



Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo final de grado
Modalidad: Monografía

Niños dispersos e inquietos: la cuestión de los diagnósticos y los diferentes enfoques en la infancia uruguaya.

Estudiante: Sofía Gil Hernández.

C.I.: 4.507.654-1

Tutora: Dra. Ps. Alicia Muniz Martoy.

Revisora: Mag. Ps. Isabel Rodríguez Fabra.

Montevideo, Octubre de 2019.

ÍNDICE

Agradecimientos	3
Resumen	4
Introducción	5

CAPÍTULO I: Los avatares de la infancia, comprendiendo al niño de hoy.

1.1. Niños del siglo XXI.....	8
1.2. Los diagnósticos y la patologización de la infancia, una mirada crítica.....	13
1.2.1. Subjetividad y sufrimiento infantil	17

CAPÍTULO II: Dificultades atencionales e hiperactividad.

2.1. Revisión histórica sobre los diagnósticos relativos a las dificultades atencionales e hiperactividad.....	18
2.2. La función atencional desde el punto de vista Psicoanalítico.....	22
2.3. Las dificultades atencionales.....	25
2.4. La hiperactividad, característica de los niños de hoy.....	27

CAPÍTULO III: Estado de situación de nuestro país sobre la problemática del TDAH.

3.1. Panorama nacional.....	28
3.2. Diversos enfoques para un mismo problema.....	30
3.3. Enfoque Médico.....	31
3.4. Enfoque psicológico.....	36
3.5. Enfoque Social.....	40
Reflexiones Finales	45
Referencias Bibliográficas	47

“Nadie me detiene. Tengo prisa, me voy. ¿Adonde? No sé, nada sé, excepto que no estoy en mi sitio. Desde que abrí los ojos me di cuenta que mi sitio no estaba aquí, donde estoy, sino en donde no estoy ni he estado nunca. En alguna parte hay un lugar vacío y ese vacío se llenará de mí, pleno de mí hasta volverse fuente o surtidor. Y mi vacío, el vacío de mí que soy ahora, se llenará de sí, pleno de ser hasta los bordes. Tengo prisa por estar. Corro tras de mí, tras de mi sitio, tras de mi hueco. Tengo ganas de estar libre de mi prisa, tengo prisa por acostarme y levantarme sin decirme: adiós, tengo prisa”.

Octavio Paz, 1998.

Agradecimientos

- A Santiago, mi compañero de ruta, el que siempre estuvo apoyándome en los momentos que no tenía la fuerza suficiente para continuar.
- A mi madre, que me transmitió esos valores y la mejor educación que hoy en día me permiten alcanzar las metas que me he propuesto.
- A mis compañeras, que me brindaron el apoyo incondicional a lo largo de la carrera.
- A mi tutora, por haber compartido tan valiosos conocimientos, en esta última etapa como estudiante.

A todos ellos, solo me queda decir, gracias...

Resumen

El presente trabajo final de grado, titulado Niños dispersos e inquietos: las cuestiones de los diagnósticos y los diferentes enfoques en la infancia uruguaya, se enmarca dentro de la culminación de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. El mismo pretende dar cuenta de un fenómeno de vigencia actual que impacta en la vida de los niños y adolescentes de nuestro país (y del mundo), a través de las distintas perspectivas que existen en este momento y desde donde se ha estado trabajando en diferentes campos interdisciplinarios, desde las ciencias de la salud. Se comienza describiendo al niño de hoy, sus características, sus avatares, el lugar que ocupa el hijo en la familia considerándolo como un ser complejo, en constante transformación. Procurando comprender desde una mirada crítica, las cuestiones que tienen que ver con los diagnósticos y la patologización. Luego de ver que acontece en la infancia a nivel nacional, será importante hacer énfasis en la singularidad de ser niño en esta época y de qué sufren los mismos en la actualidad. Para comprender mejor esta problemática, se realizará un recorrido por el pasaje histórico sobre los diagnósticos relativos a las dificultades atencionales e hiperactividad, pasando a describir cada concepto. Por último, se pretende realizar un recorrido por el panorama nacional, tomando en consideración los aportes de diferentes disciplinas, desde el enfoque médico, psicológico y social, ya que cada una de ellas desde su lugar han hecho grandes aportes a esta problemática que afecta a nuestro país. El objetivo de este trabajo es el de contribuir desde un enfoque integral, y actualizado sobre la situación de la problemática en Uruguay.

Palabras Claves: Dificultades atencionales – Diagnósticos en la infancia – Patologización.

Introducción

En la actualidad, según plantea Muniz (2018), “el diagnóstico en la infancia por dificultades en la atención y en la conducta con especial énfasis en la hiperactividad, se ha transformado en uno de los problemas de salud mental más preocupantes que inciden en la vida académica, familiar y social de los niños en nuestro país” (p.13).

El presente trabajo, pretende dar cuenta de un fenómeno de vigencia actual que impacta en la vida de los niños y adolescentes, a través de las distintas perspectivas que existen en este momento, haciendo énfasis desde donde hemos estado construyendo una mirada práctica a este fenómeno. Tomando en consideración las producciones académicas desde el año 2008 hasta la fecha, con el objetivo de brindar al lector el estado de la situación investigada a nivel nacional, sobre los diagnósticos por déficit atencional e hiperactividad y las terapias que existen. Como referencia Teórica se analiza la situación desde el enfoque psicoanalítico.

Las dificultades atencionales y la hiperactividad en niños, se presentan como uno de los temas que ha generado y que continúa generando preocupación en los profesionales de la salud infantil. A raíz de esta situación, distintos autores de nuestro país han venido investigando al respecto. Este trabajo representa la síntesis, desde una mirada crítica y reflexiva, al problema que la comunidad científica, ha instaurado en los últimos años: la simplificación de la mirada a aquellos niños que sufren. Se han reducido así, las dificultades atencionales a sus aspectos biológicos. En esta línea, en el presente trabajo se abordará la problemática desde una mirada más abarcativa, donde se priorizará la subjetividad del niño y su contexto.

El interés por abordar esta temática surge desde la importancia que tiene un desarrollo sano de la niñez, y que en nuestra sociedad, según Speranza et. al. (2008) el uso de psicofármacos ha venido en aumento, provocando sobrediagnósticos: ¿Cómo se propaga éste fenómeno? ¿Qué hay detrás de este diagnóstico, qué les pasa a estos niños? ¿Por qué se utiliza el psicofármaco como única solución a este problema? ¿Cómo se aborda el tema desde distintos enfoques terapéuticos? ¿Cómo trabajan estos profesionales? Grandes preguntas, que pocos se hacen, ya que la respuesta habitual es la medicación como solución princeps.

A nivel personal, la elección del tema propuesto responde a las trayectorias construidas a lo largo de la carrera, donde el recorrido de diversos escenarios fueron creando una visión crítica sobre el uso excesivo de los psicofármacos en la niñez. Entendiéndose esto, como una limitante dentro de la vida de los niños para alcanzar el bienestar, el goce y la felicidad. Dado que los efectos de la medicación además de ser diversos, son adversos, produciendo malestar y confusión a largo plazo. Instalando al niño en un lugar, de desvalimiento y de desesperanza.

La visión crítica al respecto, se fue constituyendo, a través de los diferentes tránsitos curriculares, como “Actualizaciones en técnicas de diagnóstico” (Parra, 2015), Motivo de consulta (Contino, 2016), “Psicopatología. Infancia y Adolescencia” (Muniz, 2018), y una conferencia reciente, llamada “Despatologización de las infancias” (Untoiglich, Muniz, Giachetto, 2019). Permitiendo la construcción de un “aprender haciendo”, donde el pensar, sentir y hacer portan sentidos diversos, a partir de poner en juego la articulación teórico-técnica, nutriendo la experiencia pre-profesional.

En suma, estos recorridos han llevado a reflexionar y entender que en la infancia la vida no debería pasar por un diagnóstico simplificante como única solución. Entonces conviene preguntarse, ¿Qué hay detrás de ese niño que sufre? ¿Qué es lo que se evidencia? ¿Qué características presentan las familias de estos niños? ¿Cuál es la intervención más adecuada?

Con el propósito de abordar aspectos teóricos, esta monografía, se presenta con la siguiente división temática:

En un primer capítulo, se realizará un recorrido por las características de la infancia en la actualidad, considerando el lugar que ocupa el hijo en la familia y desde una mirada crítica lo que se conoce por diagnósticos y patologización. Se estudiará desde un enfoque dinámico, la comprensión de las cuestiones subjetivas del sufrimiento infantil. Según Janin (2011), hablar de niños en psicoanálisis es hablar de constitución, de desarrollo, de un psiquismo que se está estructurando, donde el otro es pieza fundamental para un adecuado devenir. En este capítulo se pretende ir más allá de lo aparente, haciendo visible cuestiones que tienen que ver con los problemas que están detrás de ese niño, que se presenta inquieto y disperso, que provienen de un modelo de niño a seguir, que no es problemático.

El segundo capítulo, tiene como objetivo conocer los pasajes históricos que nos han marcado, para entender entonces hacia dónde vamos y cuáles son aquellos cambios que deberíamos seguir, pensando siempre en el bienestar infantil. Entendiendo que los antecedentes históricos nos han remitido y posicionado como sociedad a lo que sucede hoy, diagnósticos rápidos, pocas terapias de carácter psicológico y niños medicados. Luego se pretende desarrollar las distintas conceptualizaciones teóricas relacionadas con los diferentes conceptos de atención, dificultades atencionales e hiperactividad.

El tercer capítulo, tiene la intención de acercar al lector a la situación actual de Uruguay. Respecto a cómo se entienden y tratan las dificultades atencionales desde los diferentes abordajes multidisciplinarios. Se realizará un recorrido por los trabajos realizados, desde el 2008 en adelante, destacando lo que se ha dicho en nuestro país desde distintos escenarios, considerando los aportes de la medicina, la psicología y las ciencias sociales, para mostrar el estado de situación.

En esta línea se evidencia, según afirma Cristóforo (2015), una tendencia excluyente donde aparece una marcada inclinación a explicar los problemas de la atención desde la perspectiva orgánica, interviniendo en primera instancia el neuropediatra o psiquiatra infantil y el tratamiento queda reducido a una pastilla. Se promueve el abordaje clínico terapéutico como principal camino hacia la resolución de los conflictos que desencadenan en los síntomas que aquejan al niño. Considerando que las alternativas de tratamiento son diversas, y que cada una de ellas debería ajustarse a las demandas presentadas por cada niño en su situación.

Por último cabe destacar que a lo largo del trabajo se van a tomar indistintamente los términos déficit y dificultades, tal como figuran en las fuentes consultadas.

CAPÍTULO I: Los avatares de la infancia, comprendiendo al niño de hoy.

Cuando se toma la singularidad del sujeto, cuando se puede soportar que sea un "otro", un semejante diferente, se puede comenzar a pensar acerca de las determinaciones, de los momentos en la estructuración psíquica, de qué es lo que hace que ese niño se presente de ese modo (Janin, 2013, p.61).

1.1 Niños del siglo XXI.

El concepto de niño, comienza a ser considerado con mayor relevancia en el siglo XX con los aportes del Psicoanálisis. Los niños durante mucho tiempo, fueron apreciados como adultos pequeños. Es con el advenimiento de la Modernidad que se fue distanciando del adulto y fue ganando notoriedad como sujeto concreto y adquiriendo por lo tanto su estatuto (Miguez, 2011). En esta época y durante mucho tiempo, los niños no eran tomados en cuenta como tales, perdiendo de vista aspectos vinculados a sus pensamientos, sentimientos y sus palabras. En este sentido, según la Real Academia de la Lengua Española (RAE), "Infancia" proviene del latín *infantia*, cuyo significado primario alude a la incapacidad de hablar y define a los *înfâns* o *înfantis* como aquellos que no tienen voz.

La infancia en nuestro país ha cambiado considerablemente, según algunos autores uruguayos que trabajan en el desarrollo de conocimiento sobre la temática, nos encontramos en uno de los procesos de cambio respecto a la visión de la niñez de mayor complejidad. Con el avance de las ciencias, cada vez más hemos tenido certezas pero así también contradicciones sobre lo que hoy llamamos infancia y la relevancia por el cuidado de esta etapa dentro de la población mundial. Si nos remitimos a la actualidad, los niños permanecen en esta lógica de ser "sujetos sin voz", a los que se debe atender, cuidar, proteger y controlar, perdiendo de vista sus ideas y opiniones. Sin embargo, el artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) establece el siguiente principio: "Los intereses del niño deben ser considerados en primer lugar... en todas las decisiones que los afecten". Así también el artículo 13 expresa que el niño tendrá derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas

de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño. En contraste con lo que se espera del niño, sujeto pasivo, invisibilizado en muchas áreas vinculares, como se mencionó anteriormente, la nueva concepción de infancia y la patologización de la misma está en directa oposición a los derechos de la infancia. No son valorados desde ningún área del lenguaje: ni corporal, ni verbal, ni lúdica. Al decir de Giorgi (2014) “Los adultos hablan de los niños, pero no hablan con ellos. Son hablados, no escuchados”. El ser “menor”, indica este “ser menos que...”. Los niños siempre se vieron como carentes de algo: de capacidades cognitivas, de bienes materiales, de valores, entre otros, lo que lleva a posicionar al adulto en el lugar protector, y por lo tanto, de alguna manera, en lugar de encargado, de “dueño”. Para ser más precisos en la definición de lo que se entiende por niño, debemos referirnos a lo que determina la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), en 1990, la cual puntualiza: “Se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”.

