



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**TRABAJO FINAL DE GRADO  
MONOGRAFÍA**

**Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad  
(TDAH) en niños. Problematizando supuestos**

Tutor: Mag. Andrés Granese

Alumno: Marcelo Barceló

C.I.: 3.893.304-5

Montevideo, Uruguay

Mayo, 2016

## ÍNDICE

<b>RESÚMEN</b> .....	3	
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	4	
<b>CAPÍTULO I Antecedentes sobre la concepción del término TDAH</b>		
1.1 Antecedentes históricos.....	5	
1.2 Antecedentes de investigación.....	7	
<b>CAPÍTULO II. El TDAH pensado desde varias perspectivas</b>		
2.1 Perspectiva médica:		
2.1.1 Factores neurológicos.....	14	
2.1.2 Factores genéticos.....	15	
2.1.3 Concepción desde la Psiquiatría.....	16	
2.2 Perspectiva Psicológica:		
2.2.1 Desde la Psicología Cognitiva.....	17	
2.2.2 Desde la Psicología Psicoanalítica.....	19	
2.2.3 Desde la Psicología Social Comunitaria.....	21	
2.3 Perspectiva Pedagógica.....	22	
<b>CAPÍTULO III. Cuestionamientos al TDAH</b>		
3.1 Patologización y Medicalización de la infancia.....	25	
<b>CAPÍTULO IV. Consideraciones finales</b> .....		31
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	36	
<b>ANEXOS</b> .....	41	

## RESUMEN

El presente Trabajo Final de Grado en formato monográfico, tiene como objetivo el profundizar en el conocimiento del Trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH) en niños. En el mismo se indaga lo propuesto por distintos actores así como también a las disciplinas que se ocupan del tema, en un intento por problematizar ciertos supuestos que se encuentran invisibilizados pero que son parte importante en la producción de *verdad*.

Se presentarán antecedentes históricos que han llevado a que hoy se hable de trastorno por déficit atencional y antecedentes de investigación enfocados en la producción de conocimiento desde la Facultad de Psicología (UdelaR) sobre el tema. Se hará mención a diferentes perspectivas que abordan el problema, como lo son la perspectiva médica y su fundamentación del problema desde un paradigma biologicista, orgánico, hegemónico. También se problematizará la perspectiva psicológica y sus subdisciplinas, -cognitiva, psicoanalítica y social-comunitaria- el abordaje dependerá desde el marco teórico en el que se lo piense. La perspectiva pedagógica en el presente trabajo estará enfocada en la percepción que se tiene del trastorno, siendo de vital importancia la figura del maestro como primer persona en cuestionar ciertas manifestaciones.

Se pensarán en la actualidad instituciones como la escuela y la familia productoras de la niñez moderna como así también los procesos de patologización y medicalización de la infancia desde la dimensión Foucaultiana, desde la cual hago el análisis.

Como producto final queda claro lo heterogéneo del problema; esta heterogeneidad hace que cada vez que se aborda el problema desde alguna perspectiva en particular el niño queda como único responsable del mismo.

Palabras clave: infancia, medicalización, TDAH.

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de TDAH en Uruguay ha venido en constante aumento, y esto queda evidente en la advertencia que realizara la ONU en el año 2010 al comparar al Uruguay con otros países que prescriben Metilfenidato, comercialmente conocido como Ritalina.

Mucho se ha estudiado, escrito e investigado desde la psicología, la medicina, la pedagogía, no llegándose a un consenso sobre el origen del problema ni cuál es el mejor abordaje del mismo.

Lo preocupante para Ortega (2010) es el aumento en la cantidad de niños diagnosticados con este trastorno y su consecuente medicación. Este problema me movilizó para realizar el presente trabajo, en un intento de lograr un acercamiento más crítico a ciertos presupuestos.

Esta monografía se dividirá en capítulos, donde en el primero se abordarán los antecedentes históricos que fueron llevando a que hoy se hable sobre TDAH y un segundo apartado denominado antecedentes de investigación. En este apartado me centraré en antecedentes desde nuestra facultad sobre el tema.

En un segundo capítulo se abordará el TDAH desde la perspectiva médica y psicológica, haciendo mención también brevemente a la concepción que se tiene del problema desde la pedagogía, en el entendido de que las primeras acciones surgen desde la institución escolar.

En un tercer capítulo me enfocaré en los cuestionamientos que se hacen al TDAH haciendo hincapié en el proceso de medicalización y psicopatologización de nuestra infancia. Es en este capítulo donde considero relevantes los aportes de Michel Foucault, Cristina Corea e Ignacio Lewkowicz, José Portillo y José Barrán, sobre los procesos antes mencionados y que intentaré articular con la realidad que le toca vivir a nuestros niños.

Para finalizar con este trabajo final de grado, agrego un apartado que denomino Consideraciones Finales donde intentaré hacerme de una postura personal que más que hacerme de una conclusión sobre un tema tan movilizador como lo es el TDAH, pueda permitirme problematizar ciertos impensables.

# CAPÍTULO I

## ANTECEDENTES SOBRE CONCEPCIÓN DEL TÉRMINO TDAH

### 1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Según Tubert (2010) y Cristóforo (2012) los primeros antecedentes sobre el TDAH se remontan a 1902 cuando el pediatra Británico George Still realiza tres conferencias en el Royal College of Physicians de Londres, bajo el título “Goulstonian lectures”. En ellas describe la hiperactividad infantil al comienzo de la etapa escolar, bajo el nombre de *síndrome de lesión cerebral*. Este síndrome estaría presente en niños con lesiones cerebrales, como en niños con lesiones cerebrales *no detectables clínicamente* e incluso sin etiología precisa. Para Tubert (2010) “(...) desde el comienzo se le atribuye un fundamento neurológico sin prueba científica alguna y con una absoluta desconsideración por la clínica” (p.2).

Si bien en esos años no se hablaba de TDAH específicamente se aprecia una similitud sintomática con la descripción del trastorno hoy en día.

Para Tallis (2004), en 1914 surge otro antecedente importante en manos de Binet y Simon, los que en su intento por describir los *defectos mentales* en los niños, publican una escala en la que distinguen tres grupos de niños: aquellos que no aprenden por *deficiencias mentales*, un grupo de *desequilibrados* y uno *mixto* que incluye a los que presentan ambas desviaciones. Cuando describen a los *desequilibrados*, como característica, mencionan la falta de atención, expresado esto también en los manuales de hoy en día (p.95).

En 1935 Childers realiza una división entre niños hiperactivos y niños con lesiones cerebrales, ya que sólo un número mínimo de niños hiperactivos presentan tales lesiones (Tubert, 2010).

Hacia 1937 según Aguilar (2014) se produce un antes y un después en la manera de tratar la hiperactividad, ya que se comienza a utilizar la benzedrina (anfetamina). Según Aguilar (2014), Bradley “(...) sería considerado el primero en observar el efecto paradójico de los psicoestimulantes en menores con dichos síntomas” (p.50).

Es en 1940 donde aparece la tesis de J. Abramson “El niño y el adolescente inestable”, según Janin (2004) se comienza denominar la hiperquinesia como “síndrome hiperquinético” siendo el exceso de movimiento el pilar de dicha clasificación (p.96).

Para Tallis (2004):

Strauss y Lethinen tuvieron el mérito de asociar las descripciones de los trastornos de la conducta emocional y motriz, los señalamientos de docentes sobre el fracaso escolar y los

síntomas encontrados en secuelas de enfermedades neurológicas, para realizar un primer acto fundacional del síndrome bajo la denominación “Lesión Cerebral Mínima”. (Tallis, 2004, p. 197)

Tubert (2010) afirma que “El descubrimiento de los neurolépticos en 1952 y del metilfenidato en 1957, conduce a la administración de psicoestimulantes a niños hiperactivos” (p. 2), como forma de tratar algo que no se tiene claro siquiera su etiología. Hacia 1962 Clements y Peters consideraron que la hiperactividad no era suficiente para declarar la existencia de lesión cerebral ya que encontraron niños hiperactivos sin lesión cerebral, por lo que el término se suavizó y se pasó a llamar *disfunción cerebral mínima*. 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 sale la versión II del DSM donde se hace énfasis en la hiperactividad como eje fundamental del *Trastorno de Reacción Hiperkinética* en la infancia. En su tercer versión en 1980 el Manual de Estadística y Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM III) incluye al trastorno como *Trastorno por Déficit Atencional con y sin Hiperactividad*, según Carretero (2011), incluyendo la inatención como síntoma fundamental, hasta que en su versión revisada del año 1987 pasó a denominarse *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* como hoy se lo conoce.

Como lo menciona Tallis (2004) refiriéndose al mismo tipo de niño, se llegaron a contar más de 49 maneras distintas de nombrar el mismo cuadro, lo que condujo a la necesidad de unificar criterios.

Es en la versión IV del DSM (1994) que el Trastorno pasa a denominarse *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* enfatizando los problemas de atención, mientras que el manual realizado por la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) publicado en 1992, lo denomina *Trastorno de la Actividad y la Atención*, poniendo el énfasis en la hiperactividad y donde el déficit atencional sería uno de los puntos clave en los *Trastornos Hiperkinéticos*. “Mientras que en el DSM-IV se requieren seis síntomas de inatención o bien seis de hiperactividad/impulsividad, la CIE-10 requiere al menos seis de inatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad” (Carboni 2011, p.110).

En cuanto al DSM IV-TR (2002) se encuentran tres subtipos, uno con predominio de inatención, otro con predominio de hiperactividad-impulsividad y un tercer subtipo de predominio combinado y que deben ser detectadas en espacios como la casa o la escuela.

Aún más reciente es la versión del DSM V que data del año 2013, no se aprecian grandes diferencias con su antecesor en cuanto a los criterios diagnósticos, lo que sí cambia es que se pasa de “(...) 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, p 47).

También se amplía la edad en la cual se deben apreciar los síntomas del TDAH, en el DSM IV -TR era hasta los 7 años, ahora en el DSM V es hasta los 12.

Otra modificación con su antecesor, es que el TDAH fue separado de los trastornos de conducta perturbadora (*trastorno negativista desafiante y trastorno disocial*), creándose en esta nueva versión del DSM un grupo específico sobre TDAH, que se encuentra clasificado dentro de los llamados “*Trastornos del Neurodesarrollo*” y que incluye tres trastornos: *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; Otro Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad no especificado*.<sup>1</sup>

## 1.2 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

En cuanto a los antecedentes de investigación sobre el tema, existe en nuestro país, y desde la psicología, evidencia importante de la preocupación por saber más sobre el TDAH. Para el presente trabajo tomé algunos antecedentes, de los cuales hago una breve exposición.

