



**La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos.
Informe final. Diciembre 2008.**

**Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR – Instituto de
Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad
de Buenos Aires.**

Campo Educación. Equipo de investigación

Directora: *Cecilia Arizaga.*

Investigadoras asistentes: *Mariana Gómez Schettini y Lucía Rodríguez Iglesias.*

Investigador asistente 1º etapa: *Guillermo Quiña.*

Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR.

Campo Salud. Equipo de investigación

Directora: *Silvia Faraone.*

Investigadoras principales: *Alejandra Barcala y Flavia Torricelli.*

Asistentes de Investigación: *Eugenia Bianchi, Isabel Ballesteros, Maria Cecilia
Tamburrino, Virginia López Casariego.*

Asistente estudiante: *Constanza Leone.*

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales,
Universidad de Buenos Aires.

Indice

Agradecimientos

Introducción.

- Formulación del Problema y Objetivos.....7
- Aspectos metodológicos.....14
- Antecedentes y estado del tema.....23
- Marco teórico conceptual.....37
- Comportamientos de la importación, facturación y dispensación del metilfenidato y la atomoxetina en niños con diagnóstico de TDA/H en nuestro país: un esfuerzo por aproximarnos a una valoración de su consumo.....65
- Organización del informe.....84

Resultados

Parte I: Campo Escolar

- Capítulo 1: Representaciones del problema en la escuela.....87
- Capítulo 2: ¿Niños deficitarios? Imaginarios sobre el niño en el proceso de detección y abordaje en el aula.....109
- Capítulo 3: La pastilla en la escuela. Medicación y escolaridad.....135

Parte II: Campo de la salud

Capítulo 1: Las representaciones del campo médico sobre el TDA/H...	163
Capítulo 2: El diagnóstico de TDA/H desde la perspectiva de los actores del campo médico.....	177
Capítulo 3: El tratamiento sobre TDA/H.....	192

Parte III: Otros actores sociales

▪ Asociaciones de padres.....	206
▪ La industria farmacéutica.....	215
▪ Los medios masivos de comunicación.....	226

Conclusiones y Recomendaciones

▪ Reflexiones de la problemática desde el campo escolar. Hacia una tipología del proceso de medicalización y el rol de la escuela.....	238
▪ Reflexiones desde el campo de la salud: una aproximación desde los médicos.....	252
▪ Relaciones sobresalientes entre los campos educativos y de la salud.....	269
▪ Principales recomendaciones.....	273

Bibliografía

Anexos

Agradecimientos

Los equipos del Observatorio Argentino de Drogas y del Instituto de Investigaciones Gino Germani queremos agradecer especialmente:

A la Dra. Celia Iriat quien contribuyó a instalar el interés para abordar el TDA/H como analizador en el proceso de medicalización en la infancia.

Al Dr. Julio Marotta quien desinteresadamente acompañó el proceso de investigación leyendo los borradores que el equipo producía.

A la Dra. María Epele con quien discutimos el concepto de medicalización y nos aportó una visión antropológica del mismo.

A la Dra. Sandra Carli por sus aportes desde la perspectiva de la sociología de la educación.

Al Lic. Roberto Larosa quien generosamente colaboró con la interpretación y actualización de precios de medicamentos para el apartado sobre la importación, facturación, y dispensación del metilfenidato y la atomoxetina.

A nuestros informantes claves, Dra. Victoria Cohen, Dr. Juan Vasen, Dr. Juan Carlos Stagnaro, Dra. María Cristina Brio, Dra. Nélide Vila, Beatriz Janin y equipo, Mariana Carabajal y todos aquellos psicólogos y psicopedagogos que por dentro o fuera de los marcos institucionales ayudaron a clarificar el problema y comprenderlo, con quienes hemos discutido conceptos, visiones y perspectivas teóricas y metodológicas acerca del TDA/H.

A todos los entrevistados quienes generosamente han aportado desde el anonimato sus perspectivas. Todos ellos, médicos pediatras, psiquiatras infanto juveniles y neurólogos infantiles, psicólogos, docentes, gabinetes psicopedagógicos, equipos de orientación escolar y de orientación docente, especialistas en educación y salud, funcionarios e investigadores de Ushuaia, Río Grande, Comodoro Rivadavia, Corrientes, Salta, Provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, son los principales protagonistas de esta investigación.

En este sentido también nuestro agradecimiento al Colegio de Psicólogos de la provincia de Salta y todos los psicólogos de hospitales pediátricos quienes apoyaron nuestra iniciativa de investigar el TDA/H y colaboraron con el suministro de datos.

Al Colegio Farmacéutico de Ushuaia y muy especialmente a Osvaldo Estevez y Andrés Germán Arias por abrirnos el campo en Tierra del Fuego y organizarnos un cálido recibimiento y estadía.

A Mónica Simón por su generosidad, que hizo muy amena la visita a Río Grande.

A Alba Godoy por toda la colaboración brindada en Ushuaia.

Al Servicio Educativo de Prevención y Apoyo de Corrientes (SEPA) y especialmente a Josefina Cialzeta.

A los funcionarios de la Dirección de Educación Primaria y de la Dirección Provincial de Gestión Privada de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires.

A Roberto Canay del Observatorio de Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y a los funcionarios de Salud Escolar y del Área Educación Especial del Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A los profesionales consultados de la CONADIS y de la Asociación para el Desarrollo de la Educación Especial y la Integración (ADEEI) por su valiosa colaboración en la comprensión de la relación de la problemática del TDAH/H con la temática de la discapacidad y la integración escolar.

A las asociaciones y redes de padres que entrevistamos y nos dieron otra perspectiva desde donde mirar la problemática.

A todos los centros, hospitales, escuelas y demás instituciones que colaboraron en el proyecto.

También queremos agradecer a las autoridades de los Ministerios de Salud de las diferentes jurisdicciones quienes han apoyado el proyecto, y particularmente a la Dra. Mendez, Directora del Departamento de Psicotrópicos del ANMAT, quien proporcionó los datos de importación de metilfenidato en nuestro país.

Queremos destacar la colaboración en esta investigación de la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA). Tenemos un agradecimiento especial para Andrea Paura y Carlos Gurisatti del Área de Investigación del Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad y para Pablo Mc Cormack. Ellos han mostrado su interés en concientizar el consumo racional de medicamentos y nos han acompañado desde el comienzo de la investigación trabajando en los primeros diseños del proyecto. Particularmente queremos destacar su valioso aporte por brindarnos los datos de expendio y discutir con nosotros el capítulo específico de facturación y dispensación de atomoxetina y metilfenidato.

Finalmente a la Dra. Carolina Mera, Directora del Instituto Gino Germani y al Lic. Diego Alvarez, Coordinador del Observatorio Argentino de Drogas, quienes apoyaron el convenio marco entre la UBA y la SEDRONAR que dio origen a esta investigación.

INTRODUCCIÓN

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

- **El TDA/H como analizador**

El estudio “La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos”, es una investigación cualitativa que tiene como marco institucional al Observatorio Argentino de Drogas de la SEDRONAR y el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, a partir de un convenio general de colaboración mutua.

El estudio tiene como objetivo explorar mediante un enfoque sociológico y con el aporte de un equipo interdisciplinario el proceso de medicalización/medicamentación de la infancia.

La medicalización de la vida es un fenómeno que viene siendo abordado desde hace varias décadas por diferentes autores de la medicina, la antropología y la sociología (Illich, 1976, Conrad, 1982; Menendez, 1994; Grimberg, 1995; Maglio, 1998). La medicalización de la vida refiere al proceso progresivo mediante el cual el saber y la práctica médica incorpora, absorbe y coloniza esferas, áreas y problemas de la vida social y colectiva que anteriormente estaban reguladas por otras instituciones, actividades o autoridades –como la familia, la religión, etc– (Foucault 1996; Illich 1976). Lo novedoso de la situación actual es la radicalización y reconfiguración que este proceso ha adoptado en los últimos años (Iriart, 2008).

El concepto de medicalización de la infancia lo entendemos a partir de una serie de prácticas que llevan a patologizar la conducta infantil mediante diversas estrategias. Sin embargo, en este estudio nos interesa profundizar en una de estas formas: la medicación o el tratamiento farmacológico, de allí el concepto de medicamentación. El abordaje con medicación supone replantearse los riesgos a nivel físico que una droga puede tener en la salud de un niño y en los riesgos posibles respecto de la habitualidad y banalización del uso de fármacos que un proceso de medicación/medicamentación desde tan corta edad puede ocasionar, especialmente teniendo en cuenta que su uso responde a determinados imaginarios de “adaptación social”, “éxito” y “rendimiento”, como veremos en el desarrollo del estudio.

Para este trabajo abordamos el uso de psicotrópicos en niños a partir de un analizador: el Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, conocido como TDA/H o ADHD, según sus siglas en castellano o inglés¹.

Entendemos por analizador una situación, un problema, que al ser abordado permite dar visibilidad a una lógica de construcción social que trasciende esa situación o problema. Como señala Murillo, “desde hace algo más de veinticinco años, ha comenzado a operarse en el mundo una profunda transformación histórica que ha afectado tanto a la ciencia, a la tecnología, a la educación, a la organización del trabajo, a las relaciones políticas como a las formas de subjetividad” (Murillo, 2002:15). Muchos de estos elementos observamos presentes en la problemática del TDA/H posibilitando su abordaje en el sentido de analizador.

Nos centramos para este abordaje en el concepto de dispositivo desarrollado por Foucault (1985). Un dispositivo es el ajuste particular y concreto entre las dos

¹ A lo largo del trabajo utilizaremos la sigla TDA/H. Sin embargo, en los casos en que se reproduzca una entrevista se respetará la denominación que el entrevistado ha manifestado. Igual procedimiento se realizará en el caso de citas de autores.

formas del saber desarrolladas por este autor: las prácticas y los discursos. El poder como la instancia que articula y hace funcionar juntas las dos prácticas inmanentes del saber (el poder “ni habla ni ve, hace ver y hablar” [Deleuze 1987: 111]). A esta relación Foucault la denomina “poder-saber”. “Poder y saber se implican directamente el uno al otro; no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber, ni de saber que no suponga y no constituya al mismo tiempo unas relaciones de poder. (...) el sujeto que conoce, los objetos a conocer y las modalidades de conocimiento son otros tantos efectos de esas implicaciones fundamentales del poder-saber y de sus transformaciones históricas.” (Foucault, 2002: 34)

En este sentido, los dispositivos no sólo son productores de saber –producen discursos y prácticas– sino fundamentalmente son productores de subjetividad. El TDA/H como analizador nos posibilita aproximarnos a este proceso de saber/poder por las siguientes razones:

1. el importante número de niños y niñas diagnosticados con y tratados por este “síndrome” en la Argentina (Benasayag et. al., 2007)
2. el incremento de diagnósticos de niños y niñas cada vez más pequeños, así como la prescripción de medicamentos (Vasen, 2005; Benasayag et. al., 2007)
3. la inespecificidad del diagnóstico (Benasayag et. al, 2007; Janin, 2007)
4. el tipo de medicación indicada –psicoestimulantes– (Zieher, 2007; Brio, 2007),
5. los intentos de redefinir el “síndrome” para darle carácter crónico (Michanie, 2000; Scandar, 1999).

▪ **Antecedentes del proyecto**

En el estudio “La medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos”, realizado por el Observatorio Argentino

de Drogas entre enero de 2006 y febrero de 2007², se focaliza en la problemática del proceso de banalización de los medicamentos psicotrópicos desde las diferentes instancias, patrones y representaciones que este fenómeno presenta. Una de las conclusiones a la que llega este estudio es que la tendencia a buscar en la farmacología los recursos eficaces para una *performance* social exitosa no se reduce al mundo adulto. Numerosos profesionales de la salud, nos han alertado en sus entrevistas y en los talleres de devolución de resultados que se han realizado –en el marco del estudio referido–, acerca de la tendencia creciente en las últimas décadas del consumo de psicotrópicos en niños en edad escolar principalmente bajo un diagnóstico de TDA/H.

El tratamiento farmacológico de este síntoma, tal como es diagnosticado, suele llevarse a cabo con metilfenidato, droga cuyo nombre comercial más conocido es la Ritalina®. Se trata de un estimulante de acción similar a las anfetaminas, que por su potencialidad adictiva está incluido en el listado de psicofármacos de alta vigilancia controlados por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de la ONU. Su venta en el país requiere el uso de un recetario oficial que los médicos deben solicitar al Ministerio de Salud de la Nación. Las recetas se dan por triplicado y con archivo en la Administración de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). En los últimos años, el TDA/H también se trata con otra droga, la atomoxetina, que no requiere este mismo procedimiento.

El ámbito escolar funciona como el escenario en el que el diagnóstico que lleva al tratamiento farmacológico “se muestra”. Los síntomas que habilitan el diagnóstico son, entre otros: falta de atención, hiperactividad y otras

² *La medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos*, Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR, 2007. Disponible en www.observatorio.gov.ar

manifestaciones asociadas que conducen a problemas de rendimiento académico y/o de conducta.

La problemática muestra dos grandes líneas de debate en torno al tema: la del diagnóstico del TDA/H y la del tratamiento farmacológico, que en términos analíticos podemos identificar separadamente pero debe tenerse en cuenta su correlación. En lo que respecta al diagnóstico, lo que es puesto en discusión es la existencia o no del síndrome o trastorno. En relación al tratamiento, lo que se discute es el modo en que este síndrome o trastorno debe ser abordado. Frente a esta cuestión aparecen opiniones y prácticas que se alinean con las diversas posturas en torno al problema del diagnóstico. Este debate será abordado en nuestra investigación en tanto nos concierne para esclarecer el punto que nos convoca: comprender de qué modo las prácticas, discursos e imaginarios que se presentan en el proceso de diagnóstico y tratamiento farmacológico del TDA/H estarían constituyendo un proceso de medicalización/medicamentación en la infancia.

Según el DSM-IV, manual que tiene como objetivo proporcionar criterios diagnósticos específicos de los distintos trastornos mentales, el síndrome está incluido dentro de lo que denomina como “Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador”. El TDA/H puede presentarse en su tipo combinado (déficit de atención e hiperactividad) o con predominio de déficit de atención o con predominio hiperactivo-impulsivo.

En todos los casos para elaborar el criterio de diagnóstico, el manual describe un grupo de síntomas de los cuales deben cumplirse un número mínimo especificado de síntomas y un tiempo mínimo determinado en el que estos persistan.

Intentaremos profundizar en los imaginarios sociales que se activan a través de estas categorías. Esto puede ayudarnos a pensar respecto a cómo estas

mismas categorías se construyen a partir de diversos imaginarios que funcionan de acuerdo a determinados patrones culturales. También puede evidenciar el peso que estos imaginarios tienen en la implementación de prácticas y abordajes con respecto a la medicalización/medicamentación de la infancia. Consideramos que esta “estrategia farmacológica” nos está hablando de un clima de época en donde lo farmacológico como solución representa un recurso rápido y eficaz de una sociedad que no se puede pensar como no exitosa y no placentera, siendo éstas dos caras de una misma moneda. En ese sentido, nos preguntamos si esta solución farmacológica resulta un síntoma epocal que desde un disciplinamiento medicamentoso y bajo el discurso de la eficiencia encierra para el niño –y para sus padres y profesionales comprometidos– un desafío lleno de incertezas que terminan posicionándolo en una definición moral.

¿Cuál es la percepción de los actores que intervienen en el tema, respecto a la tendencia a medicar a los niños bajo un diagnóstico de TDA/H?, ¿qué posiciones emergen?, ¿cuáles son las características particulares que toma el proceso de medicalización en niños diagnosticados con TDA/H? Estos interrogantes, que entre otros intentamos abordar en la investigación, giran en torno a la problemática del consumo de psicotrópicos en niños y su relación con dos ámbitos: el escolar y el de la salud.

Entendemos que un estudio de estas características podrá darle al problema un enfoque desde las ciencias sociales que contribuya al estado de la cuestión y al debate en torno políticas públicas. Por otro lado, pretende ampliar las instancias de sensibilización y toma de conciencia en los agentes comprometidos en la problemática y en la sociedad en general en relación al uso responsable de medicamentos y la prevención de conductas de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.

▪ **Objetivos:**

Objetivo General: Analizar la problemática de consumo de psicotrópicos en niños diagnosticados con TDA/H y su relación con los procesos de medicalización/medicamentación desde el campo médico y escolar.

Objetivos Específicos

- Analizar la relación entre medicación/medicamentación y escolaridad
- Identificar aspectos relacionados con el nivel socioeconómico y marcos culturales que se asocien con el problema.
- Analizar los discursos y representaciones sociales existentes en cada campo.
- Identificar e interpretar los imaginarios sobre el niño diagnosticado con TDA/H.
- Explorar los circuitos de diagnóstico y tratamiento que conforman el proceso.
- Identificar los aspectos fenomenológicos que designan el TDA/H y el modo en que éstos son definidos y abordados por los agentes involucrados.
- Identificar los recursos disponibles y los deseables para el abordaje del problema.
- Explorar la actitud frente a la medicación en cada campo.
- Indagar la cuestión de la habitualidad y conductas adictivas con relación al proceso en cuestión.
- Explorar otros actores que intervienen en el proceso (asociaciones de padres, industria farmacéutica y medios de comunicación)
- Identificar complejidades, dificultades y obstáculos del problema.
- Proponer recomendaciones a partir de los datos analizados.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

▪ Abordaje teórico metodológico

El estudio tiene un enfoque cualitativo, poniendo en primer plano el discurso de los agentes del “campo escolar y de la salud”. Desde la decisión de trabajar metodológicamente en vistas a estos campos a fin de pesquisar tensiones, luchas, acuerdos y articulaciones, nos apoyamos conceptualmente en la teoría de los campos de Pierre Bourdieu. La noción de campo esbozada por el sociólogo francés nos brinda herramientas de análisis y nos ayuda a comprender la puja entre estos dos campos del saber –el escolar y el de salud– y fundamentalmente analizarlos en relación con la apropiación de un saber-poder que está en juego dentro de la problemática del TDA/H y el uso de psicotrópicos.

Para Pierre Bourdieu los campos son espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias. Aunque el autor está hablando de cierta especificidad de cada uno de los campos, al mismo tiempo señala que pueden observarse leyes generales de funcionamiento válidas para campos diversos. Un campo se define fundamentalmente precisando lo que está en juego y los intereses específicos del mismo, que son irreductibles a los intereses de otros campos. En este sentido, cada campo genera el interés que le es propio y que es la condición de su funcionamiento. Un campo además de un campo de fuerzas, constituye un campo de luchas destinadas a conservar o a transformar ese campo de fuerzas. También un campo social como campo de luchas no debe hacernos olvidar que los agentes comprometidos en las mismas tienen en común un cierto número de intereses fundamentales, todo aquello que está ligado a la existencia misma del

campo como una suerte de acuerdo y complicidad tácita acerca de lo que merece ser objeto de lucha (Bourdieu, 1995; Gutiérrez, 1997)

- **Sobre el trabajo de campo**

El trabajo de campo se realizó en dos etapas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), que incluye Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, en la ciudad de Ushuaia, provincia de Tierra del Fuego, en la ciudad de Corrientes, provincia de Corrientes y en la ciudad de Salta, provincia de Salta. Una primera etapa, exploratoria y centrada en entrevistas a informantes claves a partir de la técnica de bola de nieve, se desarrolló entre octubre y diciembre de 2007, donde también se relevaron las ciudades de Comodoro Rivadavia, provincia de Chubut y Río Grande, provincia de Tierra del Fuego, como parte del acercamiento al campo. Una segunda etapa, realizada entre abril y junio de 2008, delimitó para el abordaje de los actores que intervienen en la problemática, los campos de educación y salud. Las técnicas de recolección de datos utilizadas en esta etapa fueron entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

Para la selección de las ciudades en esta segunda etapa de campo se realizó un diseño de segmentación de los puntos muestrales. Para esto se tomaron los datos de expendio de metilfenidato y atomoxetina por provincia para el año 2006. Estos datos fueron suministrados por la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA).