Considerando que en 1990, se aprueba la Convención sobre los Derecho del Niño y este se transforma en un sujeto socialmente activo que será escuchado y tenido en cuenta, lo cierto es que en varias ocasiones no se lo deja ser. En el caso del TDAH, por ejemplo, se trata de silenciar los síntomas con medicamentos, sin preguntar al niño cómo se siente o si está de acuerdo con tomar los fármacos. Así, ¿Qué tiene para decir ese niño? O ¿Qué es lo que dice y no sabemos escuchar? Si bien para esta convención los niños pasan a ser “sujetos de acción y lenguaje” y “hablantes competentes”, éstos frecuentemente son desestimados como verdaderos interlocutores.

Para comprender al niño de hoy, en primer lugar debemos ubicarnos en el contexto actual, vivimos en un mundo donde predomina la inmediatez, lo instantáneo (información, diagnósticos, soluciones, etc), lo apresurado, los estímulos aparecen y desaparecen a gran velocidad sin que el psiquismo pueda procesarlos adecuadamente. Un mundo en el que prevalece el prefijo hiper (hiperexcitación, hiperestimulación, hiperaceleración, hiperactividad), donde los encuentros son escasos y en consecuencia, no hay tiempo para la escucha, para sostener a los niños (Untoiglich, 2011).

Para Benasayag y Ferreyra (2007) estamos viviendo la época de la adrenalina. Esto puede verse en los hábitos más comunes, desde el consumo elevado de café y té, hasta los

videojuegos que “estimulan a límites extremos la descarga adrenalínica”. Las comidas, los juegos, los medicamentos y drogas estimulantes para que los niños aprendan más rápido y estén más tranquilos, son solo un aporte mas que integra la lista antes mencionada. En la actualidad el “metilfenidato y la atomoxetina son las estrellas”. La consigna parece ser, un solo diagnóstico abarcativo y una sola medicación (p.107). El “exceso de estímulos heterogéneos y simultáneos”, que aparecen a través de los “medios de comunicación”, como por ejemplo la TV, los celulares, las computadoras, etc. Esto se fortalece aún más con la aceleración de los cambios y de los ritmos de vida. “Intrincación de fenómenos de la vida actual que atentan contra la posibilidad de vincularse, de procesar, para lo que se necesita de un tiempo de encuentro, de momentos tanto de intercambio como de pausas”. En sintonía con lo que menciona Benasayag, así como también sostiene Untoiglich, la hipermodernidad ha cambiado la forma de estimulación que abarcan aspectos de la vida, desde la ingesta de alimentos y fármacos a los vínculos parentales y la interacción de estos con los niños, como plantea Queirolo transmitiendo que las características o modalidades de vida actual van produciendo otras formas de “vínculo y de funcionamiento psíquico que generan determinadas dificultades visualizables en la clínica” (Queirolo, 2017, 98).

Guerra (2013) expresa que se produjeron “cambios a nivel cultural en relación al papel de la actividad en el desarrollo del niño de este nuevo siglo “. La actividad, la inquietud y las señales de vitalidad del niño de hoy, forman parte de una apreciación cultural, donde se integra casi como una característica necesariamente positiva del sujeto (niño). Estas situaciones se explican por la “revolución tecnológica” que implica una comunicación rápida y casi instantánea, lo que ocasiona que los niños se presenten inquietos e hiperactivos (p.47).

En la misma línea de pensamiento, Janin (2011) plantea que el niño que vemos en la actualidad ha cambiado con respecto a otras épocas:

Aquello que se espera de los niños, lo que se considera sano o patológico, lo que se les propone como ideal, sería diferente en las distintas épocas y en los diferentes grupos sociales. Así, nos preguntamos: ¿qué es lo patológico? ¿qué es lo patológico en este momento? ¿Cómo determinar qué es lo sano y que es lo enfermo en una sociedad como la actual? Muchos parámetros han variado, a un ritmo vertiginoso, en las últimas décadas. La idea misma de niño se ha modificado. Y aquello que se le exige, que se espera de él, que se supone “normal” en un niño es hoy muy distinto de lo que exigía y esperaba en otra época. (p.60).

Será importante estar atentos a la imagen que se le devuelve a los niños, porque la irán construyendo de acuerdo a lo que le devuelven los demás. Si se espera que sea un niño problema, entonces este tratará de adecuarse a ese lugar (Untoiglich, 2011).

En acuerdo con Queirolo (2017) “Cada época tiene características peculiares favorecedoras de determinados modos de pertenecer a la comunidad social, de estar en vínculo, de armar subjetividad”. En estos momentos estamos viviendo un período de crisis, de “inflexión que afecta los modos de configuración de las diversas instituciones sociales, incluida la familia”. Profundizando en este aspecto, nos centraremos en pensar las características vinculares en el seno de las familias en las que crecen los niños hoy en día. Teniendo en cuenta las “funciones de investimento, se sostén y de corte” que continúan siendo soporte fundamentales de las subjetivación, en su “eficacia y sus fallas”. Estar en familia significa ser parte de un conjunto vincular que en todo momento requiere “renuncias pulsionales, lidiar con otros en tanto semejantes, diferentes y ajenos, con el ineludible trabajo que esto conlleva” (p.94-95).

Para esta autora, la familia actúa como dispositivo intermediario entre el sujeto y la cultura, como transmisora de cadenas transgeneracionales. ¿Qué ocurre con estas funciones en una época de todo vale, de vertiginosidad, de fluidez?

En relación con la crianza de los hijos, nos encontramos con incertidumbres varias, proliferación de propuestas y modelos cambiantes y contradictorios entre sí, con sujetos “sujetados” a un ideal de excelencia que alcanza el ejercicio de la parentalidad y su “producto”, los hijos. Si los padres actúan acertadamente, los hijos deberían devenir sanos, exitosos y felices. El mandato epocal es ser libre, no perderse nada, estar en todo y, además, disfrutarlo. La carrera en pos de tal misión imposible produce tensiones especialmente fuertes en condiciones de alta competitividad e incertidumbre. Estas modalidades de vida se sostienen con grandes costos, el monetario, entre otros, que obliga a largas jornadas laborales para afrontarlo. Encontramos así, con frecuencia, padres poco presentes y poco disponibles afectivamente, con vivencia de culpa y disconformidad respecto de sí mismos. En los vínculos se instalan situaciones paradójales de exceso y de carencia que hacen síntoma de manera diversa en los miembros de la familia. Muchas veces, quienes se convierten primero en el punto de mira son los “niños problema”. Será en el proceso de consulta y posterior tratamientos donde irá desplegándose y desvelándose la complejidad de la problemática en juego (p.95-96).

Lo interesante de este pasaje en la presente monografía recae en la articulación teórica académica de cuatro autores que sostienen la evolución de los vínculos y las nuevas características de la infancia en la actualidad, que se ha visto modificada por nuevos roles sociales con respecto a la hiperconexión y a la parentalidad. Esto es, la postura teórica totalmente marcada en una dirección que parece ser unitaria: hay un cambio que llegó y al cual los niños, los padres, el sistema educativo y todos los otros actores que intervienen

inevitablemente tienen que adecuarse, entendiéndolo que, es necesario potenciar y aprovechar los nuevos recursos de esta era.

Sobre las características de los niños de esta época, Janin (2011) expresa, son sujetos con escasa experiencia para afrontar las “situaciones, asombrados, apasionados, aterrados, en un mundo en el que fantasía y realidad se superponen, los niños van armando su propia subjetividad”. En constante sujeción, por los deseos de sus padres. Dominados por sus “ideales, sus normas, sus triunfos y desdichas cotidianas”. Padres que fueron “marcados por su propia historia, por las de sus antepasados y también por la sociedad en la que les toca vivir” (p.59). En general a los padres actuales, les cuesta demasiado inculcar límites y frustrar, acciones que son necesarias para que el niño logre su bienestar emocional. Muchas veces la puesta de límites tiene mala prensa, pero a su vez se anuncia la importancia de que estos sean ejercidos con eficiencia. Dejando a los padres en la disyuntiva, inmersos en modelos antiguos y otros más nuevos de como criar a sus hijos. Estas situaciones generan constantes desbordes, tanto en padres como en sus hijos (Queirolo, 2017).

Los estados de ánimo de los padres, la aptitud de “sostenerse narcisísticamente, sus propias identificaciones”, en todo momento van a estar sujetos al ámbito social del que forman parte. El niño desde que nace, está inmerso dentro de un grupo familiar y social que lo “incluira de determinada manera, que le asigna lugares y que proyectará en él anhelos y desventuras”. Entonces queda claro, que toda persona “firma cuando nace un contrato con el grupo social al que pertenece, contrato en el que se compromete a cumplir con determinadas pautas para ser considerado parte del grupo y obtener reconocimiento” (Janin, 2011, p. 60-61). Así Castoriadis (2004) dice: “el individuo es un producto de la sociedad, una fabricación social mediante la cual la sociedad se perpetúa y existe realmente” (p.38).

En definitiva “el psiquismo es una estructura abierta al mundo, en tanto, el mundo es para un niño, fundamentalmente, los otros que lo rodean, marcados a su vez por una sociedad y una cultura”. Otros que cumplen la función de “sostén y fuente de placer además de ser personas cargadas de angustias, temores y dolores”. La realidad de los niños, es por lo tanto la realidad psíquica de aquellos investidos libidinalmente, de los que lo alimentan, cuidan y erotizan. En general, los bebés detectan el estado de ánimo de su madre, y suele

suponerse causa de esos estados. “Por eso, alegrías y dolores derivados de situaciones sociales pueden ser vividos como habiendo sido generados por él” (Janin, 2011, p. 60).

En la actualidad es habitual que los niños pasen a ocupar todos los lugares, desde el rol de sostener a sus padres, cuando estos se encuentran deprimidos, hasta cuidar de sus hermanos menores, evitando muchas veces el propio dolor, para no sobrecargar a las personas que deberían sostenerlo (Muniz, 2013). Es frecuente encontrar hogares en donde los niños sufren la ausencia de una de las figuras parentales, en otros casos existe otro adulto que intenta apropiarse de ese lugar que había quedado vacío. Vemos constantemente que en los vínculos predomina la inestabilidad, la fragilidad, donde los niños quedan desamparados. Según Cristóforo (2015) “el contexto socio-histórico actual y la cultura del consumo que lo caracteriza, no ofrecen el apuntalamiento necesario a las figuras encargadas del cuidado, en tanto los incita al exceso y produce también en ellas una sobre excitación”. Como consecuencia de esta situación, la función de apuntalamiento del psiquismo de el niño se ve “comprometida” por parte de las figuras de cuidado (p.68).

Es habitual que las familias de los niños diagnosticados con dificultades atencionales e hiperactividad acudan a la consulta en busca de una solución mágica, sin involucrarse por lo que le sucede a su hijo. Padres que se encuentran desbordados, que no pueden controlar la situación y en consecuencia los niños se sienten angustiados, solos, sin contención.

En otras ocasiones, por falta de experiencia, son las familias que confunden la libertad con la permisividad y la ausencia de límites es lo que ocasiona muchas veces que el niño no se desarrolle adecuadamente. Como se puede apreciar, la infancia, no es ni ha sido fácilmente transitable, es una etapa en constante fluctuaciones, en la que se está sometido a los avatares de los otros. Y como expresa Janin (2011) “cuando no se sabe manejar el timón y se comienzan a explorar territorios, se necesitan más que nunca las luces del faro, y el relato de los viajes de antiguos navegantes” (p.59).

Luego de haber realizado un recorrido por las condiciones de ser niño hoy en día, es relevante y preocupante en nuestro país, el aumento de los diagnósticos por dificultades en la atención y en la conducta con especial énfasis en la hiperactividad. Desde una mirada reflexiva sobre la realidad nacional, la infancia debería de ser una etapa de ocio y recreación, así como también de tareas y responsabilidades que los preparen para la vida adulta.

1.2 Los diagnósticos y la patologización de la infancia, una mirada crítica.

En la actualidad, muchos autores sostienen que se vive en una época caracterizada por la multiplicación de diagnósticos psicopatológicos y terapéuticos en la infancia. Los niños son etiquetados y medicados solo por presentar alguna dificultad en la escuela o en el ámbito familiar.

Según Han (2010) estamos inmersos en la sociedad del cansancio, cada época ha tenido sus enfermedades, según el filósofo, en el pasado se debían a las bacterias o virus, pero en esta época, las enfermedades son neuronales: depresión, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno límite de la personalidad o el síndrome de desgaste ocupacional. El motivo de estas enfermedades se debe al exceso de positividad, es decir, la libertad de poder hacer lo que uno quiera.

De este modo, se puede observar que se está viviendo en una sociedad donde se priorizan “soluciones prácticas”, encontrando en la incorporación de psicofármacos y elaboración de diagnósticos con tal o cual patología, como una de las principales vías de respuestas. Se originan procesos de etiquetamiento de conductas, donde abundan trastornos psiquiátricos como bipolaridad, TEA, depresión, entre otros.

El sujeto se encuentra en una realidad que impone un “deber ser”, que mandata conductas, una sociedad que excluye al “otro” diferente, o simplemente al que no se adecue a tales exigencias. Entonces, ¿quién es el encargado de determinar quién queda adentro y quién queda afuera? ¿Cuán libre es el sujeto al momento de elegir cómo proyectarse? Frecuentemente, pero no siendo la única disciplina que lo plantea, el saber médico desde su paradigma parece tomar esa decisión al momento de elaborar diagnósticos y pronósticos que van a determinar si una persona está o no dentro de los parámetros socialmente esperados para la época.