Uno de ellos, es la revisión que realizó Alejandra Carboni en 2011, titulado *El trastorno por déficit atencional con hiperactividad*. El haber seleccionado para mi trabajo este antecedente me permite explorar qué “se dice” sobre el TDAH desde una postura neurocientífica, actual y por sobre todo nacional, siendo que, desde las neurociencias se ha intentado explicar dicho trastorno y su etiología.

Su trabajo se encuentra dividida según las variantes que la autora creyó necesarias, así fue que trabajó con ejes como: revisión histórica del concepto, los síntomas principales, los criterios diagnósticos, la prevalencia y las diferencias de género, la comorbilidad, su etiología y una breve descripción de sus bases neurofisiológicas.

En la mencionada revisión, la autora realiza una aproximación a lo que pueden ser las causas del TDAH. Según Carboni (2011) la evidencia apunta a que los factores neurobiológicos son los causantes principales del trastorno. Dentro de estos se encuentran factores genético-hereditarios, neuroanatómicos y neuroquímicos.

---

<sup>1</sup> En el cuadro 1 se presentan los criterios diagnósticos para el TDAH según el DSM V, el que figura en los Anexos

Otro de los antecedentes que se encuentran en torno al tema seleccionado, es la revisión de Alicia Muniz que data del año 2013, con el título *Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia*. Apoyada desde el psicoanálisis, y haciendo hincapié en el diagnóstico como acto promotor de sentido, la autora se propuso “analizar las problemáticas actuales de la clínica infantil a la luz de las condiciones actuales de producción de subjetividad” (Muniz, 2013, p. 136).

Problematiza sobre las consideraciones actuales para la producción de subjetividad, realizando un cuestionamiento a la patologización del sufrimiento de la vida cotidiana, arribando a la conclusión de que “(...) este modelo identificatorio está fuertemente inducido por el discurso mediático” (p.136). Cuestiona a las instituciones que intervienen en la producción de la subjetividad infantil, como responsables también del sufrimiento del niño y realiza una crítica a la medicina y su presencia en todos los ámbitos.

En cuanto a las instituciones educativas menciona que “(...) la singularidad del niño es vivida como un obstáculo para cumplir con los objetivos de aprendizaje” (p.138).

Continuando con su trabajo Muniz realiza una aproximación al concepto *Infancia (s)* y cómo se la ha incluido recientemente como campo de estudio. Desde la salud, la autora menciona a la medicalización de los procesos de crecimiento y lo que ello implica. La televisión como educadora en pro del consumo, la salud como mercancía, y cómo éste desvirtuado concepto (salud) lleva a que se desvirtúe el concepto de enfermedad. De la mano con lo anterior aparece el niño *consumidor de salud, de medicinas, de terapéuticas variadas* (Muniz, 2013), para la autora el problema no está en el diagnóstico psicopatológico, sino “(...) en el recorte que se hace de un concepto complejo como lo es la salud, a partir de un diagnóstico que toma una parte y clasifica” (p. 142).

Muniz (2013), continúa su exposición reflexionando sobre la clínica del déficit atencional, arribando a la conclusión que el tratamiento más utilizado es la farmacoterapia, dejándose de lado el enfoque familiar o la psicoterapia. Agrega que obviar las formas de relacionamiento intrafamiliar es un grave error, ya que la red social incluye todas las relaciones del sujeto de carácter significativo. Plantea que como psicólogos clínicos integrantes de esa red social no pueden obviar las diversas dimensiones que intervienen en la cuestión del diagnóstico de la infancia, y que las dimensiones de análisis familiar y social no pueden estar ausentes a la hora de establecer políticas sanitarias para la infancia (p.148).

El siguiente antecedente, es el trabajo original realizado por Cristóforo, A., Delgado, R., Valazza, V., Pou, V., (2013), denominado *La función atencional en niños que concurren a una escuela de contexto socio económico muy desfavorable*. En el mismo, las autoras presentan resultados parciales sobre la investigación “La función atencional en la

generación del nuevo Milenio. Interrogando el diagnóstico de (ADD/ADHD) (2010-2012). El presente antecedente me permite tener un primer acercamiento a una investigación sobre el TDAH en niños de contexto socio económico muy desfavorable y a las técnicas que se pueden utilizar al momento de abordar esta problemática. Esta investigación, tiene puntos de contacto con los factores psicosociales que menciono en mi trabajo final.

Las autoras comienzan el artículo con una introducción al TDAH, su diagnóstico y un desarrollo de los factores que influyen en la atención. Hacen mención a las condiciones de pobreza como factor de riesgo, que incide sobre las características que los factores ambientales adquieren (Cristóforo, et al., 2013, p. 2).

Por “razones de espacio” presentan los resultados de 14 niños en un total de 60 estudiados. Los niños presentan entre 6 y 9 años y la escuela fue elegida de forma aleatoria dependiendo de los acuerdos institucionales con la ANEP.

Como instrumentos de recolección de datos, fueron utilizados la Escala Weschler de inteligencia para niños versión III: Se aplicaron los subtests correspondientes al Índice de ausencia de Distractibilidad (IAD), Test de cancelación de Hale-Denckla (HDCT); Dispositivo gráfico Situación Persona Prestando Atención (SPPA). Como manifiesta (Cristóforo, et al, 2013) “La evaluación de los niños se realizó en en una entrevista individual con los mismos que se administraron HDCT, los subtest correspondientes al IAD del WISC III, y el SPPA, en ese orden” (p. 12).

Cómo discusión de los resultados obtenidos las autoras plantean que si bien no se puede establecer una relación causal, si se puede inferir una relación de concurrencia entre la vida en condiciones de pobreza y las dificultades para atender de los niños del estudio (p.19).

Para Cristóforo, et al, (2013), “(...) la investigación aportó asimismo información respecto a las características psicológicas de los niños del estudio, en el sentido de presentar dificultades en la constitución subjetiva, la que en este caso implica una falla en la diferenciación yo-no yo” (p.23).

En esta búsqueda de antecedentes, otro en el cual me apoyé fue el de Adriana Cristóforo (2012) con su trabajo *Medicalización y déficit atencional. Construcción social de la subjetividad desatenta*.

La autora nos propone pensar que estas *dificultades atencionales* no son actuales, sino que desde hace más de cien años ya se preguntaba por su origen y se preocupaban por describirla, agrega también que como parte del discurso científico aparecen los que consideran que el origen de los problemas de atención se debe a un déficit de dopamina, siendo el metilfenidato recomendado para compensar esa falta.

En cuanto a la medicalización de la sociedad, la entiende como una construcción social que surge de prácticas sociales y de la interacción de las personas. Hace un desarrollo sobre la importancia del discurso social y cómo éste ha sido fundamental al momento de construir el cuadro TDA-TDAH.

Cristóforo (2012) avanza en su exposición y describe la noción de construccionismo social diciendo que:

Cuando una idea o concepto se externaliza e ingresa en lo social, esto es, toma cuerpo entre los sujetos, se objetiviza, pasando a tratarse como un objeto verdadero. Transformado en objeto, se internaliza por las personas y ya no hay posibilidad de pensar en su origen, en su proceso de creación, como efecto de producción de las interacciones sociales. (p. 111)

La autora realiza una reflexión, diciendo que “(...) la naturalización de los discursos naturaliza los fenómenos y disminuye la conciencia de cómo estos fueron producidos por la sociedad” (p.110).

Una vez realizada esta reflexión en torno a la naturalización de los discursos se enfoca en definir lo que es la atención, diciendo que es una función muy compleja ligada a la percepción y la memoria, por lo que no se la puede tomar como algo unitario, existiendo variadas formas de atención y por lo tanto variadas formas de atender y no atender. Cuestiona la palabra del médico y dirá que ésta limita la capacidad de los padres de acompañar y esperar el desarrollo de los niños con cierta independencia, a coste de las exigencias externas de rendimiento y buen comportamiento que generalmente llegan de la escuela; *institución a la que también alcanza la medicalización.*

La autora propone que, como formación discursiva el TDA-TDAH, no está solo construido desde la medicina, sino que surge de los discursos de la escuela, de las familias y de los demás profesionales de la salud, quedando el niño atrapado en la misma (produciendo identidad) al internalizarla como un existente. La formación discursiva no crea la enfermedad sino que es constituyente de la misma, es lo que hace posible su existencia (p. 112).

Cristóforo (2012) culmina su reflexión diciendo:

La medicalización como proceso simplifica los fenómenos humanos y en el caso del TDA-TDAH toma parte por el todo, una función que designa a un niño. Designar a un niño como desatento o hiperactivo, construye su desatención o inquietud y lo fija en ella. (p. 117)

Continuando con esta revisión de antecedentes se encuentra el Trabajo Final de Grado de Lourdes Vignoli (2014), denominado “Controversias sobre la prescripción de metilfenidato en niños con Trastorno de déficit de atención con hiperactividad”, este trabajo es un muy

buen antecedente para la temática abordada en mi trabajo final de grado, por la riqueza en cuanto a información, a las distintas hipótesis sobre el TDAH y la postura que toma al autora frente a las controversias sobre la prescripción del fármaco. La autora realiza un recorrido histórico del surgimiento de los primeros antecedentes que tomaban la hiperactividad en los niños como eje de investigaciones, basándose en trabajos o investigaciones de Tubert, Janin, Miguez y otros, hasta llegar a la descripción categórica del manual DSM-IV.

Presenta una serie de datos en cuanto a la cantidad de metilfenidato consumido en varios países de Europa y América para trabajar en los cuestionamientos que se hacen al fármaco, desde su abuso en la prescripción hasta llegar al consecuente consumo. En línea con esto cita a Zuluaga (2007) mencionando que existe una tendencia a desplazar al terreno neurológico el diagnóstico y tratamiento del TDAH, lo que conlleva a que la responsabilidad recaiga sobre profesionales no especializados en salud mental y psiquiatría.

En las conclusiones reflexiona sobre el aumento -a nivel nacional e internacional- en el diagnóstico de TDAH y el aumento en la prescripción de metilfenidato. Propone que por “(...) tratarse de una anfetamina deben existir controles más rigurosos por parte de los organismos estatales de la salud” (p.19), culminando sus reflexiones proponiendo un abordaje multidisciplinar del niño y a la vez de la familia de éste.

En esta revisión de antecedentes, surge el Trabajo Final de Grado de Rosella Debenedetti (2015), denominado “TDAH y patologización de la infancia: ¿Niños rehenes de una globalización económica?”. Dicho antecedente aborda la patologización de la infancia, tema de importante relevancia en nuestros días, haciendo una serie de preguntas que intentará responder a lo largo del mismo.

Este antecedente fue utilizado en mi trabajo final de grado como insumo en referencia a la patologización de la infancia, como aborda el discurso medicalizante y los efectos de éste sobre la sociedad toda.

