas, se sigue administrando medicación, y se sigue extendiendo el diagnóstico, ya que resulta rentable para dichas industrias.

Sin embargo, mientras tanto, existen otras enfermedades que pueden ser mas graves, pero que su tratamiento no se encuentra dentro de las coberturas medicas, ya que

no son enfermedades “comunes”, es decir que la cantidad de personas que las padecen no son suficientes como para configurar un mercado rentable para la industria farmacológica. Por lo tanto, seguimos encontrando aspectos económicos dentro de la salud, llegando a ser más importante la ganancia económica que la salud de las personas, distribuyéndose de forma desigual el presupuesto destinado a ésta. Stolkiner (2013) en uno de sus textos, asegura que se invierte más en la búsqueda de un remedio para la calvicie que en investigación sobre estas enfermedades (p.7).

Es por eso, que hemos dado en llamar este capítulo: la enfermedad como nicho de mercado.

De hecho, vemos que hoy en día, los fármacos son publicitados como un producto más del mercado, como algo más del consumismo. Se intenta a través de las publicidades, incorporar en la vida cotidiana el consumo de fármacos, ya sea para curar como para prevenir, y para una gran variedad de problemas. Debemos tener en cuenta, que para muchos medicamentos no es indispensable la receta de un médico, lo que incrementa que sean utilizados para generar un mercado. Por otro lado, no siempre son médicos los que indican medicación.

Esto lleva a un pensamiento donde el hombre, se transforma en objeto: objeto de mercado, de consumo, de experimentación, de producción, etc.

El discurso medicalizante es un componente habilitador del proceso por el cual todos los aspectos relevantes para la vida, e inclusive la vida misma, adquieren condición mercantil, o sea condición de “cosa”. Ya no se trata solo de “gobernar” los cuerpos sino de incorporarlos definitivamente en la producción de valor. (Stolkiner, 2013. p.10)

Tubert (2010) asegura que existen laboratorios que utilizan a docentes y asociaciones de pacientes con TDAH para promover el uso de medicamentos, por ejemplo a través del financiamiento de programas educativos para maestros donde se les brinda información sobre el tratamiento (principalmente medicamentoso) para dicho trastorno (párr.6).

Se somete así, a la clínica a un criterio de rentabilidad, donde la cura a través de la palabra no sirve, ya que es muy larga y costosa (Roudinesco, 2000. p.41).

De hecho Roudinesco (2000) plantea el problema de tratar las adicciones a drogas, administrando otro tipo de drogas, logrando así solo reemplazar un abuso por otro.

Además entramos en un camino, donde no solo se ataca la enfermedad instalada, con medicación, sino que también se comienza a medicar a factores de riesgo. Se medica a “sujetos normales” con riesgo de...

Bajo esta base opera el DSMV, el nuevo Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, manual utilizado a nivel mundial para clasificar dichos trastornos, donde por ejemplo incorpora la categoría de “síndrome de riesgo de psicosis”, medicando a personas con características que podrían llegar a padecer dicha patología (Stolkiner, 2013. p.9).

Esto se da no solo por indicación médica, sino también en la vida cotidiana, como una conducta habitual de las personas, y no necesariamente con patologías tan graves. Así algunas personas se encuentran atentas a cada síntoma que pueda presentarse, recurriendo a la medicación para prevenir que se desarrolle algún problema mayor, sin tomar en cuenta los daños que la automedicación pueda implicar.

Así encontramos relación directa entre el proceso de medicalización y el de “biomedicalización”:

La medicalización implica la expansión del diagnóstico y tratamiento médico de situaciones previamente no consideradas problemas de salud, como por ejemplo la reproducción humana. La biomedicalización, por su parte, supone la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos, no requiriendo necesariamente la intervención médica. No se trata solamente, de definir, detectar, tratar procesos mórbidos, sino de estar alerta de potenciales riesgos e indicios que pueden derivar en una patología (Iriart y Rios, citado en Stolkiner, 2013. p.9).

Por otro lado, otro riesgo que se corre a través de esta patologización, es cuando se administra el mismo medicamento para diferentes síntomas, o diferentes patologías, que puedan tener algo en común.

Esto se da mucho en niños, con los efectos contraproducentes que pueden causar los fármacos en ellos. Por ejemplo, el fármaco administrado para combatir el TDAH se sabe que no fue creado para éste trastorno, pero sin embargo se administró teniendo en cuenta sus características, empero hoy nos encontramos con muchas polémicas respecto a sus resultados y contraindicaciones.

Esto se debe a que, como se señalaba anteriormente, en un mundo biomedicalizado, no existe la subjetividad de las personas. Así cada paciente es un ser

anónimo, que presenta un trastorno, generalmente de origen orgánico, donde dicho paciente será idéntico a otro que presenta mismas o similares características. Administrándole así la misma gama de medicamentos.

Roudinesco expresa:

(...) la psicofarmacología se ha convertido hoy, a su pesar, en el estandarte de un tipo de imperialismo. Permite, en efecto, a todos los médicos (y particularmente a los clínicos) abordar de la misma manera toda clase de afecciones sin que sepamos jamás a que tratamiento responden. Psicosis, neurosis, fobias, melancolías y depresiones son así tratadas por la psicofarmacología como tantos estados ansiosos consecutivos a duelos, a crisis de pánico pasajeras, o a un nerviosismo extremo debido a un entorno difícil (Roudinesco, 2000. p.11).

En su texto “Por qué el Psicoanálisis” realiza una gran metáfora, entre la impotencia del hombre y la depresión, que se entiende (si bien no introduce la etapa de la niñez y la sintomatología que desarrollaremos en este texto) explica de una manera muy clara lo que se viene planteando. Así expresa que el poder de la postura medicamentosa es tan fuerte que influye en todos los ámbitos de la vida, poniendo de ejemplo la virilidad del hombre, donde tanto el hombre que se cree impotente como el que realmente tiene un problema de impotencia de origen orgánico, toman viagra para poner fin a su angustia, sin saber jamás a qué causa psíquica y a qué causa orgánica, respectivamente, obedece su síntoma. Por tanto continúa expresando:

Lo mismo ocurre con la utilización de ansiolíticos y antidepresivos. Cualquier persona “normal”, golpeada por una serie de desgracias (perdida de alguien cercano, abandono, desempleo, accidente), verá cómo le prescriben, en caso de angustia o de situación de duelo, el mismo medicamento que a cualquier otra persona que no tiene ningún drama que afrontar, pero que presenta trastornos idénticos debido a su estructura psíquica melancólica o depresiva. “¡Cuántos médicos – escribe Édouard Zarifian – prescriben un tratamiento antidepresivo a gente que está simplemente triste y desengañada y que la ansiedad condujo a una dificultad de adormecimiento!” (Roudinesco, 2000. p.24/23).

Así se da el proceso de patologización (donde se transforma un momento doloroso y/o traumático, que vive una persona, en una patología), el cual realizan los médicos por influencia de la industria farmacológica, sin tener en cuenta que “...la emergencia del sufrimiento psíquico no conduce necesariamente a la enfermedad, puede tanto precederla como ser divergente de ella...” (Ausburger citada en: Stolkner, 2013. p.18). Alimentado esto

por la exigencia de los pacientes, quienes reclaman que sus síntomas tengan una causalidad orgánica.

Se considera que el proceso de patologización también lo realiza la sociedad, debido al hecho de que el discurso médico se encuentra cada vez más presente en el lenguaje común de la sociedad.

Reforzando esto encontramos el tercer actor responsable de la medicalización (que nombráramos antes), como son las aseguradoras, quienes no solo inculcan a través de publicidades el lenguaje médico en la sociedad, sino que también incitan “las prácticas masivas preventivas” y la búsqueda de la salud perfecta, a través de instalar como estilo de vida el consumo de fármacos para conseguir esto, creyendo estar siempre previniendo enfermedades, y disminuyendo toda posibilidad de malestar. Como expresa Stolkiner (2013), planteando la utopía de vivir con “malestar cero” (p.17).

Hablando de malestar cero, es muchas veces lo que lleva a los niños a ser medicados de forma desacertada, ya que los padres demandan que se cure a su hijo lo antes posible, exigiendo un hijo sano, cuando por sano muchos de ellos entienden uno que no cause malestar, que no ocasione dificultades.

Como expresa Dolto hay “padres en dificultades, que se convencen con excesiva facilidad de su incompetencia educativa, y están listos a dejar sus responsabilidades paternas, en manos técnicas, de la misma forma que ponen sus autos en manos de los mecánicos” (Dolto, 1987, párr.4).

Por otro lado, una de las principales causas de la introducción de tantos niños al mundo de la medicalización, es la “alianza escuela-psiquiatría”, donde los maestros juegan un papel importante, prediagnosticando a los niños y normalizando el uso de psicofármacos (Vomero, 2014, Párr.34).

Evidentemente, en esta polémica acerca de la medicalización de la infancia la base está en las diferencias sobre la noción de síntoma que tienen las diversas especialidades. Como decíamos la mirada médica apunta exclusivamente a signos conductuales, mientras que desde el psicoanálisis, perspectiva con las que venimos trabajando, se tomarán en cuenta otros aspectos, no solo desde la mirada, sino fundamentalmente desde la escucha. Por esto se cree conveniente, exponer estas diferencias.

2- Síntoma y medicación

Síntoma; para Psiquiatría y para Psicoanálisis...

En cuanto a la noción que tiene la Psiquiatría del síntoma, éste “es la irrupción de un “evento extraño” que indica la presencia desafortunada y observable, en el cuerpo del individuo, de un signo de lo anormal, de cierta distorsión evidente de su condición de salud” (Crespo, 2010, p.1).