Antes que nada debemos tener claro qué se entiende por diagnósticos, Janin (2013) expresa, “diagnosticar es algo muy diferente a poner un nombre”. Para realizar un diagnóstico debemos de considerar determinados aspectos, que tienen que ver con las “vivencias del sujeto que sufre y la historia en la que se enmarca ese sufrimiento, no solo

sus conductas, y por ende es algo que se va construyendo a lo largo del tiempo” y que por lo tanto puede presentar variaciones (p.8).

En tal sentido, “en la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz, justamente porque la clínica con niños es un camino de hipótesis diagnósticas que forma parte del proceso de cura, pero que no deben constituirse en una marca indeleble en la vida de ese niño” (Untoiglich, 2013, p.26).

En nuestro país, se ha asistido a un proceso de psicopatologización de la infancia, el cual se hace explícito en los cuerpos de niños y niñas que son etiquetados y diagnosticados desde un saber médico hegemónico, como portadores de patologías. Es frecuente que dichas patologías no sean científicamente objetivables y que por lo tanto solo responden a modos de ser y estar, que no se coinciden justamente con un deber ser establecido (Miguez, 2012).

En esta línea, se entiende que dentro de la infancia el psiquismo está en constante construcción, un crecimiento paulatino y certero hacia la adultez. Es por esto que como nos explica Janin (2011), no deben pensarse estructuras rígidas respecto a los diagnósticos y la patologización en la niñez, el constante movimiento psíquico dado por el desarrollo permite un juego dinámico entre subjetividades que no solo remiten al niño, sino que pueden incluso atravesar las parentalidades.

Diversos autores han venido planteando la existencia de un paradigma que trata de reducir situaciones de la vida cotidiana, que son propias del ser humano o del proceso de crecimiento a un criterio de patología. Estableciendo que toda conducta que no se ajuste a los criterios de normalidad se le considere patológica. Para comprender de qué se trata la patologización, vamos a definir el término desde una perspectiva psicoanalítica, Patología es un término que proviene del griego (pathos) sufrimiento o daño y de (logos) estudio. En la actualidad es habitual encontrar este término alusivo a considerar como patologías ciertas singularidades de las personas. La patologización en palabras de Korinfeld (como se citó en Untoiglich, 2013) implica: “Un conjunto de operaciones políticas, programas, estrategias y dispositivos; además de intervenciones puntuales; cuyos efectos ubican en un lugar de enfermo (...), anormal o desubjetivización a aquellos individuos que quedan por fuera de los criterios de normalidad de su época” (p. 29).

En estos momentos lo cotidiano es patologizar conductas que corresponden a la vida cotidiana, sustentándose en una “causa unívoca y determinista de los fenómenos considerándolos complicados y no complejos”. Existe una proliferación de clasificaciones, en la búsqueda constante de “capturar” lo que le acontece a ese niño, descartando por completo el estudio de la subjetividad que está en juego en ese momento. La categorización provoca la obturación de los “procesos de identificación singulares”, impidiendo ver más allá de la dificultad. “Estos procesos inciden sobre el entorno inmediato del sujeto produciendo un sufrimiento similar. El niño, la niña y su familia quedan capturados por el diagnóstico” (Muniz, 2015, p.29-30).

Reflexionando, y coincidiendo con la autora, como consecuencia de la excesiva demanda, los diagnósticos habitualmente son rápidos, sin dar lugar a otro tipo de estudios con mayor precisión y que sean prolongados en el tiempo. Este proceso desencadena en etiquetamientos, marcas que van dejando al niño por fuera del sistema, apartándolo del resto, anulando sus capacidades para crecer como un niño normal. Es por esto Janin (2011), que mediante el etiquetado diagnóstico se rigidizan situaciones, que si bien son importantes de detectar en la infancia para poder brindar herramientas a quien las vivencia, terminan afectando la vida del niño. Enfatizando que el desarrollo del psiquismo, está en constante movimiento, presentando la necesidad de flexibilidad y no rigidez. Detectar una patología no debería ser un estigma con el que se cargue de por vida.

Con respecto a esta cuestión y reflexionando sobre la misma, no es conveniente ni acertado diagnosticar a un niño con el fin de clasificarlo. Dado el contexto que vivenciamos, la clasificación dentro de las ciencias del comportamiento se ha convertido en una práctica recurrente y normalizada. Muchas veces sin tomar en cuenta que quien es diagnosticado carga con un conjunto de estigmatizaciones al respecto. Así también, no se consideran los diferentes aspectos que puedan estar en juego en ese momento evolutivo del desarrollo infantil. Entendiendo que en este ciclo de la vida emergen condicionantes que determinarán la vida adulta del sujeto. El TDAH, por ejemplo, es una agrupación de síntomas dependiente de multifactores, que habitualmente aparecen en determinadas etapas del desarrollo, por lo que, un rápido diagnóstico poco certero en esta etapa de la vida podría incidir erróneamente en el curso evolutivo de quien ha sido diagnosticado.

Por su parte Janin (2006) expresa que la mayoría de los niños que no conciben con los requerimientos del momento, son diagnosticados como carentes, deficitarios y

posteriormente son medicados. Es por medio de procesos de disciplinamiento que se logra la normalización de los individuos en procura de sujetos deseables.

Llegando al final de este apartado, es preciso comprender que diagnosticar no es sinónimo de etiquetar, clasificar, catalogar, sino entender que le sucede en ese momento al niño, interrogar, darle sentido a la producción subjetiva y dejar de lado por un momento el síntoma. Es importante escuchar al niño, indagar sobre su contexto, sus vínculos para comprender su subjetividad, darle una oportunidad, olvidarnos del diagnóstico y poder ayudarlo desde otro lugar, que hasta ahora no había sido concedido. Es importante recordar que se trata de un niño que se encuentra en desarrollo, en un devenir, que depende de diversos factores (biológicos, afectivos, vinculares, sociales) que deben ser considerados antes de llevar a cabo tempranamente un diagnóstico psicopatológico. Estas cuestiones tienen que ver con la producción de subjetividad de ese niño, que es lo que desarrollaremos a continuación.

1.2.1. Subjetividad y sufrimiento infantil

Luego de haber planteado el tema de lo que acontece en la infancia en nuestro país y al aumento de diagnósticos, surgen algunas interrogantes, ¿Cuál es la singularidad de ser niño en esta época? ¿De qué sufren los niños en la actualidad?

Según Untoiglich (2011) para comprender las particularidades en las que se presentan actualmente los sufrimientos en la infancia, es “preciso antes que nada ubicar el contexto histórico-social que caracteriza la época en la cual vivimos e indagar cómo impacta en la constitución de su subjetividad” (p.11). “Para entender la subjetividad, es fundamental escuchar la voz del niño desde su padecer, sus angustias, sus preocupaciones, su sufrimiento, pero también detenernos en sus alegrías y sus emociones” (Míguez y Sánchez, 2015, p.44).

En concordancia con lo que plantean los autores mencionados, será preciso analizar por qué no prestan atención, resultando imprescindible recorrer su historia, la historia de sus padres, la historia de sus vínculos tempranos que llevaron a que se manifieste de tal manera y no como era lo esperado. Se debe pensar los procesos de subjetivación como “un recorrido que pone el acento en el transcurrir y en los múltiples avatares que pueden ocurrir

en el encuentro entre un pequeño que está constituyéndose y los adultos que deberían cumplir la función de ampararlo, cuidarlo y libidinizar” (Untoiglich, 2014, p.24).

Será importante salir del afán clasificatorio para ver al sujeto en su singularidad, su manera de ver el mundo, su relación con los demás. Pensando siempre la subjetividad desde una dimensión compleja que integre dimensiones históricas, contextuales, vinculares y singulares a la vez, tratando de no perder de vista ningún aspecto que pueda estar afectando al niño.

Por lo tanto, las prácticas psicológicas, deberían estar atentas a estas cuestiones y de esta manera poder evitar la fragmentación y el reduccionismo de la compleja trama que interviene en los procesos de subjetivación: sujeto, vínculo y cultura como hilos que se puede elegir trabajar sobre uno de estos, pero ello no debería provocar ignorancia sobre los otros aspectos intervinientes (Muniz, 2018).

Como podemos apreciar, según lo planteado por los diferentes autores, se deja por fuera la singularidad de cada niño, haciendo una reducción de la problemática a lo externo, sin tener en cuenta la subjetividad de cada uno. Por lo tanto se conocen los rasgos patológicos del niño y no la subjetividad de cada uno. Al momento del diagnóstico, al momento de medicar con psicofármacos, no se tiene en cuenta la historia subjetiva del individuo o su entorno, solo se observa esa “falla”, esa conducta desviada, “cualquier síntoma psíquico implica sufrimiento. En el caso del niño además, no está ajeno a su entorno inmediato. Muchas veces su sintomatología está directamente ligada a la angustia o inquietud de los padres” (Bafico, 2015. p.98).

“Con poca experiencia para afrontar las situaciones, asombrados, apasionados, aterrados, en un mundo en el que fantasía y realidad se superponen, los niños van armando su propia subjetividad. Sujetos a las pasiones de sus padres, pero también a sus ideales” (Janin, 2011, p.59).

CAPÍTULO II: Dificultades atencionales e hiperactividad

“La atención refiere a un proceso activo que busca proteger al individuo del caos del mundo externo y de sus propias sensaciones, permitiéndole privilegiar un elemento sobre los otros” (Janin, 2004 p.48).

2.1. Revisión histórica sobre los diagnósticos relativos a las dificultades atencionales e hiperactividad.

Este trabajo está enfocado en las dificultades atencionales en la infancia, por lo tanto no podemos pasar por alto el origen de este proceso. Es por este motivo que a continuación se detalla el proceso histórico que atravesó el constructo.

Este apartado, será importante para entender cómo se fue construyendo el concepto de lo que en la actualidad se conoce como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH¹), que a lo largo de la historia ha tenido diferentes denominaciones. Según plantea Benasayag (2007) es preciso saber que se partió de hechos reales, diferentes, aislados y que tuvieron relevancia en distintos momentos de la historia, con diferentes denominaciones (p.14).

En esta misma línea de pensamiento, Untoiglich (2011) sostiene que, hace muchos años, se ha venido difundiendo en medios vinculados a la salud y la educación la presencia de un síndrome que parece dar una respuesta totalizadora para las manifestaciones conductuales más visibles en los niños: la desatención, la hiperactividad y la impulsividad. “Trastorno por Déficit Atencional” (TDAH) es el nombre con el cual se denomina esta tríada. Es preciso aclarar que lo que actualmente conocemos como (TDAH) ha sido fuente de diversas denominaciones a través del tiempo.

¹ Se toma al TDAH como constructo que denomina alteraciones en la atención y la conducta, como forma de patología de ciertas características en los niños hoy.

A continuación veremos cómo se fue desarrollando:

Según, Tubert (2010) las primeras referencias sobre el Trastorno por Déficit de Atención, aparecen en el año 1902, cuando el pediatra británico George Still, describe la hiperactividad infantil al comienzo de la escolarización como Síndrome de Lesión Cerebral, que se presenta en niños tanto con lesiones cerebrales importantes, como con lesiones cerebrales no detectables clínicamente e incluso sin etiología precisa.

En relación a estos datos, es preciso resaltar que originalmente se le atribuyen al Trastorno por Déficit de Atención correlatos neurobiológicos como causas, sin pruebas directas. Actualmente los correlatos neurales y las pruebas neuroimagenológicas existen y se han estudiado, pero son muy incipientes. Marginalizar otros abordajes en esta situación, vuelve poco certera la investigación en la temática.

En el año 1914, Binet y Simon, aportaron otro antecedente importante, que surgió a raíz de la aplicación de una escala, en la que distinguen tres grupos de niños: los que no pueden aprender por deficiencia mental, los desequilibrados y otro grupo mixto que presentaban ambas desviaciones. Es notorio que la descripción de los niños que eran considerados desequilibrados, refiere a conductas que tienen similitud con la definición que se utiliza por TDAH con las características tomadas en cuenta para el diagnóstico (Tallis, 2004).

Continuando con el recorrido histórico, en el año 1917 Barkley (citado por Carboni, 2011) plantea que el trastorno postencefalítico se utilizaba para definir a los niños que luego de un acontecimiento de encefalitis epidémica aguda, mostraban perturbaciones en la conducta, por ejemplo, hiperactividad, impulsividad, fatiga y déficit de atención. Este suceso en particular, lleva a que el trastorno sea asociado con algún tipo de alteración del sistema nervioso central.

Tres años después, a raíz de las lesiones cerebrales, producto de encefalopatía congénita o adquirida, se comienza a describir un cuadro de insomnio y distractibilidad. Como referente de la época aparece el Psicólogo Francés Henri Wallon, a partir de sus trabajos se comienzan a denominar esos síntomas, como síndrome hiperquinético (Tallis, 2004).

En 1935 Childers realiza una división entre niños hiperactivos y niños con lesiones cerebrales, ya que solo un número mínimo de niños hiperactivos presentan tales lesiones. Los estudios realizados por Bradley en 1937, permitieron observar que a través del uso de anfetamina, se producían cambios notorios en el comportamiento y rendimiento escolar de estos niños (Tubert, 2010).

Como se ve reflejado en estos estudios, se produce un antes y un después en la manera de tratar la hiperactividad, debido a la administración de fármacos a los niños que presentaban patologías.

Hacia el año 1940, aparece la tesis de J. Abramson "El niño y el adolescente inestable", según afirma Janin (2004) con este estudio, se comienza a denominar al exceso de movimiento como "síndrome hiperquinético".

Es en el año 1952 con el descubrimiento de los neurolépticos y después con la creación en el 1957 del metilfenidato, que se procede a la administración de psicoestimulantes a niños hiperactivos (Tubert, 2010).