La autora problematiza el discurso medicalizante y el efecto de éste sobre la subjetividad haciendo especial hincapié en la subjetividad del niño como dócil. Continúa su trabajo realizando una descripción sobre síntoma desde la visión psicoanalítica y psiquiátrica, tomando autores como Freud, Roudinesco, Dolto, González, indagando sobre los efectos de la medicación como respuesta terapéutica al síntoma del niño.

Problematiza el consumo de Ritalina en Uruguay y toma hipótesis de diversos autores que mencionan los posibles efectos secundarios del consumo de metilfenidato y los posibles efectos en la subjetividad del niño, pensándolo desde el psicoanálisis.

Hace una pertinente distinción entre las causas biológicas, causas psicológicas y causas sociales, para concluir su trabajo diciendo que “(...) nuestra sociedad se encuentra atravesando una gran dificultad a la hora de velar por la salud mental de los niños (...)” (p. 39), en ese intento por normalizar las manifestaciones de la conducta del niño.

Agrega también, citando a Miguez (2012), que en estos tiempos aparecen “Médicos y Maestros embanderando un disciplinamiento que se entiende como cada vez más arriesgado y nocivo, cada vez más depredador de cuerpos y almas, cada vez más (des) legitimado” (Debenedetti, 2015, p.40).

Otro antecedente realizado desde nuestra facultad es la tesis de maestría de Verónica Pou (2015), denominada “La función paterna: análisis y comprensión de su dinámica desde el vínculo parento-filial en niños que presentan TDAH”. Considero que este antecedente apoyado en el marco conceptual psicoanalítico, me permite integrar -como dice la autora- aspectos biopsicosocioculturales e históricos como modo de entender las vinculaciones entre individuo y sociedad. Si bien mi trabajo final de grado problematiza esta realidad desde un enfoque crítico, los aportes del psicoanálisis a los efectos de comprender de manera más integral al niño diagnosticado con TDAH y su *vínculo parento-filial* son interesantes.

Apoyada en su marco teórico, se introduce en las condiciones histórico libidinales para el desarrollo de la atención, tomando aportes de Untoiglich, Fernández, Janin, Freud y otros. Trabajaré la noción de Terceridad, ya que su tesis se vincula directamente con el lugar del tercero, lugar del padre

Analiza las relaciones entre pensamiento y movimiento en los niños hiperactivos, y lo pensará como una dificultad para representar afectos y al mismo tiempo una dificultad para reprimir el movimiento (p. 27).

Una de las hipótesis a las que arriba la autora estará enfocada en las fallas en la relación de objeto, haciendo especial mención a conceptos como *holding* defectuoso y objeto amenazador.

Son estos dos conceptos, el de *holding defectuoso* y *objeto amenazador* los que Pou tomará como marco de su tesis de maestría.

Conceptualiza la función paterna, lo que implicó para la autora “(...) hablar de incesto, parricidio, complejo de Edipo, ideal del yo, superyó” (p. 30).

No dejo de reconocer la importancia de estos conceptos y la problematización que la autora hace, pero a los efectos de mi trabajo final no serán utilizados, ya que el mismo está enfocado más en lo social del TDAH.

Presenta su problema de investigación y trae el concepto de Síndrome de la Función Paterna en Fuga (S.F.P.F.). Problemaliza sobre la función del “no” por parte del padre y

los posibles efectos de su falta. Para Pou (2015) “una de las formas posibles de esa afectación, se presenta y se nombra como TDAH”, y agrega que es consulta frecuente en la clínica psicoanalítica (p. 40).

Como estrategia de investigación, utiliza la metodología cualitativa, apoyándose en la conceptualización realizada por Álvarez y Jurguenson (2013).

Se realizó un estudio descriptivo-exploratorio y la estrategia utilizada fue el estudio de caso, también hubo análisis de los datos obtenidos, realizando un análisis comparativo, para la obtención de los resultados.

Para finalizar su tesis de maestría Pou presenta sus conclusiones, arribando a que en la historia libidinal de los niños, se encontró la ausencia de los padres al momento del nacimiento, lo que la llevó a preguntarse por la dificultad de esos padres para hacerle un lugar a los hijos (p. 97). También encontró dificultades en la instauración y sostenimiento de los límites, dificultad por parte de las madres para narrar y significar los momentos iniciales del vínculo materno-infantil.

Otra de las conclusiones a las que arribó en su investigación fue que en los niños en los cuales se trabajó, se encontró un aparato psíquico frágilmente organizado, con un yo con dificultades para mediar entre el mundo interno y el mundo externo (p. 104).

Finaliza sus conclusiones destacando que han hecho referencia a psiquismos que se encuentran en proceso de constitución, para la autora, esto habilita a pensar que a partir de intervenciones psicológicas - y si es preciso de otros técnicos- es posible promover cambios que habiliten, desde procesos realizados en una perspectiva del vínculo parento-filial (p.106).

## CAPÍTULO II

### EL TDAH PENSADO DESDE VARIAS PERSPECTIVAS

En este capítulo abordaré qué se piensa sobre el TDAH desde las perspectivas médica, psicológica y pedagógica. Dentro de la perspectiva médica se encuentra la psiquiatría como sub disciplina fuertemente comprometida en este trastorno. En cuanto a la perspectiva psicológica me apoyo en las subdisciplinas cognitiva, psicoanalítica y social ya que en los antecedentes recabados son las que mencionan con mayor frecuencia al TDAH. También haré mención a la visión que se tiene desde la pedagogía sobre este problema, siendo el ambiente escolar el lugar privilegiado donde se evidencian los primeros llamados de atención referentes al tema.

Considero que abordar el TDAH desde estas perspectivas permitirá incorporar a lector visiones sobre un mismo tema pero con sus matices conceptuales, teóricos e ideológicos.

#### 2.1 PERSPECTIVA MÉDICA

Dentro de esta perspectiva y en base a la lectura de la literatura utilizada, surgen distintas áreas que se ven influenciadas e influyen en el diagnóstico del trastorno, los que a los efectos del presente trabajo he denominado factores. Si bien esta perspectiva es muy cuestionable y no compartida por este autor, permite al lector tener otra explicación sobre el problema.

##### 2.1.1 Factores neurológicos

Fue Bradley en 1937 el que se preguntó por las bases neurológicas de la hiperactividad al descubrir un efecto positivo en niños hiperactivos tratados con sulfato de anfetamina (Benzedrina), este fue el puntapié inicial para que se empezara a pensar en la farmacología como posible solución a la hiperactividad en niños.

Como antecedentes desde la neurobiología Carboni (2011) menciona, que fue en 1936 cuando Levin describió que las lesiones del lóbulo frontal en niños provocaban *alteraciones* en el descanso.

Dentro de estas *alteraciones* están las de base infecciosas y traumáticas y las relacionan a *inquietos* que han sufrido Traumatismo Encéfalo Craneano e infecciones del sistema nervioso central con el TDAH. También lesiones pre o post natales, como pueden ser adicciones de la madre durante el embarazo o accidentes al momento del nacimiento, pueden justificar la hiperactividad. Fernández (2012), plantea que la prematuridad y el

bajo peso al nacer se han asociado con frecuencia como posibles causas de la sintomatología.

Si bien no se conoce con exactitud las bases neurobiológicas del TDAH, la hipótesis que cuenta con más apoyo es la que propone la existencia de una disfunción en los circuitos fronto-estriatales. Esta hipótesis ha ido cobrando fuerza a partir de una serie de hallazgos tanto anatómicos como funcionales aportados por diferentes estudios de neuroimagen. (Carboni, 2011)

Según Zuluaga (2007):

En la actualidad las investigaciones sobre este trastorno se centran en las áreas frontales y prefrontales del cerebro, encargadas de la regulación de la atención y la inhibición de información sensorial. Se propone que en algunos niños con TDAH las regiones cerebrales encargadas de la atención no reciben ciertas sustancias neuroquímicas, mientras que las que se ocupan del procesamiento de información sensorial presentan un exceso. (Zuluaga, 2007, p.47)

Tomando conceptos de Puerta (1999), Zuluaga agrega que en el TDAH se ven comprometidos los sistemas noradrenérgico, dopaminérgico y serotoninérgico, lo que ha llevado a la hipótesis de que el trastorno es resultado de la disminución de dopamina en el cerebro.

### **2.1.2 Factores genéticos**

En cuanto a los factores genéticos no se tiene clara su etiología, pero sí hay quienes sostienen que se transmite genéticamente, estando involucrados los genes en la transmisión dopaminérgica, tal es así que Benasayag (2007), cita a la Revista Médica de Chile, la que expone, “Las asociaciones genéticas más importantes en el TDAH involucran a genes con la neurotransmisión dopaminérgica. Los resultados obtenidos hasta la actualidad son todavía tentativos y los estudios de genética molecular sugieren que tres genes podrían ser los responsables de incrementar la susceptibilidad para el llamado TDAH: los receptores de dopamina D4, D2 y el gen transportador de dopamina” (p.27).

Fernández (2012), citada por Gutiérrez (2010), agrega que las primeras investigaciones en la genética molecular se dirigieron hacia los genes relacionados con la transmisión dopaminérgica. “El sistema dopaminérgico es el encargado de regular las funciones cognitivas, el control motor y los mecanismos que median en la motivación y satisfacción, creyéndose que la alteración genética podría encontrarse a este nivel” (Gutiérrez, 2010, p.45).

El defecto podría situarse en el gen para el transportador de la dopamina (DAT1) en el cromosoma 5p15.3, el cual inactivaría al neurotransmisor posiblemente por la elevada afinidad por el mismo y una menor recaptación de dopamina por la neurona presináptica. Otra posibilidad se situaría a nivel del gen para el receptor de la dopamina (DRD4) en el cromosoma 11p15.5, que codificaría un receptor postsináptico disfuncional, con menor sensibilidad a la dopamina del espacio sináptico. Esta teoría explicaría desde el punto de vista terapéutico el beneficio en estos pacientes con agonistas dopaminérgicos como los estimulantes.

Para Gutiérrez (2010)

No obstante, se ha podido observar que el tratamiento para el TDAH con psicoestimulantes actúan sobre el gen transportador de dopamina (DAT), por lo que se piensa que el daño a este nivel podría favorecer en la patogenia del trastorno. (p. 45)

Estudios recientes han descubierto prevalencia de la hiperactividad hasta 1.5 veces más elevada en gemelos monocigóticos que en dicigóticos, como así también un origen poligénico, según quienes sostienen esta base genética proponen una heredabilidad de 70 a 80%.

Otros factores que se tienen en cuenta al momento de intentar encontrar el “origen” del trastorno son el endócrino y el nutricional.<sup>2</sup>

### **2.1.3 Concepción desde la psiquiatría**

Para la psiquiatría el síntoma está relacionado a algo negativo, es la irrupción de un elemento extraño, es un signo de lo *anormal*, su función es indicar una enfermedad y debe ser eliminado. En esta subdisciplina el médico observa a sus pacientes con el fin de detectar los síntomas, los clasifica, para a través de la experimentación efectuar diagnósticos y tratamientos y así lograr que los síntomas desaparezcan. Lo que se busca es una especie de solución rápida, donde lo importante es eliminar ese síntoma con la ayuda de medicación.