Para la organización de dichos puntos muestrales se tomó una decisión metodológica que orientara el trabajo de campo. Así se construyó un indicador, sólo a los efectos metodológicos, de expendio de drogas (metilfenidato y atomoxetina) en población entre 5 y 19 años. Sin embargo debemos aclarar, tal como se muestra en el punto sobre "Comportamiento de la importación,

facturación y dispensación del metilfenidato y la atomoxetina en nuestro país”, este procedimiento es sólo a los fines metodológicos y con el objeto de priorizar jurisdicciones para el trabajo de campo. No constituye un dato válido ni de consumo, ni de población bajo tratamiento. Es sólo una construcción orientativa que nos permitió diseñar y priorizar los puntos nodales del trabajo de campo.

De esta manera se construyeron dos grandes grupos de provincias:

Grupo 1: aquellas provincias con mayor expendio de metilfenidato y/o atomoxetina por población de 5 a 19 años. Este grupo fue categorizado como de “alto expendio”. Dentro de este grupo se seleccionó al AMBA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires) y la provincia de Tierra del Fuego. También se encuentran en esta categoría las provincias de Mendoza, Córdoba y San Juan, entre otras.

Grupo 2: Se seleccionaron a las provincias de Salta y Corrientes que integran el listado de provincias que se encuentran dentro de la categoría de “bajo expendio” de las dos drogas por habitante entre 5 y 19 años.

Se incluyeron como unidades de estudio informantes claves en los ámbitos educativos y sanitarios, así como referentes de laboratorios de especialidades medicinales.

En calidad de informantes clave, se entrevistaron a expertos que trabajan el tema desde diversos campos, funcionarios de los campos de la salud y la educación, asociaciones de padres de niños diagnosticados con TDA/H, profesionales de la industria farmacéutica, especialistas en discapacidad e integración escolar, psicólogos y a una periodista que ha abordado la problemática en medios masivos. Las unidades de estudio estuvieron constituidas para cada campo desde una muestra intencional no representativa.

En el campo escolar se realizaron entrevistas individuales y grupos focales a docentes y directivos (de nivel primario y en algún caso de nivel preescolar), psicopedagogos, gabinetes de psicopedagogía y otras modalidades de orientación escolar de escuelas públicas y privadas.

En el campo escolar las entrevistas suman un total de 53 (cincuenta y tres), distribuidas entre informantes clave (IC) y escuelas públicas y privadas de diversas modalidades de los puntos muestrales abordados. En el caso de las escuelas, las entrevistas fueron realizadas a docentes, directivos y gabinetes psicopedagógicos (GP)³. El reclutamiento se hizo por medio de contactos con autoridades de ministerios provinciales y por la técnica de bola de nieve. La distribución del campo escolar según los puntos muestrales y actores entrevistados se distribuyó de la siguiente manera:

- AMBA: Total 28 entrevistas. 15 grupos focales a docentes, 6 a GP y 7 a IC.
- Tierra del Fuego (Ushuaia y Río Grande): Total 12 entrevistas. 5 grupos focales a docentes, 2 a GP y 5 a IC.
- Corrientes: Total 5 entrevistas. 2 grupos focales a docentes, 1 a GP y 2 a IC.
- Salta: Total 6 entrevistas. 4 grupos focales a docentes y 2 a GP.
- Comodoro Rivadavia: Total 3 entrevistas. 2 grupos focales a docentes y 1 a GP.

Hemos tenido en cuenta escuelas de gestión pública y privada que abarcan diversos sectores sociales y también hemos considerado diversos tipos de escuelas según perfiles o modos educativos. Las modalidades de los colegios relevados pueden distinguirse por su acercamiento o distanciamiento a modos pedagógicos tradicionales y a su nivel de exigencia. A fin de tener en cuenta las

³ En esta categoría también se incluyen otras modalidades como Equipos de Orientación Escolar o Docente.

características singulares de la totalidad de escuelas relevadas, describiremos los aspectos sobresalientes de cada tipo analizado⁴:

Tradicional

En general en este tipo de escuelas, prima un modelo de enseñanza tradicional, es decir, no se llevan a cabo estrategias pedagógicas alternativas sino que se manejan con un modelo clásico de enseñanza.

En estos colegios no se hace hincapié en ninguna disciplina u orientación en particular (idiomas, deportes, artística, etcétera). En el caso de las escuelas de gestión privada, pueden ser de jornada completa o simple, pero no son bilingües y la mayoría son confesionales y están subsidiadas por el estado nacional. El perfil social en el caso de las privadas suele ser de clases medias y medias bajas, mientras que en las de gestión pública es clase media baja y clases bajas.

No Tradicional

Son colegios con una corta trayectoria en el área educativa. Son instituciones jóvenes como así sus innovaciones pedagógicas que se dan tanto en lo que refiere a la dimensión académica como a la cuestión disciplinaria. En general los cursos están compuestos por grupos reducidos (no más de 20 alumnos por curso).

Cuando hay jornada completa, generalmente por la mañana funciona la escuela con su currícula oficial y por la tarde, en algunos casos hay idiomas y en otros funcionan talleres extracurriculares optativos. Dentro de los talleres que se ofrecen están las áreas deportivas y artísticas. El proyecto suele tener una impronta psicologista que se expresa en un discurso de enseñanza personalizada y en su trato con los alumnos y las familias donde se privilegian los aspectos actitudinales y emocionales.

⁴ Esta tipología refleja las características sobresalientes del corpus de escuelas relevadas en este trabajo y no intenta reflejar a la totalidad de escuelas no incluidas en nuestro campo.

En el caso de las escuelas privadas, se trata de proyectos educativos basados en una educación laica y con formación bilingüe o inglés intensivo. En las escuelas públicas se trata de proyectos que se desarrollan en algunas provincias y que se reconocen como experimentales. En las escuelas de gestión privada, el perfil social de las familias es medio y medio alto, mientras que en las públicas suele haber familias de sectores bajos, medios y medios altos con interés en propuestas no tradicionales.

Alta Exigencia

Estos colegios se destacan por su alta exigencia y el prestigio institucional. La exigencia puede estar focalizada en diversos aspectos (desarrollo de habilidades sociales, deportivas, académicas) bajo ideales de competencia y éxito social.

Son escuelas privadas de doble jornada escolar y con proyectos bilingües, como condición excluyente. Son colegios con una larga trayectoria y tradición en el país que se fundan en tradiciones educativas y culturales de países europeos. Las cuotas de estos colegios son altas y responden a un perfil social medio alto y alto.

Para el abordaje del sector salud las unidades de estudio en las diferentes jurisdicciones fueron: médicos pediatras, psiquiatras infanto juveniles y neurólogos infantiles pertenecientes al subsector público y al subsector privado. La muestra de informantes del campo médico a la cual se le aplicó las entrevistas fue no probabilística intencional, construida a partir de la técnica de bola de nieve.

Se entrevistaron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires:

- Pediatras: Total 7 entrevistas. 2 entrevistados con actividades prioritarias en el sector público, 2 entrevistados con actividades prioritarias en el sector

privado y 3 entrevistados con actividades en el sector público y en el sector privado.

- Psiquiatras infanto juveniles: Total 7 entrevistas. 3 entrevistados con actividades prioritarias en el sector público y 4 entrevistados con actividades en el sector privado.
- Neurólogos infantiles: Total 5 entrevistas. 3 entrevistados con actividades prioritarias en el sector público y 2 entrevistados con actividades prioritarias en el sector privado.

Se entrevistaron en Salta:

- Pediatras: Total 4 entrevistas. 2 entrevistados del sector privado y 2 entrevistados del sector público.
- Psiquiatras infanto juveniles: Total 1 entrevista. Perteneciente al sector público privado.
- Neurólogo infantil: 3 entrevistados pertenecientes al sector público privado.

Se entrevistaron en Tierra del Fuego:

- 2 Psiquiatras infanto juveniles.
- 1 neurólogo infantil: único en la provincia, perteneciente al subsector público y que viaja una vez al mes desde Buenos Aires.

Se entrevistaron en Corrientes:

- 1 psiquiatra infantil.
- 1 neurólogo infantil.
- 2 pediatras.

La muestra de informantes además contó con tres entrevistas a agentes de propaganda médica y dos entrevistas a médicos, líderes de opinión de laboratorios. El trabajo de campo en el sector salud se completó con tres entrevistas a informantes clave del campo médico y de la industria farmacéutica.

Debemos aclarar que a excepción de la provincia de Tierra del Fuego, en las otras jurisdicciones donde se realizó el trabajo de campo, no existía la dedicación exclusiva a un subsector. Si bien esto fue un obstáculo, particularmente para la selección de aquellos profesionales del subsector público, la selección de los entrevistados fue cuidadosa y priorizó la inserción con mayor dedicación. Así mismo debemos destacar que en relación a las especialidades de psiquiatría infanto-juvenil y/o neurología infantil en algunas jurisdicciones se contaba con un solo profesional (que desarrollaba su inserción en el ámbito público y/o privado) o con profesionales itinerantes, que concurrían una vez al mes desde Buenos Aires.

Si bien este trabajo, en lo referente al campo sanitario, no incorporó el componente de la psicología como profesión interviniente en los procesos de medicalización, debido a que nuestro objeto de estudio eran profesionales que pudieran “prescribir medicación”, creemos pertinente y necesario abordar el campo de la psicología en una siguiente etapa de profundización. A pesar de esto hubo una decisión metodológica de realizar una entrevista a un informante clave de la psicología y realizar un grupo focal con un equipo de psicología infantil de un hospital pediátrico de una de las jurisdicciones seleccionadas.

- **Fuentes secundarias**

Se trabajó con análisis de datos secundarios de diversas fuentes tales como: bibliografía y estudios del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación, legislaciones y pedidos de informes de ambas cámaras legislativas, material de fundaciones privadas y bibliografía específica sobre el tema. Esto nos sirvió para abordar el estudio de los actores involucrados, el proceso de redefinición del trastorno de déficit de atención, los cambios producidos en los diagnósticos, los

decidores políticos y la expansión de la medicalización / medicamentación en el conjunto social.

Se profundizó en la lectura de manuales de clasificación médica tales como: la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE 10^a Revisión) y Criterios Diagnósticos de los Trastornos Mentales de American Psychiatric Association (DSM IV). Adicionalmente se analizaron instrumentos institucionales, publicaciones científicas nacionales e internacionales, formularios terapéuticos y manuales de psiquiatría.

Se completó la información con recopilación y análisis de artículos periodísticos referidos al tema del TDA/H a fin de elaborar un capítulo sobre la presentación del problema en los medios.

- **Procesamiento de los datos**

El proceso de análisis del material se realizó en una primera etapa a partir de un procesamiento manual longitudinal y matricial de análisis de contenido que nos permitió diseñar un instrumento de procesamiento o manual de códigos. La segunda etapa fue a través de la utilización del software de procesamiento cualitativo, Atlas-Ti.

ANTECEDENTES Y ESTADO DEL TEMA

Hay en la aproximación hacia la problemática del TDA/H una confluencia de diversos campos de acuerdo a la multiplicidad de intereses en juego. Básicamente pueden advertirse, como lo hemos hecho en el estudio anterior sobre psicotrópicos en la vida cotidiana ya citado, dos grandes líneas para encarar el tema en cuestión. Por un lado, la que se sostiene sobre el desarrollo reciente de las llamadas neurociencias que, desde un apoyo fuerte sobre los avances en genética y neurología, tienden a brindar respaldo científico al uso de medicamentos psicotrópicos en diversas terapias. Por otro, la que retoma ciertas tradiciones de crítica social y psicoanalítica acerca de las problemáticas del sujeto en la modernidad y posmodernidad, desde la que se construye una fuerte crítica hacia el avance de las terapias con medicamentos psicotrópicos y tiende a pensar como una cuestión cultural y sintomáticamente de época al TDA/H. No necesariamente esto sucede fuera del campo propiamente médico o de la salud mental, siendo que es posible observar una crítica de profesionales especialistas hacia el tratamiento del TDA/H al interior del mismo campo. Nos detendremos a hacer un detalle de los antecedentes sobre el tema desde cada uno de los campos que nos convocan.

El campo médico

Con relación al campo médico, resulta ilustrativo el artículo “ADHD is best understood as a cultural construct” publicado en *British Journal of Psychiatry* pues se trata de un breve artículo en el cual se enfrentan dos miradas acerca de la creciente problematización del TDA/H. Una es la que presenta el psiquiatra Timimi (2004), donde sostiene que el TDA/H debe ser entendido desde una perspectiva cultural, en la medida en que involucra el modo en que la natural

inmadurez de la infancia es entendida culturalmente en el medio social, a la vez que encuentra pocas evidencias científicas sostenibles en torno del diagnóstico de TDA/H.

Por otra parte, Eric Taylor (2004) sostiene que el medio social puede afectar el modo en que se concibe el desorden de hiperactividad en la infancia, más no existe una construcción social de la hiperactividad que justifique desestimarla como patología en términos médicos.

Al interior del campo médico en Argentina, cabe destacarse el libro de Rubén O. Scandar (1999) "El niño que no podía dejar de portarse mal", donde el autor plantea, que entre el 3% y el 5% de los niños en edad escolar padecen el TDA/H y alude a que estas siglas identifican el síndrome psiquiátrico infantil más investigado en los últimos años. Sin embargo, Scandar señala con qué poca profundidad y seriedad científica es abordado este síndrome. En este sentido, el desconocimiento y confusión en torno al TDA/H es tan común, que esto conlleva a la realización de falsos diagnósticos y evitables tratamientos.

El autor describe el TDA/H y señala que durante la infancia, dos son los contextos fundamentales donde se manifiestan los síntomas; el entorno familiar y el entorno educativo, ya que en estos espacios es donde la vida cotidiana de los niños debe seguir una secuencia, ciertas pautas y rutinas obligadas a las cuales los mismos deberían adaptarse.

Ahora bien, en lo que respecta a la presentación y definición del TDA/H, Scandar se refiere al síndrome como un trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Al mismo tiempo éste es explicado por una perturbación en el campo de la atención, en el control de los impulsos y la hiperactividad. Para el especialista argentino, el origen del síndrome es aún desconocido, sin embargo los estudios científicos lo vinculan con una alteración en la performance del cortex prefrontal en la proyección del estriado ventral. Esto significa considerar la

enfermedad a partir de un componente genético. En relación con el procedimiento del diagnóstico, éste se realiza evaluando un listado de dieciocho síntomas siempre y cuando éstos no sean favorables al rendimiento académico, social y laboral de los individuos.

Para el correcto diagnóstico el autor nos alerta que los síntomas deben aparecer antes de los siete años de edad y deben exteriorizarse en más de un ámbito social. Un aspecto muy importante a la hora de realizar el diagnóstico del TDA/H, según lo señalado por el autor, es que debe descartarse que los síntomas no puedan ser explicados y analizados por otras causas o razones. Es decir, por trastornos de ansiedad infantil, depresiones, trastorno bipolar, epilepsia, apnea del sueño, etcétera. Para Scandar el síndrome de TDA/H no tiene “cura”, es por eso que habla de una enfermedad crónica que se puede prolongar también en la adolescencia y en la adultez. La cronicidad se manifiesta ya que una vez que las diferencias biológicas mencionadas producen el surgimiento de los síntomas, éstos tienden a mantenerse durante toda la vida, aunque modificando su presentación según los diferentes momentos evolutivos.

Según lo advierte Scandar, el TDA/H es definido como un trastorno de déficit de atención e hiperactividad, y es considerado un síndrome porque reúne un conjunto de síntomas que señalan la presencia de un trastorno o enfermedad.

Por su parte, también en el ámbito local José Félix Nani⁵ ha publicado un artículo llamado “Trastornos de la Atención, su relación con el aprendizaje. Aspectos Medicobiológicos del Síndrome A.D.H.D”, donde desde una perspectiva que reconoce al TDA/H como una patología clínica, se realiza una distinción entre alteraciones específicas de aprendizaje y TDA/H, mencionando que el tratamiento y la farmacología involucrada en el segundo en nada favorecen –y hasta resultan perjudiciales– en el primero de los casos.

⁵ Consultado en <http://www.adhd.com.ar/publicaciones2.htm>.

Por otro lado, se menciona la problemática del temor de los padres al “fracaso escolar” de sus hijos, en relación con lo cual se plantea la cuestión del TDA/H. Una particularidad mencionada por varios autores, entre los que se cuentan a Nani, es que se trata de una problemática que afecta en su mayoría a varones. Asimismo, se plantea el problema que el TDA/H acarrea en los espacios de socialización, como es el escolar. Se encuentra en el autor una mirada favorable sobre el uso de metilfenidato, hallándose dentro de terapias consideradas ventajosas para la problemática, aunque en un marco de articulación con terapias de tipo psicológico.

En esa misma línea ha presentado la American Academy of Pediatrics (USA)⁶ un documento en que se indica una definición de TDA/H en la cual se lo considera una “condición de la mente” que provoca que el niño no controle su comportamiento y le genera problemas en su vida social. En el mismo, se indica sintéticamente posibles síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad. Por otro lado, se muestra la necesaria intervención del pediatra en el proceso del diagnóstico y se señalan diversos aspectos del tratamiento, entre las cuales se cuenta la medicación. Es interesante señalar que se indica que el TDA/H aún no tiene cura, en la medida en que no se conocen certeramente sus causas, aunque sí se indica que hay muy buenos tratamientos para ello.

El debate sobre la medicación es retomado por Juan Manuel Saucedo-García, (2005) editor de la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social en su escrito, “Controversias sobre el uso de psicofármacos en niños y adolescentes”, desde donde también toma posición por otra cuestión que ha aparecido como crítica hacia el uso del metilfenidato en niños: la acusación acerca de que podría provocar dependencia hacia la sustancia así como facilitar el acceso simbólico a otras drogas de abuso. El autor menciona las voces que se han alzado contra el uso del metilfenidato, como “droga adictiva”,

⁶ Consultado en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/attentiondeficithyperactivitydisorder.html>.

rebatíéndolas e indicando que carecen de sustento científico en las críticas que se le han hecho. Frente a esto el autor sostiene que el tratamiento con psicotrópicos estaría actuando como factor de protección contra el desarrollo posterior de adicciones a drogas. En ese sentido, se concluye que el metilfenidato no encuentra motivos para ser prohibido, sino que se lo considera parte del tratamiento adecuado para el TDA/H o trastornos depresivos.