En la década de los 60, la mayoría de los investigadores comenzaron a darse cuenta de que los niños con síntomas de hiperquinesia o hiperactivos, no presentaban lesión cerebral alguna. En concordancia, Clements y Peters, suavizaron el nombre y se pasó a llamar daño cerebral mínimo. Más adelante se vuelve a modificar la denominación de este trastorno y se pasó a nombrar síndrome de hiperactividad del niño, hasta que en 1968 se crea la versión II del DSM donde se hace énfasis en la hiperactividad como eje fundamental del Trastorno de Reacción Hiperquinética en la infancia (Tubert, 2010).

En 1980 con la publicación del Manual de Estadística y Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM III), se reconoce por primera vez que los síntomas principales del TDAH son las alteraciones de la atención. El diagnóstico de lo que antes se conocía como "reacción hiperquinética de la infancia" pasó a llamarse Trastorno por Déficit de Atención, acordándose los criterios diagnósticos para el TDA con y sin hiperactividad (American Psychiatric Association, 1980) (Carboni, 2011).

En el año 1987, en la versión revisada del DSM-III- R, la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, se cuestiona el concepto de TDA sin hiperactividad, por la falta de suficientes

estudios que dieran cuenta de la existencia del trastorno. Por lo tanto incorporan la característica de hiperactividad, desde ese momento pasa a denominarse “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad”, término que instaura con mucho ahínco en el DSM-IV (Míguez, 2011).

En los años '90 con el advenimiento de la tecnología, se comienza a utilizar la técnica de la tomografía. “Más allá de estas idas y venidas a partir de síntomas visibles, manifestaciones concretas, suposiciones “científicas”, ninguna técnica ha dado respuestas contundentes sobre las causas fisiopatológicas de los problemas conductuales” (Moyano citado por Míguez, 2011, p.213).

En 1992, en el manual realizado por la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) se denomina Trastorno de la Actividad y la Atención, haciendo énfasis en la hiperactividad, siendo el déficit atencional uno de los puntos claves en los trastornos hiperkinéticos. Finalmente en el año 1994, en la versión del DSM IV el Trastorno pasa a denominarse “con predominio del déficit de atención” sin necesidad de la presencia de algún síntoma de hiperactividad impulsividad (American Psychiatric Association, 1994) (Carboni, 2011).

En el DSM IV-TR (2002) aparecen tres subtipos, el primero con predominio de inatención, otro con hiperactividad-impulsividad y un tercer subtipo de inatención combinado, debiéndose detectar en espacios como la casa o la escuela. Aún más reciente es la versión del DSM V correspondiente al año 2013, donde se puede apreciar un paradigma categorial con fronteras nítidas entre los cuadros clasificados, por otro dimensional con límites más borrosos y gradientes de gravedad tal como ocurre con el espectro autista (Vasen, 2013).

Luego surge otra versión, que es la más reciente, publicada en el año 2013, donde no se aprecian cambios significativos con respecto al manual anterior, en lo que respecta a los criterios diagnósticos. Lo que se puede observar, y que es más notorio, es el cambio de paradigmas, se pasa de uno categorial con “fronteras nítidas entre los cuadros clasificados” a otro con “límites más borrosos y gradientes de gravedad tal como ocurre con el espectro autista” (Vasen, 2013, p.47).

Si observamos detenidamente, en estos tipos de manuales prevalece una modalidad de catálogo, como si todos los niños fueran iguales, manteniendo una homogeneidad, perdiéndose de vista la singularidad y por lo tanto su entorno.

Como se puede apreciar en este minucioso recorrido por las diferentes apreciaciones de lo que hoy se conoce como TDAH, a lo largo de la historia, se introdujeron una serie de modificaciones conceptuales sobre el trastorno, pasando por diferentes mutaciones en su nominación. Se fue transformando, pasando por la noción de que toda conducta, signo, síntoma era una demostración de daño cerebral hasta llegar a la denominación de trastorno de la conducta.

Después de haber transitado por la historia, hace falta desarrollar qué se entiende por dificultades atencionales e hiperactividad.

2.2. La función atencional desde el punto de vista Psicoanalítico.

En la actualidad es frecuente escuchar a los padres decir que sus hijos “no prestan atención”, “son inquietos”, “tienen problemas de conducta”, viéndose desbordados ante estas situaciones. En consecuencia aparecen los diagnósticos por dificultades atencionales e hiperactividad, transformándose en un problema, generando fuerte incidencia a nivel familiar, académico y social. Considerando estas circunstancias los niños son catalogados como él que “molesta”, él que no acata las reglas establecidas y por lo tanto, pasan a tener diferentes etiquetas, “él desatento”, “él inquieto”, “él revoltoso” y podríamos continuar con infinidad de términos que son recurrentes y que encasillan al niño. Lo habitual en estas circunstancias es que se pierde de vista la subjetividad de ese niño, ¿Qué piensa en esos momentos, a qué atiende, a qué presta atención?

Para comprender mejor esta cuestión será necesario definir entonces qué se entiende por atención, según plantea Cristóforo (2015) “es una función compleja donde participan factores de diversa índole: neurológicos, neuropsicológicos, psicológicos, culturales y ambientales” (p. 17). Por esta razón, no sería conveniente reducir las conductas del niño a un simple diagnóstico de déficit atencional, dado que quedan invisibilizados otros aspectos fundamentales que tienen que ver con su subjetividad.

La atención para su desarrollo normal, se apoya fundamentalmente en dos tipos de factores, los neurológicos y los ambientales. Estos últimos incluyen: la disponibilidad de los

padres para el cuidado y para la consideración de las necesidades afectivas del niño; las prácticas de crianza y las condiciones de vida y medio ambiente (nivel socioeconómico y cultural).

Untoiglich (2011) considera la atención como una función yoica que se produce intersubjetivamente, producto de un proceso histórico libidinal. Es con el otro que se va a decidir a qué se atiende y cómo se atiende. También la vincula con la inhibición de procesos psíquicos primarios, estableciendo el límite entre percepción y alucinación, por lo que interviene en el principio de realidad.

Tomando los aportes de la teoría psicoanalítica, se entiende que existen dos tipos de atenciones, la primera llamada atención refleja, encontrándose en el límite entre lo biológico y lo psíquico. Luego aparece la denominada atención psíquica o secundaria, es la consecuencia de la inhibición de los procesos psíquicos primarios (Janin 2004).

El desarrollo de la atención por lo tanto, tendrá que ver con las potencialidades del desarrollo, y de los investimentos que se producen en base a las condiciones psicológicas y del medio ambiente.

Será la madre en primera instancia la que oficie de mediador en el desarrollo del bebé, que a través de los encuentros interactivos, impulsará el desarrollo de la función atencional, participando en la obtención y selección de los estímulos a los que deberá atender el niño. Al principio la atención se considera involuntaria, más adelante con el desarrollo del lenguaje pasará a ser voluntaria (Cristóforo, 2015). En esta misma línea de pensamiento, Bleichmar (1999) sostiene que en la infancia se van sucediendo momentos constitutivos estructurantes del psiquismo, que se sustentan en el vínculo con las figuras de afecto, haciendo referencia a la importancia de las parentalidades en el desarrollo de una atención sana.

Tomando en consideración los aportes de Cristóforo y Untoiglich la atención se considera como un fenómeno interdisciplinar donde, los aportes desde lo neurológico a lo psicoanalítico nos permiten comprender los mecanismos por los cuales la atención opera en la psiquis infantil.

Según Rodríguez (2014), autores como Luria (1986), Vigotsky (1988) y Bruner (1991), han sostenido la teoría de que el desarrollo de la función atencional, se va construyendo desde etapas muy tempranas. Donde la interacción con el entorno y la mediación del lenguaje, adquiere un papel preponderante en la discriminación de la atención involuntaria, elemental, de la atención voluntaria, altamente compleja y esencialmente social.

Con respecto al desarrollo de la función atencional en la interacción temprana, Fouque (citado por Cristóforo, 2015) plantea que los vínculos tempranos, el contacto piel a piel, el intercambio de miradas entre la madre con su hijo, la unidad entre las diferentes sensaciones, juegan un papel fundamental en la experiencia de unidad interna y gestándose de esta manera una primera organización del cuerpo y del yo. Por lo tanto, la figura materna (o su sustituto) y su función continente pasan a jugar un rol importante en ese proceso.

Como vemos, es el otro el responsable en un primer momento de libidinizar el mundo y encargarse de darle sentido. En primer lugar será la madre, después pasará a ser sustituida por los otros significativos. También será importante a lo largo de la vida infantil, la mirada del adulto invistiendo la realidad.

Para Torras de Béa (2010), pasa a ser indispensable la disponibilidad que tenga la madre o quien se encarga de la función de cuidado, el tener bajo control los requerimientos afectivos del bebé. Además será fundamental el cuidado que la madre le dirige y el afecto que muestra por el, aspecto de gran importancia que recae en la capacidad de atender del niño y su interés por el mundo externo. En este sentido, la madre es la encargada de conceder significado al mundo para el niño y en esta acción significa al niño.

Como plantean los autores mencionados anteriormente, entendemos que un niño en pleno proceso de estructuración, va a estar influido constantemente por su entorno. En primer lugar, 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.

Entonces no corresponde ver al niño como único actor en este proceso, sino que se debería tomar en cuenta las diferentes variables en las que los adultos pueden influir en la

desatención o hiperactividad de ese niño. No debemos dejar de lado, 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.

Estamos viviendo en una época donde no podemos invisibilizar la cantidad de estímulos que rodean al niño. La masificación del uso de los dispositivos tecnológicos, entre ellos teléfonos celulares, tablets, videojuegos, etc, generan una sobre estimulación temprana. Estas condicionantes hacen que se distraigan con facilidad, y por lo tanto conllevan desde la educación y desde la parentalidad a pensar que “presentan dificultades atencionales.” ¿Qué son las dificultades atencionales? En el siguiente apartado es preciso explicar con detenimiento de qué se trata.

2.3. Las dificultades atencionales.

Actualmente los niños presentan problemas para concentrarse, debido a la cantidad de estímulos que existen en su cotidianeidad. Estas situaciones provocan que se presenten dispersos y por lo tanto se generan situaciones particulares en la psiquis de cada niño, incidiendo de esta manera en la concentración, como también en otras áreas.

Para entender qué pasa en esos casos, y en función de lo planteado en el apartado anterior, es preciso traer las palabras de Rodríguez (2014) ya que explica de forma clara y precisa lo que acontece en el psiquismo:

En aquellos niños que durante el primer tiempo de constitución psíquica, la respuesta a sus necesidades es vivenciada como precaria o discontinua, o por el contrario, cargada de ambivalencia o tensiones, o bien llegando a ser excesiva para el psiquismo, se verá enfrentado a fallas en la simbolización, es decir, en la capacidad de representar la ausencia de satisfacción o exceso de angustia. Lo cual puede deberse a dos grandes dificultades que enfrenta la incipiente psiquis: el exceso de presencia del otro, que anula la singularidad y obstaculiza los procesos identitarios, así como, la escasa presencia de otro, que no permite la decodificación de la angustia del bebé, sin ofrecer vías de descarga pulsional (p.8).

Siguiendo esta línea de pensamiento, se puede suponer que estos niños que presentan dificultades en la atención y problemas de hiperactividad, muestran inconvenientes para investir la realidad o para inhibir los procesos psíquicos primarios, generando desatención, hiperactividad e impulsividad.

Por su parte, Muniz (2017) postula que las dificultades atencionales se toman como categoría diagnóstica, lo que lleva al tratamiento sintomal y no como características individuales que pueden responder a causas diversas. En la actualidad, "los niños pueden estar" en diferentes "lugares" reales o virtuales a la vez, siendo un requerimiento la atención dispersa para jugar, mirar la televisión, atender los estímulos de la computadora, etc. (p.64). El problema se instala según la autora, porque el niño parece no aprender, lo que pone en evidencia la cuestión de si es un problema del niño o del modelo de enseñanza actual.

En cuanto a esto, y teniendo una mirada crítica acerca de los diagnósticos y el "etiquetamiento" de las subjetividades, Cristóforo (2015) hace hincapié en la diferenciación entre dificultades en la atención y déficit atencional. Proponiendo un posicionamiento, que da cuenta de una forma de pensar los múltiples factores que puede haber detrás de las dificultades, que no son sólo un déficit, sino que en algún caso puede responder a un exceso, pero en realidad de lo que se trata no es ni de un déficit, ni de un exceso, sino de modalidades atencionales. Se busca entender en cada caso, porque un niño atiende de acuerdo a los requerimientos del momento y qué más sucede cuando no atiende, es decir, comprender la relación entre función y funcionamiento. "Si atender es invertir una parte de la realidad, las dificultades en la atención estarán mostrando la dificultad del yo para invertir ese recorte de la realidad, y/o, para inhibir procesos psíquicos primarios que penetran los procesos perceptivos" (p.29).

Las dificultades en la atención, entonces, se hacen evidentes cuando el niño no alcanza suficiente reconocimiento o selección de un estímulo y/o no logra la inhibición de estímulos irrelevantes, aspecto que hace a la capacidad de focalización. Asimismo se configura una dificultad cuando no puede sostenerla durante el tiempo que la tarea requiere.

2.4. La hiperactividad, característica de los niños de hoy.

Otra característica que lleva a la consulta psicológica es la hiperactividad. Como fuera mencionado anteriormente la función atencional y la inquietud dependen de las características del vínculo que se haya construido entre el bebé y el otro en los primeros meses, será determinante para el despliegue simbólico del niño.