Como vemos tiene una orientación esencialmente biológica donde el síntoma es observado como una disfuncionalidad o anormalidad que apunta específicamente a lo orgánico (Martinez, 1998, p.647).

El síntoma dentro de la psiquiatría es visto como algo negativo. El objetivo del médico es observar los síntomas de los pacientes, para luego clasificar las enfermedades en grupos, y a través de la experimentación efectuar diagnósticos y tratamientos, con el fin de eliminar los síntomas (Fischman Gluck, 1995).

Por lo tanto, la psiquiatría se centra en la enfermedad, no en el sujeto, convirtiéndose este en un simple portador del síntoma.

Podemos ver claramente esta noción de síntoma reflejada en los DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), ya que éste se basa en el esquema “signos-diagnostico-tratamiento”, reduciendo el síntoma a la noción de signo.

Por otro lado el Psicoanálisis:

(...) confía en el síntoma porque no lo considera un desecho, sino una formación que obedece a ciertas reglas. El síntoma constituye la enfermedad y al mismo tiempo, es el intento de curación que el propio sujeto del inconsciente lleva adelante. En la búsqueda de las causas y en la dirección de la cura, debe darse prioridad al síntoma, un fenómeno más estructurado que el estado de ánimo o afecto que lo acompañe. Esto implica que su clasificación puede responder a criterios mucho más estrictos que los descriptivo comportamentales, donde el criterio predominante sea lo cualitativo y no lo cuantitativo, como ocurre a nivel de la valoración de los trastornos en la psiquiatría (González, 2013. p.2).

Aquí vemos una gran diferencia con la noción de síntoma de la Psiquiatría, ya que, como planteaba Freud, ésta no presta mayor importancia a la manifestación y el contenido individual del síntoma, sino que toma de éste lo superficial; en cambio, en Psicoanálisis, es

necesario analizar profundamente el síntoma, para llegar al núcleo más íntimo de un caso (Freud, 1917. p.235).

Desde la teoría psicoanalítica se intenta comprender el vínculo existente entre el sujeto y su sufrimiento, brindado mayor importancia a lo afectivo en relación a la vida psíquica. En contraposición con la psiquiatría, se considera que los síntomas tienen un sentido para el sujeto.

Partiendo de la base de que el síntoma se relaciona directamente con la historia personal del paciente, Freud señala que hay un sentido oculto detrás de cada síntoma, fuera de la conciencia del paciente, y la tarea del analista es, “descubrir aquella situación del pasado en que la idea estaba justificada y la acción respondía a un fin” (Freud, 1917. p.9)

Plantea que “el análisis muestra por lo regular que estos síntomas son retoños de procesos inconscientes que, empero, bajo diversas condiciones favorables, pueden hacerse conscientes” (Freud, 1917, p.12).

Según Freud los síntomas son resultado de la interacción de fuerzas de carácter opuesto que le generan un conflicto al paciente (Freud, 1927).

(...) el síntoma es indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado del proceso represivo. La represión parte del yo, quien eventualmente por encargo del superyó, no quiere acatar una investidura pulsional incitada en el ello. Mediante la represión, el yo consigue coartar el devenir-consciente de la representación que era la portadora de la moción desagradable. El análisis demuestra a menudo que esta se ha conservado como formación inconsciente (Freud, 1925. p.22).

Por lo tanto, la aparición del síntoma demuestra que algún proceso anímico no logró llegar a su fin de forma normal, es decir no logró un devenir consciente (Freud, 1917).

Refiriéndose a los síntomas neuróticos, Freud los compara con las operaciones fallidas y los sueños, ya que también poseen un sentido relacionado a la historia personal del paciente, y al igual que los síntomas, son exteriorizaciones del inconsciente que dominan al sujeto.

Por lo tanto, la diferencia sobre la noción de síntoma entre ambas disciplinas, radica básicamente en que la Psiquiatría ve síntomas (que no necesariamente el psicoanálisis los tomará como tales) y considera que eliminándolos encontrará la cura. Sin embargo en

psicoanálisis un síntoma será toda manifestación del inconsciente, de algo latente, y a través de ellos, buscará llegar a la causa intentando acercarse así a la cura, a través de la palabra.

Roudinesco expresa que, desde una perspectiva psicoanalítica:

(...) en el campo del psiquismo no hay curación en el sentido que constatamos en el de las enfermedades somáticas, genéticas u orgánicas. En la medicina científica la eficacia reposa sobre el modelo signos-diagnóstico-tratamiento. Se constatan síntomas (fiebre), se nombra la enfermedad (tifoidea), se administra un tratamiento (medicamento antibiótico). El enfermo está entonces "curado" del mecanismo biológico de la enfermedad. (...) Tratándose del psiquismo, los síntomas no remiten a una sola enfermedad, y ésta no es exactamente una enfermedad (en el sentido somático), sino un estado. Así como la curación no es otra cosa más que una transformación existencial del sujeto (Roudinesco, 2000, p.41).

Como veíamos antes, el síntoma desde la psiquiatría, siempre es visto con un significado negativo, que produce sufrimiento y hay que eliminar; su única función es indicar una enfermedad. En cambio para el psicoanálisis no siempre tendrá un sentido negativo, no siempre será visto como una carencia, sino que éste le dará un significado dentro del funcionamiento psíquico, y a través de él llegar a la interpretación de lo que dice el paciente.

Como dice Dolto "Cualquiera sea el estado actual aparente, deficiente o perturbado, el psicoanalista intenta oír, detrás del sujeto que habla, a aquel que está presente en un deseo que la angustia autentifica y oculta a la vez.." (Dolto, 1987, p.3).

Lo que importa no es el síntoma en sí, sino lo que éste significa.

Desde la Psiquiatría encontramos, como una intención de solución rápida, de "tapar", "acallar" el síntoma, a través de la medicación, lo que no asegura una recuperación, ya que al no ir a la raíz del problema, éste suele regresar.

Mientras la Psiquiatría busca reprimir el síntoma, dejando intactos los procesos que llevaron a la formación del síntoma, la terapia psicoanalítica "busca sacar a la luz", profundizar en la raíz del síntoma, intentando modificar el estado anímico del paciente, de forma duradera.

El síntoma en el niño y la medicación como respuesta terapéutica.

El síntoma en el niño, no escapa a las definiciones anteriores. De hecho en el niño, debemos prestar mucha importancia al síntoma, ya que es a través de éste como logrará comunicarse en gran medida, teniendo en cuenta que la comunicación a través de la palabra que nos ofrece el adulto, no será protagonista en este caso.

Por lo tanto es tarea del analista interpretar el síntoma para, a través de él, lograr conocer la causa.

El psicoanalista tomará en cuenta la estructura psíquica del niño, su subjetividad y el lugar que ocupa en su entorno familiar ese o esos síntomas.

Sin embargo, como veíamos antes, desde la Psiquiatría se pretenderá atacar el síntoma, y es muy recurrente hoy en día, que esto se intente a través de la medicación.

Con esto, se dejará de lado la subjetividad de cada niño, solo será un objeto portador de un síntoma, sin tener en cuenta su historia personal, sin comprender que también es un sujeto portador de singularidades.

No se intenta plantear que la medicación no sea una forma válida de tratamiento, sino que como venimos viendo que el síntoma de todo sujeto siempre tiene una relación con su historia y su entorno, lo correcto sería, primero investigar si el problema que lo aqueja, además de un origen emocional, tiene un origen orgánico, y si realmente es pasible de ser tratado con fármacos, es decir, contemplar a través de haber indagado sobre el origen del síntoma, cuál sería el tratamiento más adecuado.

En el caso de los niños esto es también importante, porque la mayoría de las veces “su sintomatología esta directamente ligada a la angustia o inquietud de los padres” (Bafico, 2013, párr.27).

Esto nos lleva a dos planteamientos. Por un lado, que el síntoma que nos expresan los padres, no sea realmente el síntoma con el que va a trabajar el analista, o que el niño no lo viva como un padecimiento, sino que represente una conducta que aparece como una molestia para éstos, es decir, quienes padecen, son justamente los padres.

Por otro lado la importancia del lugar que ocupa el niño en el nudo de sus padres, y viceversa. Tomando un concepto de Flesler (2011), esta autora habla de “el niño del Otro”, entendiendo así que el niño está constantemente influido por su entorno familiar, más

precisamente por sus padres que son el objeto de amor primario para éste. Por lo tanto, sus síntomas también tendrán una gran influencia de su entorno.

Como expresa Lacan, “el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar” (Lacan, citado en Flesler, 2011. p. 65).

Es entonces que el niño aparece como una especie de portavoz de sus padres, no solo en el discurso a través del habla, sino también a través de sus síntomas. Al respecto de esto Doltó señala que:

Donde el lenguaje se detiene, lo que sigue hablando es la conducta; cuando se trata de niños perturbados, es el niño quien, mediante sus síntomas, encarna y hace presentes las consecuencias de un conflicto viviente, familiar o conyugal, camuflado y aceptado por sus padres (Dolto, en Mannoni, 1987. p.15).

Complementando esto, Flesler expresa que:

Es preciso escuchar los significantes y leer a la letra el discurso de los padres, pues es notable escuchar luego en los niños ese tiempo de alienación del sujeto al decir del Otro que parece colocarnos tantas veces ante un reproductor que solo habla como el Otro le habla a él (Flesler, 2011. p.88).