Por la otra línea de análisis de la cuestión en Argentina, donde ubicamos a los profesionales que rescatan desde una mirada crítica la tradición psicológica y psicoanalítica para abordar la cuestión del TDA/H, nos encontramos con el *Consenso de Expertos del Área de la Salud sobre el llamado "Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad"*. El Consenso expresa la postura sobre el tema de un grupo de profesionales de reconocida trayectoria en el campo de la psicología, la psiquiatría, la neurología, la pediatría, la psicopedagogía y la psicomotricidad a través de un documento sobre el TDA/H dirigido al Ministerio de Salud. Este documento presenta una postura crítica respecto a lo que percibe como un proceso de simplificación de la problemática infantil contemporánea. El documento está firmado por *Silvia Bleichmar, Beatriz Janin, Ricardo Rodulfo, Marisa Rodulfo, León Benasayag, Jaime Tallis, Juan Carlos Volnovich, Mónica Oliver, José R. Kremenhusky, Mario Brotsky, Héctor Vázquez, Marilú Pelento, Sara Slapak, Isidoro Gurman, Estela Gurman, María Cristina Rojas, Silvia Pugliese, Gisela Untoiglich, Miguel Tollo, Jorge Garaventa, Isabel Lucioni, Mabel Rodríguez Ponte, Rosa Silver y Juan Vasen*. El documento alerta sobre *“una multiplicidad de "diagnósticos" psicopatológicos y de terapéuticas que simplifican las determinaciones de los trastornos infantiles y regresan a una concepción reduccionista de las problemáticas psicopatológicas y de su tratamiento (...) un biologismo extremo que no da valor alguno a la complejidad de los procesos subjetivos del ser humano”*. Quienes suscriben al mencionado escrito plantean la necesidad de abordar la problemática desde una mirada que rescate a la familia, la escuela y los demás actores que gravitan

sobre el niño en la actualidad, donde el tratamiento con medicamentos queda, cuando menos, relegado.

Uno de los firmantes es el neuropediatra Jaime Tallis, quien en su artículo “La medicalización desresponsabiliza”, señala que el TDA/H debe comprometer no sólo a los profesionales de la salud sino a la escuela, las instituciones educativas y a la industria farmacológica. Para él existen presiones que hacen que este síndrome sea tan difundido y haya una sobrediagnóstico del mismo.

Para este mismo autor, los sobrediagnósticos o diagnósticos errados han tenido consecuencias muy fuertes en los niños. Su postura es tratar de reducir al máximo el uso farmacológico en los niños. En este sentido, Tallis menciona; “es más fácil pensar que una pastilla puede solucionar un problema que pensar que es parte de un proceso” (Tallis, 2006: p. 36).

Por otra parte encontramos autores que plantean el rol activo del complejo médico industrial en la construcción de nuevos padecimientos y en la instalación de estrategias de marketing dirigidas cada vez más a la población sana. Dentro de estos nuevos padecimientos en el análisis siempre está presente el TDH/A. Estos trabajos se basan en que para expandir el mercado, los laboratorios no sólo usan las conocidas tácticas de marketing, sino que, más y más prefieren utilizar nuevas estrategias para detectar “población de riesgo” y aumentar la demanda de servicios y del consumo de fármacos. El eje analítico está en la comercialización de medicamentos dirigidos a problemas de la vida en un doble sentido: como elemento fácil de control social a través de etiquetar a los sujetos como enfermos o en riesgo de enfermar; pero además dirigidos a producir grandes beneficios económicos para ciertos grupos de poder, particularmente la industria farmacéutica. Destacamos en este sentido los textos y artículos de Lakoff, A (2003); Blech, J. (2005); Moynihan, R. y

Cassels, A.(2006); Jara, M. (2007); Gonzalez Pardo, H. y Pérez Álvarez, H. (2007); Iriart, C. (2008).

El campo educativo

En el campo educativo resulta significativo el peso que cobran los discursos críticos respecto a los procesos de diagnóstico y tratamiento con psicotrópicos en la problemática del TDA/H. A fin de dar cuenta de alguna de las voces expertas que se encuadran en esta línea, deberemos comenzar diciendo que en junio de 2007 se llevó a cabo el I Simposio Internacional “Niños desatentos e hiperactivos”, organizado por el ForumTDA/H⁷ y NOVEDUC. Este encuentro estuvo conformado por un grupo de profesionales (psicólogos, neurólogos, psiquiatras, pediatras, psicopedagogos), preocupados por el auge que ha tomado en los últimos tiempo la patologización y la medicalización infantil en torno al tema del TDA/H⁸. En este encuentro participaron muchos de los profesionales que firmaron el Consenso de Expertos del Area de la Salud, antes mencionado, así como profesionales del área de educación y de campos interesados en la temática.

Como decíamos, la entidad organizadora es la revista *Novedades Educativas*, NOVEDUC, la cual parece haberse consolidado como tribuna de crítica en el espacio complejo conformado por la confluencia de los campos de la educación y de la salud como problemática de investigación. En torno a la revista se han ido sumando distintas voces que interpretan el problema del TDA/H desde una

⁷ <http://www.forumtda/h.com.ar/presentacion.htm>.

⁸ Para el año próximo se prevé un II Simposio Internacional sobre la patologización de la infancia. El mismo se realizará el 4 y5 de septiembre de 2009 manteniendo el proyecto original y se titulará, “La patologización de la infancia: niños o síndromes”. Fuente: <http://www.forumtda/h.com.ar/>.

perspectiva crítica en la cual se puede destacar la construcción de diversos focos en el desarrollo de sus artículos. Se pueden identificar tres grandes líneas de argumentaciones respecto al tema que nos detendremos a analizar.

En un primer caso, observamos la presencia de una línea de abordaje signada por una perspectiva de análisis macrosocial, tratando de encarar la problemática como una construcción social, resultado de la modernidad actual. Dentro de ella encontramos los trabajos de Janín (2004) y Levin (2000) quienes abordan el problema del TDA/H desde una mirada que retoma elementos de la sociología y la psicología. Se cuestionan principalmente el rol del sujeto y la construcción de la subjetividad en relación a esta problemática. En líneas generales, estos trabajos, antes que sugerir recomendaciones concretas, rescatan la importancia de interpretar la problemática desde otro punto de vista al estrictamente neurológico y encarar soluciones amplias, que abarquen todos los aspectos de la subjetividad del niño, incluyendo cuestiones de contexto social y familiar como así también los valores hegemónicos de época.

Siguiendo estas argumentaciones, el artículo de Levin (2000) “Modernidad e infancia: el estar mal del niño en escena” enfoca el tema de la *des-atención* infantil desde una mirada que problematiza la niñez en relación con el actual tiempo histórico moderno. Por otro lado, una cuestión que resalta es la constitución del “niño hijo” como objeto de consumo en la modernidad, sobre lo cual pesa una exigencia social determinante sobre la propia temporalidad en que se asienta la infancia. En ese sentido sostiene Levin, la temporalidad infantil se acelera velozmente para que sea el mejor representante de ese mundo moderno.

Según el autor, se requiere un niño-hijo competente que pueda desenvolverse en la dinámica mercantil, por este motivo se configura un imaginario de temor al fracaso muy fuerte y el punto es cómo responden los niños ante ello para recuperar el amor parental. Asimismo, la modernidad reciente ha invertido la

promesa de padres a hijos, el padre ya no es la figura depositaria de garantías sino que ahora la promesa recae en los hijos-niños. Según el autor, ante esa presión el niño responde con desatención, movimiento constante, problemas de aprendizaje, etcétera. Necesariamente ello repercute de modo notorio en la escuela, como representante de ese otro mundo moderno.

En esta misma línea frente al tema, se inscribe el libro de Beatriz Janin (2004), “Niños desatentos e hiperactivos: TDA/H/ADHA. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad”, donde la especialista se pregunta acerca de los nuevos malestares que produce la cultura; ¿qué molesta a los niños en la actualidad y por qué hay que medicar para evitar estos malestares? En este sentido, estas preguntas abren el siguiente interrogante: el niño “sano” ¿debe o no “molestar” al adulto? Para responderlo la autora toma de Winnicott, la idea que el niño que no molesta, así como el niño que no juega, debe despertar sospechas y no lo contrario.

Dentro de esta perspectiva, se señala que el surgimiento del TDA/H en nuestro país se instaló como una novedad que inundó el mercado, seduciendo a padres, maestros, médicos, etcétera. Por otro lado, junto con otros factores despojó al psicoanálisis y lo colocó en el lugar de una terapia fuera de moda y de poco efecto curativo a corto o mediano plazo. De esta manera, señala Beatriz Janin, quedan borradas categorías diagnósticas entre neurosis y psicosis y se remplazan por TDA/H. La autora nos muestra como la aparición del fenómeno TDA/H en nuestro país, se dio en un contexto social muy particular; la época de la velocidad, del *fast food*, del consumo de objetos, imaginarios y actividades.

Janin (2004) señala que los niños desatentos e hiperactivos no pueden ser diagnosticados homogéneamente y subraya que generalmente en el proceso de diagnóstico, prima el punto de vista biologicista. Este punto de vista sostiene que la posibilidad de cura está en la medicación como solución “mágica” y simplificadora de la situación. De este modo, destaca que existe una gran

heterogeneidad de niños desatentos y quizás cada uno de ellos tenga diversas razones para no prestar atención en clase, es decir comportarse de modo diferente a lo esperable por el mundo adulto. A diferencia de Scandar (2003), quien entiende el TDA/H como una enfermedad orgánica, Janin afirma que bajo el nombre de TDA/H se agrupan diversas expresiones múltiples del sufrimiento y psiquismo infantil y que en tanto sujetos en estructuración, los niños no merecen ser etiquetados con los mismos criterios que se utilizan para los adultos. La autora toma posición con respecto al tema y cuestiona los rótulos y saberes comunes en las determinaciones de la desatención y la hiperactividad, para rescatar la subjetividad de cada niño y niña. En síntesis, para Janin el TDA/H reflejaría una única categoría y un etiquetamiento que tiende a englobar un universo de diversas situaciones o problemáticas que dan como resultado un déficit de atención.

Por su parte, cabe mencionar al artículo de la misma autora “La construcción de la subjetividad y los diagnósticos invalidantes”, escrito desde una perspectiva similar en Noveduc. La autora construye la problemática del TDA/H desde una mirada que critica el modo en que el niño es planteado incorrectamente como un adulto pequeño, donde la clave son los otros como “protectores y continentes”. El punto es que la cuestión suele ponerse en evidencia al interior de la institución escolar. Sucede que se trata de un momento histórico en que los adultos han perdido redes identificatorias, siendo ganados por sensaciones de impotencia, lo cual repercute sobre las exigencias que se construyen hacia la infancia. Surgen nuevas patologías diagnosticadas desde los saberes expertos que en vez de hablar de la transformación de la infancia en la actualidad hablan en términos de “patologización de la infancia”, dando cuenta del rol de los padres y el modo en que éstos promueven la dispersión y el movimiento en los niños. En ese marco, se critica el uso de la medicación como una forma de generar dependencia al niño.

En una segunda línea argumentativa, autores como Untoiglich (2004), Osorio (2007), canalizan la problemática del TDA/H como fuertemente ligada a la necesidad de control social que tiene el poder, a veces sutilmente definido como el poder del Estado, otras como el poder del mercado y el capitalismo y el rol protagónico que juega un actor clave ausente en la anterior línea de análisis: la industria farmacéutica. En este sentido, la crítica otorga peso determinante a la primacía de la interpretación médica y específicamente neurológica de la problemática y se la relaciona con la necesidad de disciplinar las mentalidades.

Siguiendo esta línea crítica encontramos artículos como el de Gisela Untoiglich (2004) "Diagnóstico de A.D.D.: efectos clínicos sobre la subjetividad", donde se problematiza la construcción del TDA/H como una cuestión objetiva, en la medida en que según ella, es parte del mismo proceso de avance de las neurociencias sobre el psicoanálisis; ya no se toma en cuenta a la subjetividad ni a su impronta en el plano social, sino meramente lo farmacológico y la sintomatología como patologías "científicas", lo cual deja de lado gran parte del fenómeno. El TDA/H es abordado como una construcción teórica que supone un recorte de la realidad, en favor de intereses puntuales de sectores científico económicos. Mientras se define vagamente al TDA/H en los medios, la difusión que obtiene se encuentra sumamente sesgada con respecto a las particularidades clínicas del trastorno. Por otro lado, la única solución mencionada en el artículo, como aproximación del sentido común hacia ello, es la opción de la medicalización, lo cual se critica como respuesta simplista ante la cuestión. En esos términos, los síntomas aparecen como molestos, mostrando cierta intolerancia con respecto a la niñez en la sociedad actual.

Bajo esta segunda línea también se puede mencionar al artículo de Fernando Osorio (2007), "Los medicamentos y la industria farmacéutica", quien aborda la problemática del aumento general del consumo de medicamentos ansiolíticos y antidepresivos, en particular para el caso de Argentina, aunque no sólo de ella, sino también como cuestión global de acuerdo a los gastos y las políticas de los

laboratorios productores. Se asienta esto en un proceso histórico de medicalización que se inscribe en la tendencia propia de la modernidad tardía de aplacar los malestares que aquejan al sujeto, a quien intentan, asimismo, reintegrar urgentemente al circuito laboral o educativo. Según el autor, se trata de una “ideología de control social”, con lo cual retoma la tradición foucaultiana de poder disciplinario, ahora, a través de fármacos que anestesian la manifestación de los padecimientos.

En ese sentido, se condena la exclusividad de la clínica neurológica por cuanto evita al sujeto y trata directamente con el cuerpo. Se busca la supresión de síntomas, la disminución de signos visibles del “malestar en la cultura”; el DSM IV se considera como ejemplo de ese tipo de clasificaciones. En lo que tiene que ver con TDA/H, se critica el hecho de que las manifestaciones aludidas en el DSM IV puedan ser vistas en cualquier niño normal hoy día. Por otro lado, se critica que aún no haya evidencias de éxito en el tratamiento con medicamentos a largo plazo en ese trastorno, lo cual se hace en la mayoría de los casos. Según este autor, el problema con el DSM IV no es que sus descripciones sean falsas sino que se masifican y se utilizan ideológicamente esos patrones de diagnóstico sin considerar el entorno psico-social o familiar. Se piensa al sujeto como un “inadaptado” a quien se debe encarrilar. Ante ello se necesita recuperar la dimensión clínica y apelar al psicoanálisis como reconocimiento de la dimensión subjetiva de la cuestión.

Por último, en una tercera perspectiva se plantea la búsqueda de soluciones concretas al interior de espacios puntuales. Se construye un análisis desde un nivel meso-social, es decir, al nivel del sujeto infantil y su entorno, particularmente educativo. Dentro de este grupo, se destacan los trabajos de autores como Bendersky (2007), Aizencang (2007), González, Haramboure (2007). Este grupo de autores se propone incorporar con relevancia el espacio del aula y el rol de la escuela para el tratamiento del TDA/H. Además realizan sugerencias concretas sobre cómo tratar a estos chicos.

Como ejemplo de este grupo podemos mencionar al artículo de Bendersky y Aizencang (2007) “«A-tendiendo» a la complejidad escolar” donde, partiendo de entender que existe un sobrediagnóstico de TDA/H, se plantea la necesidad de atender a la problemática áulica más allá del modelo tradicional de rotulación y culpabilización del alumno, de resultas que se pierde la subjetividad del alumno y pasa a “ser TDA/H”. Según las autoras, es “necesario pensar al sujeto en situación”, en particular teniendo en cuenta que la escuela produce sujetos y que los alumnos se encuentran con requerimientos novedosos en su historia de vida. El problema es cuál es la responsabilidad que le cabe a la escuela en tanto productora de sujetos en esta problemática.

Se propone una comprensión crítica del rol de la escuela, para lo cual se toma el aporte de Vigotsky⁹, en lo concerniente al “papel de la escuela y el de los educadores en la enseñanza y el aprendizaje de la atención”. Entre sus aportes, se rescata que la atención infantil está orientada por el interés del niño, el cual adquiere así un significado pedagógico excepcional. Por otro lado, se toma también del mismo autor su análisis acerca de la relación entre atención y distracción, no como opuestos, sino como complementarios. En ese sentido, se plantea indagar *a qué cosa* el niño está atento antes de conformarse con la “desatención” ante algún estímulo específico. Se hacen, de ese modo, sugerencias destinadas al educador y la institución, tendientes a una apropiación pedagógica de esa mirada sobre atención/desatención. En cuanto a la relación entre clínica y escuela, se rescata la importancia de la vinculación fluida entre los profesionales que tratan con el niño, de modo que se fomente el debate y la crítica de las propias conceptualizaciones aportando, desde los diferentes lugares de vinculación con el niño, una riqueza inabordable sin esa fluidez. Se propone recuperar la especificidad de la situación pedagógica frente al facilismo

⁹ Vigotski, es el fundador de la teoría socio cultural en psicología. Su obra en esta disciplina se desarrolló entre los años 1925 y 1934, fecha en la que falleció a los 38 años de edad. La teoría de Vigotsky se basó principalmente en el aprendizaje sociocultural de cada individuo y por lo tanto en el medio en el cual el mismo se desarrolla.

de los diagnósticos de TDA/H, para enfrentar el etiquetamiento reinante. Bendersky y Aizencang (2007) señalan el desafío que supone para la escuela de: revisar sus prácticas, desafiarse frente a las diferencias, tolerar la incertidumbre en el marco de una construcción compartida y sostenida.

Bajo esta línea, también cabe mencionar al artículo de González y Haramboure (2007), “Patologizar la infancia vs. despatologizar la patología”, donde se trabaja desde una mirada crítica la construcción social del fracaso escolar, donde se suele hablar de “problemas de aprendizaje” y no “de enseñanza”, orientando el problema hacia el alumno-niño antes que hacia las prácticas de enseñanza escolar. Se critica la extensión del paradigma médico hacia el interior de la práctica escolar, el cual ha dado lugar a dispositivos asociados al diagnóstico prescriptivo y teorías conductistas. De ese modo, se naturalizan las diferencias y se clasifica en normales/anormales, aprobados/desaprobados, culpables/inocentes, en el marco de una lógica binaria y reduccionista. Se concluye que la escuela aparece como un espacio donde la relación es asimétrica y moral, no neutral y política, de lo cual los autores parten para sugerir la necesidad de abrir un proceso de reflexión sobre “nuestras prácticas”.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

▪ **Medicalización: concepto central en el proceso de investigación**

El presente capítulo rescata algunas líneas generales que pincelan tendencias del proceso de medicalización que hoy siguen presentes, y que resultan útiles para pensar y analizar cuestiones vinculadas al TDA/H.