Muchas veces se observan niños que se mueven constantemente, corren de un lado al otro sin parar. Estas acciones no presentan un propósito en sí mismas, por lo tanto no están encausadas en conducir a ningún objetivo aparente. Para ciertas personas estas

conductas son catalogadas como fuera de lo normal, descartando totalmente la idea de que esas características están presentes a lo largo del desarrollo y que son habituales.

Para entender mejor estas situaciones es preciso aclarar de qué se trata la hiperactividad, según plantea Janin (2004) es “cómo ese exceso de movimiento desorganizado, considerándolo una señal, un indicio de conflictivas que, muchas veces, no son evidentes sino que deberemos develar”. Destaca la idea de que estos niños manifiestan su sufrimiento por medio del exceso de movimiento desorganizado, satisfaciendo lo que el otro significativos no satisface; movimiento que promueve mayor excitación (p.75).

El niño no logra ordenar sus actos y mucho menos canalizar las acciones para que lo conduzcan hacia donde desea ir, como resultado de estos actos, aparece una hipermovilidad, sin un sentido manifiesto (Untoiglich, 2011). Para el psicoanalista y psicomotricista J. Berges (2004) en los niños la motricidad busca sustituir ciertas palabras que no han podido ser expresadas a través de la oralidad. El autor interpreta este hecho como un pasaje al acto, considera que aquellos elementos que no han podido ser simbolizados por medio del lenguaje, se muestran a través de la acción. En concordancia con lo que plantea Untoiglich, las consecuencias de la falta de orden se ven reflejadas en su motricidad, teniendo estas un sustento psicoanalítico. Entienden que ciertos elementos psíquicos se visibilizan a través de la acción como consecuencia de una invisibilización en el lenguaje que es lo que plantea el autor.

Para Cristóforo (2015) el contacto piel a piel, la mirada de la madre, las sensaciones, el vínculo con el otro, producen una primera organización del cuerpo y del yo. Se considera que son los primeros tiempos de contacto con la piel del otro y dependerá de cómo se haya dado ese acercamiento, porque si el niño no logra encontrarse con el cuerpo del otro, no obtendrá la unidad necesaria para representarse a sí mismo como Yo.

En acuerdo con los autores, la inquietud de los niños se da como consecuencia de las dificultades en las primeras relaciones, y/o en los vínculos entre la madre y el hijo (Winnicott, 1993). Entonces, es preciso resaltar que ningún niño es capaz de transitar por sí mismo las circunstancias que conlleva vivir en el mundo. Este, por lo tanto, necesitará de otro que decodifique y equilibre la urgencia interna-externa, sino será pura excitación y no cesará de moverse sin un objetivo aparente.

Entonces la inquietud puede ser pensada y definida como un comportamiento, el cual es producido por una falla en la simbolización, que obliga al niño a poner su cuerpo en movimiento.

Por otro lado Vasen (2007) considera que la inquietud es positiva y eficaz si se traduce en curiosidad. Haciendo hincapié en que el aumento de niños inquietos está en relación a la época actual, en donde los mismos se encuentran constantemente estimulados, acelerados, seducidos y atraídos en todo momento.

Como expresan los diferentes autores, las características que presentan estos niños en esta época, están relacionadas con la necesidad de demostrar y sentir que están vivos, manifestándose a través de las conductas.

CAPÍTULO III: Estado de situación de nuestro país sobre la problemática del TDAH.

*“En esta diversidad de técnicos, estrategias, tecnologías, relaciones de saber/ poder, dispositivos, instituciones, se llega hoy día a lo que se entiende una patologización abusiva de la niñez uruguaya”
(Miguez, 2012, p.80).*

3.1. Panorama nacional

Los estudios epidemiológicos en Salud Mental Infantil han presentado avances importantes en estos últimos años. Es de destacar, que nuestro país no contaba con datos de este tipo, hasta que en el año 2008, las autoras Viola, Garrido y Varela (2008), publican un estudio epidemiológico sobre la salud mental de los niños Uruguayos. En él se constata que el 21.9% de los niños en etapa escolar sufren problemas de salud mental, asociados con problemas de aprendizaje, problemas emocionales y comportamentales. Se indica que el TDAH es una de las afecciones más frecuentes en la infancia uruguaya, confirmando su alta prevalencia y comorbilidad. De los datos recabados, se puede apreciar que el 40% de los niños de la muestra presentaron comorbilidad con trastornos de conducta, trastornos de ansiedad y trastorno oposicionista desafiante. La mitad de estos niños presentaron fracaso o rezago académico y casi el 20% recibió algún fármaco.

En ese mismo año se aprueba otro estudio a cargo de médicos de las cátedras de Farmacología y Psiquiatría Infantil de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Llevando adelante una investigación sobre: “Uso del metilfenidato en niños y adolescentes usuarios de servicios de asistencia pública en Montevideo”, considerando que este medicamento es el psicofármaco que se prescribe para el tratamiento del déficit atencional e hiperactividad, confirmando que es la alteración más frecuente en niños (Speranza et al., 2008).

Los autores indican que, si bien los beneficios terapéuticos del psicoestimulante sobre los síntomas y el rendimiento han sido demostrados, informan que la eficacia a largo plazo no ha sido establecida y que se desconoce la utilidad en la prevención de la evolución a otros trastornos asociados a la personalidad o a la conducta. No existe en Uruguay otra referencia de tipo epidemiológico actualizada.

“Cabe destacar que Uruguay ha sido objeto de observaciones por parte de organismos internacionales respecto al aumento del uso de metilfenidato y el escaso control por parte de las autoridades sanitarias” (Muniz, p.13. 2018).

Sucede que aquello que escapa de lo esperado tanto para el sistema de salud como para el sistema educativo, rápidamente es categorizado como una patología, se lo coloca del lado de la enfermedad. Una forma de pensar los problemas en la infancia que conlleva a prácticas terapéuticas que no están dando el resultado esperado.

Lo que acontece con estos niños que se apartan de lo esperado, tanto para la escuela, como para el médico, rápidamente se los medica por varios factores: porque el sistema sanitario no les está brindando otro tipo de alternativa terapéuticas, los tiempos de espera son extensos y la escuela reclama rápidas soluciones. Como consecuencia aparece en el niño la prescripción de medicamentos, con el objetivo de acallar, de adormecer esos síntomas que hacen ruido y que se manifiestan en señal de búsqueda de sentido en pro de una adaptación a las exigencias escolares.

En esta misma línea de pensamiento, Frigerio (2007) sostiene que “las modalidades de entender las diversidades de los pequeños y de los grandes están en jaque, movilizadas, como un temblor. Nos encontramos así con (...) nuevas infancias o nuevas adolescencias” (p.27).

En virtud de comprender lo que sucede en nuestro país, Guerra (2013), dirá que estamos ante la presencia de la “moda” hiperactiva. Aparece la necesidad de capturar lo desconocido y “dominar las incertezas”, produciendo generalizaciones sobre el comportamiento de los niños. Con respecto a esta situación y desde diversas disciplinas, se ha venido observando la preocupación por el exceso de diagnósticos. Los profesionales involucrados en el tema, consideran que se trata de un cuadro patológico y que el abordaje de preferencia es la medicación, que tiene como objetivo estimular el Sistema Nervioso Central (p.46).

Conviene precisar que la importancia de estudiar el tema, reside como plantea Muniz (2017) en:

el aumento de la terapia farmacológica en niños, cuyo crecimiento exponencial en Uruguay ha sido objeto de diversas observaciones por parte de Organismos Internacionales y de la prevalencia señalada en relación al déficit atencional y a la hiperactividad dentro de las llamadas patologías en la infancia. Sufrimiento subjetivo relacionado con los efectos de la medicación pero también con el de ser señalado como el problemático (p. ix).

Esta problemática, sobre los diagnóstico y los tratamientos para niños con déficit atencional e hiperactividad, es abordada por diferentes disciplinas en nuestro país, desde perspectivas sociales, psicológicas y médicas, a fin de comprender qué sucede con el aumento de medicación en los niños en etapa escolar.

3.2. Diversos enfoques para un mismo problema

En nuestro país, actualmente, diversos autores dentro de la academia han realizado nuevos aportes en relación a las dificultades atencionales e hiperactividad en niños, fundamentalmente con la finalidad de aportar conocimiento interdisciplinar al respecto. A continuación, a partir de trabajos publicados desde el año 2008 a la fecha, nos aproximaremos a conocer datos que describen dicho fenómeno. La importancia de este apartado radica en presentarle al lector un resumen crítico de los trabajos realizados, destacando lo que se ha dicho en nuestro país desde distintos escenarios, entre ellos, la educación, la sociología, la medicina y la psicología. Considerando los diversos abordajes terapéuticos posibles, para mostrar el estado de situación de estos niños.

El tratamiento del TDAH se realiza habitualmente de manera individualizada en función de las características propias de cada niño y su familia. En cuanto a la elección del tratamiento más adecuado, el profesional será el encargado de establecer cuál es el más conveniente, dentro de las diferentes opciones que existen.

En la búsqueda de otras alternativas posibles para la intervención con estos niños, se harán visibles los distintos enfoques terapéuticos que existen. Teniendo como objetivo principal destacar que no solo es posible un abordaje médico con fármacos, sino que es preciso dar visibilidad a otras alternativas, que ayudarán más a esos niños a largo plazo.

Según sostiene Cristóforo (2015) se han expuesto en los últimos años diversas explicaciones etiológicas que implican asimismo variadas estrategias terapéuticas:

En relación a unas y otras las discusiones se organizan básicamente a partir de dos posturas teóricas. Una de ellas sostiene el carácter patológico de la desatención, la existencia de una etiología orgánica (contemplando en algún caso también la existencia de factores ambientales que favorecen el desarrollo de la patología), y entienden que la terapéutica pertinente es medicamentosa, acompañada de terapia cognitivo conductual. La otra postura y en contraposición a la anterior sostienen que la desatención es un indicio y que por consiguiente amerita un diagnóstico en cada caso, que la etiología es psicológica y recomiendan tratamientos psicológicos, fundamentalmente enmarcados en el psicoanálisis (p.84).

3.3. Enfoque Médico

Los trabajos seleccionados para este apartado fueron considerados en función de los años de publicación, como se ha mencionado anteriormente desde 2008 en adelante. Además se explicarán los objetivos de cada trabajo así como también los resultados y sus conclusiones generales, tratando siempre de conectar las investigaciones con el objetivo de la presente monografía: entender y problematizar desde una mirada integradora.

Una investigación que generó importantes conocimientos acerca del uso de psicofármacos fue la investigación; *Uso de metilfenidato en niños y adolescentes usuarios de servicios de asistencia pública de Montevideo* (Speranza et al., 2008). Cabe realizar un paréntesis y aclarar que el metilfenidato es el psicofármaco recomendado para el tratamiento del trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH). Este trabajo tuvo como objetivo principal, describir el uso de metilfenidato en una población de niños y adolescentes menores de 15 años usuarios del subsector público de salud de Montevideo.

La metodología de trabajo consistió en identificar a los niños de 6 a 14 años que retiraron metilfenidato de las farmacias del Centro Hospitalario Pereira Rossell (Hospital infantil) y del Hospital Vilardebó (Hospital Psiquiátrico). Se realizaron 124 encuestas telefónicas a los padres y/o tutores del niño en la que se analizó: indicación; prescripción; reacciones adversas; beneficio terapéutico. Los resultados obtenidos demuestran que la edad media de los niños fue 10 años, 77% varones. Cumplían con los criterios diagnósticos del DSM IV 116 de los 124 niños incluidos en el estudio (93,5%), de los cuales 111 presentaban TDAH de tipo combinado y 5 a predominio desatento. Presentaban antecedentes familiares de trastornos conductuales similares al niño el 46%; prematurez 22% y bajo peso al nacer 16%. La dosis media fue 12,9 mg. El 64,5% de los niños recibió el medicamento en dosis única. La mayoría (85,5%) lo recibía en relación a la actividad escolar, frecuentemente antes de concurrir a clases. En la mayoría de los niños la indicación del tratamiento y la reiteración de la prescripción fue realizada por psiquiatra infantil. En 105 de los 124 niños (84,6%), los padres y/o tutores refirieron haber observado beneficio terapéutico con el uso de metilfenidato. En este grupo, 59 niños recibían concomitantemente otro psicofármaco. El 59,7% (n=74) refirió haber presentado al menos una de las reacciones adversas que se incluyeron en la encuesta. Entre las más frecuentes se destacan, cefalea, disminución del apetito, dolor abdominal y ansiedad. Concluyen que les llama la atención que la mayor parte de los pacientes logran efectos terapéuticos con dosis bajas, lo que podría relacionarse con la administración previa al horario escolar o a otros psicofármacos combinados. Además señalan que los beneficios terapéuticos del psicoestimulante sobre los síntomas y el rendimiento han sido demostrados pero la eficacia a largo plazo no ha sido establecida.

Como fuera mencionado en los párrafos anteriores, nuestro país no contaba con estudios epidemiológicos en salud mental infantil, es en el año 2008 cuando docentes de la Clínica de Psiquiatría Infantil publican el trabajo titulado, *Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevideanos*, de las autoras Viola, Garrido y Varela. Como metodología de trabajo se utilizó el instrumento de evaluación de aspectos del comportamiento y de la competencia social de niños y adolescentes. Se tomó una muestra representativa de 513 niños de 6 a 11 años, escolarizados de Montevideo, donde se concluye que padecen en un 21.9% problemas de salud mental. Concluyendo que este panorama ubica al país a nivel internacional, en el rango de una alta prevalencia en trastornos psiquiátricos en la infancia. Además, destacan que el TDAH es una de las afecciones más frecuentes en la infancia uruguaya, confirmando su alta prevalencia y comorbilidad que afecta los aprendizajes.