Por lo tanto, se entiende el síntoma del niño como una oportunidad, como una expresión de lo que no puede poner en palabras.

Es por esto, que consideramos como una falencia en la perspectiva de la Psiquiatría el medicar en la mayoría de los casos, ya que lo que se busca principalmente es modificar la conducta del niño, y es aquí donde nos encontraríamos frente a un gran problema, si sus síntomas se debieran esencialmente a temas emocionales, debido a que no se estaría permitiendo el despliegue sintomático necesario para lograr entender las causas de su sufrimiento (Bafico, 2013, párr.51).

Cuando hablamos de despliegue sintomático, hacemos referencia como planteábamos antes, a la noción de síntoma como oportunidad, es decir que es fundamental que el niño pueda desplegar sus síntomas, así logrará expresar lo que le está pasando, y el analista podrá interpretarlo y entenderlo, intentando a través del síntoma llegar al núcleo del problema.

Sabemos que todo síntoma implica sufrimiento, pero muchas veces es necesario permitir que se desarrolle para lograr encontrar el camino de la cura. En muchos casos la

medicación solo logra silenciar la demanda del niño, ocultando el síntoma manifiesto, pero no llegando a la raíz de su sufrimiento.

Por lo tanto se entiende que el psicofármaco, como plantea Bafico en relación al metilfenidato

(...) puede producir un doble silenciamiento. Por un lado en el niño, ya que su demanda se agota en la administración de pastillas. Y por otro lado, el silenciamiento hacia los padres, ya que permanecen en una posición de no saber respecto de todo aquello que los implica en la problemática de su hijo (Bafico, 2013, párr.49).

Por lo tanto es muy importante preguntarse qué es lo que se está medicando, indagar hasta lo latente, porque una indicación equivocada del médico, hablando de medicar, puede ocasionar consecuencias peores, como expresa Janin:

(...) los niños van haciendo el recorrido que pueden, entre su historia, la de sus antepasados, las urgencias internas y externas, los vínculos cercanos y el medio socio-cultural en el que les tocó vivir. Cuando lo que hacen los profesionales es patologizar y medicalizar, sin tener en cuenta las vicisitudes particulares de la constitución subjetiva y se desestiman las peculiaridades de cada historia, se replica el movimiento desubjetivante (...) Frente a esto, es muy importante implementar intervenciones que posibiliten el despliegue de la subjetividad y devolver una mirada que reinstale el tiempo de la infancia como un tiempo de transformaciones (Janin, 2014, 27, párr. 1).

Partiendo de esta última frase de Janin, otra arista que siempre deberíamos tener en cuenta, es que el niño se encuentra en una etapa de transformaciones, cambios constantes, que si los ajustáramos a los tiempos en que vivimos, es decir, tuviésemos en cuenta el contexto físico y temporal, seguramente encontraríamos una menor cantidad de niños medicados.

3- Hablando de psicofarmacología infantil, ¿qué es el TDAH?

Un poco de historia...

Hablando de las controversias sobre psicofarmacología infantil, no podemos dejar de nombrar el trastorno infantil diagnosticado por excelencia de la época, como es: el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En este diagnóstico se sitúa la mayor cantidad de niños medicados a nivel mundial.

Si bien, como se decía, en estos tiempos hay una gran cantidad de niños diagnosticados con este síndrome en relación a otras épocas, éste existe hace muchos años, solo que su denominación ha ido transformándose.

Las primeras descripciones del TDAH fueron conocidas en el año 1902 como “Síndrome de lesión cerebral”, denominado así por George Still, dándose a comienzo de la edad escolar y atribuyéndole causas neurológicas, sin pruebas científicas que lo confirmen (Tubert, 2010, párr 2).

En el año 1926, Smith basándose en la hiperactividad como prueba de su existencia, pasa a nombrarlo “lesión cerebral mínima”. Se dice que el adjetivo de “mínima” se le atribuye ya que no existían pruebas reales de que existiera un lesión cerebral, a lo que algunos argumentaban que ésta era mínima, al punto de que no se podía visualizar, pero que sí existía, ya que era la causante de dicho síntoma (Tubert, 2010, párr. 2).

En 1935 se diferencia entre niños hiperactivos con lesiones cerebrales y niños hiperactivos sin lesiones cerebrales (Tubert, 2010, párr.2).

A partir del año 1937 con los trabajos de Bradley quien encuentra, luego de administrar anfetaminas a niños, un avance en el comportamiento y el rendimiento escolar, sumado al descubrimiento de los neurolépticos en 1952 y del metilfenidato en 1957, se comienzan a suministrar psicoestimulantes a niños hiperactivos (Tubert, 2010, párr. 3).

Debido a este síntoma de hiperactividad o exceso de movimiento, en dicho año, pasa a denominarse como “síndrome de impulso hiperquinético” (Míguez, 2012, p.211).

En 1968 con el surgimiento de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (ANP), se lo designa “reacción hiperquinética infantil”. Más adelante, es denominado por la misma Asociación como Desorden por Déficit Atencional (ADD), sin hacer referencia a la hiperactividad (Míguez, 2012, p.211).

Se pudieron conocer otras denominaciones como “labilidad emocional”, “trastornos específicos del aprendizaje”, “disfunción cerebral mínima”. Así como también se le atribuyó la causa a anomalías en los lóbulos frontal y prefrontal (Míguez, 2012, 211).

En 1987, la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, en la revisión del DSM-III-R incorpora la característica de hiperactividad al ya nombrado síndrome, pasando a denominarse “Trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad”, dividiéndolos en dos; lo que ya en el DSM-IV y hasta la fecha, inclusive en el DSM-V (2013), pasa a llamarse “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” (TDAH) (Míguez, 2012).

Con el tiempo se registraron alrededor de 25 denominaciones y 90 definiciones de este trastorno, generando una gran diversidad en su nomenclatura (Tubert, 2010).

Descripción y criterios diagnósticos.

Pasaremos a desarrollar la descripción del DSM-IV sobre dicho trastorno, ya que es la edición que utiliza la mayoría de los autores con los cuales se trabaja en esta monografía.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el TDAH aparece con una etiología principalmente genética y biológica, fundada esencialmente en características sintomatológicas, describiéndolo como:

“...un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (...). Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad” (DSM- IV, 2002, p.82).

Más adelante se explica que:

Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa) (...). Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral (...). Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad) (DSM- IV, 2002, p.89).

El DSM-IV (año) describe el TDAH a través de varias características, apoyadas en dos aspectos: la falta de atención y la hiperactividad-impulsividad, indicando que estaríamos frente a este trastorno si se presentan, durante por lo menos seis meses, seis o más de los siguientes síntomas, con una intensidad que no es la adecuada para el nivel de desarrollo (anticipando siempre a cada síntoma la connotación a menudo):

Desatención

- a) No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- b) Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- c) Parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d) No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- e) Tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- f) Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- g) Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- h) Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- i) Es descuidado en las actividades diarias

Hiperactividad

- a) Mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- b) Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- c) Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- d) Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e) Suele actuar como si tuviera un motor
- f) Habla en exceso

Impulsividad

- g) Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- h) Tiene dificultades para guardar turno.
- i) Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos).

Por otro lado se explica que:

No hay pruebas de laboratorio que hayan sido establecidas como diagnósticas en la evaluación clínica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En algunos grupos de sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad se ha observado que ciertas pruebas que requieren procesamiento mental persistente ponen de manifiesto rendimientos anómalos en comparación con sujetos de control, pero todavía no está definido qué déficit cognoscitivo fundamental es responsable de este fenómeno (DSM-IV, 2002, p.85).

A la vez se informa que no constan características físicas concretas asociadas al TDAH (DSM- IV, 2002, p.85).

Miguez (2012) realizó una investigación sobre el uso abusivo de psicofármacos en la niñez uruguaya, en el marco de su tesis para la Facultad de Ciencias Sociales, informa que el diagnóstico de TDAH a nivel mundial se aplica a entre el 3% y el 5% de la niñez, mientras que solo en Uruguay este porcentaje se eleva a un 30% de la población infantil. Según ésta, se debe a que se coloca bajo el rotulo de “problemas conductuales” o bajo el “diagnostico de déficit atencional” diferentes sufrimientos psíquicos que no siempre resultan ser patologías. (p.68)

Dicha autora señala que el TDAH se compone por:

(...) una serie de manifestaciones conductuales y de la atención, caracterizadas principalmente por la hiperactividad, desatención e impulsividad. Por lo general, se da en niños/as a partir de la edad preescolar, pero puede extenderse hasta la adolescencia o vida adulta en algunos casos. Entre el 3% y 8% de los niños y niñas en edad escolar lo presentan como “patología real”, dándose entre cuatro y nueve veces con más frecuencia en varones que en niñas (...) (Miguez, 2012, p.212).

Para Beatriz Janin (2004) la razón de que este trastorno se dé más en niños que en niñas, no se debe a una causa biológica, sino al estereotipo social de varón “superactivo, ganador”, que lucha constantemente por el poder. Donde no se encuentra un poder paterno

que lo limite, aparece lo que la autora denomina “concepción imperialista del yo”, apareciendo este niño (varón) en el intento de conquistar constantemente espacios de poder y consumo sin límites. (p.8)

Dicha autora expresa que, por ejemplo cuando nos encontramos frente a un niño contestador, con actitudes opositoras contra la autoridad (por ejemplo, en la escuela: la maestra), no siempre una actitud desafiante equivale a un síntoma de impulsividad a causa de un trastorno neurológico, teniendo en cuenta el modelo de masculinidad con el que crecen algunos niños, sino que éstos están en una pelea constante en la cual acatar las exigencias de la maestra (mujer), implicaría lo que él supone, “otros que quieren someterlo y pasivizarlo, feminizándolo” (Janin, 2007, p.15).