La medicalización como proceso histórico es un tema muy amplio, que ha sido abordado desde múltiples campos y tradiciones de pensamiento. Acuñado por el filósofo, historiador y crítico social Ivan Illich, en su libro “Némesis médica: la expropiación de la salud” en el año 1975, el término “medicalización” define un proceso que se extiende imparablemente por la sociedad de nuestro tiempo, por el cual los médicos se ocupan y tratan problemas no médicos que atañen al bienestar humano, es decir problemas asociados irremediablemente a características intrínsecas de la vida, a la condición humana misma tales como: la sexualidad, la infelicidad, el deterioro biológico, el envejecimiento, la soledad y la muerte, entre otros. Así, problemas de la vida son tratados en términos de problemas médicos, como enfermedades.

La traducción al castellano de *medicalisation* consiste en un neologismo cuyo uso ha sido muy difundido, aunque no ha sido incluido aún en el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española. Los diccionarios médicos o de salud pública han definido la medicalización como la *absorción de problemas de naturaleza no médica por la medicina*, sea por atribución externa, sea por la visión incorrecta del hombre por parte de la clase médica (como la confusión de cuestiones de conciencia con casos psiquiátricos) o como la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora

abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas (Kishore, 2002).

Si conceptualizamos este término desde los aportes de las Ciencias Sociales, Michel Foucault abordó la cuestión de la medicina y la medicalización como estrategia de gobierno de las poblaciones, trabajando sobre la hipótesis que ningún problema es intrínsecamente médico o no.

Desde sus aportes, este autor subraya que el dominio de la medicina no es único e inalterable y no está dado sino que: “Cada cultura define de una forma propia y particular el ámbito de los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos de la conducta que corresponden a la medicina, suscitan su intervención y le exigen una práctica específicamente adaptada. (...) En último término la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado” (Foucault 1996: 21).

Foucault identificó una serie de procesos generales para comprender el despliegue de la medicina moderna, que hacen al núcleo más caro del proceso de medicalización:

1- La medicalización indefinida: el campo tradicional de la medicina se desplegaba en torno a dos aspectos, la enfermedad y la demanda del enfermo (su sufrimiento, sus síntomas, su malestar). A partir del siglo XX, la medicina se mueve holgadamente por fuera de ese campo original de acción e intervención. Esto, por dos razones, la primera es la medicina que crecientemente se impone al individuo –enfermo o no– como acto de autoridad, dejando así de responder a motivos vinculados sólo con la *demanda del enfermo*; la segunda, es su objeto de intervención que deja de reducirse a *enfermedades*. En el siglo XIX todavía existían aspectos que seguían siendo no médicos y por lo tanto no estaban medicalizados. Hoy día, es difícil concebir la existencia de una práctica corporal, una higiene, una alimentación, una moral sexual, etcétera, no controladas ni

codificadas por un saber médico y biológico. Todas ellas son susceptibles de intervención médica, sin ser por ello consideradas enfermedades.

2- La economía política de la medicina: si bien la medicina surge como una exigencia de tipo económica hacia finales del siglo XVIII, lo peculiar en la situación actual es el mecanismo por el cual dicha disciplina logra vincularse con los grandes problemas económicos. En la actualidad, el vínculo entre la economía y la medicina se deriva de la capacidad de esta última de producir riqueza, así la salud se ha convertido en un deseo para algunos y un lucro para otros. La salud ingresa a la esfera económico-mercantil en la medida en que se ha convertido en un objeto de consumo, en un producto que puede ser fabricado por los laboratorios farmacéuticos y consumido por los enfermos reales o posibles. Es en las grandes empresas farmacéuticas donde Foucault ubica los destinos de la rentabilidad económica que derivan de la enfermedad y la salud. Los médicos, aunque puedan recibir mucho dinero en algunos países, obtienen beneficios marginales en relación a estas empresas. Foucault identifica ya en el año 1974 la posibilidad de que los médicos se conviertan en meros distribuidores, intermediarios entre la industria farmacéutica y la demanda de fármacos del paciente (Foucault 1996: 83).

3- La iatrogenia positiva: con este concepto, el autor alude a los efectos médicamente nocivos que se derivan de la intervención médica, en lo que ésta tiene de fundamento racional. La medicina moderna cuenta con instrumentos que pueden provocar o provocan efectos perjudiciales en función de su eficacia terapéutica, y no por una aplicación incorrecta de los mismos. Esta cuestión conduce a la especie humana a un campo de probabilidades y riesgos que excede lo individual o familiar. La vida misma y sus acaecimientos fundamentales ingresan en el campo de acción de la intervención médica. Tal es el riesgo de la medicina actual, el efecto de su práctica y de su saber. A partir del siglo XX, la peligrosidad de la medicina ya no es imputable a su ignorancia o impericia acerca de los temas que trata, ni de su no-cientificidad (todas

objeciones que se hacían a la misma antes del siglo XX), sino que el peligro reside en su saber mismo, en la medida en que constituye una ciencia que interviene en la vida de sujetos.

La medicalización se nos presenta entonces como un producto socio-cultural, donde inciden diversos factores que en un contexto social e histórico específico permiten que se desarrollen las líneas argumentales de los diversos actores sociales que han intervenido e intervienen en la génesis y producción (y reproducción) de dicho proceso.

Una reseña realizada por Conrad acerca de estudios sobre medicalización llevados cabo desde 1980 considera que la clave de este proceso está en la definición de un problema en términos médicos, utilizando un lenguaje médico para describirlo, adoptando un marco médico para entenderlo, y/o utilizando la intervención médica para "tratarlo". De este modo "la medicalización describe un proceso por el cual problemas no-médicos son definidos y tratados como problemas médicos, generalmente en términos de enfermedades o desórdenes" (Conrad, 1992: 209). Así Conrad da cuenta de una serie de condiciones para que un comportamiento sea medicalizado, esto es, concebido y tratado como enfermedad, de manera tal que se incorpora al ámbito de injerencia de la medicina.

Entre dichas condiciones encontramos que para que un comportamiento sea medicalizado, éste debe ser considerado anormal y problemático por al menos una parte de la sociedad. Otra condición para que un comportamiento se incorpore al ámbito de la medicina como enfermedad es que las formas previas o tradicionales de control social (que históricamente han sido la religión y el Estado) sean consideradas como ineficientes o inaceptables para tratar ese comportamiento problemático.

Si bien es la sociedad en su conjunto, o al menos una parte importante de ella la que define un comportamiento como “anormal” y “problemático”, ésta definición debe ser compartida también por las instituciones médicas, que aceptan que tal comportamiento anormal entra en su esfera de acción.

Para que un comportamiento sea incorporado a la lógica médica es necesario además, disponer de instrumentos para poder llevar a cabo ese proceso. La medicina hoy cuenta con un arsenal de tecnologías de diversa índole: procedimientos psicológicos, quirúrgicos y genéticos, fármacos psicoactivos, entre otros. La existencia de algunos datos orgánicos ambiguos sobre la fuente del problema aparece como otra de las condiciones que propician la medicalización de un comportamiento. En esa misma línea Conrad señala como condición, que las instituciones establecidas sean pasibles de obtener un beneficio considerable de la medicalización de tal comportamiento (Conrad 1982: 150).

Por último, para que un comportamiento sea calificado como “anormal” y se mantengan la definición y tratamiento, Conrad establece que es necesario que existan intereses creados por parte de las instituciones, ya sea bajo la forma de institutos de investigación, centros de tratamiento, e incluso organizaciones burocráticas enteras.

También este autor hace un importante aporte al analizar otro aspecto de la medicalización, ubicando las principales *consecuencias*, que esta tiene para la vida individual y colectiva de los sujetos (Conrad, 1982: 154). Entre estas consecuencias destaca: primero, que un problema de comportamiento sea entendido como causado por un desorden orgánico y no por la voluntad del individuo, libera a este de responsabilizarse por los actos que comete; segundo, la expansión creciente de las áreas de incumbencia de la medicina (en consonancia con los aportes de Foucault), expansión que es fomentada por una industria farmacéutica cada vez más poderosa y rentable; tercero, el vocabulario

tecnológico-científico de la medicina a menudo contribuye a reforzar la suposición de que conceptos médicos –tales como enfermedad o tratamiento– son moralmente neutrales. Pero la medicina refleja un orden moral, que no es moralmente neutro sino que frecuentemente es influido por el orden moral de la sociedad; cuarto, delega en expertos médicos la atención de los problemas humanos y sociales, que se sustraen del debate público y son colocados en un plano de debate entre profesionales y expertos. Por último, Conrad destaca como otra consecuencia que la medicina utiliza diversas tecnologías para el tratamiento del comportamiento “anormal”. Estos mecanismos tecnológicos – fármacos psicoactivos, cirugías o intervenciones genéticas– generalmente actúan de manera tal que contribuyen a sostener al *statu quo* de la sociedad, con efectos poderosos y a veces irreversibles sobre quienes se ejercen.

La medicalización retraduce en cuestiones individuales las dificultades humanas. Omite o relega a un segundo plano la naturaleza *social* del comportamiento humano, ya que se concentra en el medio ambiente interno del individuo. De esta manera, obtura otros niveles de intervención. Según Conrad este enfoque en el organismo individual –que está en perfecta consonancia con la ética individualista de la cultura occidental– “deforma la realidad y permite el control social en nombre de la salud” (Conrad 1982: 154).

En varios de los artículos que Thomas Szasz publica en la columna electrónica de la la Universidad de Siracusa discute el problema de la medicalización. En *Medicalizing Quackery*, plantea que el concepto de medicalización reposa en la presunción de que algunos fenómenos “pertenecen” al dominio de la medicina y otros no. Pero la “pertenencia” de ese fenómeno es un resultado –más o menos arbitrario– de acciones humanas. Para el autor, a menos que se produzca primero un acuerdo en los criterios que definen “la enfermedad”, es infructuoso debatir si un acto de medicalización particular es válido o no (Szasz 2007a).

Para Szasz es necesario trazar una línea divisoria entre qué es enfermedad y qué no. El interrogante consiste en dónde trazar dicha línea. Este aspecto ya el autor lo trabaja en sus primeros libros dedicados a la discusión sobre lo que denominó “el mito de la enfermedad mental” (Szasz, 1970).

En otro de sus artículos, *Medicalization of everyday life*, el autor señala que en definitiva, la medicalización no es medicina, ni ciencia; es una estrategia semántica y social que beneficia a algunas personas y daña a otras. En el pasado, los principales beneficiados eran los psiquiatras, y las personas más evidentemente injuriadas eran los pacientes mentales. Hoy día la situación es más compleja, ya que cualquiera puede, en algún momento, ser alternativamente socorrido o dañado por la medicalización (Szasz, 2007 b).

En Occidente, es imposible imaginar la vida en una sociedad que no esté guiada y controlada por la ciencia, especialmente la ciencia médica. En este marco, la medicina y el Estado han formado un vínculo sólido, que Szasz denomina “farmacracia” (Szasz, 2007 a). Algo más de 30 años después de su mención inicial, la definición de medicalización es más compleja, siendo ampliamente utilizado este término.

Recientemente la revista *The Lancet*, en un número titulado “*Medicalisation in the 21st century*”, ha publicado una serie de artículos fruto de una reunión de expertos de varias disciplinas (medicina, psiquiatría, sociología, antropología, historia, estudios étnicos y de género), sobre las implicaciones filosóficas, médicas y políticas de la medicalización. La pregunta central era cómo en el mundo industrializado la medicalización continúa siendo una opción viable en medio de interacciones complejas y contradictorias entre la medicina, las compañías farmacéuticas y la cultura.

Si bien en los inicios el agente de la medicalización era primordialmente el médico, muchos académicos contemporáneos posicionan hoy al complejo

médico-industrial como actor que ocupa el lugar que tuvieron los médicos en el proceso de medicalización de la vida humana (Blech, 2005; Moynihan t Cassels, 2006; Metzl y Herzig, 2007; González Pardo y Pérez Alvarez, 2007; Iriart, 2008).

Según estudios previos realizados por el equipo de investigación, se concluyó que las reformas implementadas en el sector salud a partir de la década del 90, mantenidas y profundizadas durante la primeros años del 2000, resignifican los procesos de medicalización. En un artículo de reciente publicación, Celia Iriart (2008) destaca el proceso de reposicionamiento del complejo médico-industrial, a través de radicalizar la medicalización, creando estrategias de comunicación dirigidas directamente a los usuarios, cambiando la definición de enfermedades y creando nuevas entidades nosológicas; presionando a las agencias regulatorias para aprobar nuevos fármacos, tecnologías y tratamientos para que sean financiados por los seguros de salud públicos y privados; y la difusión y generalización de los protocolos clínicos y de la medicina basada en la evidencia (Iriart, 2008, 1620).

En este mismo sentido otros autores afianzan esta direccionalidad analítica destacando el rol del complejo médico industrial en las decisiones diagnósticas (Moynihan, Cassels, 2006; Blech, 2005; Lakoff, 2004). Se observa, así, una predisposición hacia la asistencia entendida como acción terapéutica que reduce la operatoria al síntoma (Bialakowsky, et. al. 2002) el que se direcciona preferencialmente hacia un abordaje uniterapéutico –mediado por la utilización del “fármaco”–, es decir medicamentando el proceso mismo de medicalización (Faraone, 2008; Iriart, 2008)

- **El caso del trastorno del Déficit de Atención con y sin Hiperactividad: Un analizador en los procesos de medicalización.**

Como ya hemos expresado el TDA/H en este trabajo es abordado como un analizador del proceso de medicalización en la infancia (Cabral Barros, 2007). Es decir como un analizador de una situación, de un problema que al ser abordado permite dar visibilidad a una lógica de construcción social que trasciende esa exclusiva situación o problema, en tanto que permite abordar las estrategias múltiples que se adecuan a este proceso (Faraone, 2008).

En los últimos años una epidemia de niños/as y adolescentes con déficit de atención e hiperactividad parece poblar los espacios escolares. La difusión de los fármacos como solución se ha naturalizado y ha ingresado en el discurso escolar y médico considerando la medicación como el principal tratamiento a los problemas de atención y de conducta en aumento.

En este escenario Beraldi (2007) plantea la imposibilidad de hablar de psicopatología sin considerar las condiciones sociales, las modalidades de prestación laboral, las relaciones de competencia y sobre todo las formas de comunicación dentro de las que un cuadro psíquico se constituye. La dimensión social actúa directamente sobre las formas de comunicación y sobre la exposición al flujo comunicativo. En las nuevas generaciones videoelectrónicas, la hiperestimulación de la atención reduce tanto la capacidad de interpretación secuencial crítica, como el tiempo disponible para la elaboración emocional del otro –del cuerpo del otro y del discurso del otro– que busca ser comprendido sin lograrlo. Es decir, provoca un estrés de atención constante y una reducción del tiempo disponible para la afectividad. El TDA/H, en este contexto, más que un padecimiento o enfermedad constituye, según el autor, un modo de adaptación de un organismo sensible y conciente de un niño a un ambiente en el cual el contacto afectivo ha sido sustraído por flujos de información veloces y agresivos, manifestándose así una forma particular de subjetivación. Sin embargo, esta forma particular de subjetivación es objeto de medicalización. Así, la niñez y su propia producción/reproducción en mundo actual no escapan a las condiciones definidas para los procesos de medicalización/medicamentación.

La industria farmacéutica promueve cada vez más instancias dirigidas principalmente a padres y maestros para que aumenten la prescripción de psicoestimulantes en niños. Iriart describe que muchos de los diagnósticos se obtienen a través de cuestionarios autoadministrados ofrecidos en portales de Internet, revistas de divulgación, centros de atención primaria, escuelas, o enviados por correo postal a listas de personas que las compañías obtienen. Estos instrumentos consisten en una lista de síntomas y signos muy generales y subjetivos, de los que basta marcar algunos pocos para recibir la recomendación de consultar a un médico o contactar a la propia empresa farmacéutica para recibir más información. En la actualidad, para expandir el mercado, los laboratorios utilizan diversas e innovadoras estrategias de marketing orientadas a detectar poblaciones de riesgo y aumentar la demanda de servicios y medicamentos (Iriart, 2008)

La preocupación por la creciente medicalización de estas conductas infantiles ha dado motivo en la Argentina a la redacción en el año 2007 de un *Consenso de expertos del área de la salud sobre el llamado "Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad"*, como ya lo hemos mencionado. Este documento parte de la hipótesis que en la Argentina "la práctica de medicar a los niños no refleja más que la intolerancia adulta, respecto del niño diferente: del niño 'molesto'". Los firmantes consideran que en este momento, el alto porcentaje de niños medicados y la difusión de la medicación suponen que puede resolver los problemas psíquicos, lo que resulta altamente preocupante. Esta operatoria presume que el modo de contención de un niño desbordado se puede dar a través de una pastilla. Esta tendencia a la medicación en niños inquietos evidencia un tipo específico de violencia, motorizada desde lo social: la de los tratamientos en los que se medica para tapar trastornos y para no preguntarse acerca del funcionamiento de los adultos. Movimientos que son considerados de deshumanización, de descualificación y de no-reconocimiento. (Janin, 2007).

Todo el documento asimila medicalización con aumento de medicación en niños con TDA/H, y si bien hace hincapié en este aspecto, también presupone el planteo de una serie de problemas, entre otros, el del diagnóstico. Los firmantes del documento consideran inadecuado –desde el punto de vista de la Salud Pública– unificar a todos los niños desatentos y/o inquietos en una clasificación psiquiátrica donde una categoría descriptiva pasa a ser explicativa de todo lo que le ocurre al niño, y se lo etiqueta con una nueva enfermedad donde el tratamiento médico de primera elección –considerado para la mayoría de los casos– sea la medicación.

En el mismo sentido, a partir de un análisis crítico del rol de los medicamentos en las prácticas de los profesionales de salud, Cabral Barros (2008) ilustra el proceso de aumento de la medicalización de los niños “hiperactivos” en Brasil en los años 2004 y 2005, donde se observa un aumento de la venta y el consumo de metilfenidato.

La asociación directa entre medicalización en la infancia y consumo de psicofármacos se observa también en los países europeos. Un ejemplo de esto lo constituye la “Plataforma Contra la Medicalización de la Infancia”, iniciativa que el psicoanalista español Juan Pundik viene desarrollando desde el año 2006. Esta organización surge como respuesta al dictamen favorable de la Agencia Europea del Medicamento (EMA, sigla en inglés) para la utilización de la fluoxetina (Prozac) en niños y adolescentes menores de 18 años.

- **El diagnóstico médico del TDA/H: el TDA/H en las nosografías internacionales**

El diagnóstico de TDA/H puede ser planteado como una de las categorías explícitas o implícitas que integran el entramado proceso salud-enfermedad-

atención, en particular en el campo de la salud mental de la infancia, y sus determinaciones sociales, históricas, políticas, económicas y culturales.

Desde esta perspectiva, la construcción del/los diagnósticos, está atravesada por los procesos de medicalización, que se desarrolla en el punto precedente.

Considerando estas aclaraciones, plantearemos dos hipótesis, referidas a la construcción del diagnóstico de TDA/H.

1. Las nosografías y clasificaciones internacionales de enfermedades, han tenido un rol significativo, en la instalación del diagnóstico de TDA/H.
2. El diagnóstico de chicos con TDA/H por profesionales médicos no provenientes del campo de la psiquiatría, ha favorecido la instalación del diagnóstico de acuerdo a los criterios planteados por instrumentos nosográficos, como el DSM IV.