En el año 2009, las docentes de la Clínica de Psiquiatría Infantil, Viola y Garrido, nuevamente publican otro estudio, esta vez, con más especificidad que el anterior, lo denominan, *Características epidemiológicas del trastorno por déficit atencional en los escolares uruguayos*. Basado en el estudio Epidemiológico Nacional, el objetivo del presente trabajo es el de analizar la consistencia interna de la subescala orientada DSM para problemas atencionales; establecer la prevalencia del trastorno por déficit atencional en los escolares uruguayos; examinar su asociación con otros trastornos psiquiátricos y conocer las características de la atención especializada recibida por esa población. Con respecto a la metodología, se tomó una muestra de 1.374 niños entre 6 y 11 años, escolarizados. Como resultados se obtiene que 7.6% de los escolares uruguayos presentan TDAH. El 20,2% de los niños portadores de TDAH no presenta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y el 40% tiene dos o más trastornos asociados. De las características de la atención especializada recibida, el 35,6% realizaron consultas previas en algún servicio de salud mental y el 19,2% recibió algún tratamiento farmacológico. Como conclusión, este estudio aporta los primeros datos nacionales de prevalencia aproximada para TDAH, sugiere además la existencia de necesidades asistenciales insatisfechas en esta población específica en el Uruguay.

Desde la psiquiatría, Gold (2010) plantea que la mayoría de los niños diagnosticados con TDAH son sometidos a tratamientos farmacológicos, sólo en algunos casos se recomienda apoyo psicológico como complemento de la terapia. Este autor considera que lo más apropiado es una terapia de tipo conductista, donde se apunta a cambiar las ideas y las conductas del niño. En relación al tratamiento de estos niños con dificultades atencionales e hiperactividad, desarrolla una estrategia terapéutica basada en “aspectos psicoeducativos, psicofarmacológicos y psicoterapéuticos”. Antes que nada, se le enseña al niño y a los adultos responsables los cambios que deben realizar para mejorar la calidad de vida. Se sugiere “un entrenamiento en puesta de límites adecuados y un plan de rutinas ya sea para la vida diaria como específicamente para las tareas vinculadas a lo académico”. Si el niño presenta cambios no será necesario el uso de farmacología. Es interesante lo que plantea con respecto a la medicación, afirma que “no es curativa sino que, al bajar la impulsividad, mejora su capacidad de atender y sostener por un tiempo la atención y de organizar una tarea mejor, se pone al niño en mejores condiciones para ser ayudado”.

Este autor sostiene que la terapéutica más adecuada para el tratamiento de niños con esta problemática es la psicofarmacología acompañada de psicoeducación y terapias psicológicas cognitivo-conductuales. Sin embargo, a lo largo de este trabajo se ha desarrollado una visión crítica al respecto. Entendiendo que, algunas vías de acción como herramientas para la ayuda de niños diagnosticados, olvidan el rol activo del niño como infante. Se invisibiliza su sufrimiento y se hace foco en otras cuestiones cuando lo que en realidad se necesita es justamente prestarle atención.

El Dr. Gustavo Tamosiunas, profesor del Departamento de Farmacología y Terapéutica del Hospital de Clínicas, en una reciente jornada, *“Salud mental en niñas, niños y adolescentes: Múltiples miradas para un abordaje integral”*. Conferencia: *“Psicofármacos y medicamentación. Efectos placebo”*, comienza señalando que es necesario distinguir entre el proceso de medicalización, que no es necesariamente nocivo, y el proceso de medicamentación, que consiste en el uso excesivo de medicamentos en cada vez más situaciones, incluso en las que no están indicados. Según explicó, la industria farmacéutica sostiene que los medicamentos son imprescindibles para el proceso de medicalización, ya que producir medicamentos únicamente para el grupo de sujetos que sí los necesitan no es rentable económicamente. En estas condiciones, se torna difícil para el médico que debe prescribir un medicamento que en su nombre, menciona la intoxicidad del sistema nervioso.

Respecto a los efectos placebo, Tamosiunas indicó que al evaluar la evidencia en relación al uso de psicofármacos, buena parte de los análisis muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas con el efecto placebo. Con esto refiere a que los tratamientos farmacológicos muchas veces surten efecto pero no por los principios activos que rigen dentro de la farmacología sino por lo que se espera que el medicamento debe hacer en el niño.

Para finalizar la presentación, el docente hizo énfasis en la necesidad de una discusión sobre el tema a nivel global e interdisciplinario, con la participación tanto de profesionales de la psicología y la medicina como de maestros, sociólogos y educadores. Esto implica la responsabilidad de un cambio en el modo de trabajar, en conformar un grupo de trabajo que incluya a todos los profesionales. Será necesario abrir puertas, realizar un “cambio de cabezas”, generando un proceso de “deshabituarse” prácticas que se han venido sosteniendo desde hace muchos años, logrando de este modo, el cambio hacia otro modelo de salud.

En la misma jornada participó como invitada la Dra. Pediatra, María Aparecida Affonso Moyses, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal de Campinas (Brasil). Como se puede apreciar no pertenece a nuestro país, pero será importante considerar sus aportes, para comprender lo que ocurre en la región. La conferencia se llamó: *“la vida fuera de escena”*, al comienzo destacó que expondría desde su trabajo como pediatra, en contacto con niños y niñas “reales”. Presentándose como Profesora Titular y militante de Despatologización, un movimiento constituido por profesionales de distintas áreas y no profesionales, movilizado por la despatologización de la vida. Sugiere “cambiar el lenguaje para cambiar la mirada”. Continúa su discurso, expresando que vivimos en una sociedad construida por problemas colectivos que generan desigualdades, estas mantienen los problemas de la sociedad.

La docente brasileña se centró en los fenómenos de patologización y medicalización del comportamiento, que ocurren a través de un discurso en el que se invisibiliza la diversidad humana, diferencias y desigualdades, y los problemas colectivos se vuelven a presentar como individuales, preferencialmente como enfermedades. Estos fenómenos, según explicó la Dra. Affonso, “debilitan las posibilidades de las personas de hacer frente a dificultades, conflictos, sufrimientos y pérdidas resultantes de sus propias vidas, transformando los dolores y alegrías de la vida en enfermedades”. En relación a la despatologización, sostiene que es posible a través de la conformación de un equipo de trabajo con una atención integral al niño. Este equipo se forma con las necesidades individuales y no es igual para todos. Involucra a la familia y a la escuela para construir un proceso terapéutico singular. En este proceso no se podrá apreciar al TDAH, sino que para cada niño habrá un proyecto singular.

En el cierre de la conferencia, la doctora expresa que todos los profesionales tienen el compromiso con sus hijos y nietos de construir otro mundo, manteniendo la postura de que otro mundo es posible, para que todos obtengan el derecho a la vida y a un futuro mejor. Para alcanzar tales compromisos, señala cuatro aspectos que considera importantes: “despatologizar la vida, repolitizar la vida, reinventar la vida y reencontrar la vida”.

3.4. Enfoque psicológico

En la actualidad, y hace ya varios años, las escuelas se han poblado de niños desatentos, inquietos, hiperactivos, que se distraen con facilidad y que por lo tanto presentan problemas de aprendizaje. Estas características representan algunos de los síntomas que definen al denominado TDAH.

Según Muniz (2018) los niños son encasillados para clasificarlos con el fin de tratarlos para que se adapten mejor;

Las instituciones educativas también se hacen eco de esta modalidad clasificante si el niño no logra adaptarse a lo que se aspira de él. De esta forma, lejos de integrar las diversidades, atendiendo a las singularidades que nos hace adultos ricos en experiencias diferentes para compartir, se excluye a los diferentes (...) Prácticas extendidas como el concurrir medio horario a clase o exigir la medicación diaria son formas desesperadas que las instituciones educativas han establecido como estrategia para contener lo que la(s) infancia(s) les presenta como problema actualmente (p.143).

Por su parte, Moisés y Collares (2013) manifiestan: “Los discursos imperantes tanto de profesionales de la educación como de la salud hacen creer que la escuela y más extensamente la sociedad, es “víctima de niños inadecuados, anormales, enfermos”, sin cuestionarse si existe alguna relación entre la creciente cantidad de niños con “supuestos trastornos” y la inadecuación del sistema escolar” (p.23).

Para esta sección se listan a continuación aquellas investigaciones que desde un abordaje enteramente terapéutico problematizan sobre el TDAH. Para conocer estos trabajos tomaré los objetivos, la metodología, sus resultados y las conclusiones a las que han llegado. El hilo conductor entre estas investigaciones es que todas integran a la desatención y la hiperactividad como una dificultad (y no un diagnóstico rígido) que se debe trabajar desde una visión integradora dadas las características del desarrollo infantil.

En el año 2011, Cristóforo, Delgado, Pou, Valazza del Centro de Investigación Clínica en Psicología, y Procesos Psicosociales a Pequeña Escala de la Facultad de Psicología, realizaron una investigación denominada, *La Función Atencional en la Generación Millenium: Interrogando al Diagnóstico de ADD y ADHD*. Los resultados presentan los datos obtenidos en la primera escuela urbana de contexto medio, dichos datos dan cuenta de que los niños que presentan dificultades atencionales, no muestran en

sus producciones características afectivas que permitan encasillarlos en un grupo diferenciado. En tanto la modalidad atencional no presenta un patrón común entre los niños rotulados como desatentos, se observó además que no hay diferencias significativas en las maneras de atender entre niños rotulados como desatentos y los que no. Concluyeron a partir de esta muestra, que los niños con dificultades atencionales, pertenecen a una población muy heterogénea. Esto permite plantear que la desatención se presenta como un síntoma y que no existe una entidad específica que posibilite agrupar en un grupo homogéneo. En tanto a los aspectos afectivos involucrados, se desarrollan en función a la interacción social, se observó con frecuencia gráficos donde el único personaje es el niño.

Otra investigación interesante es la que presentó Rodríguez (2014) para obtener el título de Magíster en Psicología Clínica, titulada *Aportes al conocimiento sobre el vínculo madre-hijo en dos casos de niños que presentan dificultades atencionales*. Un estudio de caso. El objetivo planteado fue determinar la relación entre la modalidad atencional y las características del vínculo madre-hijo, así como del desarrollo emocional en dos casos de varones que son derivados por presentar dificultades atencionales a nivel escolar. La metodología aplicada en esta tesis presenta un enfoque cualitativo, utilizando como estrategia de investigación el estudio de caso. Se trata de un diseño de estudio descriptivo. El trabajo de campo se realizó en el Departamento de Neuropediatría perteneciente al Banco de Previsión Social (BPS), al cual accede población de todo el país, fueron seleccionadas 2 situaciones clínicas de varones escolares que consultan por dificultades atencionales y son diagnosticados como TDAH. Concluye diciendo que a la hora de comprender las dificultades atencionales que un niño presenta, se requiere considerar el entorno vincular, haciendo énfasis en la historización del vínculo madre-hijo, en tanto, es parte de la problemática actual del niño e involucra su subjetividad infantil, su modo de relacionarse y posicionarse ante el mundo. En ambos casos se percibe como las precariedades en la función de sostén temprano, determinan una organización yoica con dificultades para ordenar los procesos primarios y dar lugar a los procesos secundarios y a la tramitación simbólica. Será trabajo psicoterapéutico el hacer sentido a tales atrapamientos, que se expresan en la modalidad de cada niño de atender y relacionarse con los objetos.

Cristoforo (2015) *Eficacia de la psicoterapia psicoanalítica en situación de grupo para niños con dificultades en la atención,*) es otro trabajo encontrado relevante para esta sección. Uno de los valores de su investigación es haber encontrado evidencia sobre la

eficacia de las terapias psicológicas para el tratamiento de los niños que presentan dificultades en la atención. Al mismo tiempo produjo conocimientos en relación a los conflictos de orden psicológico presentes en los niños desatentos que se invisibilizan con el uso de la medicación, cuando se abordan los mismos desde un encare exclusivamente médico. Dicho trabajo tiene su razón en los altos índices que Uruguay tiene en la utilización de estimulantes del Sistema Nervioso Central para el tratamiento de niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/TDAH). Respecto al objetivo general se encontró que el tratamiento se mostró eficaz para la situación particular de cada niño, produciendo mejoras en diferentes aspectos caracterizados como: funcionamiento atencional, organización del yo y capacidad de simbolización, que a su vez tuvieron efecto sobre sus aprendizajes, puesto que todos los niños estudiados mejoraron su rendimiento en la escuela.

En el año 2015, Pagano en su tesis para obtener el título de Magister en Psicología y Educación, presenta su trabajo; *El alumno difícil: ¿inclusión o medio horario?* Comparación de dos casos estudiados en profundidad. Como objetivo general se planteó, indagar acerca de las distintas acciones/estrategias que se despliegan en las escuelas y en el área de la salud, a la hora de abordar un trastorno conductual en un niño de edad escolar, comparando las mismas desde distintas situaciones socio-culturales, tanto de la familia, del niño, como de la escuela. En cuanto a la metodología se utilizó el estudio en profundidad de dos casos únicos a los efectos de su comparación. Los instrumentos considerados fueron; observaciones, entrevistas, análisis de documentos, entrevistas con informantes calificados. Concluyendo, en lo relativo al acceso a la salud y específicamente en el acceso a los tratamientos terapéuticos, no siempre se llevan a cabo en la realidad. Se presentan dificultades desde el ámbito de la Salud para llevar a cabo políticas y acciones que ya están diseñadas, por ejemplo, no se han instrumentado dispositivos de trabajo con las familias, previsto desde el Programa Nacional de Salud. En lo relativo al ámbito educativo, las escuelas indagadas no cuentan con personal idóneo para el abordaje educativo de niños que presentan trastornos conductuales severos. El equipo psicosocial destinado a cada una de estas escuelas no ha logrado intervenciones que se traduzcan en modificaciones tangibles. Estas escuelas públicas comunes no han logrado desarrollar estrategias de abordaje pedagógico para la diversidad, como política de inclusión. A grandes rasgos, los educadores se sienten desanimados porque no reciben la retroalimentación esperada y los alumnos encuentran poco atractiva la escuela porque la cultura dominante les impone valores ajenos a la educación.