Posicionados desde el paradigma médico, el síntoma es pensado como una manifestación netamente biológica.

---

<sup>2</sup> Fernández (2012) menciona aspectos médicos, no estrictamente neuropatológicos. Afirma que el TDAH se ha relacionado con la resistencia generalizada a la hormona tiroidea. El 50% de los pacientes con esta resistencia muestran síntomas compatibles con el TDAH y propone como explicación que durante el neurodesarrollo fetal se sufrieron alteraciones cerebrales, aunque agrega que la prevalencia es tan baja que escasamente puede justificar el TDAH. Se propone como hipótesis que tanto el hábito de fumar durante el embarazo, el alcohol, las complicaciones en el parto y los trastornos neurológicos tempranos, pueden ser factores de riesgo para el TDAH (Zuluaga 2007, p. 47). Se ha encontrado prevalencia en niños que hayan sufrido desnutrición grave durante los primeros meses de vida, en este grupo más del 50% mostrarán hiperactividad y déficit de atención ya que la dieta es importante para el desarrollo del sistema nervioso central.

Como lo expresa Debenedetti (2015) “Podemos ver claramente esta noción de síntoma reflejada en los DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), ya que éste se basa en el esquema “signos-diagnóstico-tratamiento”, reduciendo el síntoma a la noción de signo” (p. 13)

En relación a la infancia, Debenedetti (2015) cita a Kamers (2013) la que plantea que la práctica médica-psiquiátrica en la infancia, prescinde de la escucha a la narrativa del paciente, focalizando su mirada médica exclusivamente en la sintomatología presentada. (p.7)

Esta subdisciplina médica ve su proceder apoyado en el manual de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM) y el manual realizado por la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), si hablamos del DSM hablamos del manual con mayor aceptación dentro de la comunidad científica.

Para Peña, et al, (2015), “(...) la diferencia entre ambos manuales, no obstante, es de forma pero no de fondo” (p.99), ambos describen las dificultades de adaptación del niño al entorno normativo, según estos manuales, estas dificultades son vistas como trastornos.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que fue firmada el 22 de julio de 1946 y define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; esta especie de silogismo vicioso hace creer que salud es equiparable con felicidad y que infelicidad significa enfermedad. Es a partir de este modelo que se medicaliza lo que en otros momentos se tenía como asuntos de la cotidianeidad. Stolkiner (2013) al respecto dirá que se está ante una patologización de procesos vitales.

En esta subdisciplina los trastornos surgen por consenso de especialistas, se establecen criterios que se van modificando en las distintas ediciones de los manuales y apoyada por toda una industria farmacéutica.

## **2.2 PERSPECTIVA PSICOLÓGICA:**

### **2.2.1 Desde la psicología cognitiva**

Como subdisciplina psicológica, la psicología cognitiva estudia los procesos que subyacen al comportamiento humano, con especial énfasis en el procesamiento y la representación de la información que realiza la mente humana. Como misión tiene, el comprender

aspectos del funcionamiento psicológico humano, así como el desarrollar conocimiento científico relevante en el marco de las necesidades de la sociedad<sup>3</sup>

Lo que se intenta desde esta perspectiva es tener un acercamiento a “(...) los modos generales de cada individuo de procesar la información que percibe del ambiente y de enfrentarse a situaciones en las cuales debe desarrollar un procedimiento o estrategia de resolución” (Zuluaga, 2007, p 34).

Dentro de esta perspectiva aparece el *modelo explicativo* de Russell Barkley, según Gutiérrez (2010):

A modo general, el modelo se basa en la gran influencia que poseen los factores instruccionales y motivacionales sobre las conductas hiperactivas (...) desde este modelo el TDAH podría ser entendido como un trastorno en el desarrollo de la inhibición de respuesta conductual del niño. (p. 56)

Para Gutiérrez (2010), que cita a Barkley, la inhibición estaría relacionada con la capacidad de autorregulación del niño, *autorregulación de la motivación*. Según estos autores, el TDAH generaría un déficit en la actividad de las funciones ejecutivas, que son las encargadas de realizar esta función de autorregulación, relacionando este déficit a la falta de motivación en los niños con TDAH.

Como posibles intervenciones dentro de la teoría cognitiva, se encuentra la intervención conductual, la cognitiva y la cognitivo-conductual. Para Pizarro, desde la terapia conductual:

Se postula que los síntomas de hiperactividad, impulsividad y dificultades de atención, son patrones de conductas desadaptativas y desajustadas que pueden ser modificadas de igual forma que cualquier otro desorden de conducta, a través de las técnicas basadas en los principios de aprendizaje. (Pizarro, 2003, p. 22)

Se parte de la idea de pensar que buena parte de la conducta que manifestamos es aprendida, por lo tanto, puede ser modificada. Este tipo de abordaje intenta implantar disciplina tanto en el hogar como en la escuela.

Para Pizarro (2003), estas intervenciones en el corto plazo “(...) mejoran conductas focalizadas, habilidades sociales y rendimiento académico en escenarios específicos” (pp. 51-52)

---

<sup>3</sup> Extraído del Programa Cognición del Instituto Fundamentos y Métodos en Psicología. UdeLaR

Desde la terapia conductual se tiene el objetivo de formar y hacer partícipes a los padres y maestros, sobre las características generales del TDAH. Se trata de implantar la disciplina tanto en el hogar como en la escuela.

Como estrategias de intervención se utilizaron la teoría de reducción de estímulos y el programa extra de reducción física.

La primera estrategia conjeturaba que los niños estaban rodeados de una multitud de estímulos ambientales, los cuales saturaban su capacidad de control de dichos estímulos, por lo que el niño respondía a esta sobreestimulación de manera desorganizada y descomunal. Se sometía al niño a un espacio reducido con la menor estimulación posible de manera que pudiera controlar sus propias respuestas conductuales.

En cuanto al programa extra de reducción física, se tenía la visión de exceso de carga energética en el niño, la cual se manifestaba en agitación motora y ésta debía ser liberada, para que el niño pudiera concentrarse y realizar la tarea. (Gutiérrez 2010)

Desde la terapia cognitiva y según Gutiérrez se trata “de enseñar a los niños con TDAH aquellas técnicas que resultan adecuadas para manejar el autocontrol y la resolución de problemas” (Gutiérrez, 2010, pp. 96).

También se utilizan los métodos de *resolución de problemas*, dentro de los cuales se pueden encontrar varios procedimientos en lo que refiere a la intervención cognitiva en niños (Gutiérrez, 2010, p. 98).

Por el lado de la terapia cognitivo-conductual, según Pizarro (2003), el énfasis está localizado en el rol de las autoverbalizaciones como instrumentos mediadores que sirven de guía en la actuación, regulando y controlando la conducta. Desde este paradigma, el niño con TDAH muestra dificultades en controlar sus conductas, deficiencias en las habilidades de pensamiento y la planificación.

Pizarro (2003) cita Braswell & Bloomquist (1991) los que sostienen que las principales estrategias utilizadas en el tratamiento de niños con TDAH son el entrenamiento autoinstruccional, entrenamiento en resolución de problemas, modelado, contingencias conductuales, educación emocional, y ejercicios de juegos de rol. También aparecen como posibles intervenciones el entrenamiento en relajación, ensayo conductual, imaginación, auto - evaluaciones positivas, cambio de la focalización atencional y reestructuración cognitiva.

### **2.2.2 Desde la psicología psicoanalítica**

Esta subdisciplina está fuertemente comprometida con las formas de subjetivación que adquiere el sufrimiento en diferentes ámbitos y dimensiones, tomando en cuenta la

singularidad de la situación<sup>4</sup>. Entienden, que en la infancia el aparato psíquico está en vías de constitución con un psiquismo que se produce en un contexto socio-histórico determinado.

En esta perspectiva el síntoma ocupa otro lugar, no se lo ve como una amenaza, sino como un significado de algo con lo cual hay que trabajar y tratar de llegar a los orígenes del mismo, el síntoma constituye la enfermedad y al mismo tiempo la potencial cura, para Freud este síntoma no pudo devenir consciente.

Con lo novedoso de la conceptualización realizada por Freud sobre el síntoma, para los psicoanalistas es necesario llegar a la cura. El camino a recorrer será analizar profundamente el síntoma, para llegar al núcleo más íntimo.

Es tarea del analista encontrar el sentido oculto de ese síntoma que se encuentra fuera de la consciencia del paciente.

Autores como Cristóforo (2012) y Guerra (2013) manifiestan que en la clínica se ha visto un aumento considerable de niños diagnosticados con TDAH, lo que ha provocado un mayor interés desde el psicoanálisis por conocer las causas de este aumento.

También a nivel regional se ha pensado en la atención, Janin (2013) se apoya en las teorizaciones de Freud e hipotetiza lo siguiente:

Los trastornos en la atención tienen que ver con la dificultad para investir determinada realidad, o para inhibir procesos psíquicos primarios. A la vez, la atención resta eficiencia a las acciones automáticas, poniendo freno a la impulsividad. Si la atención es investidura, podemos pensar que hay diferentes tipos de atenciones y de desatenciones. Y nos podríamos preguntar si hay alguien que “no atiende” en absoluto. (Janin, 2013, pp. 66-67)

Desde esta teoría, la atención se da como resultado del desarrollo del psiquismo. Este desarrollo se da fundamentalmente en la interacción con las figuras primordiales, lo cual no está libre de sufrir perturbaciones. Para Janin (2013) los síntomas de desatención en los niños están directamente relacionados con los procesos de desarrollo del psiquismo, y con la constitución yoica.

Algunos investigadores del área psicoanalítica de diferentes latitudes, defienden la presencia de factores de orden psicosocial, así como las fallas en los encuentros intersubjetivos primarios determinarían parte de las importantes dificultades en la subjetivación del niño, en los procesos atencionales y en su dificultad de regulación motriz. (Guerra, 2013, p.45)

---

<sup>4</sup> Extraído del programa del Instituto de Psicología Clínica. UdelaR

### 2.2.3 Desde la psicología social comunitaria

Es desde esta subdisciplina dónde queda ubicado mi trabajo final, considero que todas las visiones tienen algo para decir en relación a esta problemática, pero la psicología social comunitaria, tiene un enfoque más integrador e histórico. Para esta vertiente de la psicología social, es clave la consideración de las crecientes desigualdades sociales, de los procesos de discriminación y exclusión social que impactan en la cohesión social, del debilitamiento del sentido de comunidad, de la construcción de un nosotros y de los proyectos comunes, y de la configuración de un sujeto consumidor, individualista, por encima de un sujeto de ciudadanía y solidario<sup>5</sup>

Esta perspectiva me permite problematizar el problema, habilitando el análisis de las condiciones por las que el problema fue creado. Este problematizar habilita a pensar ciertas maneras de concebir y abordar el mismo.