Por otro lado, en cuanto a la hiperactividad en el ámbito escolar, Moyano señala que los niños con TDAH son niños que:

Cuando se les formula una pregunta, responden antes de escucharla por completo, lo que genera una respuesta incorrecta, no por desconocimiento del tema, sino por no haber esperado la formulación completa. Esto hace que en algunas ocasiones se confunda su verdadero potencial intelectual. Como se distraen con frecuencia, se aburren, y por eso distraen a sus compañeros complicando la ya de por sí difícil tarea del docente. Esto trae como consecuencia que el niño sea catalogado o etiquetado por las autoridades escolares como problemático y, posteriormente, enviado al gabinete psicopedagógico de la escuela, en el mejor de los casos (Moyano, 2004,16).

Causas

Causas biológicas

En el año 2008 en Mendoza, Argentina, se realizó el II Consenso Latinoamericano de TDAH, integrado por diferentes especialistas, entre ellos: psiquiatras, psicólogos, neurólogos, entre otros. En dicho evento se funda la Liga Latinoamericana para el Estudio del TDAH (LILAPETDAH), con el propósito de continuar con trabajos de investigación, “difusión del conocimiento científico y rompimiento de estigmas contra este padecimiento”, colaborando así con la comunidad latinoamericana de pacientes con TDAH (Barragán, E. et al. 2010, p.94).

En 2009 en Cartagena de Indias durante el III Consenso Latinoamericano de TDAH, el Comité Científico Colombiano y el Comité Directivo de la LILAPETDAH elaboraron la Declaración de Cartagena, “que consiste en veintisiete enunciados que incluyen la descripción clínica, epidemiológica y terapéutica basada en la evidencia científica actualizada en torno al TDAH, así como propuestas de acciones en contra del estigma” (Barragán, E. et al. 2010, p.94/95).

En dicha declaración participaron diferentes especialistas, de distintos países de Latinoamérica, entre los cuales por parte de Uruguay encontramos a la Dra. Laura Viola.

En cuanto a las causas del TDAH, esta declaración expresa que es un padecimiento de origen biológico, y que aunque el medio ambiente puede contribuir con éste, los síntomas no son causados por factores sociales, económicos, educativos o del ambiente familiar (Barragán, E. et al. 2010, p.95).

Explica que la descripción del TDAH que utilizan es la referida en el DSM-IV, en el cual se informa que dicho trastorno puede tener causas genéticas, debido a que se ha observado que es frecuente que familiares directos lo hayan padecido, así como también se ha encontrado una prevalencia en familiares, de otros trastornos como: trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje, trastornos relacionados con sustancias y trastorno antisocial de la personalidad (DSM- IV, 2002, p.86).

Varios especialistas afirman esta postura de origen biológico y genético del TDAH, aunque, como veíamos antes el intento de explicar su surgimiento a partir de una lesión cerebral no pudo ser comprobado, de todas formas se le atribuye la causa biológica por diversas razones, por ejemplo: que el síndrome ya se encuentra presente al momento del nacimiento estableciéndose durante la gestación, que esto se debe a que se hallan comprometidos diferentes genes, como también que pueden estar involucrados algunos neurotransmisores, como la dopamina y la noradrenalina, aunque veremos más adelante que esta explicación puede tener algo de ambigua (Tallis, 2004, p,204).

Por otro lado, si bien hay justificaciones científicas para creer en estas razones, no se puede dejar de tomar en cuenta la influencia que puede tener el ambiente sobre estas mismas causas. Cuando hablamos de ambiente nos referimos al entorno en su totalidad: época en la que vivimos, personas que nos rodean, adultos referentes, normas de la sociedad, etc. Por lo tanto, tendríamos que preguntarnos ¿qué está colaborando más a la expresión del trastorno, lo genético-biológico o lo ambiental?

Causas Psicológicas desde una perspectiva Psicoanalítica.

Beatriz Janin plantea que, “un niño es un psiquismo en estructuración. Estructuración que se da en un contexto social determinado y en vínculos con los otros humanos (Janin, 2004, p.37)

Por lo tanto, entendemos que un niño en pleno proceso de estructuración, va a estar influenciado constantemente por su entorno.

Por un lado, debemos considerar la época en la que su psiquismo se está construyendo, así como la cultura en la que está inmerso. Lo que para una cultura puede ser un niño “normal”, es posible que para otra no lo sea, la misma visión se debe aplicar en cuanto a la época. Para Janin, esto pasa:

(...) no solamente porque la normalidad no puede ser más que estadística sino, fundamentalmente, porque la tolerancia de una sociedad al funcionamiento de los niños se funda sobre criterios educativos variables y sobre una representación de la infancia que depende de ese momento histórico. Es decir, cada sociedad espera funcionamientos diferentes de sus niños, cada grupo social plantea un contrato narcisista diferente y tolera de forma variable las desviaciones. Por ejemplo, en la actualidad, en un mundo cada vez más acelerado, se tolera poco el movimiento de los niños (Janin, 2007, p.17/18).

De hecho en la declaración de Cartagena, la LILAPETDAH en uno de sus puntos declara que “El diagnóstico y tratamiento deben estar acordes con la realidad socioeconómica, médica y cultural de cada uno de los países latinoamericanos” (Barragán, E. et al. 2010, p.95).

Entonces no debemos ver al niño como único actor en este proceso, sino que se debería tomar en cuenta diferentes variables en las que los adultos pueden influir en la desatención o hiperactividad de ese niño.

Nos encontramos muchas veces con docentes con dificultades para transmitir y contener a cada niño, con sus propias características. Ya que no debemos olvidar, que el niño también es un ser único, atravesado por su propia historia, que se desarrolla y aprende a su propio ritmo, que reacciona de diferentes formas ante diferentes situaciones, y que se encuentra expuesto a distintos tipos de estímulos en su vida.

Por ejemplo, si pensamos en la época en que vivimos, no podemos obviar la clase de estímulos que reciben de los juegos que existen hoy en día, en comparación con los de años atrás, donde no existía tanta tecnología.

Sumado a estos estímulos, debemos prestar atención al estímulo que realizan los padres. En el TDAH estos pueden conformar una causa. Por eso Janin nos dice que

(...) hay que tener en cuenta el estado psíquico de los adultos que a la vez que promueven el movimiento y la dispersión (excitando a un niño, idealizando la infancia, ofreciéndole estímulos fuertes desde bebé), después no pueden tolerar el movimiento habitual de un niño. (...) Sabemos que el que los adultos soporten o no la “inquietud” infantil depende en gran medida del estado psíquico que predomine en ellos. Así, cuando están muy angustiados, se sienten sobrepasados o están deprimidos, no pueden contener a un niño que demanda atención (Janin, 2007, p.21).

Así la autora nos enseña diferentes razones por las que el niño puede no prestar atención a las tareas escolares, sin necesariamente incurrir en una causa biológica.

Expresa que una posibilidad de que el niño no preste atención, sea la búsqueda de aprobación afectiva de la maestra. Es decir, el hecho de que no esté atento al contenido de lo que ésta dice, no implica que no esté atento a ella, o atendiendo a otra cosa. Afirma que ese niño seguro tendrá una idea formada de las preferencias afectivas del maestro, para con él y con el resto de su entorno. Esta causa de desatención al contenido escolar, según la autora, se puede deber a que:

hay niños que han constituido las investiduras de atención en relación con los intercambios afectivos pero no en relación con el conocimiento (...) en algunos casos, consecuencia de una historia en la que el niño tuvo que recurrir a la empatía afectiva para otorgarles algún sentido a sus vivencias: niños en los que el narcisismo, como amor a sí mismo, se sigue sosteniendo (como en las etapas más tempranas) en la mirada amorosa de otro. Si ésta falta, no pueden encontrarse a sí mismos; sólo pueden buscarse en la conexión afectiva con otro (...) A veces, el deseo de ser amado puede funcionar como acicate para el aprendizaje –son los niños “buenos” que necesitan la aprobación de los adultos–, pero también puede ser un obstáculo cuando lo único que el niño registra es el estado anímico del maestro (Janin, 2004, p.2).

Otra causa de desatención que señala es el estar atravesando un proceso de duelo. Un niño en pleno proceso de duelo, no podrá atender prácticamente a nada que no tenga que ver con el ser amado perdido. Debido a que "...el duelo implica un trabajo psíquico importante: desprendernos de un objeto amado implica ir desinvirtiendo representaciones ligadas con él, múltiples redes de pensamientos que se van desarmando y rearmando en un difícil proceso de desinversiones y reinversiones". Esto implica una utilización casi total de inversiones, causando que lo que no tenga que ver con el objeto de amor perdido, no pueda ser atendido (Janin, 2004, p.3).

Por otro lado, plantea como causante de la falta de atención, que el niño haya vivido situaciones de violencia. Se refleja en algunos niños que se ven como "dormidos, anestesiados". Pero además en niños en "alerta permanente", lo que llama "sobreatención", se los clasifica como desatentos, pero en realidad, están atentos constantemente a todo movimiento que se presente en el salón, causando muchas veces que no presten atención a lo que la maestra está diciendo (Janin, 2004, p.3).

También todo lo que el niño vaya adquiriendo de sus padres influirá en su elección a la hora de atender. Es decir:

Los deseos, el yo, las prohibiciones internas, las normas superyoicas, todo se va armando en el intercambio con otros. De este modo, el que un niño atienda o no, y a qué estímulos atiende tendrá que ver con una historia que nunca es solo de él sino que involucra a otros (...) (Janin, 2004, p.37).