▪ **El TDA/H en la clasificación internacional de enfermedades, OMS**

La Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE) elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una nosografía del conjunto de problemas salud-enfermedad, de características fundamentalmente descriptivas, con fines prioritariamente estadísticos y epidemiológicos.

Es interesante destacar que si bien el propósito de consensuar internacionalmente sistemas clasificatorios de enfermedades se remonta –con diversas formulaciones y conceptos– al siglo XIX; es recién a partir de la Sexta Edición de la *CIE* –publicada en 1952–, cuando se incluye un apartado específico para problemáticas de salud mental.

La última revisión, *CIE 10*, fue publicada en el año 1992. Esta nosografía incluye 21 capítulos, dentro de los cuales, el *capítulo V*, está dedicado a “*Trastornos*

mentales y del comportamiento”, incluyendo la mayoría de las problemáticas referidas al campo de la salud mental.

El capítulo V (también designado con la letra F): Dentro de este capítulo encontramos el grupo *F90-F98 (Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia)*

F90 Trastornos hiperquinéticos: *F90.0 – Trastorno de la actividad y de la atención.* Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperquinético (F90.-), pero no se satisface el de F9L–(trastorno disocial).

F90.1- Trastorno hiperquinético disocial.

F90.8 - Otros trastornos hiperquinéticos.

F90.9 - Trastorno hiperquinético sin especificación. Incluye:

Trastorno de déficit de atención.

Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

F90 Trastornos hiperquinéticos

Grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo.

Los trastornos hiperquinéticos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida). Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se

produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.

Los niños hiperquinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas, por una falta de premeditación. Su relación social con los adultos suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales. Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.

Las complicaciones secundarias son un comportamiento disocial, antisocial y una baja estimación de sí mismo. Hay un considerable solapamiento entre la hiperquinesia y otras formas de comportamiento anormal como el trastorno disocial en niños no socializados. Sin embargo, la evidencia más general tiende a distinguir un grupo en el cual la hiperquinesia es el problema principal.

Los trastornos hiperquinéticos se presentan en varones con una frecuencia varias veces superior a la que se presentan en el sexo femenino. Es frecuente que se acompañe de problemas de lectura o del aprendizaje.

Pautas para el diagnóstico

Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación (por ejemplo, en clase, en la consulta).

El trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra (aunque estudios de laboratorio no demuestran con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva). Estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado.

La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones. El criterio para la valoración de si una actividad es excesiva está en función del contexto, es decir, de lo que sería de esperar en esa situación concreta y de lo que sería normal teniendo en cuenta la edad y el CI del niño. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio. En la edad adulta puede también hacerse el diagnóstico de trastorno hiperquinético. Los fundamentos son los mismos, pero el déficit de atención y la hiperactividad deben valorarse en relación con la evolución de cada caso. Cuando la hiperquinesia se presentó únicamente en la infancia y en el curso del tiempo ha sido sustituida por otra entidad como un trastorno de la personalidad o un abuso de sustancias, debe codificarse la entidad actual en lugar de la pasada.

Excluye:

Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-).

Trastornos de ansiedad (F41 ó F93.0).

Trastorno del humor (afectivos) (P30-F39).

Esquizofrenia (F20.-).

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención

Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperquinético (F90.-), pero no se satisface el de F9L-(trastorno disocial).

Incluye:

Trastorno de déficit de atención.

Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

Excluye:

Trastorno hiperquinético asociado a trastorno disocial (F90.1).

Las nosografías específicas de problemas de salud mental, tanto la elaborada por la Academia Americana de Psiquiatría como la editada por la Federación Francesa de Psiquiatría, refieren en su propuesta una significativa preocupación por señalar las correspondencias con la *CIE 10*, reconociéndola como una nosografía más abarcativa del conjunto de los problemas salud-enfermedad, y resaltando el mayor nivel de consenso internacional con el que cuenta.

▪ **El TDA/H en el DSM IV, Academia Americana de Psiquiatría**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Salud Mental (DSM) es un instrumento con características de nomenclatura y orientación diagnóstica, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, cuya primera edición –el DSM I– data del año 1952. Desde entonces, en las sucesivas ediciones y revisiones, se fueron incorporando modificaciones metodológicas y conceptuales de acuerdo al contexto socio-político general y del campo de la salud mental en particular. La última edición –el DSM IV– publicada en el año 1994, ha sido revisada en el año 2000 en la versión *DSM IV TR*.

Dentro de los cambios conceptuales y metodológicos más significativos del pasaje del *DSM II* al *DSM III*, se encuentran la incorporación de criterios diagnósticos explícitos y el avance en descripciones de síntomas y signos, con pretensiones de neutralidad y objetividad. A partir del *DSM III* aparece el concepto de “trastorno mental”, asimilable a síndrome o manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica, sin especificación de causa.

Estos procesos, impulsados en las décadas de los ochenta y noventa, aparecen como respuesta al desprestigio social del diagnóstico psiquiátrico –denunciado como extremadamente inespecífico–, al reposicionamiento del pragmatismo del pensamiento único y del fin de la historia, y a la funcionalidad que ofrecía el hecho de contar con categorías y conceptos “objetivos” a los fines prestacionales de diferentes organizaciones de seguros de salud, según lo referido por el doctor Stagnaro en la entrevista realizada por el equipo.

El *DSM IV* reconoce como objetivos, constituirse tanto en una herramienta para la investigación epidemiológica y el intercambio científico, como también en una guía útil para la práctica clínica. Asimismo, advierte acerca de la importancia de contar con un entrenamiento especial que proporcione conocimientos y habilidades clínicas, para la correcta aplicación de los criterios propuestos por el manual.

En relación al diagnóstico de TDA/H, es interesante destacar que el mismo estaba planteado en el *DSM III* (1980) como “síndrome de déficit de atención” y en la revisión de 1987 –*DSM III– TR* se enuncia como “déficit de atención e hiperactividad”¹⁰. Con lo expuesto hasta aquí queremos señalar que el anudamiento en una misma entidad diagnóstica de la hiperactividad y el déficit de atención no llega a remontarse a 20 años. Actualmente, en el *DSM IV*, surge este diagnóstico incluyendo como subtipos las diferentes formas de presentación de esta problemática.

El DSM-IV-TR, está organizado en base a cinco ejes que incluyen a su vez, grupos de diagnósticos.

¹⁰ Bianchi, Eugenia (2008), “ADHD y discursos de la salud. La construcción del ADHD como enfermedad”, ponencia presentada en las V Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata: “Cambios y continuidades sociales y políticas en Argentina y la región en las últimas décadas. Desafíos para el conocimiento social”, Mesa J39: Sociología del Control Social. Estrategias de reproducción y construcción de subjetividades en la sociedad contemporánea.

El Eje I incluye los *Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.*

Dentro este primer eje, se incluye el grupo de *Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia* (excluyendo al *retraso mental*, que se diagnostica en el eje II).

Dentro de este grupo, se encuentran incluido el *“Trastorno por déficit de atención con hiperactividad”*.

El DSM IV plantea tres subtipos:

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (F90.9), Este subtipo se centra en que si se han persistido por lo menos durante seis meses, seis (o más) síntomas de desatención y seis (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad. La mayor parte de los niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en el tipo combinado. No se sabe si ocurre lo mismo con los adultos que padecen este trastorno.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio de déficit de atención (F98.8). Este subtipo se refiere a los niños en quienes han persistido por lo menos durante seis meses, seis (o más) síntomas de desatención (pero menos de seis síntomas de hiperactividad-impulsividad).

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (F 90.0) Este subtipo se refiere a los niños, en quienes han persistido por lo menos durante seis meses, seis (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad (pero menos de seis síntomas de desatención)

Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad

A. (1) ó (2):

(1) seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo:

Desatención

- *a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades,*
- *a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas*
- *a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente*
- *a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)*
- *a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades*
- *a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)*
- *a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)*
- *a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes*
- *a menudo es descuidado en las actividades diarias*
- *(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo:*

- **Hiperactividad**

- *a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento*
- *a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado*
- *a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)*

- a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- a menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor
- a menudo habla en exceso
- ***Impulsividad***
- a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- a menudo tiene dificultades para guardar turno
- a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos)
- Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los siete años de edad.
- Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.ej: en la escuela o en el trabajo y en casa)
- Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia y otro trastorno sicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad)

Los criterios del *DSM- IV* para el diagnóstico de este trastorno son asimilables parcialmente a los de la *CIE 10*, pero esta última define unas categorías más estrictas. Mientras que el diagnóstico de *DSM IV* requiere seis síntomas de inatención o bien seis de hiperactividad/impulsividad, la *CIE 10* requiere al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad para *¿verificar/corroborar?* el diagnóstico.

- **EL TDA/H en la Clasificación Francesa de Problemas Mentales de la Infancia y la Adolescencia (CFTMEA) -R-2000**

La *CFTMEA -R -2000*, es presentada por la Federación Francesa de Psiquiatría como una herramienta destinada al conjunto de los psiquiatras, y especialmente a los psiquiatras de niños y adolescentes, estableciendo una clasificación estadística multiaxial de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, desde la perspectiva de la psiquiatría francesa. Al mismo tiempo que se diferencia conceptual y metodológicamente del *DSM IV*, fortalece lazos y correspondencias con la propuesta *OMS/CIE 10* (Fortineau, J 2002, Stagnaro, J. y Tesone, J.2004).

En el prólogo a la edición francesa y castellana, se señalan nítidamente algunos desacuerdos conceptuales con el *DSM IV*. En primer lugar, discute la pretensión de “neutralidad” u “objetividad” de estos instrumentos. Asimismo, también plantea la insuficiencia de definir diagnósticos en base a la clasificación de síntomas y conductas presentadas como elementos clasificatorios.

Expresa también su desacuerdo con corrientes anti-nosográficas, fundamentadas en planteos exclusivamente socio y psicogenéticos.

La primera edición de *la CFTMEA*, en 1987, fue presentada como una respuesta a la necesidad de contar con una clasificación de los trastornos mentales, reconociendo la singularidad y las variaciones evolutivas de la problemática de los niños y adolescentes, al mismo tiempo que confronta con algunas corrientes antinosográficas de los años '70, fundamentadas en posiciones exclusivamente socio y psicogenéticas (Mises, R 2004). La 4ta. Revisión, en el año 2000, de inspiración psicodinámica como las anteriores, sostiene la perspectiva pluridimensional de la psiquiatría, sumando otras miradas, tales como los aportes de las neurociencias y el cognitivismo.

La *CFTMEA -R-* 2000 plantea cuatro categorías principales y cinco categorías complementarias:

Las cuatro categorías principales son:

- Autismo y trastornos psicóticos
- Trastornos neuróticos
- Patologías límite. Trastornos de personalidad
- Trastornos reactivos

El TDA/H aparece en dos de las categorías complementarias, la 6 y la 7, con especial énfasis en la necesidad de investigar en cada caso, en cual de las categorías principales se pueden encuadrar.

En la 6. Trastornos específicos del desarrollo y de las funciones instrumentales

6.13 Trastornos de la atención sin hiperquinesia (Correspondencia CIE 10: F 88 – Otros trastornos del desarrollo psicológico (en parte)).

En la 7. Trastornos de la conducta y el comportamiento

7.00 Hiperquinesia con trastornos de la atención (Correspondencia CIE 10: F90.0 – Trastornos de la actividad y de la atención; F90.1 – Trastorno hiperquinético disocial).

Aparece diferenciado de otros trastornos hiperquinéticos sin déficit de atención.

7.08 Otros trastornos hiperquinéticos (correspondencia F90.8-Otros trastornos hiperquinéticos).

7.09 Trastornos hiperquinéticos no especificados (Correspondencia CIE 10: F90.8 – Otros trastornos hiperquinéticos).

Para finalizar este capítulo, creímos adecuado mencionar algunas líneas de análisis que han surgido. Este recorrido por las diversas nosografías internacionales nos permite advertir las diferencias existentes al interior del mismo campo médico, diferencias en ocasiones muy profundas, que nos invitan a no considerar este campo como discursivo y/o prácticamente monolítico, sino antes bien, atravesado por conflictos y disidencias en las que se anudan el contexto socio-político general y el campo de la salud mental en particular.

Por último –y aunque excede los objetivos de este trabajo–, nos lleva a interrogarnos por la preeminencia prácticamente absoluta del DSM IV como fuente de consulta y apoyatura técnica de los profesionales al momento del diagnóstico en salud mental en nuestro país.

- **Marco conceptual para la comprensión de la problemática en la escuela.**
La escuela ante la nueva infancia:

Desde la perspectiva del campo educativo se plantean otras posturas respecto a la problemática del TDA/H, poniendo el énfasis en los condicionantes históricos y sociales de la infancia y el campo escolar y educativo.

En este sentido, Corea y Lewkowicz (1999), en el libro *“¿Se acabo la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez”*, intentan problematizar la infancia y la niñez como una construcción histórica. Los autores parten de una certeza acerca de la desaparición de las instituciones modernas que consolidaron la construcción social de la infancia durante el siglo XIX y XX. Sostienen que la producción institucional de la infancia en los términos es hoy prácticamente imposible. Para los autores “la niñez es un invento moderno” llevado a cabo por el Estado burgués e históricamente contenida por la familia burguesa. Hay un abanico institucional que en ello interviene, de ahí que los autores observen que cuando las intervenciones tambalean, la infancia tal como la conocemos se vea

amenazada. Entre ellas, la escuela aparece como una de las instituciones clave en esa separación entre adultos y niños. Hoy parece estar en crisis el dispositivo de simultaneidad áulica¹¹ el cual respondía al desafío que la modernidad planteaba respecto del control del cuerpo infantil. El método de la simultaneidad áulica significaba la responsabilidad del docente sobre el mantenimiento del orden del cuerpo infantil. Serán seguramente los errores en la aplicación del método didáctico, los cambios sociales, etc. lo que producirá las crisis de este modelo pedagógico que aún perdura pero no en su estado original. Este modelo de pedagogía significaba respetar un esquema piramidal: el enseñante debía hallarse en la cima y sus aprendices en la base. Ejercicio de poder que se basaba en la diferencia entre el niño y el adulto. En la actualidad esta diferenciación ya no es tan nítida sino más compleja.

Su preocupación está dada por lo que en la actualidad se entiende por infancia, y su análisis se centra en tomar en cuenta el discurso de los medios y cómo éstos construyen una nueva noción de infancia. La niñez, sostienen los autores ha perdido su inocencia en el discurso mediático. Es decir, que en el siglo XXI el lugar del adulto ocupante del saber y del niño-alumno ocupante del lugar del no saber es más complejo con la incorporación y el impacto cultural de las nuevas tecnologías de la información. Los medios de comunicación en lo que respecta a la transmisión de saberes entran en contradicción con las instituciones educativas. Ya no se puede negar el efecto que conllevan los medios en la influencia de la infancia y la adolescencia. Es decir, en la nueva conformación de la infancia “posmoderna”. En definitiva lo que está en juego es el corrimiento de quienes saben y quienes no saben, poniendo el centro de atención del poder sobre el cuerpo infantil.

Por otra parte, para analizar el discurso de los medios en torno a la construcción del infante, retoman los aportes del sociólogo francés Jaques Donzelot, quien al

¹¹ Por simultaneidad áulica se alude al concepto de pensar un docente frente a un grupo homogéneo de alumnos, enseñando al mismo tiempo los mismos contenidos curriculares.

hablar de infancia se refiere a dos tipos; la infancia peligrosa y la infancia en peligro. La primera representa a los sectores populares y la segunda a los sectores burgueses; tomando el caso de su presencia en los medios, la primera casi siempre aparece en los policiales y la segunda aparece en lo que tiene que ver con la prevención, la educación, etcétera. Cabe destacar cómo los medios presentan la infancia construyendo una brecha entre lo que los niños deberían ser y lo que efectivamente son. Los asientos de la subjetividad actual infantil se presentan en dos modalidades: el consumidor y el sujeto de derechos; éste último, aparece como sujeto de opinión en el universo mediático. Según los autores, un problema en la actualidad que se presenta con relación a la infancia, es que la diferencia moderna entre padre e hijo queda abolida con la caracterización de “consumidor”: los niños están más allá o más acá de la figura imaginaria de infancia. De allí que pueda pensarla como una institución en crisis o agotada.

En esta línea, la producción de sentido en torno a la explicación y circulación del saber ya no está en manos del cuerpo docente. El modelo que cerraba en sí mismo ha colapsado. Hoy estamos en presencia de una crisis de la escuela moderna en la cual operan los siguientes factores. Por un lado, los docentes siguen siendo la columna vertebral del funcionamiento escolar. Sin embargo, cada uno de ellos tiene que salir a legitimar su lugar día a día. La vieja alianza escuela-familia pareciera no estar funcionando. En definitiva lo que está en juego es el corrimiento de quienes saben y quienes no saben, poniendo el centro de atención del poder sobre el cuerpo infantil.

- **Acerca del proceso de clasificación en la escuela. La carrera moral y el proceso de medicalización/medicamentación:**

El concepto de “carrera moral” del sociólogo canadiense Irving Goffman, nos sirve para analizar cómo se construyen las clasificaciones de los niños

diagnosticados con TDA/H y cómo estas clasificaciones derivan en abordajes diferenciales respecto a la problemática.

En *Estigma: La identidad deteriorada (1963)* Goffman se dedicó a estudiar los procesos y medios con que las sociedades categorizan a las personas a partir de los atributos personales que se exhiben en los encuentros sociales rutinarios, y los procesos de acreditación y desacreditación social, concibiendo el estigma como los signos corporales y no corporales con los cuales se intenta exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quienes lo presentan.

Según este autor, la “carrera moral” representa el modo en que las personas que tienen un estigma particular tienden a pasar por las mismas experiencias de aprendizaje relativas a su condición y por las mismas modificaciones en la concepción del “yo”. La “carrera moral”, es el modo en que las personas estigmatizadas tienden a recorrer experiencias de aprendizaje relativas al estigma que portan por medio de una socialización en la cual la persona incorpora el punto de vista del grupo mayoritario, considerado “normal”, y define su identidad y sus experiencias a partir del atributo estigmatizante.

La distinción entre lo normal y lo patológico resulta una estrategia de disciplinamiento social donde, siguiendo el planteo de Foucault, la medicalización se vuelve una forma de intervención política de la medicina que al ser continua e indefinida busca abarcar todo lo concerniente a la vida social. Nos preguntamos entonces por el papel de la escuela dentro de este entramado de significaciones que llevan a desviar hacia lo patológico “el discurso de la vida cotidiana”¹².

¹² Para los sociólogos alemanes Berger y Luckman, la vida cotidiana es una construcción social que se presenta como una “realidad” interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente. En este sentido, el mundo de la vida cotidiana tiene origen en los pensamientos y en las acciones de los miembros ordinarios de una sociedad y está sustentado como real para éstos (Berger y Luckman, 1991).