Es desde una visión psicosocial, que Zuluaga (2007) dice:

No se ha determinado una causa ambiental específica; sin embargo, la atención brindada por los padres al hogar puede mejorar o empeorar los síntomas en el niño con TDAH. Un ambiente desorganizado, disfuncional y caótico puede, asimismo, desencadenar síntomas de TDAH y mantenerlos. Los estilos de crianza en el hogar también son importantes pues marcan el proceso de socialización del niño. (p.48)

Al TDAH se lo relaciona con *ambientes desfavorables*, siendo esto muy importante al momento del aprendizaje de los *patrones conductuales* necesarios para comportarse, dichos *patrones conductuales* se formarán acorde a la situación donde se encuentre, acorde al ambiente donde se encuentre el niño. Si bien estos *factores de tipo ambiental* son múltiples y variados, Para Gutiérrez (2010), ninguno de ellos es imprescindible ni suficiente para explicar por sí solo la mayor parte de los casos.

Considero, que la psicología social comunitaria tiene las herramientas que nos permitirán pensar las formas en las que el poder que se ejerce dentro de la institución educativa, de esta manera se problematizarán procesos que permitirán identificar subjetividades y brindar autonomía a los actores, con esto quiero decir que al problematizar ciertos universales nos permitirán pensar en el lugar que le otorgamos a nuestros niños.

---

<sup>5</sup> Extraído del Programa de Psicología Social Comunitaria

## 2.3 PERSPECTIVA PEDAGÓGICA

En cuanto a esta perspectiva voy a trabajar sobre la percepción que se tiene sobre el TDAH en el ámbito pedagógico, siendo los maestros actores principales de lo que acontece en el aula.

Pensar a los maestros como actores principales es reconocerles su formación profesional, su experiencia en el ámbito escolar, es reconocer su producción subjetiva y cómo ésta establecerá ciertos parámetros dentro del aula.

Ancer y Muniz (2013) dirán que el enfoque de la mayoría de los maestros se encuentra en el proceso de aprendizaje de los niños, sin tener presente que ambos –maestros y niños– poseen una estructura psíquica que les permitirá enfrentar la realidad según lo vivido por cada uno (p. 30), este proceso tiene un pensamiento lineal, simplista, donde el aprendizaje es lo primordial. Esto impedirá que se piense al niño como sujeto en devenir, en constitución, en constante cambio.

Para Gorostiaga, Soroa y Balluerka (2016) -en su investigación llevada a cabo en una muestra de 1278 docentes- la etapa escolar juega un papel muy importante en la identificación de los niños con TDAH. Han constatado que los maestros detectan con mayor frecuencia que los progenitores o los médicos a los niños con TDAH y es por eso que considero a los maestros actores principales.

En su trabajo Gorostiaga, et al, (2016) plantean que las actitudes de los docentes hacia los alumnos con dificultades suelen estar mediadas por las auto-percepciones de competencia (p. 4), teniendo relevante importancia la formación que hayan tenido en torno al tema.

En referencia a su investigación concluyen que:

Investigaciones como la presente constatan que el conocimiento de los maestros sobre el TDAH no es elevado, especialmente en aspectos relativos a la etiología y a la información general sobre el trastorno, y proporcionan información detallada acerca de los aciertos, las lagunas y los errores que cometen los maestros cuando se evalúa su conocimiento sobre el TDAH. (Gorostiaga, et al, 2016, p. 14)

Otra investigación en referencia al TDAH y la concepción desde la pedagogía es la de Leavy (2013), la que hace referencia a la “obsesión normalizadora de la escuela”, agregando que la pedagogía construye normas, en referencia a esto agrega que “...hace una explicitación usual de la ‘normalidad’ y por ende una proclamación lisa y llana de lo no deseable” (p. 677).

La autora cita a Baquero y Nadorowsky los que expresan “La clásica estructura graduada, la diferenciación de niveles según capacidades homogéneas o heterogéneas, la existencia de grados o escuelas especiales, la presencia de un gabinete psicológico externo o interno, instituyen expectativas y supuestos sobre la población de los alumnos” (Baquero & Nadorowsky, 1990, p. 6), si bien esta investigación se realizó en Buenos Aires, está muy próxima a lo que sucede en nuestro país.

El trabajo final de grado de Carolina Pérez “*Diagnósticos y psicofármacos en las infancias escolarizadas: Estudios de casos en la ciudad de Maldonado, una mirada desde las redes sociales*”, propone pensar la problemática desde un enfoque en red el cual involucra un abordaje ético y estético de las prácticas sociales.

Para realizar su trabajo una de las entrevistadas fue Adriana Cristóforo, la que preguntada por la tendencia que apreciaron a que eran más afines los maestros, respondió que:

En realidad los maestros dicen todo bien pero yo los necesito quieto. (...) lo que pasa que para aprender se necesita estar quieto se necesita atender, hay cierta normas que tienen que tener. Es decir no hay un movimiento en pensar en adecuar los conceptos pedagógicos a los niños de hoy. Muchas horas en el aula, actividades repetitivas. (Pérez, 2014, p. 27)

Esto habla de lo naturalizado en cuanto a la concepción del aprendizaje y su relación directa con el estar quieto, parecería ser que un niño que se mueve no aprende.

Continuando en esta perspectiva Pérez (2014) realizó una entrevista a la directora de una escuela primaria, en dicha entrevista surgió que proceder se tiene en referencia a los niños con *ciertas dificultades*:

Acá entonces podríamos decir que el proceso empieza cuando la maestra lo detecta...La maestra si....Si la maestra me comunica, que tiene un niño con cierta característica, que hace esto, que se comporta de cierta forma. Qué hace esto, qué reacciona así, que es violento, que no está sentado ni siquiera un minuto en una silla, porque yo entiendo a un niño de primero no lo vas a tener siete horas y media sentadas. Pero un niño que no puede estar en una silla, y que sale a distintos espacios, y en los distintos espacios tiene problemas, bueno entonces vos, ahí citas al padre y mantenemos una entrevista. Maestro y director, y a veces se suma el profesor de gimnasia, o si el niño es atendido en apoyo con la maestra de segundo, es la maestra de segundo con la de primero. En base a eso se le explica al padre y bueno se le da como este recorrido. (p. 44)

En cuanto al recorrido que se hace mención la directora explica que una vez que la maestra detecta a un niño con cierta característica se lo comunica, y le enseñan al padre/madre el recorrido que debe hacer –pediatra, neuropediatra, psiquiatra o psicólogo-

acá queda clara la concepción que se tiene sobre *ciertas características*, en el momento en que se lo deriva al pediatra, neuropediatra o psiquiatra, se está pensando el TDAH como algo orgánico, médico, en última instancia un psicólogo tendrá algo para decir.

Finalizando la entrevista y a modo de demanda queda planteada la necesidad de contar con herramientas –ya sea formación o *propuestas que trabajen estas temáticas*- que les permita pensar en estas realidades desde su complejidad (Pérez, 2014, p. 50).

Del recorrido realizado en el presente capítulo es pertinente mencionar que, dentro de la psicología y desde las subdisciplinas abordadas hay algo para decir y problematizar.

Desde el enfoque cognitivo el énfasis estará en el procesamiento y la representación de la información que realiza la mente humana. En cuanto al TDAH, podría ser entendido como un trastorno en el desarrollo de la inhibición de respuesta conductual del niño, se intenta que el niño autorregule su motivación en el entendido de que estas manifestaciones pueden ser modificadas de igual forma que cualquier otro desorden de conducta, a través de las técnicas basadas en los principios de aprendizaje, este enfoque se apoya mucho en los avances de la neurociencia.

Para el psicoanálisis el énfasis estará puesto en ese síntoma que manifiesta el niño -por ejemplo, la hiperkinesia- como resultado del vínculo temprano con sus padres. Este síntoma será necesario historizarlo y simbolizarlo a efectos de resolver el conflicto.

La psicología social comunitaria aportará su enfoque integrador e histórico, este posicionamiento nos permitirá problematizar ciertos universales y pensar en el lugar que le otorgamos a nuestros niños y sus manifestaciones como el TDAH.

Desde la pedagogía el enfoque de la mayoría de los maestros se encuentra en el proceso de aprendizaje de los niños, este enfoque lineal de aprendizaje impide pensar al niño como sujeto productor de conocimiento, al contrario, se lo piensa como depositario del conocimiento que otorga el maestro. Para adquirir ese conocimiento, será necesario limitar el movimiento en esta idea de que se aprende estando sentado y observando al frente.

Si estas aspiraciones no se alcanzan, la solución inmediata y a corto plazo será derivar a ese niño con el médico, naturalizando los procedimientos e impidiéndole a la institución pensarse como productora de ese niño.

## **CAPÍTULO III**

### **CUESTIONAMIENTOS AL TDAH**

#### **PATOLOGIZACIÓN Y MEDICALIZACIÓN DE LA INFANCIA**

En este capítulo abordaré la patologización de la infancia y la consecuente medicalización, pero no como algo actual, sino como una sumatoria de circunstancias que han llevado a que la sociedad medique al mismo tiempo el niño que produce. Esta sumatoria de prácticas que han llevado a la patologización en la infancia, no son tomadas como un proceso lineal, sino como prácticas que se alternan unas con otras y en un contexto histórico.

¿Qué entiendo por patología?, Patología es un término que proviene del griego: (pathos) sufrimiento o daño y de (logos) estudio. Hoy en día se habla de patología cuando hay caos, cuando se desafía al orden establecido, la norma, ahí queda instalada la patología. Como dice Terzaghi (2013) “Es a partir de la ubicación de lo normal que se sitúa un resto delimitado como patológico. La pérdida, la carencia, la restricción, el desorden, el trastorno, están en referencia a una norma que siempre es arbitraria” (p. 58).

Esta patologización hace que situaciones de la vida cotidiana como el movimiento, la tristeza, una pérdida sean vistas como enfermedades y no como avatares de la vida del ser humano, se patologiza el sufrimiento, se etiqueta y agrupa según criterios diagnósticos. Con esta visión del ser humano y de su cotidianeidad, lo que se logra es colocar al sujeto como único responsable de su “sufrimiento”, en una visión biologicista y reduccionista.