"Lo reprimido retorna desde el niño en forma de síntoma o en funcionamientos que esbozan el armado de un síntoma" (Janin, 2004, p.3).

En cuanto a las causas de la hiperactividad, la autora plantea la idea de que habitualmente está conectada a la impulsividad, y que debe plantearse como síntoma solo cuando se presenta como un movimiento desordenado, acompañado por lo general de torpeza motriz, y a través del cual el niño puede lastimarse. (Janin 2)

Por esta razón, Míguez (2012) señala la importancia de diferenciar la hiperactividad de la inquietud.

Para Janin (2007), no se puede catalogar de hiperactivo ni a un niño activo, que se mueve mucho porque realiza muchas actividades, ni a uno que se opone a las normas, pero que tiene una motricidad notable, y un aprendizaje sin problema alguno. (p.23)

En muchos niños con hiperactividad-impulsividad “...se encuentran alterados los fundamentos de la vida psíquica que habitualmente sostienen el ejercicio del pensamiento y el placer ligado a él”. (Janin, 2007, p.24).

Veamos algunas perturbaciones a nivel intra-psíquico que plantea la autora para la hiperactividad infantil, en su texto “El ADHD y los diagnósticos en la infancia: La complejidad de las determinaciones” (2007).

Dificultad en el armado de una protección antiestímulo

A lo largo de nuestra vida nos encontramos frente a estímulos internos y externos. Para lograr la protección frente a estos el niño debe aprender a diferenciar adentro-afuera.

Para que esto se dé la autora expresa que:

(...) es imprescindible que haya podido constituir un “tamiz” por el que pasa sólo lo tolerable y una “piel” que lo unifique y diferencie simultáneamente. Y para esto es fundamental que haya habido adultos que registraran sus propios afectos, que metabolizaran su propio desborde afectivo sin confundirse con el niño y que lo ayudaran, por ende, a registrar sus propios afectos. (...) Pero en los niños que se mueven sin rumbo suele haber una dominancia de una relación dual, madre-hijo, marcada por la persistencia de un vínculo erotizante, con un niño que queda excitado y que fracasa en las posibilidades de construir un sistema para-excitación y para-incipitación (protección hacia fuera y protección hacia adentro) (Janin, 2007, p.24).

Señala que al no lograr esta protección o filtro frente a algunos estímulos, estos niños realizan “movimientos de fuga”.

El movimiento excesivo denominado como hiperactividad en estos casos “...es una defensa frente al desborde pulsional. Intentan huir de sus propias exigencias pulsionales a través del movimiento. Y como lo pulsional insiste, se mueven cada vez más sin lograr arribar a la meta buscada” (Janin, 2007, p.25).

Fracaso en el armado autoerótico y en el dominio del propio cuerpo

En este caso Janin atribuye a movimientos excesivos como “el golpeteo permanente o los movimientos con el pie”, una causa a nivel del principio de placer. Indica que no logran construir un mundo deseante, predomina el principio de constancia sobre el de placer, realizando estos movimientos repetidamente, más que para cumplir un deseo, lo realizan para calmar una excitación (Janin, 2007, p.25).

Dependencia de la mirada materna

El adulto padre/madre generalmente se encuentra pendiente todo el tiempo de los movimientos de su hijo, para que éste no haga nada “malo”. El niño puede vivir esto como un intento de ejercer un control sobre él con su mirada, y esto solo desencadena en él más movimiento, “en un intento de volver a ejercer un dominio que siente perdido” (Janin, 2007, p.26).

El movimiento excesivo representa la angustia que esto le genera al niño, que cree que la madre se ha adueñado de sus movimientos.

Falla en la estructuración de representaciones preconscientes

Cuando falla la estructuración de representaciones preconscientes nos podemos encontrar frente a actitudes de hiperactividad y/o impulsividad, porque ese niño no tiene la capacidad de interponer ante el impulso un pensamiento que lo frene.

El niño va armando sus redes representacionales, va constituyendo sus circuitos de pensamiento, con relación a los otros que lo rodean, fundamentalmente con el funcionamiento psíquico de esos otros. Si los adultos pueden metabolizar sus pasiones, tolerar sus propias angustias y contener al niño, le irán dando un modelo que le posibilitará pensar. En este sentido, el otro humano es condición de la posibilidad de discernir, es sobre él que el niño aprende a diferenciar bueno y malo, fantasía y realidad y a construir vías alternativas a la descarga directa e inmediata de la excitación. (...) Hay niños que fracasan en la instauración del sistema preconsciente, así como en la elaboración de los procesos terciarios: así la capacidad para mentalizar tambalea y predominan las manifestaciones a través del cuerpo y de la acción (Janin, 2007, p.27).

“Esto no quiere decir que el niño no “diga” con lo que le pasa, sino que sus actos no son acciones sino manifestaciones de angustia, de desesperación, de estallido interno” (Janin, 2007, p.27).

Fracaso en la constitución del espacio de la fantasía

Esto se da cuando los niños:

(...) actúan sus fantasmas, quedando atrapados por ellos. Sus juegos, entonces, tienen un carácter muy particular que pondría en duda el hecho mismo del jugar. ¿Hasta dónde podemos hablar de juego o es más bien una escena que está siempre en el límite mismo entre realidad y juego, escena que no puede ser estrictamente representada sino que genera movimientos? (Janin, 2007, p.28/29).

El tema de la muerte

En este caso, la autora explica que para el niño la muerte es identificada con la quietud. Si el adulto le ordena estar quieto, supone que lo quiere eliminar. Aquí reactualiza angustias de muerte muy temprana, a lo que el niño intenta mostrarse vivo a través del movimiento excesivo. Janin explica que cuando esto logra ser elaborado, el cambio es notable (Janin, 2007, p.30).

Por otro lado, en cuanto a la muerte, otra situación que se puede dar es que el niño intente despertar a adultos deprimidos. “Son niños que se mueven alocadamente cumpliendo el mandato de mantener vivo y conectado a uno de los progenitores”. (Janin, 2007, p.30).

El Metilfenidato o Ritalina

Qué es, cómo surge...

El diagnóstico de TDAH lo aplica un médico especializado, a través de diferentes test o cuestionarios, realizados generalmente a padres y maestros, el más usado es la escala de Conners, también se utilizan los criterios diagnósticos del DSM. El tratamiento que se indica es principalmente medicación y modificación conductual, aunque como marca la LILAPETDAH, “El tratamiento del TDAH debe ser individualizado y realizado de manera multimodal, incluyendo medidas de tipo psicosocial, educativas y farmacológicas” (Barragán, E. et al. 2010, p.96).

La medicación indicada puede ser: metilfenidato, dextroanfetamina, concerta, pemolina o atomoxetina. La más comercializada y usada es el metilfenidato, más conocida como Ritalina.

Como decíamos antes, el metilfenidato es una droga conocida con su nombre comercial como Ritalina.

Según Farmanuario (2014) es un psicoestimulante del sistema nervioso central. Derivado de la piperidina, y similar a la anfetamina. Estimula la liberación de dopamina y serotonina. Hace efecto aproximadamente a los 20 minutos de ingerirlo, y su efecto dura aproximadamente 4 horas.

Se usa mayoritariamente para el tratamiento del TDAH, donde la dosis máxima para niños de 6 años en adelante es de 5mg. También es utilizado para el tratamiento de narcolepsia, fatiga en enfermedades medicas, apatía y otros trastornos conductuales.

Según Miguez este psicoestimulante se administra para controlar los impulsos y aumentar la capacidad de concentración. (Míguez, 2012)

Dicha autora señala que el uso del metilfenidato fue aprobado hace más de 60 años, pero que su expansión y conocimiento se dio en los años 90 cuando se comenzó a tratar el TDAH con éste. (Miguez, 2012)

El metilfenidato se comienza a utilizar para el tratamiento del TDAH en EE.UU, donde toma relevancia al controlar algunos de sus síntomas. Moyano señala que “los niños, durante las tres horas que duraba el efecto de la medicación, atendían más se portaban mejor. El público norteamericano comenzó a demandar a sus Pediatras y neurólogos esta droga maravillosa que aplacaba a sus hijos hiperactivos”. (Moyano, 2004, p.28)

Tubert (2010) explica que la DEA (Drug Enforcement Administration) indicó que la producción de Ritalina se había sextuplicado entre 1990 y 1995.

Hoy en día el consumo a nivel mundial oscila entre un 5% y un 10% de los niños.

En cuanto a la regulación de esta droga, la LILAPETDAH en su declaración de Cartagena para Latinoamérica señala los siguientes puntos:

- Durante el tratamiento del TDAH se pueden recetar medicamentos a los pacientes, los cuales deben ser prescritos y su consumo vigilado exclusivamente por médicos especialistas.
- Es necesario establecer y fortalecer en cada país latinoamericano una legislación sobre el TDAH que favorezca el diagnóstico, seguimiento y tratamiento oportuno de los pacientes con TDAH sin discriminaciones.
- Se debe asegurar la disponibilidad del tratamiento farmacológico para la población con TDAH, cualquiera que sea el agente: metilfenidato, anfetaminas y atomoxetina, entre los más utilizados.
- Se requiere que las entidades gubernamentales que regulan el expendio de medicaciones de control, como el metilfenidato y las anfetaminas (i.e.: Fondo Nacional de Estupefacientes, etc.), mantengan abastecimiento suficiente para suplir las necesidades de la población durante todo el año y procuren y vigilen el mejor servicio para la entrega de la medicación.