Impacto a nivel de los vínculos intrafamiliares del diagnóstico psicopatológico y del tratamiento por dificultades en la atención y por hiperactividad en niños escolares. Un estudio de caso múltiple, Muniz (2017). Este trabajo tuvo como objetivo general analizar el impacto del diagnóstico y del tratamiento farmacológico por dificultades en la atención y/o por hiperactividad a nivel de los vínculos intrafamiliares en niños entre 7 y 10 años. En cuanto a la metodología está pensada, diseñada e interpretada desde el marco de la investigación cualitativa. Se privilegia entonces, la profundidad en el estudio de los fenómenos por sobre la extensión, tratando de captar la singularidad de la experiencia. La autora concluye, de los discursos de los padres se obtuvo información importante, indicando que los niños que no han tenido otro abordaje terapéutico más que la farmacológica en su gran mayoría, estos registraron a nivel conductual cambios que percibieron como perjudiciales alternando cambios positivos y negativos a nivel de la afectividad. Los padres proyectan fuera de la familia las causas de lo que les pasa a sus hijos, observándose escaso insight en cuanto a preguntarse qué tiene que ver con la familia esto que le sucede al niño en cuestión. Los cambios esperados por parte del tratamiento son insuficientes porque se coloca en el niño la causa del malestar familiar, evitando contactar así con las circunstancias de inestabilidad, violencia, pérdidas y abandono que estas familias han vivido a lo largo de su historia libidinal. De esta forma el niño se queda solo con su malestar y las causas que lo generan.

La investigación más reciente que se encontró, pertenece al Lic. Ps. Chouhy (2018), titulada: *Las prácticas psicológicas en el ámbito escolar ante el fenómeno de la medicalización de la infancia.* Se planteó como objetivo, producir conocimiento en torno a las prácticas psicológicas desarrolladas en el ámbito escolar ante situaciones de niños sujetos a procesos de medicalización, haciendo hincapié en la significación que los actores le dan a las mismas y teniendo en cuenta el importante rol que juega la disciplina psicológica en el fenómeno de la medicalización. La metodología se centró en hacer énfasis en las prácticas psicológicas, haciendo foco en el contexto de las mismas y en la importancia de cómo son significadas, por lo tanto se utilizó el método cualitativo. Los resultados permitieron constatar que los psicólogos en el ámbito educativo se autoperciben en una primera instancia como ajenos a las decisiones concernientes a los procesos de medicalización. Sin embargo, más allá de que la prescripción o no de fármacos se realiza en el sector salud, llevan adelante una gran cantidad de acciones vinculadas al fenómeno de la medicalización, principalmente trabajando sobre los sentidos y lógicas de este

fenómeno con agentes internos a la institución (maestras, directores) y externos a la misma (familias, otros profesionales). Las prácticas psicológicas persiguen como una de sus finalidades destacadas modificar la institución escolar para incrementar su poder inclusivo y el bienestar de la comunidad educativa. Además, en la racionalidad de las prácticas psicológicas, influye una percepción de los psicólogos del ámbito educativo de la existencia de sobrediagnósticos y sobrefarmacolización en la niñez uruguaya.

3.5. Enfoque Social

Si bien las áreas disciplinares han tenido un acercamiento en los últimos años a la infancia y las formas en las que se piensa, aún nos queda mucho camino académico por construir. Esto es a grandes rasgos, la evidencia de la escasez de producción nacional en infancia, desde enfoques interdisciplinarios.

Ante la ausencia de trabajos que dieran cuenta de la realidad educativa con estos niños, en la búsqueda incesante en otras facultades, encuentro la tesis de Licenciatura en Trabajo Social de Virginia Vitette (2008), que lleva el nombre de *“Medicación con reguladores del carácter en niños y niñas del Uruguay : una pastilla antes de la escuela nos cambia la vida en el aula”*. Los objetivos planteados en este trabajo fueron; aproximación reflexiva y crítica acerca de la situación que están viviendo muchos niños y niñas uruguayos/as en la etapa escolar, enmarcados en una realidad latinoamericana y global, que se vincula a procesos de medicalización, de disciplinamiento y control social. Se parte de la consideración de la situación de los niños y niñas que asisten a escuelas públicas, en el Uruguay, que están siendo medicados con ritalina, como regulador del carácter. A modo de ejemplo, se hace referencia a datos concretos de un departamento de Uruguay, San José , como forma de mostrar parte de esta realidad. El trabajo aporta una recolección de datos valiosos sobre algunas entrevistas realizadas a informantes calificados (directores/as de escuelas, maestras/os, psiquiatras, pediatras, neuropediatras, químicas farmacéuticas, asistentes sociales, psicólogos, entre otros). Entrevista con una maestra de escuela común: "El niño que tiene medicación para este tipo de problemáticas tiene un cambio de ciento ochenta grados. Se nota, se logra el control. No se si tiene alguna contraindicación, pero se ve un vuelco. El niño no precisa decirnos cuando la toma porque nos damos cuenta enseguida. El niño que toma la medicación, que la mamá la trae y la toma acá, pasan unos cuarenta y cinco minutos más o menos, que está en descontrol, luego hace efecto y empieza a funcionar en la clase". Entrevista con una neuropediatra, ella expresa que: "En general yo lo médico. Utilizó la ritalina con buenos resultados. Cuando el diagnóstico es el

correcto, el metilfenidato es una muy buena medicación. Actúa donde queremos, en todo lo que tiene que ver con su atención y memoria. Habitualmente no tiene efectos secundarios, hay algunos descritos, pero en general no da. Los neuropediatras la utilizamos en la mañana o en las primeras horas de la tarde. A veces los efectos secundarios descritos son trastornos del sueño o la alimentación, pero en general la dosis que usamos no son demasiado altas. En general lo vemos dos o tres veces por año. Cuando se comienza con la medicación yo marco consulta a los quince días. Si todo va marchando, a los 3 meses, y si todo sigue bien, a los 6 meses. Depende de cada niño. Al iniciar el año se le da, cuando terminan las clases, termina la medicación. Se la utiliza en época escolar, de lunes a viernes. Feriados y vacaciones no". Luego se da a conocer como forma de exponer y explicitar esta realidad, lo que sucede concretamente en la ciudad de San José de Mayo, Departamento de San José, con el objetivo de conocer como es el movimiento- demanda de la ritalina en la farmacia de una mutualista de esa ciudad. La Quimica Farmaceutica, encargada de la Dirección Técnica del Departamento de Farmacia, da a conocer cómo se desarrolla un control muy estricto, a nivel burocrático, de la administración del medicamento. Para la compra del stock se debe realizar una carta dirigida al Ministerio de Salud Pública (M.S.P.). No hay un tope para la compra.

En el año 2010, Maria Noel Rodríguez en su tesis de grado de Licenciado en Ciencias Sociales, que lleva el nombre de: *"Escolares y fármacos: Un estudio acerca de la medicalización infantil en escuelas de contexto sociocultural crítico"*, realiza un abordaje de las determinaciones que intervienen en la problemática de la patologización infantil en el contexto escolar caracterizado como crítico y su consecuente medicalización. Este trabajo tiene por objetivo, problematizar cómo esta nueva reconfiguración que viene adquiriendo la medicalización en la infancia tiene un ámbito específico en donde parece ser "detectado"; este lugar lo constituye la escuela. Una escuela que mantiene actualmente sus pilares e ideales constitutivos pero que en la realidad parece estar "haciendo agua". Suele ser en el ámbito escolar en donde se "desvela", "descubre" y "detecta", a partir de prácticas clasificatorias, el "problema" en el niño. Se establece así un circuito que culmina generalmente con la derivación hacia una mirada experta que finaliza en muchos de los casos con un tratamiento abordado unilateralmente por la vía farmacológica. Se pone en práctica un sistema de medicación sin la menor atención a la complejidad que pueda atravesar la situación de cada niño. De esta forma se aísla y responsabiliza al niño dejando de la lado las determinaciones que pueden estar interviniendo' (su historia, entorno, instituciones y contexto que lo atraviesan). A la vez que se homogeniza y agrupan las distintas realidades intentando clasificar con una patología la diversidad de situaciones y

determinaciones que están interviniendo. De esta manera se viene reduciendo la complejidad, acallando la "problemática" con un fármaco, constituyéndose el metilfenidato como la única forma de abordaje de la problemática.

Una investigación que generó gran impacto a nivel social, fue la realizada por Míguez (2011) *La sujeción de los cuerpos dóciles*, quien expuso que la niñez uruguaya se encuentra medicada abusivamente, un 30% con psicofármacos, siendo esto equitativo para todos los niños. Se encontraron diferencias en función de los "espacios sociales", contexto económico-social. La medicación de los niños de contextos críticos se encuentra entre un 15% y un 20%, siendo llamativas las derivaciones a educación especial, donde allí el 80% de los niños son medicados, siendo este un dato alarmante. Asimismo en las escuelas de contextos más vulnerables, los niños comienzan a ser medicados a edades más tempranas, con dosis cada vez más fuerte. Se utiliza, además la reducción de carga horaria, donde se termina muchas veces con un pase a escuela especial, en una situación de discapacidad, sin tener ninguna deficiencia. Mientras que la situación es distinta en el contexto privado, dado que a los niños, se los sobreexige académicamente, surgiendo que muchos niños no logran responder a ese ritmo académico, en estos casos la medicación se suministra para que puedan estar a la altura de lo esperado. Se concluyó, que ante las mismas manifestaciones conductuales, las infancias según su contexto, reciben tratamientos divergentes: los de contextos más favorables utilizan los psicoestimulantes, en tanto a los de contextos más humildes se les suministra antipsicóticos (en conjunción con otros).

Otro trabajo de grado, de la Licenciatura en Trabajo Social es el de Cynthia Izquierdo (2015) llamado *"Desmitificando una realidad: preponderancia de diagnósticos psiquiátricos en la infancia"*. La misma versa sobre los procesos de sociabilidad de niños y niñas que concurren a Escuela Especial y que han sido diagnosticados con patologías psiquiátricas a muy temprana edad. En este trabajo se llevan adelante una serie de entrevistas a distintos actores (los/as propios niños/as, sus familias, las/os maestras/os) las que permitirán dar los primeros rodeos para trascender todo aquello que se presenta como real y verdadero. Por lo tanto, la metodología utilizada constará de entrevistas en profundidad llevadas a cabo en una Escuela Especial de Montevideo que conforma el Proyecto de Extensión Universitaria "Fortalecimiento del Área Social en Escuelas Especiales", convenio realizado entre ANEP y la Facultad de Ciencias Sociales. Para la selección del muestreo se tomaron como referencia 6 niños/as (Primaria 1, 2 y 3), a las maestras de las respectivas Primarias, a la directora de la escuela y a 6 familiares de los/las

alumnos/as que fueron elegidos. Entrevista a las maestras: “Todos van al psiquiatra, y por esto tratamos con chiquilines con diagnósticos psiquiátricos y es complicado, tenes que cambiar de estrategias continuamente porque ellos cambian todo el tiempo sus conductas.”(Entrevista a maestra de Primaria III en Escuela Especial) “Yo tengo una gurisa con esquizofrenia, es psiquiátrica obviamente, otro que está medicado por depresión.”(Entrevista a maestra de Primaria I en Escuela Especial) “Están en la escuela con un diagnóstico médico y obvio que toman medicación ¿no?...” (Entrevista a maestra de Primaria II en Escuela Especial). En la mayoría de los discursos que fueron brindados por las docentes, manifiestan que deben cambiar constantemente las estrategias porque los niños modifican todo el tiempo sus conductas, expresando esto como la principal problemática a la que deben enfrentarse, como que esto fuera lo “malo”, lo que se debe controlar. Luego se realizan entrevistas a la familia de estos niños. Palabras de una madre de niña de 9 años diagnosticada con una patología psiquiátrica que concurre a la escuela especial, “Mi hija tiene trastorno bipolar, depresión desde los 8 años y en agosto del año pasado le diagnosticaron que lo que ella estaba teniendo es esquizofrenia, me dijo el doctor que la estaba atendiendo desde que empezó con eso (...) ella de noche se despertaba como loca gritando y me decía “mamá me hablar, se me paran en los pies de la cama y me hablan, me dicen que me quieren llevar con ellos”, y bueno me dijeron que lo que tenía era eso, esquizofrenia (...) Al principio me puse muy mal y después me resigne a que la realidad era esa, que por un tiempo iba a ser difícil para ella que es chica todavía...”.