Nuestros niños, lejos de estar por fuera de esta patologización cada día se los involucra más. Una etapa en la cual se está en pleno desarrollo, en plena constitución subjetiva, donde se está comenzando a conocer el mundo que lo rodea y la cual se debe transitar con la mayor naturalidad y espontaneidad posible, cuando surgen algunas manifestaciones propias del crecimiento, y el adulto no sabe decodificarlas, se enciende una alarma. Al niño hay que educarlo en la escuela pensando en el futuro, en casa se lo contiene, pero también se le prohíbe y se le controla. Si la escuela y la familia no logran contener ese cuerpo, la solución será medicarlo para que atienda y logre acercarse a los estándares de la sociedad. Se busca el disciplinamiento y la normalización de los cuerpos. La pregunta es, ¿Cómo se produjo la niñez?, según Corea y Lewkowicz (1999):

La niñez es un invento moderno: es el resultado histórico de un conjunto de prácticas promovidas desde el Estado burgués que, a su vez, lo sustentaron. Las prácticas de conservación de los hijos, el higienismo, la filantropía y el control de la población, dieron lugar

a la familia burguesa, espacio privilegiado, durante la modernidad, de contención de niños. (Corea y Lewkowicz, 1999, pp.13)

En cuanto a la infancia, Corea y Lewkowicz (1999) la entienden como “un conjunto de significaciones que las prácticas estatales burguesas instituyeron sobre el cuerpo del niño, producido como dócil” (p.13), estas significaciones, una vez que la sociedad se apropió de ellas, las naturalizó, son las que regirán para lo que es “normal” y lo que es “patológico” dentro de la misma. Corea y Lewkowicz (1999) dirán

La situación histórica determina la concepción y el modo en que se es infante- adolescente. En la época que nos ha tocado transitar, tal modo está muy ligado a la aparición de los medios masivos de comunicación como lugar privilegiado de exposición del sujeto; a su vez, desde allí se dictan los modelos de cómo ser para ser aceptado. La producción de modelos en los medios persigue el incremento de la práctica social privilegiada en estos tiempos: el consumo. (p.7)

Me pregunto, ¿qué ha llevado a que la infancia no sea valorada como infancia?, para Corea y Lewkowicz (1999) se produjo un “(...) agotamiento de la potencia instituyente de las instituciones que forjaron la infancia moderna” (p. 11). Es acá donde los medios de comunicación hacen su jugada, la infancia ya no es vista como una etapa inocente del niño (futuro adulto), sino que se lo ve como sujeto en actualidad, se le iguala al adulto a través de un consumo generalizado, no se ve al niño consumidor que sólo reclama su satisfacción a los adultos, sino como potencial cliente y poseedor de bienes.

La hipótesis a la que arriban Corea y Lewkowicz es que se ha realizado una variación práctica del estatuto de la niñez. Para los autores:

La variación práctica que percibimos está asociada a las alteraciones que, a su vez, sufrieron las dos instituciones burguesas de la modernidad: la escuela y la familia. Pero también dicha variación hunde sus raíces en las mutaciones prácticas que produjo en la cultura el vertiginoso desarrollo del consumo y la tecnología. (p.14)

La escuela y la familia ya no están pudiendo producir al niño como lo hicieran en la modernidad, el conflicto se genera cuando estas dos instituciones piensan en el niño moderno y no en el niño actual. Acá queda atrapado ese niño, entre dos instituciones que no reconocen sus limitaciones y no se ven como productoras del problema. El problema queda fuera del aula y también fuera de la familia, la consecuencia a esto es la patologización y consecuente medicalización de la infancia.

En línea con lo que plantean Corea y Lewkowicz, Muniz (2013) manifiesta que, la hiperrealidad en la que vivimos está promovida por los medios de comunicación, los que transmiten la idea de que “más felices somos, cuanto menos sufrimos y más consumimos” (p.150).

El mercado neoliberal en el que estamos inmersos necesita y a la vez produce consumidores, no sólo consumimos productos, ya sea por la televisión, radio o internet, también consumimos terapéuticas variadas. Para este mercado, nada mejor que consumidores pasivos, sometidos, no críticos de lo que se nos está ofreciendo y tomamos sin mayores problemas, generando un *efecto de verdad incuestionable*.

De la mano con esta patologización de la infancia viene la medicalización de la infancia, la injerencia de la medicina en el cuerpo infantil. Por medicalización entiendo no sólo el hecho de medicar, sino como Foucault (1990) la define:

(...) hecho de que la existencia, la organización, el comportamiento, el cuerpo humano se ven englobados a partir del siglo XVIII en una red de procedimientos técnicos, farmacológicos, sanitarios, cada vez más densa y más amplia que, cuanto más funciona, menos escapa a la medicina. (p. 122)

En su primera conferencia dictada en el curso de medicina social en el año 1974 Foucault habla sobre la medicina en un intento de demostrar que la misma no es una actividad individual sino una actividad social, al respecto dirá:

La medicina, por lo menos desde el Siglo XVIII, constituye una actividad social. En cierto sentido la "medicina social" no existe porque toda la medicina ya es social. La medicina fue siempre una práctica social, y lo que no existe es la medicina "no social", la medicina individualista, clínica, del coloquio singular, puesto que fue un mito con el cual se defendió y justificó cierta forma de práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión. (Foucault, 1974a, p.155)

Foucault ubica tres características importantes que causaron el despegue médico y sanitario en Occidente, *la biohistoria, la medicalización indefinida y la economía de la salud*.

Para dicho autor la *biohistoria*, es, “el efecto, a nivel biológico, de la intervención médica; la huella que puede dejar en la historia de la especie humana la intervención médica que comenzó en el siglo XVIII”. (Foucault, 1974b, p.3) Ya no será peligroso el no saber -como limitante- sino que *será peligroso el propio saber*, hay un exceso de saber cómo producción. Foucault (1974a) dirá, “El saber es peligroso, no solo por sus consecuencias

inmediatas a nivel del individuo o de grupos de individuos, sino a nivel de la propia historia” (p.160).

En cuanto a la *medicalización indefinida* Foucault dirá que “la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad” (p.160). A propósito de esto, da como ejemplo que - al momento de querer hacerse de un puesto de trabajo- no se contrata a nadie sin el aval médico. Para Foucault (1974a), existe una política sistemática, obligatoria, autoritaria de detección de enfermedades en la población (p.160).

Otra demostración de que la medicina actual ha rebasado su *dominio propio*, pasa porque el dominio de objetos de la intervención médica no se refiere a las enfermedades sino a otra cosa. Como ejemplo menciona que “(...) la intervención sistemática de una terapéutica de tipo médico en los homosexuales de los países de Europa Oriental es característica de la "medicalización" de un objeto que, ni para el sujeto ni para el médico, constituye una enfermedad” (Foucault, 1974a, p. 161).

El saneamiento del agua, las condiciones de vivienda o el régimen urbanístico es campo de intervención médica, para Foucault esto es otra muestra más de que “la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo” (Foucault, 1974a, p.163).

Para Foucault “vivimos en "Estados médicos abiertos" en los que la dimensión de la medicalización ya no tiene límite: ciertas resistencias populares a la medicalización se deben precisamente a esta investidura de predominio perpetuo y constante” (Foucault, 1974a, p.164).

Siguiendo en esta línea Affonso y Azevedo (2013) dirán:

La medicalización es primordial en la deconstrucción de los derechos, una violencia contra la persona capturada en su tela. Al ocultar los problemas que refieren a las personas y al atribuir sus modos de accionar, aprender, sentir, afectar y ser afectados, de vivir, de sufrir conflictos e imposiciones en una sociedad construida en el discurso de la igualdad y fundada en la desigualdad, los procesos medicalizantes son nuevas formas de violencia contra las personas. Nuevos modos de vigilar, nuevos modos de castigar. (p. 115)

En este proceso la infancia cobra vital importancia y su constitución socio-histórica ya que será blanco de poder y campo de múltiples intervenciones. Bianchi (2013) expresa que “(...) la infancia fue depositaria directa de las estrategias de normalización del siglo XIX, cuando se posiciona en el centro de las campañas de gestión de las poblaciones impulsadas como parte del proceso de medicalización de la sociedad” (p.124).

En cuanto a los niños diagnosticados con TDAH siguiendo en la línea de lo que se viene exponiendo diría que hay una falta de adaptación de la sociedad adulta a nuestros niños y su particular manera de ver el mundo. Estos niños más movidos, hiper-atentos, influenciados por una tecnologización sin precedentes, una vez que llegan a la escuela se les obliga a prestar atención a prácticas educativas vetustas y poco estimulantes, como lo plantea Leavy (2013), hay una “obsesión normalizadora de la escuela”, agregando que la pedagogía construye normas. Esto hace preguntarme, ¿a quién le incomoda el movimiento?, la respuesta, al *sistema*. Nuestro sistema educativo está pensado para que el niño se prepare y eduque y así lograr ser el futuro *hombre de ley*, pero dentro de un disciplinamiento, dentro de una vigilancia precisa y concreta. Este sistema educativo se regirá dentro de lo que nuestra sociedad entiende por normal, para Foucault:

Se crea una especie de jerarquía de individuos capaces o menos capaces, el que obedece a la norma determinada, el que se desvía. (...) esta especie de toma en consideración del individuo en función de su normalidad, es, uno de los grandes instrumentos de poder en la sociedad contemporánea. (Foucault, 2014, p. 36)

Y es esta jerarquía de individuos, esta relación de poder, de dominación de una clase sobre otra, la que pesará al momento de etiquetar a un niño con TDAH.

Ahora, pensando en la sociedad uruguaya, Barrán (1993) dirá que la medicalización en nuestra sociedad comienza a darse alrededor del 1900 y se instaura en tres niveles- la atención, el poder del médico en relación a la salud y la valorización de la salud en la sociedad- la clase médica va haciéndose del poder pretendiendo ser el único saber válido. Debido a este proceso el médico pasa a ser referente en las clases media/superiores y alta de nuestra sociedad.

Esta relevancia del discurso médico, hizo que se transformara el modo de relacionarse en la sociedad acorde a las condiciones socio-históricas y demanda de dicha sociedad.

Este discurso médico y hegemónico, en la actualidad encuentra su aliado en la industria farmacéutica, para Portillo “Detrás de la medicina está la poderosísima industria farmacéutica; toda la industria y el comercio de la aparatología y la corporación médica, que asume el rol de capitalista, en especial cuando maneja técnicas de diagnóstico o tratamiento altamente sofisticado” (1993, p. 23).

Portillo (1993) dirá que, la medicina, desde el lugar que ocupa en nuestra cultura, suprimirá o neutralizará a todo aquel que tenga algo distinto para decir en relación a la enfermedad (p.12). Para Portillo (1993) se consume medicina y ésta será una forma más de la moda (p.33).

En este capítulo se trató de problematizar sobre los procesos de medicalización y patologización, haciendo hincapié en la infancia.

La circulación del poder médico y su consecuente medicalización de la sociedad, sumado al consumo y los medios de comunicación, han hecho que la familia y la escuela como se la concebía en la modernidad haya mutado en un proceso más que complejo. Estas instituciones modernas ya no producen al niño que puede habitarlas, sin embargo siguen operando como si lo fuera.