Ritalina en Uruguay: críticas - controversias

En cuanto al porcentaje del consumo de metilfenidato en Uruguay, Míguez (2012) afirma que mientras en el mundo ronda entre un 5% y un 10%, en nuestro país esta cifra se eleva a un 30% de niños medicados con dicha droga.

Esto demuestra una gran diferencia a nivel mundial, y un evidente problema en la salud de la infancia uruguaya.

Vemos que el consumo de esta fármaco en nuestro país fue aumentando rápidamente.

Bafico señala que en el año 2001 la importación de metilfenidato en Uruguay estaba en el entorno de los 900 gramos. Lo cual al año siguiente, en 2002, aumenta exponencialmente llegando a los 4.500 gramos. En 2003 esta cifra se duplica alcanzando los 9.180 gramos. Y en 2007 ya nos encontrábamos con casi 17.000 gramos. Vemos que en solo 6 años, la importación de esta droga se multiplicó por dieciocho. (Bafico, 2013, párr..34)

El 24 de abril de 2009 el Tribunal de familia obligó al Ministerio de Salud Pública a controlar más la aplicación del metilfenidato en los niños de nuestro país, y llevar un registro de éste en los centros de salud tanto públicos como privados.

...el tribunal entiende que las omisiones del MSP en el control de esta droga vulneran tratados internacionales suscritos por Uruguay así como el derecho a la vida, a la salud y a la "protección especial" de la infancia, consagrados en la Constitución de la República. De acuerdo con la sentencia, emitida el viernes 24, mientras que en el mundo el 5% de los niños sufre de Trastornos de Déficit Atencional por Hiperactividad (ADHD), en Uruguay el 30% de los menores consume metilfenidato para combatir esa patología. Considerando que existe escasa información sobre la seguridad, principalmente a largo plazo, resulta indispensable desarrollar estrategias de farmacovigilancia intensiva, ya que estos niños constituyen un grupo de riesgo", entiende el fallo. (...) el tribunal condenó al MSP a establecer en un plazo de noventa días que el diagnóstico del déficit atencional sea realizado por "profesionales especializados", que el metilfenidato sea recetado por "los especialistas que se determinen en todos los ámbitos de la salud tanto pública como privada mediante recetario uniforme" y a "agregar el sexo y la edad del paciente" en el formulario, para llevar una estadística y un control. (Búsqueda, 2009: citado en Míguez, 2012, p.282/283)

En la investigación realizada por Míguez en 2012, la autora afirma que se deja en evidencia la medicación abusiva con psicofármacos en la infancia uruguaya, de un “contexto sociocultural crítico”. No solo del uso abusivo del metilfenidato, sino también de otros fármacos como Valcote y Risperidona (antiepiléptico y antipsicótico respectivamente) (p.18).

La autora entiende luego de dicha investigación que la sociedad uruguaya responde con total naturalidad a ese 30% de niños medicados con psicofármacos, y que esto se debe a que “ha interiorizado la medicalización como proceso constitutivo e inherente a su condición de ser particular y ser genérico” (Míguez, 2012, p.241).

También expresa que el aumento del consumo de ritalina se debe a que se está diagnosticando como TDAH, a muchos niños que no lo padecen, así como también cree que dicho trastorno es una construcción social más (Míguez, 2006, p.6).

Explicando este argumento de la siguiente manera:

La “medicación” compulsiva y sin previo diagnóstico de ADD (...) se reconoce como forma de “normalización” de esta población hacia conductas preestablecidas como “normales”, “naturales” en personas de la edad e impuestas desde el mundo adulto. En los últimos años se ha tornado visible el aumento de la cantidad de niños/as y adolescentes medicados con la droga metilfenidato, (...) aunque existen otros que contienen similar fórmula. Se entiende que es un fenómeno que hunde sus raíces en la creciente intención de normalizar y unificar cada una de las cuestiones que se encuentran fuera de los parámetros socialmente esperados (Míguez, 2006, p.50).

Esto tiene relación con lo que hablábamos al principio de este trabajo, la intención de acallar el síntoma mediante la medicación, para que ese niño sea “normal”, no moleste a los adultos, y se ajuste a las normas que le impone la sociedad en la que vive. De todas formas, en este intento de normalizar, no hacemos más que estigmatizar, poniendo el rotulo de “enfermos” y “medicados” a niños que solo actúan de acuerdo a su edad, historia de vida, ámbito, estructuración psíquica.

En el Uruguay de hoy, se considera que la niñez está siendo medicada de forma abusiva con psicofármacos, lo cual se cree remite a procesos de sujeción de estos “cuerpos dóciles”. Cuerpos pequeños que hacen al mundo de la niñez, y que si intentan expresar diferencias en las formas de ser, pensar y sentir, son disciplinados desde el mundo adulto de la manera más vulgar: se los empastilla. Esos cuerpos,

las más de las veces plenos de energía y rebosantes de exaltación, quedan tirados sobre una butaca en el aula, inamovibles y desconectados de cualquier sensación. Pero ya no molestan (Míguez, 2012, p.67).

De hecho comenta en su texto que pudo presenciar la situación de familias que rechazaron medicar a sus hijos, y desde las instituciones se las amenazó manifestándoles que si no iban medicados no entraban a la escuela (Míguez, 2012).

Por otro lado expresa que las familias, los centros educativos y las instituciones de salud, se refieren al metilfenidato como una “solución mágica” contra los trastornos conductuales de sus niños (Miguez, 2006, p,52)

Es así que la autora se cuestiona ¿Tan enferma está la niñez uruguaya? ¿No será que la distinción entre salud y enfermedad está siendo mediada por un saber/poder que no está logrando trascender aspectos fenoménicos de una complejidad que por sí solos no tienen más que herramientas biológicas para discernir? (Miguez, 2012, p.69)

Como vemos existen diferentes posturas en cuanto al uso de este fármaco, se decide exponer la de estos autores ya que coincide con la postura de quien suscribe. Además de este tipo de controversias, el metilfenidato genera muchas más cuando hablamos de efectos secundarios.

Efectos secundarios contraproducentes para el niño

Como todo fármaco, el metilfenidato tiene sus efectos secundarios. ¿Por qué en este caso genera entonces tanta polémica? Las críticas y controversias que se lleva el uso de esta droga se debe a varias razones, entre ellas se toma en cuenta un balance entre lo positivo y lo negativo, es decir, considerar si sus efectos contraproducentes son menores en comparación con el efecto positivo que genere sobre el TDAH.

El tema en cuestión es que sobre esa idea es donde hay discordancias, además se afirma por un lado que este medicamento no fue creado para dicho trastorno en sí, sino que se experimentó, y bajo la base de ciertas mejoras de sus síntomas, se comenzó a administrar creyendo que éste sería el mejor tratamiento, pero se cuestiona aun sus efectos a largo plazo.

Por otro lado, varios especialistas afirman que no hay pruebas reales de que el TDAH pueda existir como trastorno, ya que se define solamente como un conjunto de síntomas conductuales, sin pruebas (para algunos) científicas de que conforme una

enfermedad. Por lo tanto se estaría medicando con un fármaco tan nocivo a niños que no padecen una enfermedad en sí. Además, considerando que sí conforma un trastorno, en nuestro país, según la investigación de Miguez (2012), se comprueba que se administra este fármaco a niños que no entrarían dentro del trastorno por déficit atencional, esto teniendo en cuenta los efectos contraproducentes que se comentaran a continuación, sin dudas haciendo el balance del que hablábamos, lleva a la crítica total sobre la administración del metilfenidato en esos casos.

Además varios autores coinciden en que se cataloga como TDAH a niños que padecen otro tipo de enfermedades, que pueden presentar síntomas similares, pero que su tratamiento debe ser diferente ya que la causa es otra, por lo tanto se estaría medicando erróneamente, generando que ese niño no esté correctamente tratado por su enfermedad, a la vez que le podría generar efectos secundarios peores. Por esto es tan importante un correcto estudio sobre el diagnóstico diferencial.

Se plantea que si se administra en niños psicóticos (que según la revisión bibliográfica que se ha realizado en esta monografía se ha hecho), incrementa la sintomatología de ese niño. Además, según Tubert, el Comité de Evaluación de Medicamentos de la Agencia Europea de Medicamentos, indicó que el tratamiento con este fármaco, “puede causar o exacerbar algunos trastornos psiquiátricos, como depresión, ideas de suicidio, hostilidad, psicosis y manía. Se debe realizar un examen cuidadoso antes del tratamiento y un seguimiento regular de los síntomas psiquiátricos durante el tratamiento”. (Tubert, 2010, párr.28)

Por lo tanto, tras la administración del metilfenidato nos encontramos frente a una variedad de efectos secundarios contraproducentes para el niño tanto a nivel orgánico como psiquiátrico y psicológico.

En cuanto al prospecto de esta droga, explica que los efectos adversos pueden ser:

Nasofaringitis, sinusitis, infección de la parte alta del tracto respiratorio, anorexia, disminución del apetito, reducción moderada del aumento de peso y altura (uso prolongado en niños), insomnio, nerviosismo, tics, agresividad, ansiedad, labilidad emocional, agitación, depresión, comportamiento anormal, irritabilidad, cambios de humor; cefalea, mareos, discinesia, hiperactividad psicomotora, somnolencia, parestesia, cefalea tensional, arritmia, taquicardia, palpitaciones, hipertensión arterial, tos, dolor faringolaríngeo, dolor abdominal, vómito, náusea, diarrea, malestar gástrico, boca seca, dispepsia, alopecia, prurito, erupción, urticaria; artralgia, tensión muscular, espasmos musculares, irritabilidad, pirexia, retraso de

crecimiento (uso prolongado en niños); disminución de peso, cambios en la presión sanguínea y frecuencia cardíaca; trastornos en la acomodación, vértigo, aumento de alanino aminotransferasa.