Este fragmento de una de las entrevistas realizadas muestra claramente cómo se presenta el diagnóstico a la familia, y cómo inmediatamente deja una marca en la familia. Esta madre durante un tiempo se “resignó” a que la realidad de su hija sería esa. La vida cotidiana de esta familia singular, se encuentra fuertemente transversalizada por lo que ocurre con uno de los miembros, quien según lo que su madre cuenta, desde los 8 años tiene un diagnóstico de “trastorno bipolar” y “depresión”, a lo que a fines del año pasado se le suma un nuevo diagnóstico de “esquizofrenia”, lo cual llevó a que la familia reconfigurara nuevamente su forma de ser y estar, su vida cotidiana. En otro tramo de la entrevista se puede visualizar cómo el pensamiento y el proceder del saber médico encarna fuertemente en la realidad. “Los médicos siempre nos dieron bastante para atrás, la que siempre nos ayudó mucho fue una psicóloga. Ella sí se preocupaba mucho por mi hijo. Ahora a mí lo que me preocupa es que va a pasar con él cuando crezca, porque todavía es chico(...) imagínate que si ya esa medicado por la angustia, no quiero saber después...” Por último, se busca rescatar las voces de los principales actores involucrados, entrevista a niño de 8 años, con un diagnóstico de depresión, “El doctor que me atiende en el ‘Sambua’, dice que tengo que

tomar unas pastillas para mejorar más rápido. “La doctora que me atiende, me dijo que no deje de tomar las pastillas, porque si no cuando sea grande es peor, voy a sentirme mal... Porque a veces de noche me dan ataques de pánico, me pongo nerviosa y veo personas en mi cuarto.” (Entrevista a una niña de 9 años, diagnosticada con bipolaridad, depresión y esquizofrenia). En definitiva, parece quedar al descubierto que la medicación atraviesa la vida cotidiana de muchos de los niños/as que concurren a Educación Especial. Se da cuenta, de este modo, y tal como se trabajó en el capítulo anterior, cómo el proceso de psiquiatrización de niñas y niños ha aumentado significativamente en el Uruguay en la última década. Mediante los discursos de estos niños/as, queda al descubierto la naturalización existente en cuanto, los procesos de medicalización cotidianos que atraviesan sus vidas. Los niños diagnosticados con una patología psiquiátrica desde muy temprana edad, como constructores de su propia historia, deberán objetivarse y subjetivarse para poder superar las “marcas” que pueden haber dejado en ellos los procesos medicalizadores a los que estuvieron expuestos.

Reflexiones Finales

En el presente trabajo se ha plasmado una temática compleja que se ha transformado en uno de los problemas más preocupantes para padres, maestros y profesionales de la salud y que ha venido en aumento en los últimos años. Desde diferentes disciplinas se ha querido dar respuesta a esta situación, utilizando el método farmacológico como respuesta principal. Sin embargo, en vez de mejorar la vida del niño, alentando a abordajes seguros, se ha convertido en un problema. Esto es, la sobremedicación y la generalización de diagnósticos poco especificado. Para dar respuesta a este fenómeno se ha denominado TDAH, buscando reducir en un nombre la complejidad de cada niño, logrando de esta forma, simplificar la mirada. Pero si se adopta esa postura, se estaría diagnosticando de manera precipitada logrando silenciar sus conflictos y perdiendo de vista su subjetividad, perjudicándolo para el resto de su vida. Considerando que lo adecuado en estos casos es, explorar desde la percepción del niño su vivencia, darle voz y escucharlo. Pensando siempre en términos de sufrimiento, nunca desde lo patológico, tratando de averiguar cómo es vivido por los padres eso que le sucede al niño. Siguiendo la postura de Janin (2011), se entiende que dentro de la infancia el psiquismo está en constante construcción, un crecimiento paulatino y certero hacia la adultez. Es por esto que no deben pensarse estructuras rígidas respecto a los diagnósticos y la patologización de la niñez, el constante movimiento psíquico dado por el desarrollo permite un juego dinámico entre subjetividades que no solo remiten al niño, sino que pueden incluso atravesar las parentalidades. Cómo fue posible apreciar en este trabajo, es el propio niño quien tiene la respuesta a su padecer, a su problema y si lo que buscamos es silenciarlo de ninguna manera conseguiremos conocer esa respuesta o aquello que intenta decirnos. Es preciso darnos cuenta que el niño pide a gritos ayuda y que muchas veces no se puede escuchar su pedido, como psicólogos clínicos debemos indagar su historia, sus vínculos familiares y conocerlos desde la escucha psicológica entendiendo que es allí donde reside la respuesta al padecimiento. Tampoco podemos olvidar que su psiquismo está en proceso de constitución y que las conductas que se presentan en ese momento, consideradas inapropiadas irán cambiando con el desarrollo sano del niño. En acuerdo con la postura de Speranza, 2008, considera importante mantener un desarrollo sano de la niñez, ya que en nuestra sociedad el uso de psicofármacos ha venido en aumento, provocando sobrediagnósticos. Otro aspecto a considerar es la expectativa que tienen los padres sobre

sus hijos y qué lugar ocupan en ese momento. Es importante detenernos en los vínculos, preguntarnos ¿qué rol está ocupando ese niño en la familia? ¿es tenido en cuenta por los otros? En lo que respecta al tratamiento, como vimos en este recorrido existen determinadas posturas ante un mismo problema. Considerando que el ser humano es un ser bio-psico-social es indispensable una terapéutica que abarque todos los aspectos del niño. Por lo tanto como futura psicóloga clínica, considero fundamental integrar las técnicas adecuadas que hagan posible el intervenir en todos estos niveles: sujeto, vínculo y cultura, buscando diálogo con otras disciplinas, con otros especialistas y de esta forma encontrar otros significativos para el niño. Para lograr un completo bienestar y desarrollo sano de la niñez, debemos posicionarnos desde una mirada compleja de la situación.

Referencias Bibliográficas

- Affonso, M. (2019). Jornada: "Salud Mental en niñas, niños y adolescentes: Múltiples miradas para un abordaje integral", conferencia: "la vida fuera de escena". Anfiteatro Dr. Mauricio Gajer del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Mdeo. Uruguay.
- Bafico, J. (2015). *Los niños no atienden pero hablan, ¿los escuchamos?* En Míguez, M. N. (comp.) Patologización de la infancia en Uruguay: Aportes críticos en clave interdisciplinar. Cap. 5, pp. 93-102. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estudios Sociológicos Editora.
- Benasayag, L (2007). *Deconstrucción neurológica del llamado "ADDH"* en Benasayag, L (Coord) ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado?. Buenos Aires. Noveduc.
- Benasayag, L y Ferreira, G (2007). *"ADDH": diagnósticos diferenciales, tratamiento y casuística en ADDH.* Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado? Buenos Aires. Noveduc.
- Bergés, J. (2004). *¿Acaso los niños hiperkinéticos tienen algo que ver con psicomotricidad?* Citado 9 de Julio, 2004 www.freulacan.com/article.php?id_article=00023
- Carboni, A. (2011). *El trastorno por déficit de atención con hiperactividad.* Rev. Psicología, Conocimiento y Sociedad- Vol 1 N° 3, págs.95-131.
- Castoriadis, C. (2004). *Sujeto y verdad en el mundo histórico-social.* Tomo 1. México, Fondo de Cultura Económica.
- Collares, C; Moysés, M. (2013). *Medicalización y Patologización en la infancia: nuevas máscaras de la violencia.* Revista Objetos caídos. Revista Magister en Psicología. Mención Teoría y Clínica Psicoanalítica.
- Cristóforo, A., Delgado, R., Pou, V. y Valazza, V. (2011). *La función atencional en la generación Millenium: interrogando al diagnóstico de ADD y ADHD.* En III Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología (La Plata, 2011).

- Cristóforo, A. (2015). *Niños inquietos - cuerpos desinvertidos*. En Míguez, M. N. (comp.) Patologización de la infancia en Uruguay: Aportes críticos en clave interdisciplinar. Cap. 3, pp. 61-77. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estudios Sociológicos Editora.
- Cristóforo, A. (2015). *Eficacia de la psicoterapia en situación de grupo para niños con dificultades en la atención* (Tesis doctoral). USAL (Universidad del Salvador), Buenos Aires.
- Frigerio, G. (2007). *La educación como derecho*. Montevideo: Revista Quehacer Educativo, Separata II: Congreso Pedagógico Nacional, FUM-TEP.
- Giorgi, V. (2014). *Pensar la clínica de niños y niñas desde una perspectiva de derechos: el derecho a la información*. Artículo en prensa.
- Gold, A. (2010). *Alumnos desatentos, inquietos... ¿Qué les pasa? ¿Cómo ayudarlos?*. Artículo sobre Ciencia. Uruguay. 4-8.
- Guerra, V. (2013). *Síndrome de déficit de atención con hiperactividad, una perspectiva psicoanalítica: el falso self motriz*, en: M. Muñiz y A. Kachinovsky (Eds.) Itinerarios de la psicología clínica: avances, notas y encuentros de norte a sur, (p.43-56) Ciudad de México, México: Tendencias.
- Hans, B. (2017). *La sociedad del cansancio*. Editorial: Herder. Barcelona.
- Izquierdo, C. (2015). *Desmitificando una realidad: preponderancia de diagnósticos psiquiátricos en la infancia*. (Tesis final de grado). Facultad de Ciencias Sociales, UdelAR, Montevideo, Uruguay..
- Janin, B. (2004) *Los niños desatentos y/o hiperactivos: algunas reflexiones*. Buenos Aires: Ed. Novedades Educativas.
- Janin, B. (2011). *El sufrimiento psíquico en los niños*. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Buenos Aires: Noveduc.

- Janin, B. (2013). *La desatención y la hiperactividad en los niños como modo de manifestar el sufrimiento psíquico*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3 (2), 55 - 79
- Míguez, M. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. E-Book Estudios sociológicos editora.
- Muniz, A. (2013). *Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 135-154
- Míguez, M. (2015) *Patologización de la infancia en Uruguay: Aportes críticos en clave interdisciplinar*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estudios Sociológicos Editora.
- Muniz, A. (2017). *Impacto a nivel de los vínculos intrafamiliares del diagnóstico psicopatológico y del tratamiento por dificultades en la atención y por hiperactividad en niños escolares*. Un estudio de caso múltiple (Tesis doctoral). USAL (Universidad del Salvador), Buenos Aires.
- Muniz, A. (2018). *El remedio y la enfermedad. La cuestión de la patologización de la infancia en Uruguay*. *Revista Coordinadora de Psicólogos del Uruguay*. 10-15.
- ONU (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Washington: ONU.
- Paz, O. (1998). "Prisa", en "Águila o sol". Ed. F.C.E.
- Punta Rodulfo, M (2007). *El ADD/ ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia* en Benasayag, L (Coord) ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado?. Buenos Aires. Noveduc.
- Queirolo, S (2017). *Modalidades vinculares en las familias con niños en la época actual: Desafíos clínicos*. p.94-101. Niños I, n°124. *Revista Uruguaya de psicoanálisis*. Montevideo, Uruguay.
- Real Academia Española. (2019). *Diccionario de la lengua española* [Dictionary of the Spanish Language] (22nd ed.). Madrid, Spain: Author.

- Rodríguez, M°. (2010). *Escolares y fármacos: Un estudio acerca de la medicalización infantil en escuelas de contexto socio-cultural crítico* (Tesis de Grado). Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, Uruguay.
- Rodríguez, I. (2014). *Aportes al conocimiento sobre el vínculo madre-hijo en dos casos de niños que presentan dificultades atencionales. Un estudio de caso.* (Tesis de maestría). Facultad de Psicología, UdelaR, Montevideo, Uruguay.
- Sartre, J. P. (2000). *Crítica de la Razón Dialéctica*. Buenos Aires: Losada.
- Speranza, N., Goyeneche, N., Ferreiro, D., Olmos, I., Bauger, M., Oyarzun, M. Nanni, L., (2008). *Uso de metilfenidato en niños y adolescentes usuarios de servicios de asistencia pública de Montevideo.* Archivos de Pediatría del Uruguay, 79(4), 277-283.
- Tallis, J. (2004). *Neurología y trastorno por déficit de atención: mitos y realidades.* En B. Janin, Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. 187- 223. Buenos Aires: Noveduc.
- Tamosiunas, G. (Octubre, 2019). Jornada: “Salud Mental en niñas, niños y adolescentes: Múltiples miradas para un abordaje integral”, conferencia: “Psicofármacos y medicamentación. Efectos Placebo”. Anfiteatro Dr. Mauricio Gajer del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Mdeo. Uruguay.
- Torras de Béa, E. (2010). *Investigaciones sobre el desarrollo cerebral emocional: sus indicativos en relación a la crianza.* Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 49, 153-171.
- Tubert, S. (2010). *Observaciones sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).* Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid, (20), 6-.
- Untoiglich, G. (2011). *¿En dónde ubican su atención los niños desatentos? Herramientas psicoanalíticas para abordar la problemática desatencional en la clínica y la institución escolar.* Rev. RUEDES Año 1, Nº 2, pág. 111-132.

Untoiglich, G. (2011). *Versiones actuales del sufrimiento infantil. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad*. Buenos Aires. Noveduc.

Untoiglich, G. (2013). *Construcciones diagnósticas en la infancia* en Untoiglich, G (Coord) *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz*. Buenos Aires. Noveduc.

Vasen, J. (2008). *Las certezas perdidas: padres y maestros ante los desafíos del presente*. Buenos Aires.

Vasen, J., (2013). *DSM-V: Una nueva Epidemia de Nombres Impropios*. En Viñar, M., Vasen, J., Terzaghi, A., Stolkinar, A., Dueñas, G., Volnovich, J.,...Villani, A., (Eds) (2013) *La patologización de la infancia (III). Problemas e intervenciones en las aulas*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc

Vasen, J. (2017). *La atención que no se presta: el "mal" llamado ADD*. Buenos Aires. Noveduc.

Viola, L; Garrido, G y Varela, A. (2008). *Estudio epidemiológico sobre la salud mental de los niños uruguayos*. Ed. Comisión Sectorial de Investigación Científica, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Vitette, V. (2008). *Medicación con reguladores del carácter en niños y niñas del Uruguay : una pastilla antes de la escuela nos cambia la vida en el aula* (Tesis de grado). Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, Uruguay.

Winnicott, D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Barcelona: Paidós.