Por otro lado, el análisis de Pierre Bourdieu sobre el *racismo de la inteligencia* muestra las diversas esferas a analizar en la relación entre los campos de la escuela y la salud en lo referido a los procesos de clasificación-enclasmiento y estigmatización. El autor analiza el modo en que en la actualidad el sistema escolar se ha tenido que enfrentar a procesos de democratización y masificación que han hecho irrumpir un número considerable de personas desprovistas de las “predisposiciones sociales constituidas que tácitamente exige” dicho sistema. Esto podría generar en la perspectiva de quienes se consideran los actores legítimos del sistema, una devaluación de los títulos escolares y los puestos laborales que a futuro dichos títulos pueden reclamar.

Nos interesa este análisis de Bourdieu por su crítica al estigma y el racismo de clase que se genera dentro del sistema educativo, cuando éste y sus principales actores ven amenazada su legitimidad. Bourdieu señala que hay una gran contribución al racismo de la inteligencia por parte de los intelectuales y en particular de algunos campos profesionales, como la psicología y la psicopedagogía, a través del uso de los test para medir la inteligencia. “Habría que estudiar el papel de los médicos en la medicalización, es decir, la naturalización de las diferencias sociales, de los estigmas sociales, así como el papel de los psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas” (Bourdieu, 1990:37).

Bourdieu nos advierte sobre las formas de legitimación, que él llama de segundo orden en tanto no se expresan en primera instancia en el discurso escolar sino como formas eufemizadas de racismo en otro orden. Es decir, aquellas explicaciones del fracaso escolar que se anclan en justificaciones académicas y biologistas, sin incorporar las cuestiones sociales, del origen de clase, de la pobreza, de un devenir social determinado, y que en última instancia terminan legitimando una forma de discriminación escolar. Para Bourdieu el racismo de la inteligencia no es más que una forma de encubrir un tipo de racismo, el racismo de clase.

Desde una perspectiva cercana a Bourdieu, tomaremos el concepto de “cultura somática” de Boltanski (1975). A partir de las aproximaciones teóricas que Luc Boltanski hace a la sociología del cuerpo, nos interesa a lo fines de esta investigación, utilizar el concepto de “cultura somática” desarrollado por el sociólogo francés. Boltanski menciona en su libro *Los Usos sociales del cuerpo* (1975) como las clases sociales perciben de manera diferenciada la salud y la enfermedad, y cómo esta diferencia se vincula con su lugar en la estructura social. En este sentido, cada clase social posee y construye históricamente su forma de percibir y relacionarse con el cuerpo.

Este mismo autor, nos advierte que la cultura somática, es la percepción que tienen los individuos en relación a sus enfermedades. La cultura somática no es más que la evaluación que las clases sociales hacen de sus enfermedades y será en relación con la cultura somática de cada clase social como estas verán el tema de la medicación. Para Boltanski las clases medias y altas tendrían una cultura somática mayor que las clases bajas, por lo tanto serán mayores consumidores de medicamentos que los sectores más desfavorecidos.

COMPORTAMIENTO DE LA IMPORTACIÓN, FACTURACIÓN, Y DISPENSACIÓN DEL METILFENIDATO Y LA ATOMOXETINA EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TDA/H EN NUESTRO PAÍS: UN ESFUERZO POR APROXIMARNOS A UNA VALORACIÓN DE SU CONSUMO.

▪ Introducción

El metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso central con propiedades farmacológicas similares a las anfetaminas. Dentro de la clasificación de los psicofármacos, se encuentra en el grupo de los psicoanalépticos (drogas estimulantes), que comprenden a los psicoestimulantes o estimulantes de la vigilia y a los antidepresivos o estimulantes del humor. El metilfenidato pertenece específicamente al primer grupo de estimulantes.

Debido al aumento en los años 60 del uso indebido de estas sustancias, se reforzó la fiscalización nacional e internacional. Desde 1971 el metilfenidato figura en la Lista II del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas ya que ofrece “grandes posibilidades para el uso indebido”. En consecuencia, hasta comienzos de los años 90 disminuyó considerablemente su fabricación, consumo y uso indebido. Sin embargo, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) ha notado un aumento del consumo mundial de metilfenidato, que pasó de menos de 3 toneladas en 1990 a 36 toneladas en 2006 (JIFE, 1995; 2007). Este incremento es adjudicado a la difusión de la utilización de esta sustancia para el tratamiento del “trastorno de la concentración (TDA/H)” en niños.

Ya en el informe de 1995 la JIFE alertaba sobre el aumento en Estados Unidos de Norteamérica del uso indebido de metilfenidato, por ej., por parte de los adolescentes. En este informe se denunciaba también el surgimiento de un mercado clandestino de la droga. Dado que el uso de la sustancia está calificado como “medicación aceptada” para tratamiento en niños, se tiende a desconocer sus riesgos para la salud, entre ellos la adicción y una serie de síntomas correspondientes al uso indebido de estimulantes. La JIFE mostró preocupación por las actividades de propaganda del Ritalin® (uno de los nombres registrados del metilfenidato) por ej., por parte de una influyente asociación de padres, que recibió importantes contribuciones financieras del principal fabricante de los Estados Unidos. Esta asociación de padres ha pedido a la DEA que reduzca la fiscalización de la sustancia y entre otras cosas, eliminar el requisito de repetir el reconocimiento médico del paciente cada vez que se receta el metilfenidato, lo que tornaría a esta droga aun más asequible.

La JIFE también señala que entre el 10 y el 12% de los varones entre 6 y 14 años de edad en los Estados Unidos presentan diagnóstico de TDA/H y son tratados con metilfenidato (JIFE, 1996). Este organismo internacional señala el peligro que se tienda a diagnosticar TDA/H con demasiada frecuencia, pasando por alto otras causas que dan lugar a problemas de atención y comportamiento, y que los médicos prescriban metilfenidato con excesiva liberalidad. La JIFE plantea también que los estudios realizados muestran divergencias en los métodos de prescripción entre los médicos, ya que la mayoría del metilfenidato está recetado por un muy escaso porcentaje de los facultativos. Este factor también repercute en las variaciones regionales del uso de metilfenidato (JIFE 1996).

Desde principios de 1996 preocupa también al organismo que, contrariamente a lo indicado, algunos médicos prescriban estimulantes a niños menores de 6 años y que, en muchos casos, no se apliquen otros métodos terapéuticos recomendados. A su vez señala que en los Estados Unidos tiende a prolongarse

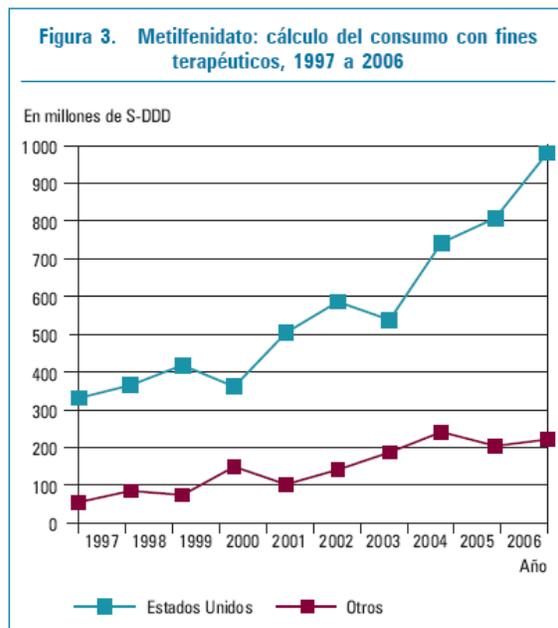
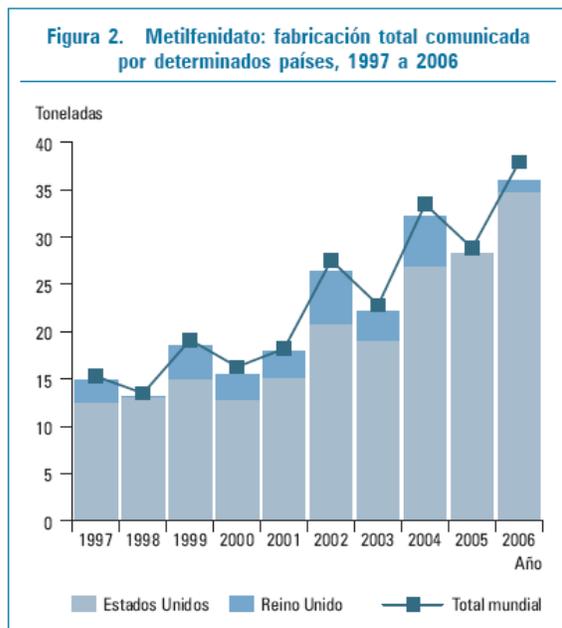
la duración del tratamiento con metilfenidato, que en varios países está limitado a tres años, de modo que muchos niños continúan con esta medicación en la adolescencia o incluso siendo adultos. Se carece actualmente de información sobre los posibles efectos secundarios de tratamientos tan largos con metilfenidato.

Corresponde a los Estados Unidos más del 80% del total de la producción y consumo mundiales de esta sustancia (JIFE, 2007). Sin embargo, desde fines del decenio de 1990, la utilización de metilfenidato para el tratamiento del trastorno de la concentración también ha venido aumentando marcadamente en muchos otros países, entre ellos, Alemania, Canadá, Israel, España, Islandia, Suiza y Noruega. Por ejemplo, en Canadá, el número de recetas aumentó un 46% entre 1999 y 2003. En Noruega, el metilfenidato ha sido considerada como la sustancia preferida para el tratamiento del trastorno de concentración en adultos. (JIFE, 2006).

Estados Unidos ha anunciado su intención de extender sus actividades fuera de ese país. Por tal motivo, la JIFE pide a todos los gobiernos que ejerzan la mayor vigilancia para impedir el diagnóstico excesivo de TDA/H y todo tratamiento médicamente injustificado con metilfenidato u otros estimulantes. También ha pedido que la Organización Mundial de la Salud (OMS) investigue la cuestión y asesore al respecto a las autoridades nacionales de salud pública.

Los gráficos N° 1 y 2 dan cuenta del progresivo aumento tanto en la fabricación del metilfenidato en el Reino Unido y Estados Unidos así como de la comparación del crecimiento en el consumo en este último país con respecto a otros.

Gráficos Nº 1 y 2: Evolución de la Fabricación del Metilfenidato en Estados Unidos y Reino Unido y Evolución del Consumo según cálculo en los Estados Unidos y “otros”. 1997-2006.



Fuente. JIFE, 2007

En la actualidad se ha incorporado otro fármaco para el tratamiento del TDA/H. Se trata de la atomoxetina, que se introdujo en nuestro país a partir del año 2004. Se define como una droga específica para el síndrome de déficit de atención e hiperactividad. Se trata de un agente simpaticomimético, inhibidor selectivo de la recaptación del neurotransmisor norepinefrina, por lo que incrementa la actividad del mismo.

La atomoxetina, a diferencia del metilfenidato, no es considerada un estimulante. La dispensación debe realizarse bajo receta archivada según manifiestan los laboratorios productores; según el ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica), estos productos no figuran en las listas internacionales de psicotrópicos. Por lo mismo, y de acuerdo a una comunicación de la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA), si bien debería ser una droga controlada, al momento de escribir este informe todavía no figura en la lista oficial porque para esto se necesita una resolución o decreto para efectivizarla como controlada.

Si bien se asume que la prescripción/consumo de estos fármacos ocurre fundamentalmente en edad escolar, cabe preguntarnos cuál es el grado de extensión que se está produciendo hacia edades menores a los 5 años y mayores a los 19.

En la provincia de San Luis se realizó un estudio para valorar la utilización de metilfenidato en esta jurisdicción; el mismo puso en evidencia que el 76.2 % de los pacientes tratados con esta droga estaban comprendidos entre los 5 y los 19 años (Avila, A. y col., 2007). Otra investigación realizada en Antioquia, Colombia, con el fin de estudiar las características de los pacientes consumidores de metilfenidato, determinó un promedio de edad de 9 años, con edad mínima de 5 años y edad máxima de 19 (Giraldo Luján S. col. 2004).

- **Justificación de la problemática**

Considerando el aumento sostenido del consumo del metilfenidato y la política de expansión de su mercado, que se corresponde con un incremento en el número de países importadores de la sustancia así como de un aumento de la cantidad importada, cobra vital importancia preguntarse por las características que asume esta problemática en la Argentina, teniendo en cuenta, además, el desarrollo del mercado farmacéutico local.

Consideramos, entonces, necesario conocer cuál es el patrón de prescripción/consumo de metilfenidato, y, más recientemente, atomoxetina, en las diferentes provincias, planteándonos al mismo tiempo la pregunta sobre si el comportamiento de la prescripción y consumo sigue en nuestro país una tendencia creciente.

Este punto se propone objetivos en dos dimensiones: en el plano de la generación de conocimiento, intentar contestar las preguntas previamente formuladas dado el vacío de información existente al respecto, y en el plano de la logística propia de la investigación, realizar una tarea exploratoria previa que permita la definición de las jurisdicciones en las que se llevará a cabo la etapa de terreno.

Objetivos:

- a) Realizar una exploración e identificación de fuentes de datos disponibles que permitan realizar una aproximación al comportamiento del consumo de metilfenidato.
- b) Definir las jurisdicciones en donde se desarrollará el trabajo de campo de esta investigación

Metodología:

Hemos investigado diferentes fuentes de datos disponibles que nos pudieran proporcionar información sobre el comportamiento del consumo de fármacos para tratamiento del TDA/H en nuestro país. Dado que no existe información específicamente relacionada con este punto, los datos analizados a partir de las fuentes existentes permiten sólo una aproximación al mismo.

Enumeramos las fuentes consultadas y el tipo de datos que cada una de ellas proveyó:

- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos): datos sobre facturación de la industria farmacéutica en Argentina. Se tomó el cuarto trimestre de 2007 y la comparación del mismo con igual periodo de los años 2003 al 2006.
- Confederación Farmacéutica Argentina (COFA): datos de *unidades dispensadas (envases)* de los medicamentos que investigamos en las distintas provincias de nuestro país para el año 2006.

- ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica), Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes: importación de metilfenidato por Argentina durante el periodo 2005-2008.

A partir de los datos que estas fuentes nos proporcionan hemos construido algunos indicadores que asumimos de utilidad para la aproximación al conocimiento requerido, sin que esté cerrada la discusión sobre la metodología más apropiada a tal efecto.

▪ **Análisis y Resultados**

A continuación, presentamos el análisis de los datos relevados a partir de las fuentes consultadas.

Tal como hemos expresado, el INDEC brinda información sobre *facturación de la industria farmacéutica* en nuestro país, en millones de pesos y a pesos corrientes. Según esta fuente, la facturación anual de la industria farmacéutica al mercado interno nacional exhibe un crecimiento sostenido desde el inicio de la serie en 2003. Durante el año 2007 la industria farmacéutica tuvo un crecimiento del 20.2% en el total facturado con relación al año 2006 (INDEC, 2008).

En un informe que data de abril de 2008, este organismo presenta datos de la facturación de la industria farmacéutica correspondientes al cuarto trimestre del año 2007 en forma comparativa con los obtenidos para igual período en los años 2003 a 2006¹³.

¹³ Según aclara el INDEC, esta información es obtenida en forma directa de las 75 empresas que constituyen el núcleo de la industria farmacéutica nacional, representando aproximadamente el 99% del mercado de medicamentos.

Los datos de facturación presentados en el informe no incluyen el IVA y corresponden a precios mayoristas de salida de fábrica.

En el cuarto trimestre de 2007 los medicamentos de mayor facturación fueron los destinados al Sistema Nervioso, con \$ 362 millones (que representan un 17,7% del total facturado), seguido por los destinados al Aparato Digestivo con \$ 331 millones (16,2%), los destinados al Aparato Cardiovascular con \$270 millones (13,2%) y los Antiinfecciosos con \$ 221 millones (10,8%)(INDEC, 2008).

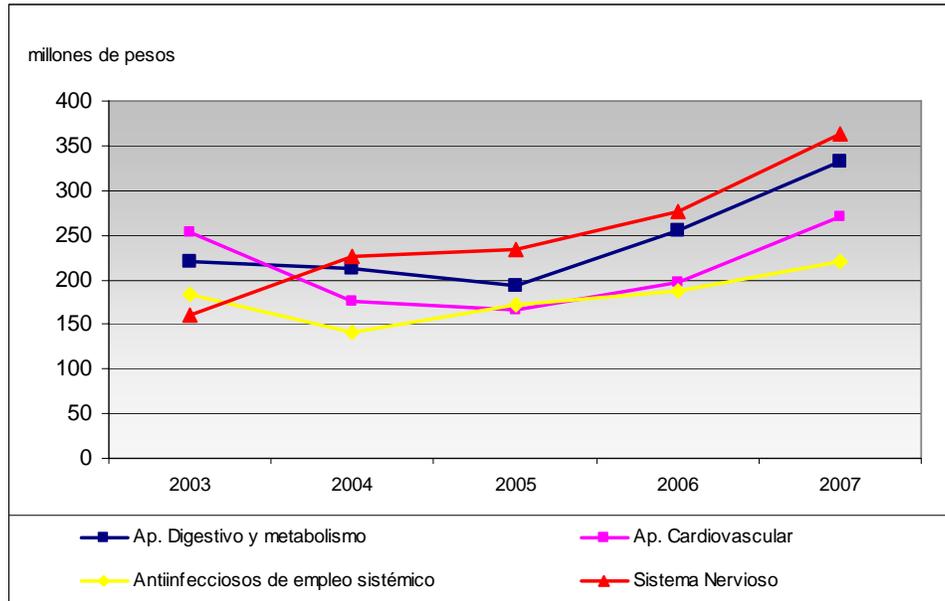
Una primera lectura de los valores publicados arroja un importante incremento a lo largo del periodo 2003-2006, tanto del volumen total de medicamentos facturados por los laboratorios, como de los segmentos de mayor facturación previamente citados. Pero dado que numerosas variables pueden intervenir en el aumento de la facturación, se decidió valorar el comportamiento de la misma a precios constantes. Para realizar dicho cálculo solicitamos la ayuda a un economista, licenciado Roberto Larosa, quien realizó la conversión de precios corrientes a constantes tomando como deflactor al Índice de Precios al Consumidor para cada uno de los años contemplados en el periodo analizado.

El Gráfico N° 3 muestra los grupos de fármacos que presentaron mayor facturación y la tendencia que cada uno de estos presentó en el periodo 2003-2006. El Gráfico N° 3.a reproduce lo que publica el INDEC, utilizando precios corrientes. El grafico N° 3. b muestra la tendencia en la facturación pero en pesos constantes.

En ambos gráficos se puede observar que, a diferencia de los otros grupos de medicamentos, que han mostrado oscilaciones en el volumen de facturación a lo largo del periodo, aquellos destinados al sistema nervioso han experimentado, a excepción de lo ocurrido en el año 2005, un progresivo aumento, tanto si se analiza en precios corrientes como en precios constantes.