Como vemos, los efectos adversos pueden ser una gran variedad. Bafico señala que los efectos farmacológicos del metilfenidato son muy similares a la metanfetamina o la cocaína, “aumenta la capacidad de atención, genera una sensación de euforia, incrementa los niveles de energía a corto plazo y permite una concentración mayor” (Bafico, 20013, párr.27).

Tubert (2010) coincide con este dato, explicando que actúa en las mismas zonas del cerebro y sobre los mismos neurotransmisores que dicha droga, y señala al igual que Bafico, que este fármaco en dosis altas puede resultar adictivo.

“Y es aún más frecuente que lleve a prescribir otros psicofármacos. Por ejemplo, cuando el metilfenidato produce hiperestimulación se prescriben sedantes, y antidepresivos cuando produce depresión; si la medicación afecta al control emocional, se agregan estabilizadores del estado de ánimo” (Tubert, 2010, p.25).

El autor citado señala otros efectos adversos a nivel psiquiátrico y psicológico como: conductas compulsivas y en algunos individuos vulnerables, trastornos del movimiento; docilidad, apatía, tristeza, desinterés, reducción de la curiosidad, aislamiento, disminución del juego, conductas obsesivo-compulsivas, alucinaciones, delirios, ideación y conductas suicidas en niños incluso sin historia previa de trastornos psicóticos (Tubert, 2010).

Indica además que en algunos casos puede causar daño cerebral, y se ha sabido de ataques cardíacos, hasta muerte súbita.

Bafico (2013) señala que en el caso de niños con tics no es aconsejable el uso del metilfenidato ya que pueden agravarse éstos, pudiendo llegar a originarse el Síndrome de Gilles de la Tourette.

En una entrevista realizada a un Psiquiatra Infantil del MSP, expuesta por Míguez (2012), éste expresa que cuando el metilfenidato no le hace bien a los niños puede excitarlos más, “caminan por las paredes” expresaba. Además continúa diciendo que si les hace bien los efectos secundarios pueden ser: disminución del apetito, sueño; pero si les hace mal presentan trastornos del sueño, tristeza, llano, adelgazamiento, etc. (p.82)

En dicha investigación, leyendo las declaraciones de los niños medicados, familiares y educadores, vemos que el efecto que predomina de esta droga, por lo menos a nivel

visible a corto plazo, es el sueño. Los niños quedan adormecidos, en esa búsqueda de tranquilizarlos, silenciar ese síntoma que molesta, se pasa a silenciar al niño en su totalidad.

Se plantea que muchos niños llegan a la escuela y “a los 5 minutos” se duermen sobre el escritorio.

Veamos algunas declaraciones de niños entrevistados en el marco de la investigación realizada por Míguez en Uruguay en 2012, donde se les consulta como se sienten cuando toman la medicación:

Tranquilo. – ¿Cómo es ese estar tranquilo? – Muchas veces me duermo. – ¿Y te dormís en la escuela o en tu casa? – En casa. En la escuela no. (Entrevista a niño de 11 años medicado ECSCC)

Me da sueño, me duermo. Pero en la escuela trato de no dormirme. A veces me da dolor de cabeza. (Entrevista a niño de 8 años medicado ECSCC)

Con sueño. Me duerme la pastilla. (Entrevista a niño de 10 años medicado colegio privado)

Cuando nos dormimos nos acostamos en la escuela.

R) A él no le hace bien la pastilla. – ¿A qué hora toman la pastilla? R) Primero la tomamos y después nos vamos a la escuela. – ¿Y qué les pasa? ¿Cómo se sienten? R) A él no le da sueño, a mí solo. A él no le hace efecto la pastilla. A) A mí también me da sueño. – ¿Dormís mucho tiempo en la escuela? R) Hasta las 9h50. – ¿Cerca del recreo de las 10? R) Sí. – ¿Todos los días te da sueño cuando tomas la pastilla? R) Sí. A) Yo me duermo cuando voy caminando. Por el almacén, que son como siete cuadras de mi casa. R) Pero yo soy el primero que me duermo, vos no te dormís casi nunca en la escuela. (Entrevista a niños de 8 y 10 años medicados ECSCC)

Se entiende entonces, luego de exponer los efectos contraproducentes para el niño en la administración de esta droga, que se debería tomar en cuenta otro tipo de terapéutica, y no imponer como primera opción el tratamiento medicamentoso, por una lado por los efectos nocivos, y por otro, porque como ya vimos, este trastorno no tiene causas únicamente biológicas, por lo que es muy importante el tratamiento psicoterapéutico, permitir que el niño exprese su angustia, no silenciarla. Además existen pruebas de que el efecto del metilfenidato no contribuye específicamente a niños con esta patología, sino que se demostró que en niños “normales” produce el mismo efecto, y que el resultado positivo del consumo de este, debe ir acompañado por una motivación ambiental.

Esto lo explica Tallis, describiendo dos pruebas realizadas con este fármaco con equipos modernos de imágenes que muestran el cerebro en actividad (realizada por la

Doctora del Instituto de abuso de drogas de EE.UU). Tomando en cuenta que una de las causas que se le atribuye al TDAH es la falta de concentración de algunos neurotransmisores, como la dopamina y la noradrenalina, y que por ese motivo este trastorno es tratado con metilfenidato, ya que este promueve la liberación de dopamina, se realizaron dichas pruebas para comprobar su eficacia (Tallis, 2014, p.204).

Así el autor nos comenta que la primera experiencia se realizó con 4 grupos de sujetos “normales”. A dos se le administró un placebo y una tarea rutinaria para uno, y una interesante para otro. A los otros dos se le administró metilfenidato con una tarea rutinaria para uno y una tarea motivadora para el otro. Al medir los cambios en la concentración de dopamina, se reveló que en el único grupo que ésta incrementó, fue en el que se administró metilfenidato acompañado de una tarea motivadora. Con esta experiencia se demuestra, que si bien este fármaco está relacionado con el incremento de la concentración de dopamina, si éste, en el caso de los niños, no es acompañado de una motivación en la tarea escolar, no tendrá el efecto esperado (Tallis, 2014, p.204).

En la segunda experiencia, señala que se administra metilfenidato a una población “normal” y a una con TDAH, para contrastar la liberación de dopamina. Se observa que en ambos grupos hay un incremento de la dopamina. Por lo que el autor concluye que:

...de esta manera se acerca un nuevo elemento a favor de una alteración de los neurotransmisores en el síndrome, pero también se evidencia que el metilfenidato mejora la concentración de dopamina en sujetos normales. Como venimos sosteniendo, cualquier individuo, bajo los efectos de estimulantes mejora su rendimiento, por lo cual la respuesta positiva no puede ser un elemento a favor de determinar que el niño padece de TDAH (Tallis, 2014, p.205).

Por lo tanto se llega a la conclusión, como planteaba Miguez, que la administración del metilfenidato en Uruguay, viendo los porcentajes de niños medicados con dicho fármaco en relación al resto del mundo, se deben mayoritariamente a una normalización de las conductas de los niños “molestos” sin tener en cuenta su subjetividad, el origen real de sus síntomas, si es que los hay, y dejando en segundo plano tales efectos contraproducentes como nombráramos, existiendo pruebas de que su efecto muchas veces es más nocivo que positivo.

Como expresa Kamers (2013) la medicalización de la infancia ha producido un aumento tal en el número de niños diagnosticados con TDAH y en niños medicados, que podemos llegar a definirla como una verdadera epidemia (p.155).

Consideraciones finales

(...) la niñez uruguaya hoy día resulta una manifestación del modelo disciplinario de la modernidad contemporánea. Mediar cuerpos infantiles con psicofármacos dejándolos inertes y sin sensaciones y expresiones lejos está de promesas emancipatorias, sino más bien estaría remitiendo a una racionalidad instrumental moderna de sujeción de los sujetos por los sujetos mismos, a través de dispositivos cada vez más mediados por el saber/poder unidireccionalizado (proceso de medicalización) bajo la falacia del “bien colectivo” (Míguez, 2012, p.22).

A lo largo de este trabajo se pudo llegar a la conclusión de que nuestra sociedad se encuentra atravesando una gran dificultad a la hora de velar por la salud mental de los niños.

Se puede argumentar dicha afirmación a través de varios factores. Por un lado esa insistencia de normalizar o normativizar la conducta del niño, de acuerdo a lo que sería correcto, socialmente aceptado. Esto alimentado de una sociedad atravesada por la globalización y las exigencias que ésta conlleva de querer llegar a ser el mejor, el más rápido, pero sin salirse de lo que “está bien”, de lo “normal”. Así los niños crecen incitados a lograr hablar, caminar, leer, escribir, lo antes posible, en el reclamo de los padres de que sean los mejores.

Esto suele causar angustia en los niños, y lo único que le genera es presión y miedo de fracasar y perder el amor de los padres. Por lo tanto no podemos entender en estos casos que si este niño presenta signos de impulsividad o hiperactividad, se deba a una causa orgánica, sin haber investigado a través de su discurso, el motivo de su manifestación conductual. Ya que tras lo expuesto en este escrito, se puede concluir que la causa de éstas en los niños se podría deber a que los padres depositan en ellos sus propias expectativas y frustraciones. Por consiguiente, implementar un tratamiento farmacológico en estos casos, parece no tener sentido, teniendo en cuenta los efectos contraproducentes de la droga utilizada.