Estamos presenciando una “intromisión” de lo médico en la dimensión social, una patologización del sufrimiento, que ha hecho que se hayan naturalizado distintas prácticas. Ejemplo de lo anterior, son las derivaciones que se hacen desde las escuelas al médico, por el simple hecho de que el niño se mueve demasiado en clase. Esto marca lo naturalizado del proceso y el camino que se debe seguir.

Asistimos a un disciplinamiento y un proceso de normalización de los cuerpos, como consecuencia de ello y una vez que son incorporados quedan invisibilizados, naturalizados. Esta normalización y naturalización de ciertas prácticas, impide que las mismas sean problematizadas.

## CAPÍTULO IV

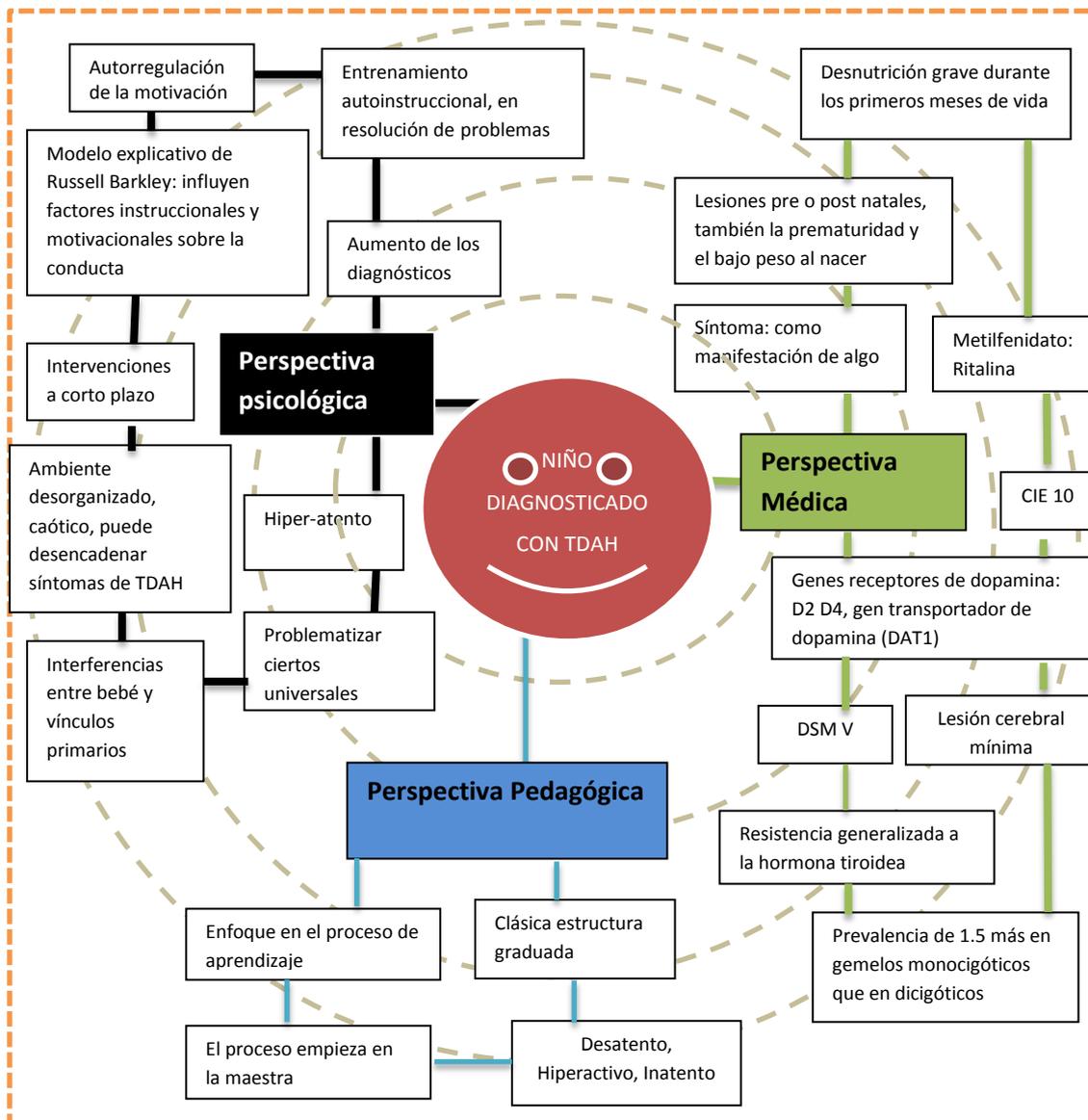
### CONSIDERACIONES FINALES

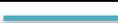
En este último apartado el lector logrará ver el recorrido realizado, el estado del arte sobre el problema, y la de-construcción -como posibilitadora- en tanto desnaturaliza patrones de significado que son utilizados diariamente. (Fernández, 1997, pp.7)

De este recorrido realizado surge el mapa conceptual (Cuadro 2) que me posibilitará problematizar ciertos supuestos.

#### MAPEO SOBRE EL TDAH

##### PATOLOGIZACIÓN Y MEDICALIZACIÓN DE LA INFANCIA



	NIÑO DIAGNOSTICADO CON TDAH
	Perspectiva Pedagógica
	Perspectiva Médica
	Perspectiva Psicológica
	Perspectiva médica y su conexión con el niño
	Perspectiva Pedagógica y su conexión con el niño
	Perspectiva Psicológica y su conexión con el niño
	Posibles conexiones entre las distintas perspectivas

Desde un posicionamiento crítico y reflexivo a la vez, el problema sobre el TDAH no radica en lo que se dice sobre el mismo sino en lo que no se dice. El mapeo presentado anteriormente hizo que me preguntara sobre estos invisibles, sobre lo no enunciable, sobre qué ha pasado para que nuestra infancia sea vista como se la ve.

En esta búsqueda de respuestas se propone desnaturalizar las instituciones de la modernidad productoras de la infancia, como lo fueron la familia y la escuela. La mutación de las mismas hace que hoy se siga pensando en el niño de la modernidad como único y no han logrado darse cuenta que ese niño -el moderno- ha ido transformándose junto con las instituciones, el asunto está en que estas transformaciones permanecen invisibilizadas.

La familia ya no es la de la modernidad, sus roles no aparecen bien marcados, el modelo nuclear perdió protagonismo, evidenciándose una crisis en los contratos conyugales.

Por otro lado la escuela no brinda al niño lo que el niño desea o necesita, se lo sigue pensando desde un modelo vareliano, homogeneizador, que para el momento en el que estamos viviendo dejó de ser efectivo. Esta complejización de la niñez es producto de una multiplicidad de factores que entran en juego, la familia, la escuela, los medios masivos de comunicación, el contexto económico y social, como consecuencia de esto, para Corea y Lewkowicz (1999) se produce la destitución de la niñez.

Pensando en el TDAH y nuestros niños, en el proceso de socialización y lo que desde la psicología social comunitaria se puede decir de todo esto, considero pertinente introducir a la institución escolar como agente socializador, controlador, normalizador, donde el poder se ostenta y lugar privilegiado –más en estos días- para que lo médico circule de forma natural. No se trata de colocar a la escuela como único responsable de esta problemática, lo que se intenta es demostrar cómo han quedado naturalizados e institucionalizados distintos procesos que tienen su impacto al momento de construir identidad.

Si hablamos de la escuela, es difícil separarse del aún vigente modelo vareliano. Han pasado los años y si bien se trata de buscar cambios en el sistema educativo, en sus raíces continúa un modelo del siglo XIX. Acá es donde ubico a la institución como

responsable directa ante su imposibilidad de cambio, con un modelo educativo que fue pensado para niños en otras condiciones socio-históricas se pretende educar a los niños de hoy.

La escuela y la familia ya no están pudiendo producir al niño como lo hicieran en la modernidad, el conflicto se genera cuando estas dos instituciones piensan en el niño moderno y no en el niño actual. Acá queda atrapado ese niño, en el cruce de dos instituciones que no reconocen sus limitaciones y no se ven como productoras del problema, en este cruce logra meterse lo médico. El problema queda fuera del aula y también fuera de la familia, la consecuencia a esto es la patologización y consecuente medicalización de la infancia.

Las prácticas educativas de la actualidad se rigen por las urgencias de la institución y por las aspiraciones de la sociedad en torno al ideal de niño obediente, educado y aprendiente, dejando relegados los propios deseos del niño y sus tiempos. A esto hay que agregarle que lo médico se enclavó en la escuela, se intenta controlar a ese niño que ni la familia ni la escuela logran comprender y/o satisfacer. Este modelo médico quedó naturalizado, lo que lleva a que no se cuestionen las prácticas que recaen en el cuerpo dócil del niño y éstas son vistas muchas veces como la solución al problema. Al decir de Portillo (1993), el discurso médico va variando dependiendo de la época y de la sociedad, el mismo se va adaptando a las condiciones socio-históricas de producción y a la demanda de la sociedad.

Este discurso médico quedó inscripto, naturalizado e invisibilizado en la Escuela, al respecto Portillo (1993) dirá que, existen redes sutiles del saber médico que comprimen y asfixian, este saber es totalitario, normalizador y disciplinador.

El sistema educativo se va organizando en torno a la idea de orden y de aquellos ideales que establecen o marcan formas de pensar, sentir y actuar. La Escuela no tiene en cuenta la naturaleza del niño, lo que intentará es controlarlo y disciplinar sus movimientos a través de la intervención.

Como consecuencia de esto aparece una especie de pre-diagnóstico por parte de los responsables de la institución educativa, el maestro, a su entender y saber - o no saber- nota en el niño ciertas conductas que no corresponden con lo que de él se espera y se lo deriva al médico. El problema radica en que, al momento de realizar estas derivaciones, el fin es generar orden en el aula, depositando el problema en el niño, en una mirada reduccionista de lo complejo del problema. Muchas veces esta derivación termina en el diagnóstico, etiquetamiento y en el consumo de medicación, pero algo que no podemos dejar de analizar es que al momento de realizar esta derivación el niño queda atrapado entre una familia y una escuela incapaces de verse como productoras del problema, esta incapacidad hará que se dé una respuesta individualizada de dicho problema.

Una de las consecuencias de lo anterior, abre las puertas a las industrias farmacéuticas. Posicionados con una mirada biologicista, dicotómica, en cuanto a su concepción de lo sano y/o enfermo, se permite proponer que la solución sea buscada en la consecuente medicación amparándose en el paradigma médico. Esto ha llevado a que se ha naturalizado el uso de psicofármacos en la infancia, sin preguntarnos siquiera por las consecuencias de ello mirando al futuro.

Para Portillo “Detrás de la medicina está la poderosísima industria farmacéutica; toda la industria y el comercio de la aparatología y la corporación médica, que asume el rol de capitalista, en especial cuando maneja técnicas de diagnóstico o tratamiento altamente sofisticado” (Portillo, 1993, p. 23.).