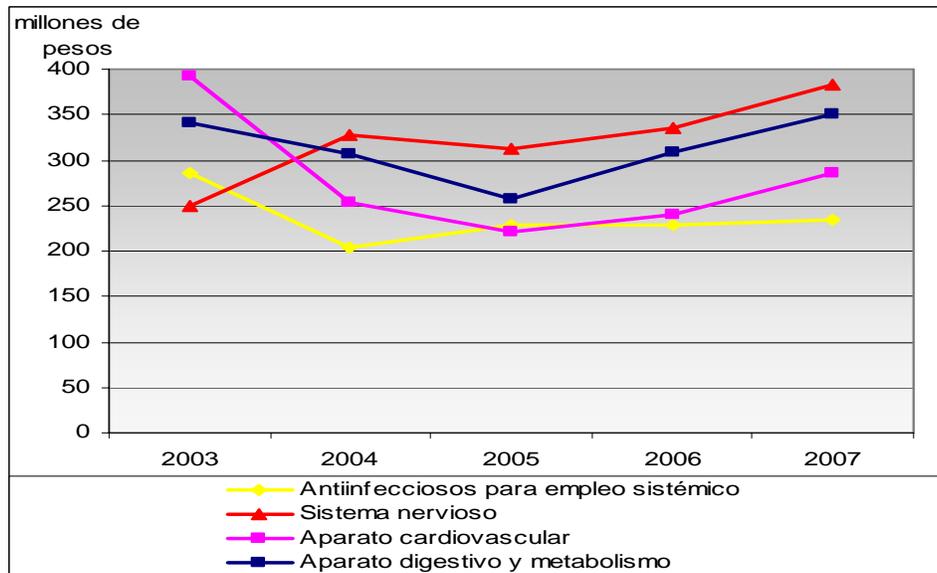
Gráfico N° 3: Facturación de la Industria Farmacéutica por Grupo Anatómico de Medicamentos*. Grupos que presentaron la mayor Facturación. Argentina. Comparativo 2003-2007.

a) A precios corrientes



*Según Clasificación Anatómica Terapéutica Clínica (ATC)
Fuente INDEC. 2008.

b) A precios constantes.



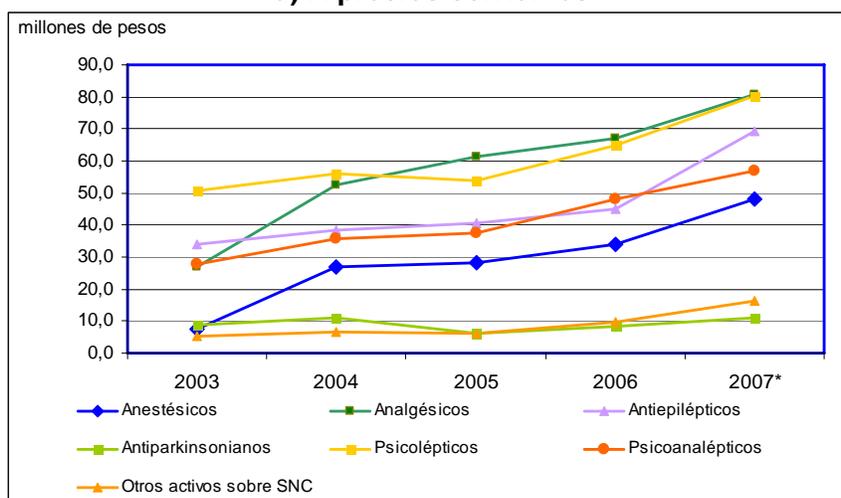
*Según Clasificación Anatómica Terapéutica Clínica (ATC)
Elaboración propia en base a INDEC. 2008.

El gráfico N° 4 muestra la tendencia que presentó la facturación de los diferentes fármacos correspondientes al Sistema Nervioso en el período 2003-

2007, en millones de pesos. Con la misma modalidad, se muestra en primer término la evolución de la facturación en precios corrientes y en segundo lugar, la tendencia calculada en precios constantes.

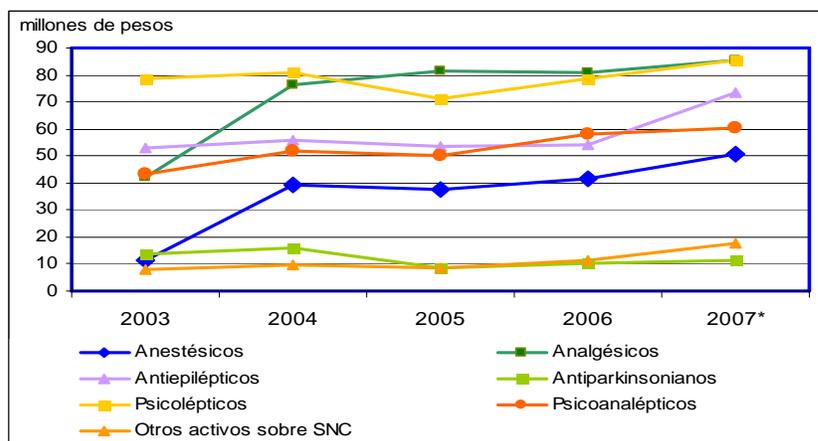
Gráfico N° 4: Facturación de la Industria Farmacéutica correspondiente a Grupos de Fármacos del Sistema Nervioso. Argentina. Comparativo 2003-2007.

a) A precios corrientes



Fuente Elaboración propia en base a INDEC. 2008

b) A precios constantes



Fuente Elaboración propia en base a INDEC. 2008

Puede observarse que el grupo de los psicoanalépticos, al que pertenece el metilfenidato, experimentó aumento a lo largo del periodo.

Otra fuente consultada fue la **Confederación Farmacéutica Argentina** (COFA), institución que aportó datos sobre *unidades dispensadas* (entendiendo a éstas como envases) de los medicamentos que se investigaron.

En base a esta fuente, se construyó la tabla N° 1 que muestra unidades dispensadas, tanto de metilfenidato como de atomoxetina, en las diferentes provincias de nuestro país, durante el año 2006.

Con el objetivo de poder acercarnos al conocimiento de la prescripción/consumo de metilfenidato y atomoxetina en las diferentes provincias de nuestro país utilizando su dispensación, se estableció una relación entre las unidades dispensadas en cada provincia y la población de niños de 5 a 19 años, correspondiente a cada una de ellas. Se eligió esta franja etárea como denominador dado que se asume como la población mayoritaria en cuanto a diagnóstico y consumo de estos fármacos para tratamiento del TDA/H. Esta presunción se vio confirmada en los trabajos citados previamente (Giraldo Luján S. y col. 2004; Avila, A y col. 2007). El indicador construido, entonces, informa sobre unidades dispensadas cada mil niños entre 5 a 19 años.

Asumimos que un porcentaje minoritario de población consumidora no está contemplada en este denominador, y la elección del mismo tal como fue planteado previamente, no cierra la discusión sobre la metodología más apropiada que pueda adoptarse a la luz de la generación de mayor conocimiento, pero al momento del análisis se adopta como el mejor indicador para visualizar el patrón de prescripción /consumo que presentan las provincias.

Como puede observarse, los valores de la relación construida muestran una amplia brecha entre las diferentes jurisdicciones de nuestro país.

Se construyó la razón *metilfenidato/atomoxetina*, que relaciona el número de unidades dispensadas del primer fármaco con respecto al segundo. Volveremos sobre la misma al mostrar el gráfico correspondiente.

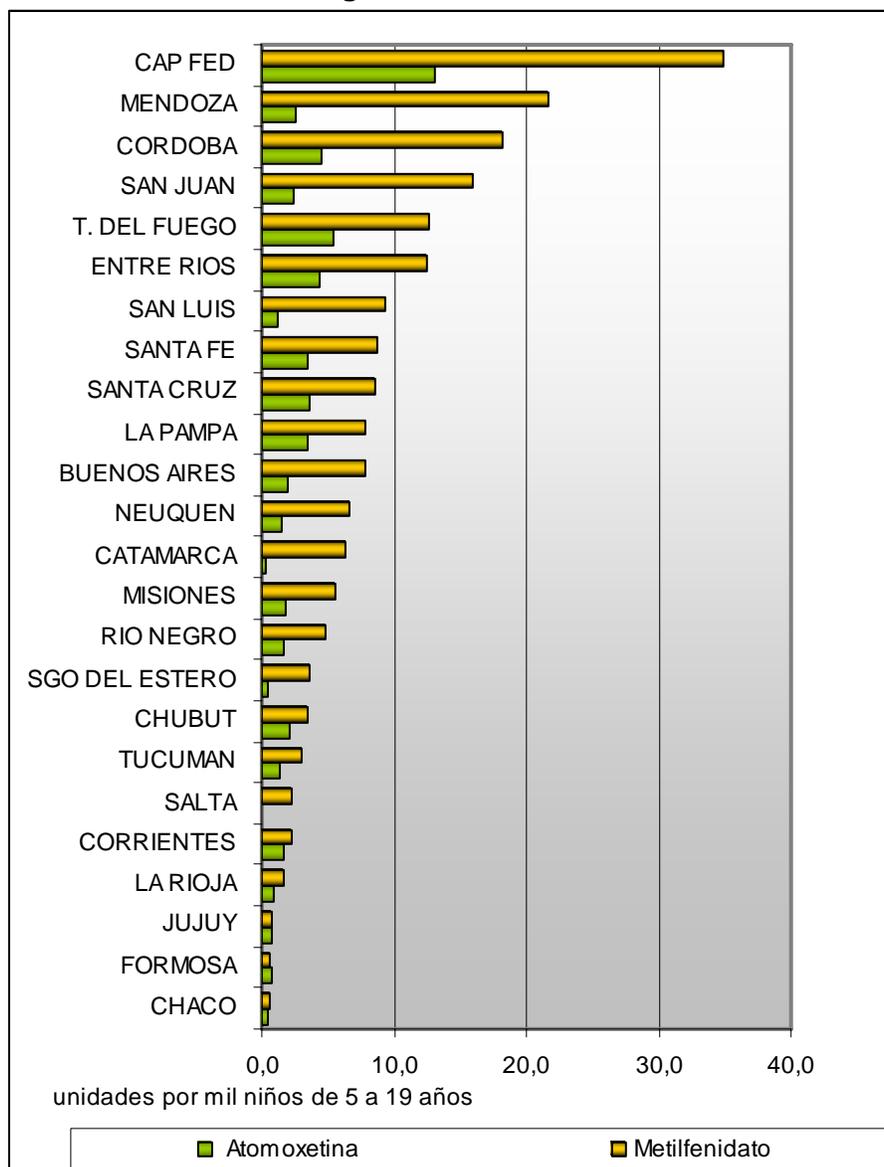
Tabla N° 1: Distribución de Unidades Dispensadas de Metilfenidato y Atomoxetina por Provincia. Argentina. Año 2006.

Provincia	Población 5 a 19	Unidades dispensadas Metilfenidato	unidades Metilfenidato por mil	Unidades dispensadas Atomoxetina	Unidades Atomoxetina por mil	Razón Metilfenidato /Atomoxetina
BUENOS AIRES	3667536	28507	7,8	7048	1,9	4,0
CAP FED	536852	18744	34,9	6992	13,0	2,7
CATAMARCA	113533	715	6,3	40	0,4	17,9
CHACO	339927	201	0,6	171	0,5	1,2
CHUBUT	127374	432	3,4	277	2,2	1,6
CORDOBA	825205	15055	18,2	3729	4,5	4,0
CORRIENTES	310549	679	2,2	506	1,6	1,3
ENTRE RIOS	333999	4165	12,5	1458	4,4	2,9
FORMOSA	179262	115	0,6	138	0,8	0,8
JUJUY	206534	159	0,8	142	0,7	1,1
LA PAMPA	85433	669	7,8	298	3,5	2,2
LA RIOJA	99943	164	1,6	94	0,9	1,7
MENDOZA	452289	9764	21,6	1159	2,6	8,4
MISIONES	350496	1956	5,6	638	1,8	3,1
NEUQUEN	154280	1010	6,5	235	1,5	4,3
RIO NEGRO	167625	803	4,8	289	1,7	2,8
SALTA	380711	836	2,2	84	0,2	10,0
SAN JUAN	191017	3044	15,9	462	2,4	6,6
SAN LUIS	119057	1111	9,3	145	1,2	7,7
SANTA CRUZ	63760	551	8,6	231	3,6	2,4
SANTA FE	795771	6898	8,7	2760	3,5	2,5
SGO ESTERO	280347	995	3,5	117	0,4	8,5
T. DEL FUEGO	36037	453	12,6	197	5,5	2,3
TUCUMAN	420792	1257	3,0	551	1,3	2,3

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por COFA. 2008

El gráfico N° 5 muestra de manera comparativa el consumo de unidades de metilfenidato y atomoxetina por cada mil niños de 5 a 19 años para cada una de las provincias, pudiendo observarse marcadas diferencias entre las mismas.

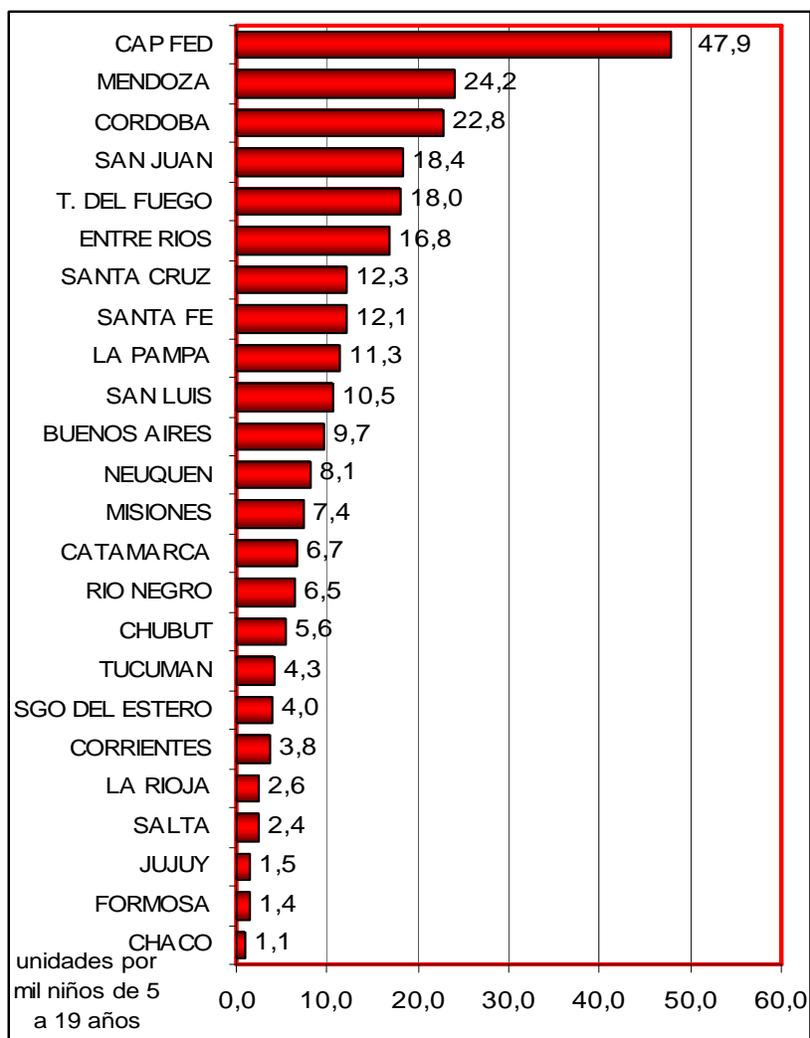
Gráfico N° 5: Unidades Dispensadas de Metilfenidato y Atomoxetina por cada mil niños de 5 a 19 años según Provincia. Argentina. Año 2006.



Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por COFA. 2008

El gráfico N° 6 muestra la venta de fármacos para tratamiento de TDA/H de manera conjunta (sumatoria entre metilfenidato y atomoxetina), permitiendo apreciar también la diferencia que arrojan las distintas provincias.

Gráfico N° 6: Unidades Dispensadas de Fármacos para el tratamiento de TDA/H (Metilfenidato más Atomoxetina) por mil Niños de 5 a 19 años, según Provincia. Argentina. Año 2006.

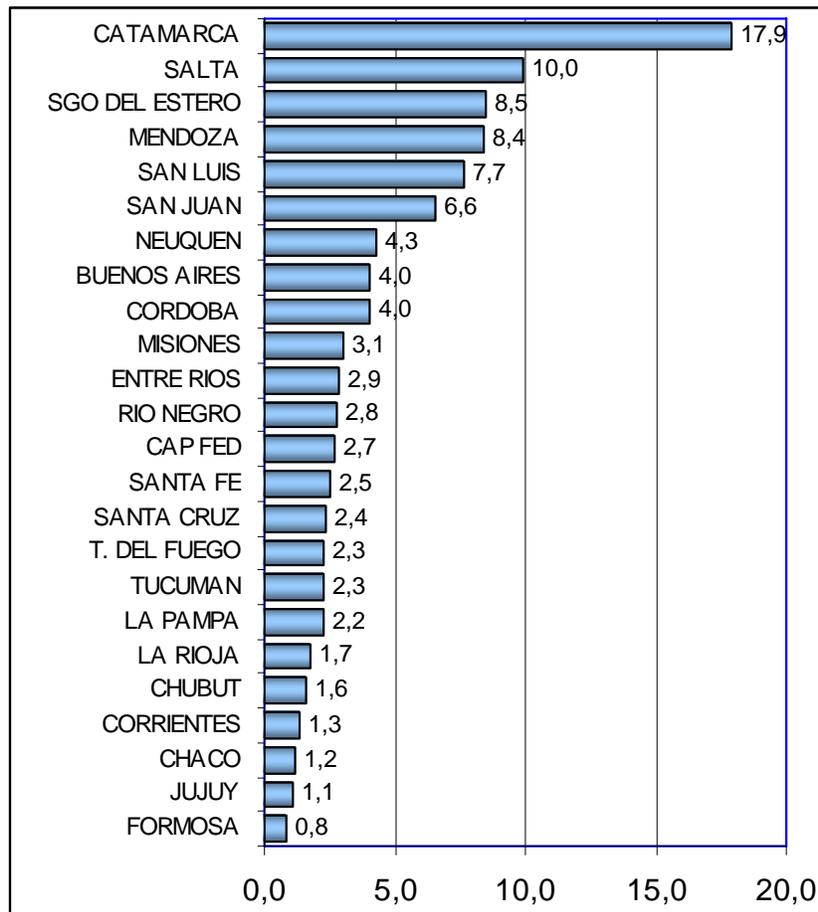


Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por COFA. 2008.

El gráfico N° 7 muestra la preferencia de prescripción en relación a los fármacos disponibles para el tratamiento del TDA/H según provincia.

La razón *metilfenidato/ atomoxetina* expresa cuántas unidades de metilfenidato se dispensan por cada unidad de atomoxetina, dando cuenta de la supremacía de la prescripción del primer fármaco sobre el segundo, de reciente introducción en el mercado. Las provincias que muestran barras más importantes, representan los mercados donde prevalece ampliamente el metilfenidato, y aquellas con barras más pequeñas corresponden a provincias donde la atomoxetina tuvo mayor aceptación. La amplia diferencia que se observa entre las jurisdicciones, genera el interrogante sobre los fundamentos de las modificaciones en las preferencias de prescripción/consumo.