Esto está directamente ligado a la insistencia de la medicina de no tomar en consideración la subjetividad de cada niño, lo que se entiende genera que se administre a todos el mismo tratamiento. Como contrapartida se considera luego de esta revisión bibliográfica que si se tomara en cuenta la singularidad del niño, se podría llegar a la causa y acercarnos así a una cura, no una mera eliminación o silenciamiento de síntomas.

Por lo tanto se entiende de suma importancia, luego del estudio realizado y expuesto sobre las causas, tratamientos, efectos contraproducentes; que para un mejor tratamiento para estos niños es necesario no solo tener en cuenta la subjetividad de éstos sino también escucharlos. Permitir que ellos aporten sus pensamientos, y participen en la decisión que se tomará en cuanto a él, ya que no debemos olvidar que también son seres humanos, pensantes y con derechos.

De hecho en la declaración de Cartagena, la LILAPETDAH en uno de los puntos establece que: “La decisión de aceptar un tratamiento farmacológico debe ser responsabilidad compartida de los pacientes, el niño o adolescente y el médico. Los niños, adolescentes y adultos deben participar activamente en su tratamiento con apoyo familiar” (Barragán, E. et al. 2010, p.96). De acuerdo con lo estudiado, se plantea que esto no se estaría cumpliendo en muchos casos.

Otro aspecto a cuestionar es la descripción del DSM-IV en relación al TDAH, considerando que utiliza tanta cantidad de características (llamadas por éste síntomas) que podríamos llegar a englobar a casi toda la sociedad en él, por lo tanto podríamos pensar que una de las causas de la gran cantidad de niños con dicho diagnóstico se deba a esto.

Lo que no podemos olvidar acá, más allá de especular que detrás de todo esto existe una búsqueda de beneficio económico, es que en este proceso hay personas que sufren, tanto padres como niños, se encuentran en medio de un padecimiento que parece no tener fin, y deben sacrificar cosas, como aceptar los efectos adversos de ciertas drogas, para poder conseguir cierta calma. Sin embargo debemos tener presente como agentes de la salud y como parte de la sociedad que el único fin y más importante, debería ser velar por la salud de esos niños, y ayudarlos con las herramientas que sean necesarias.

Pero como expresa Miguez (2012) encontramos en estos tiempos “Médicos y Maestros embanderando un disciplinamiento que se entiende como cada vez más arriesgado y nocivo, cada vez más depredador de cuerpos y almas, cada vez más (des)legitimado” (p.117).

Así solo estamos logrando estigmatizar a esos niños, bajo el rótulo de “enfermos”, “trastornados”, “medicados”, basándonos en su accionar, pero sin cuestionarnos por qué actúan de esa manera. Es más fácil catalogarlos de agresivos o desobedientes, que preguntarnos si estamos actuando correctamente, si no estamos confundiendo dificultades con enfermedades. En la gran variedad de conductas que se catalogan como síntomas se termina etiquetando según éstas sin tomar en cuenta la subjetividad y las causas, llevando

a confundir tics con el síndrome de Gilles de la Tourette o conductas compulsivas con el Toc, sin considerar que no siempre la emergencia de un padecimiento psíquico termina conformándose en una patología.

Se cree de gran importancia estos errores cometidos en la infancia, porque no podemos olvidar que el niño se encuentra en pleno proceso de estructuración psíquica, y el estigma generado puede tener graves consecuencias a corto y largo plazo.

Entonces, ¿no podemos en algunos casos pensar que el niño puede estar atravesando un momento difícil, en vez de incluirlo dentro de una categoría patológica sin haber indagado lo suficiente?

¿Por qué en Uruguay llegamos a cifras del 30% de los niños de la población medicados? Esta pregunta se responde con todo lo anteriormente dicho.

Míguez (2012) agrega que los niños uruguayos desde muy chiquitos reconocen “lo que se siente y qué hay que tomar para sentirse de cual o tal manera. Distinguen claramente nombres de drogas como si fueran marcas de caramelos; colores y efectos como si fuesen gustos de chicles (p.295)

Por tanto se considera que la mayoría de las interrogantes propuestas al principio del presente trabajo, lograron ser respondidas, otras siguen generando incertidumbre, pero se pretende remarcar que el objetivo pudo ser cumplido, concluyendo que lo indispensable para mejorar la situación que está atravesando nuestra niñez es un correcto diagnóstico y tratamiento de patologías, siempre tomando en cuenta el contexto y la subjetividad de cada sujeto, logrando así no catalogar erróneamente conductas que no conforman una enfermedad, así como también lograr un correcto diagnóstico diferencial para no confundir patologías; todo esto se cree será posible solamente a través de un equipo de trabajo interdisciplinario, con diferentes puntos de vista, pero con el mismo poder para opinar e intervenir. Es decir, lo que se necesita, es un cambio en la terapéutica.

BIBLIOGRAFIA

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

Bafico, J. (2013) “La abolición de la subjetividad” Recuperado de <http://jorgebafico.blogspot.com/2013/05/la-abolicion-de-la-subjetividad.html>

Bafico, J. (2013) “Acerca de los síntomas actuales en la infancia” Recuperado de <http://jorgebafico.blogspot.com/2013/09/acerca-de-los-sintomas-actuales-en-la.html>

Bielli, A. (2006) “Los psicofármacos como tecnología social: los antidepresivos en el Uruguay”. Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación. Recuperado de <http://www.oei.es/revistactsi/numero7/articulo05.htm>

Crespo Suárez, J. (2010) “La ética del síntoma en psicoanálisis y psicopatología”. Revista Borromeo del Instituto de Investigación en Psicoanálisis aplicadas a las Ciencias Sociales de la Universidad Argentina John F. Kennedy Recuperado de <http://www.borromeo.kennedy.edu.ar/Articulos/EticasinCresposuarez.pdf>

De la Peña F, Palacio JD, Barragán E, “Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma”. Rev. Cienc. Salud 2010; 8 (1): 93-98. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/viewFile/1285/1212>

Fischman Gluck, P. (1995) “Modelo biopsicosocial – evolutivo en psiquiatría”. Boletín de la escuela de medicina de Chile, vol. 24 (2). Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/Psiquiatria/ModeloBiopsicosocial.html>

Flesler, A. (2011) “El niño en análisis y las intervenciones el analista”. Buenos Aires. Ed. Paidós.

Freud, S. (1916/17) “17ª conferencia. El sentido de los síntomas”. Obras Completas, Vol. XVI. Buenos Aires. Amorrortu Editorial

Freud, S. (1916/17) “18ª Conferencia. La fijación al trauma, lo inconsciente”. Obras Completas, Vol. XVI. Buenos Aires. Amorrortu Editorial

Freud, S. (1925/26) “Inhibición, síntoma y angustia”. Obras Completas, Vol. XX. Buenos Aires. Amorrortu Editorial

Farmanuario. (2014) (24.a ed.). Montevideo Uruguay: Informédica S.R.L.

Gonzalez, M. (2013) “El síntoma en la clínica Psicoanalítica” Revista Itinerario. Año 7, N° 14. Recuperado de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/articulos/el%20sintoma%20en%20la%20clinica%20psicoanalitica.pdf>

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. (2004) “¿Desatentos o desatendidos?” Recuperado de <http://www.postadopcion.org/pdfs/desatencion.pdf>

Janin, B. (2007) “El ADHD y los diagnósticos en la infancia: La complejidad de las determinaciones”. Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/57>

Janin, B. (2014) “La clínica psicoanalítica con niños en nuestros días”. Recuperado de <http://infancia-movimiento.blogspot.com/2014/04/laclinica-psicoanalitica-con-ninos-en.html>

Kamers, M. (2013). “A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança”. Estilos da Clínica, SIBI (Sistema Integrado de Bibliotecas Universidade de São Paulo. 153-165. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/59466>

Mannoni, M (1987) “La primera entrevista con el psicoanalista” Gedisa Editorial. 4º Reimpresión. Buenos Aires. Prefacio de Dolto, F.

- Martínez Hernáez, A. (1998) *“Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones”*. Barcelona. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
- 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 <https://anamaitebustamante.files.wordpress.com/2011/04/los-hijos-de-rita-lina-extenso-gedis.pdf>
- Míguez, M. (2012). *“La sujeción de los cuerpos dóciles. : medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya”* . - 1a ed. - Buenos Aires : Estudios Sociológicos Editora
- Moyano, J. (2004). *“ADHD ¿Enfermos o singulares? Una mirada diferente sobre el síndrome de hiperactividad y déficit de atención”*. Buenos Aires: Lumen
- Roudinesco, E. (2000) *“Por qué el psicoanálisis”*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Stolkiner, A. (2013). *“Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental”* Ed. Psicolibro. Colección FUNDEP
- Tubert, S. (2010). Observaciones sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid, (20), 6-. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3183667>
- Tallis, J. (2014) *“Neurología y trastorno por déficit de atención”*. Capítulo de Janin, B. (2004). *“Niños desatentos e hiperactivos: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: AAD”*. Noveduc Libros
- Vomero, F. *“La psiquiatrización de la infancia en el Uruguay. Parte I: Bernardo Etchepare y el nacimiento de los débiles mentales”*. Recuperado de: <http://articulando.com.uy/2014/10/13/la-psiquiatrizacion-de-la-infancia-parte-i/>