Si hablamos de TDAH, una de las formas de abordarlo es con la prescripción de metilfenidato. Esta droga estimulante del sistema nervioso central es de la familia de las anfetaminas, actúa estimulando la liberación en las terminales sinápticas y bloqueando la recaptación de las mismas. En los últimos años se ha visto a nivel nacional y mundial un aumento exponencial de la prescripción de metilfenidato, lo que derivó en que en el año 2010, las Naciones Unidas, realizaron un llamado de atención a las autoridades uruguayas referente al aumento en la prescripción del fármaco. En dicho documento se menciona que el consumo promedio a nivel mundial en niños oscila entre un 5 % y 10 % y se hace saber que en Uruguay el consumo promedio llega al 15 % (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, 2010).

Este llamado de atención se debe en parte al aumento del diagnóstico sobre TDAH y la prescripción del psicofármaco, en un intento por adormecer el cuerpo de los niños y como forma de ejercer el poder sobre los mismos, no como forma de reprimir sino como dirá Foucault (2014) como forma de producir.

Considero que en parte, este aumento de diagnósticos se da como consecuencia del uso de manuales que lo que proponen -de manera implícita- es una patologización de la vida cotidiana sin dar lugar a lo singular y complejo como posible respuesta.

De la mano con lo anterior, para Muniz (2013), aparece “(...) el niño consumidor de salud, de medicinas, de terapéuticas variadas” (p.142), agregando que estas clasificaciones no son ingenuas sino que remiten a posicionamientos políticos y económicos.

Se produce una naturalización de los discursos, esta naturalización hará que sean incorporados y se pierda la naturaleza de la producción de los mismos.

A modo de reflexión final y sin implicar un cierre en la problematización del tema que hoy presento, entiendo fundamental expresar que, en este recorrido surgieron varias perspectivas posibles al momento de pensar un abordaje del problema, tal como quedara presentado en el mapa conceptual.

Este mapa representa lo complejo del asunto y las perspectivas que lo abordan. Al momento de realizar el diagnóstico a un niño con TDAH -y su consecuente medicación- todo se reduce a una intervención médica directa al cerebro del niño. Me pregunto, cómo el problema persiste, y aquí es cuando quedan invisibilizadas ciertas formas de intervenir en el niño, desde una postura reduccionista, biologicista, homogeinizante, tenemos los mismos factores, el mismo problema pero, un niño medicado con psicofármacos.

Muy lejos de significar un cierre en mi estudio sobre el tema, entiendo interesante expresar que, deberíamos - y me incluyo como futuro profesional - intentar entender el TDAH como el resultado de múltiples factores y no un único factor a intervenir. El intervenir sólo pensando que el problema está en el niño, desconociendo la complejidad de factores que intervienen, vuelve el asunto unidireccional, reduccionista y simplista, es decir, se crea una especie de círculo vicioso, donde la solución está solo en la medicación del niño quedando invisibilizados los demás factores intervinientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Affonso, M., Azevedo, C. (2013) Medicalización y Patologización en la infancia: nuevas máscaras de la violencia. disponible en <http://www.objetoscaidos.cl/wp-content/uploads/2013/10/Maria-Aparecida-Moyses-y-Cecilia-Lima-Collares.-Medicalizacion-y-patologizacion-en-la-infancia..pdf>
- Aguilar, M. (2014) Tesis Doctoral, Implicaciones Jurídicas, Psicológicas y Criminológicas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), disponible en <http://hdl.handle.net/10201/39913>
- American Psychiatric Association (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV.TR. Barcelona: Masson.
- Ancer, L., y Muñiz, M. (2013). Una aproximación a las aportaciones del Psicoanálisis a la Psicología Escolar. En: M. Muñiz y A. Kachinovsky (Eds.), Itinerarios de la Psicología Clínica: avances, notas y encuentros de norte a sur (pp. 2939). Ciudad de México, México: Tendencias
- Barrán, J. Bayce, R. Cheroni, A. de Mattos, T. Labisch, A. Moreira, H. y Viñar, M.(Eds) (1993) La medicalización de la sociedad. Montevideo. Ed: Nordan-comunidad
- Benasayag, L., (2007). ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad ¿Una patología de mercado? Noveduc Libros
- Bianchi, E. (2013) La medicalización va a la escuela. En Viñar, M., Vasen, J., Terzaghi, A., Stolkinar, A., Dueñas, G., Volnovich, J.,...Villani, A., (Eds) (2013) La patologización de la infancia (III). Problemas e intervenciones en las aulas. Buenos Aires, Argentina: Noveduc
- Carboni, A.,. (2011) El trastorno por déficit atencional con hiperactividad. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 3; 95- 131 Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/46>
- Corea, C., Lewkowicz, I., (1999) ¿Se acabó la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez. Editorial Lumen/Hvmanitas.

- Cristóforo, A., Delgado, R., Valazza, V. y Pou, V. (2013). La función Atencional en niños que concurren a una escuela de contexto socio económico muy desfavorable. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 5-30 Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/issue/view/186/>
- Cristóforo, A., (2012) Medicalización y déficit atencional. Construcción social de la subjetividad desatenta, en: M. Muñiz y A. Kachinovsky (Eds.,) *Itinerarios de la psicología clínica: avances, notas y encuentros de norte a sur* (p.), Ciudad de México, México: Tendencias
- Debenedetti, R. (2015). Trabajo final de grado. TDAH y patologización de la infancia. ¿Niños rehenes de una globalización económica. Recuperado de [http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_rosella\\_debenedetti\\_.pdf](http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_rosella_debenedetti_.pdf)
- Fernández, A. (1997) Notas para la constitución de un campo de problemas de la subjetividad, disponible en <http://www.anamfernandez.com.ar/wp-content/uploads/2014/12/Cap%C3%ADtulo-8-Inst-Est.pdf>
- Fernández, A. (2012) Trastorno por déficit de Atención y/o Hiperactividad. Abordaje multidisciplinar. Recuperado de [http://www.fundacioncadah.org/web/doc/index.html?id\\_doc=123](http://www.fundacioncadah.org/web/doc/index.html?id_doc=123)
- Foucault, M., (1974a) La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina, recuperado de [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3161/Educacion%20medica%20y%20salud%20\(10\),%202.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3161/Educacion%20medica%20y%20salud%20(10),%202.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Foucault, M., (1974b) Historia de la medicalización, recuperado de <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4839.pdf>
- Foucault, Michel (1990 [1977]) *La vida de los Hombres Infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta.
- Foucault, M., (2014) *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. S XXI Editores Argentina S.A.

- Gorostiaga, A.; Soroa, M.; Balluerka, N.; (2016), Conocimiento de los maestros sobre el TDAH: Relevancia de la formación y de las percepciones individuales. Revista de Psicodidáctica, 2016, 21(2), disponible en <http://www.ehu.eus/ojs/index.php/psicodidactica/article/download/14023/13571>
- Gutiérrez, M. (2010) Estudio comparativo del trastorno por deficit de atencion con hiperactividad en la infancia: Análisis de variables psicoeducativas. disponible en <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/6642/1/18971829.pdf>
- Guerra, V. (2013). Síndrome de déficit de atención con hiperactividad, una perspectiva psicoanalítica: el falso self motriz, en: M. Muñoz 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
- Janin, B., Frizzera, O., Heuser, C., Rojas, M., Tllis, J., Untoiglich, G. (2004). Niños Desatentos e Hiperactivos: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. 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.
- Ladrón, A., Alvarez, M., Sanz, L., Antequera, J., Muñoz, J., Almendro, M., (2013). DSM-5 Novedades y criterios diagnósticos. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/DSM%205%20%20Novedades%20y%20Criterios%20Diagn%C3%B3sticos.pdf>
- Leavy, P. (2013) “¿Trastorno o mala educación?” Reflexiones desde la antropología de la niñez sobre un caso de TDAH en el ámbito escolar. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v11n2/v11n2a16.pdf>
- Muniz, A. (2013). Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 3(2), 135-154 Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/issue/view/165/>

- Organización Mundial de la Salud (2004). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, España: Panamericana
- Ortega, F.; Barros, D.; Caliman, L.; Itaborahy, C.; Junqueira, L.; Ferreira, C. (2010). A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 14, núm. 34, julio-septiembre, pp. 499-510
- Pérez, C. (2014). Trabajo final de Grado. Diagnósticos y psicofármacos en las infancias escolarizadas: Estudios de casos en la ciudad de Maldonado, una mirada desde las redes sociales, disponible en <http://sifp1.psico.edu.uy/diagn%C3%B3sticos-y-psicof%C3%A1rmacos-en-las-infancias-escolarizadas-estudios-de-casos-en-la-ciudad-de>
- Peña, M.; Rojas, P.; Rojas, S. (2015). ¿Cómo diagnosticar a un niño? Diagnóstico del Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad desde una perspectiva discursiva crítica, disponible en <http://atheneadigital.net/article/view/v15-n1-pena-rojas-rojas>
- Pizarro, A. (2003) Eficacia de un programa multicomponente de terapia cognitivo-conductual en un contexto educativo para el tratamiento de niños chilenos diagnosticados con trastorno por déficit atencional/hiperactividad, disponible en <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/113344/cs39-pizarroa64.pdf?sequence=1>
- Portillo, J. (1993) La medicina: el imperio de lo efímero. En Barrán, J. Bayce, R. Cheroni, A. de Mattos, T. Labisch, A. Moreira, H. y Viñar, M. (Eds) (1993) La medicalización de la sociedad. Montevideo. Ed: Nordan-comunidad
- Pou, V. (2015) Tesis de Maestría. La función paterna: análisis y comprensión de su dinámica desde el vínculo parento-filial en niños que presentan TDAH.
- Tubert, S. (2010). Observaciones sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid, (20), 6-. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3183667>

- 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
- Terzaghi, M., (2013) El efecto epidemia. Algunas preguntas sobre el lugar de lo médico. En Viñar, M., Vasen, J., Terzaghi, M., 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
- Vignoli, L. (2014) Trabajo final de grado. Controversias sobre la prescripción de metilfenidato en niños con Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH), disponible en <http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/TFG%20Resumen%20Vignoli.pdf>
- Zuluaga, J. (2007) Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH), a través de una intervención sobre la atención, disponible en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20091118031108/TESIS%20JUAN%20BERNARDO%20ZULUAGA.pdf>

## ANEXOS

### Cuadro 1: Criterios diagnósticos para el TDAH, según DSM-V (Ladrón, A. 2013)

**A-** Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

#### 1. Inatención

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

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

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

#### 2. Hiperactividad e Impulsividad

- a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está "ocupado", actuando como si "lo impulsara un motor" (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).

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

**C.** Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).

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

**E.** Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).