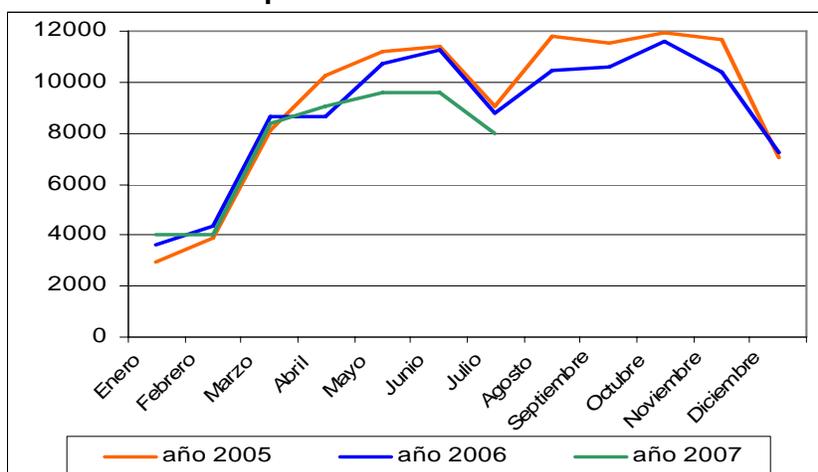
Gráfico Nº 7: Razón de Dispensación entre Metilfenidato y Atomoxetina según Provincia. Argentina. Año 2006.



Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por COFA. 2008

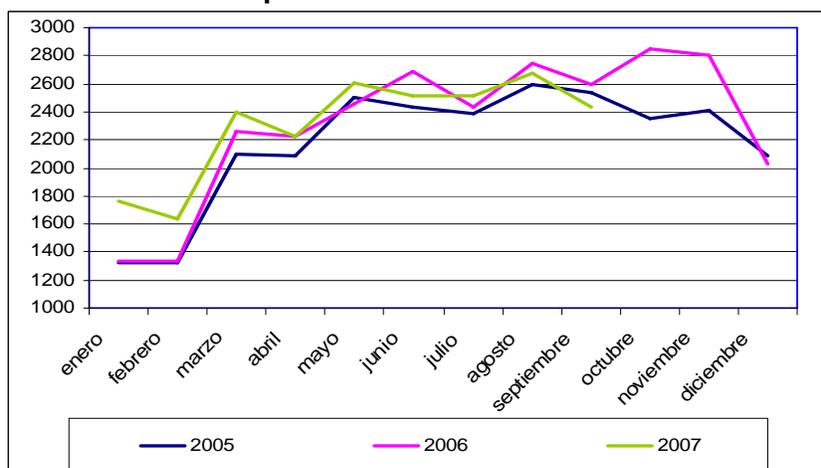
Los gráficos N° 8 y N° 9 muestran la evolución de la venta de metilfenidato y atomoxetina a lo largo del año, comparando los años 2005, 2006 y 2007, en este último caso hasta julio para el metilfenidato y hasta septiembre para la atomoxetina. Como puede apreciarse, de manera mucho más marcada para el metilfenidato, la venta de estos fármacos presenta una clara “estacionalidad” relacionada con el año lectivo escolar, manteniéndose alta la dispensación durante el curso del mismo y cayendo en el periodo de vacaciones escolares.

Gráfico N° 8: Unidades Dispensadas de Metilfenidato por Mes. Argentina Comparativo Trienio 2005-2007*.



*2007 hasta julio. Fuente: COFA2008

Gráfico N° 9: Unidades dispensadas de Atomoxetina por Mes. Argentina Comparativo Trienio 2005-2007*.



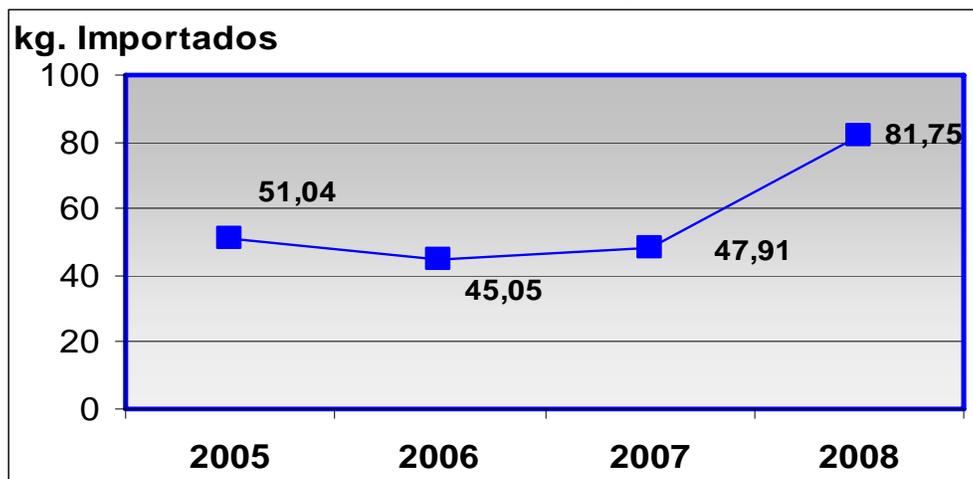
*2007 hasta septiembre

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por COFA. 2008.

Como tercera fuente de información recurrimos al ANMAT, específicamente al Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes, para consultar sobre la evolución de la importación de metilfenidato en nuestro país, dado que a través de fuentes informales teníamos conocimiento sobre su aumento progresivo. Esta institución nos proveyó datos para el período 2005-2008 que se muestran a continuación. Con respecto a la droga atomoxetina el Dpto. de Psicotrópicos y Estupefacientes no dispone de registros porque la misma, como se mencionó con anterioridad, no pertenece a los listados internacionales de este tipo de sustancias.

Como permite observar el gráfico N° 10 y para el periodo considerado, la importación crece significativamente a partir del año 2006, elevándose en un 81.5 % con respecto a éste en el año 2008.

Gráfico N° 10: Cantidad en kilos de Metilfenidato importados por el conjunto de laboratorios que lo comercializan. Argentina. 2005-2008.



Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por ANMAT. 2008.

Consideraciones en relación a los datos aportados por estas fuentes.

Hemos visto que los datos del INDEC expresan cantidad de dinero en pesos facturada perteneciente a diferentes grupos de medicamentos, y los datos proporcionados por COFA corresponden a unidades dispensadas de fármacos. Estos datos no son comparables.

El crecimiento en pesos del mercado farmacéutico está compuesto por tres variables: los productos nuevos lanzados al mercado, el aumento de la cantidad de unidades dispensadas y el aumento de precio, de modo que un incremento en la facturación no puede tomarse como expresión exclusiva de aumento de consumo.

El metilfenidato es comercializado en nuestro país por cuatro laboratorios, en 16 presentaciones y 7 concentraciones diferentes de la droga, distribuidas entre formas de acción rápida y de efecto prolongado (6 de las 16 para esta última opción). La atomoxetina es comercializada por dos laboratorios, en 10 presentaciones y 5 concentraciones distintas.

En algunas presentaciones de los laboratorios se comprueba que diferentes concentraciones tienen igual precio, asumiendo que ello responde a una política del laboratorio, de modo que a igual gasto en un caso podrían estar consumiendo más que en otro.

A su vez, si se venden los envases con mayor número de comprimidos, o bien las presentaciones de liberación prolongada, el número de unidades dispensadas podrá ser menor cuando el consumo en realidad es mayor. Por tanto, tampoco el número de unidades nos habla en forma directa de mayor consumo.

Estas fuentes de información responden a una lógica de evaluación de tipo industrial-comercial, sin que se encuentren fuentes disponibles que evalúen el

consumo, desde la mirada de la necesidad de tratamiento del problema de salud en sentido estricto.

De modo que solo nos pueden proporcionar una aproximación al comportamiento en cuanto a tendencia de consumo.

La información proporcionada por el ANMAT sobre el significativo incremento en la importación de metilfenidato ha resultado de sumo interés, dado que se puede suponer que el aumento de importación de la sustancia obedece, o bien, a una venta que viene siendo valorada como creciente por los laboratorios, o a una decisión de mayor penetración en el mercado por parte de los mismos. Estos datos podrían estar sugiriéndonos una perspectiva de mayor consumo, al menos del metilfenidato.

ORGANIZACIÓN DEL INFORME

Luego de este capítulo introductorio entraremos al apartado de resultados. Este consta de tres partes: el campo escolar, el campo de la salud y por último, abordaremos otros actores implicados en la problemática.

La primera parte, abocada a la problemática desde el campo escolar, se compone de tres capítulos en los que se analizan los datos recogidos en las entrevistas a informantes clave y a docentes, directivos y GP de escuelas públicas y privadas de los puntos muestrales definidos.

El primer capítulo de este apartado de educación se concentra en las representaciones sociales del campo escolar sobre el problema. Pone el foco en el estatus que se le otorga al TDA/H y analiza los discursos que los entrevistados ponen en escena al explicar el problema.

El segundo capítulo trata sobre los imaginarios que convoca el niño diagnosticado con TDA/H en los docentes, directivos y GP entrevistados. En este capítulo analizamos el papel que juega el paradigma del déficit en la construcción de imaginarios sobre el niño y la relación existente entre los imaginarios, el abordaje y los procesos de medicalización y medicamentación.

Por último, el tercer capítulo profundiza los patrones de consumo del metilfenidato o atomoxetina y su relación con la escuela. Para esto consideramos los distintos roles que asume la escuela dentro del proceso de medicamentación y las posturas que docentes y GP tienen acerca del mismo.

La segunda parte de resultados presenta los capítulos del campo de salud. El abordaje del campo de salud, se organizó en relación a las entrevistas dirigidas a médicos pediatras, psiquiatras infanto juveniles y neurólogos infantiles del subsector público y privado de las cuatro jurisdicciones Argentinas seleccionadas: AMBA, Corrientes, Salta y Tierra del Fuego.

En el primer capítulo del campo de salud, se abordan las representaciones, ideas e imágenes que los médicos tienen acerca del TDA/H. Para esto introducimos una lectura de las entrevistas en relación a la construcción cultural, a los procesos históricos y al contexto social y económico en la producción del diagnóstico sobre TDA/H.

En el segundo capítulo se trabaja sobre el diagnóstico de TDA/H desde la perspectiva de los actores del campo medico. En este apartado se profundiza sobre los posicionamientos, debates, acuerdos y desacuerdos; así como las dificultades que plantea la confección del diagnóstico del TDA/H y la etiología del cuadro.

Por último se aborda en el tercer capítulo la problemática del tratamiento sobre TDA/H: consensos y debates en torno al abordaje terapéutico desde el campo médico. Para lo cual trabajamos sobre el circuito de derivación y elección terapéutica, tipo de medicación elegida, esquema de administración, efectos adversos y administración de la medicación según sectores poblacionales. También se aborda el concepto de abordaje interdisciplinario.

Una vez concluidos los capítulos de resultados sobre el campo escolar y el médico, en la tercera parte de resultados avanzamos acerca de algunas conceptualizaciones sobre otros actores sociales implicados en la problemática del TDA/H. En este sentido, nos interesó particularmente explorar las asociaciones de padres, la industria farmacéutica y los medios masivos de comunicación, focalizándonos en los medios gráficos. El objetivo de este capítulo fue introducir otras voces presentes en la construcción del TDA/H.

Terminado el apartado de resultados, se presentan las conclusiones del estudio. Estas están organizadas en cuatro partes. Las dos primeras presentan las conclusiones y reflexiones finales de cada campo, mientras que la tercera busca condensar las principales líneas de análisis que relacionan ambos campos y favorecen la comprensión de la problemática estudiada. La cuarta y última parte presenta recomendaciones que se desprenden de la totalidad del análisis realizado desde ambos campos.

El trabajo termina con un apartado de referencias bibliográficas y fuentes consultadas y un anexo metodológico.

Resultados

Parte I El campo escolar.

Capítulo 1. Representaciones del problema en la escuela.

1.1 Estatuto del diagnóstico de TDA/H.

¿Qué consideraciones tienen los profesionales de la educación respecto al TDA/H?, ¿cuál es el estatuto que le dan al diagnóstico?, ¿cómo definen al TDA/H? En las entrevistas a docentes, psicopedagogos y GP¹⁴, aparecen diversos modos de considerar el diagnóstico, pero en su mayoría se asocian por una idea común que cuestiona el diagnóstico o el uso que se hace del mismo. Nos detendremos a analizar los diversos modos de conceptualizar el problema y cómo emerge en el discurso escolar un enfoque crítico respecto al diagnóstico de TDA/H.

Una gran mayoría de los docentes, psicopedagogos y profesionales de los GP entrevistados, cuestiona el diagnóstico del TDA/H en tanto lo considera una moda que surgió en los años noventa y que, según la ciudad en la que trabajen, hoy está en pleno auge o en cierta decadencia frente a nuevas patologías o nuevos diagnósticos que están cobrando peso en el aula y que vienen a restarle protagonismo al TDA/H. De este modo, fue muy notoria la diferencia que se establecía al clasificarlo como un trastorno “de moda” o

¹⁴ Con GP nos referimos a los gabinetes psicopedagógicos y otras modalidades de apoyo pedagógico, que dentro del sistema público, en algunas provincias, como Buenos Aires, funcionan como Equipos de Orientación Educativa o Docente conformados por un equipo transdisciplinario de psicólogos, asistentes sociales y psicopedagogos. En otras provincias hay gabinetes psicopedagógicos centrales, tal es el caso de Tierra del Fuego. En el sistema privado, lo que suele funcionar en las escuelas es el gabinete psicopedagógico o bien una psicopedagoga que asiste al colegio periódicamente.

“demodé” según la ciudad abordada. Así, mientras en Salta la idea de un “diagnóstico de moda” surgía en la mayoría de las entrevistas en escuelas, en Ushuaia y sobre todo en el AMBA surgió en varias oportunidades la idea de un diagnóstico “demodé” o “pasado de moda”, que si bien mantenía un lugar significativo dentro de las problemáticas escolares, había tenido su apogeo años atrás.

-Lo primero que se me cruza entrando ya en el análisis es que es una cuestión de moda más que nada, porque de golpe se empezó a escuchar nombrar y todos los chicos que no podían prestar atención en el aula o todos los chicos que tenían alguna dificultad de rendimiento es como que se hablaba únicamente de eso.

(Directora, escuela pública tradicional, NSE¹⁵ bajo, zona norte, GBA¹⁶)

-Se puso de moda, sí.

E¹⁷: ¿Cuándo?

-Te diría '96 por ahí.

-Cuando salió que incluso hubo capacitaciones...

-Que era una moda y todos los chicos tenían TDA/H.

-Tal cual, ante cualquier cosa...

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto y alto, zona norte, GBA)

La definición del TDA/H como una moda, ya sea que se encuentre en auge o en retroceso, encierra un juicio negativo hacia el diagnóstico y se fundamenta en la idea de que las respuestas expertas, desde el campo de la medicina, la psicología y la psicopedagogía, tienen ciclos de auge y de caída de acuerdo al paradigma vigente que desembocan en el ámbito de la escuela a partir del diagnóstico de alumnos y la difusión de saberes, conformando un círculo entre el profesional de la salud y la escuela por el cual el diagnóstico en alza cubre casi toda problemática que surja en el aula.

¹⁵ Nivel socioeconómico

¹⁶ Gran Buenos Aires

¹⁷ Entrevistadora

Esta difusión, que lo transforma en un diagnóstico de moda, se lleva a cabo por los medios de comunicación pero también, como se ve en las entrevistas a los docentes de las provincias de Salta y Tierra del Fuego, por los cursos y conferencias de expertos y visitas periódicas de médicos que llegan de Buenos Aires trayendo enfoques específicos y muchas veces contrapuestos, acerca del diagnóstico y tratamiento del TDA/H.

-(...) Yo lo que vi por esta compañera que se había interesado en el tema y ya de última pasaban muchos chicos a ser TDA/H para ella, que también se hicieron cursos de capacitación o de profundización en este tema de los TDA/H.

E- ¿Y quién los organizaba?

-Yo no sé quién los organizaría, la verdad que nunca participé de eso porque no me interesaba, para mí era una cosa que había aparecido de la noche a la mañana, un rótulo, no sé si está en el DSM IV, pero que esos chicos compartían formas de comportamiento iguales a otros chicos de años anteriores cuando no estaba en la nomenclatura esa enfermedad así diagnosticada.

(GP, escuela pública tradicional, NSE bajo, Salta)

Según esta perspectiva, estas “oleadas” de emergencia, auge y caída, llevan a padres y docentes a mirar unidireccionalmente las conductas del niño consideradas “problemáticas” y desembocan muchas veces en diagnósticos caseros que derivan de la recolección caótica de información, similar al perfil del paciente autodidacta que analizamos en el estudio sobre el consumo autorregulado de psicotrópicos en adultos.

-(...) Aparte yo acá particularmente en esta escuela recuerdo haber visto esas mamás que tienen cierto nivel cultural, o sea que a lo mejor pasaron por la universidad, que sé yo... que abrían Internet, sacaban todo lo que tenía que ver con que alguien le había dicho “este chico, tu hijo es TDA/H”, se informaban bien y ya venían ellas con el diagnóstico hecho desde la casa, ni siquiera era por un profesional, de que su hijo era TDA/H y por lo tanto la maestra debía comprender que él hiciera esto, esto y esto. Pero a la vez en la entrevista con la madre yo me daba cuenta de que había muchas otras variables que intervenían a la hora que el chico se comportara de esa manera.

(GP, escuela pública tradicional, NSE bajo, Salta)

De este modo, se podría pensar que la aparente contradicción que muestra a la provincia de Salta dentro de las provincias con menor expendio de medicamentos de este tipo y que al mismo tiempo en las entrevistas aparece como referente de la idea de “diagnóstico de moda” pueda explicarse por esta imagen de “oleadas” de discursos y diagnósticos. Salta, según este argumento, estaría en un período “emergente” frente al problema, que en tanto su carácter de emergencia, entendido como lo no establecido, no se desprende en términos comparativos en los números de expendio, al menos por el momento.

En el caso de Ushuaia y del AMBA, clasificadas en el grupo de mayor expendio por población menor de edad, la situación aparece invertida si se toma en consideración que, sobre todo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, surgieron en varias entrevistas a docentes comentarios respecto a que el TDA/H hoy estaba en declive como problemática en el aula, frente al pico que había tenido años atrás. Esto no necesariamente quería decir que había menos niños diagnosticados sino que a veces hacía referencia al auge que estaban tomando dentro del campo escolar discursos que ponían en duda la existencia misma del trastorno o también el caso de nuevas problemáticas y diagnósticos emergentes que le disputaban el lugar preponderante al TDA/H ¹⁸.

-No, que ahora hay... está la onda ahora que se habla mucho de... Filmus por ejemplo, Ministro de Educación, habló de integración, nuestras temáticas y nuestras capacitaciones están muy ligadas a la integración, está bueno...

-El TDA/H también estuvo de moda, y había TDA/H por todos lados.

¹⁸ En el AMBA, apareció en varias entrevistas el Trastorno Generalizado de Desarrollo (TGD) como un problema al que se enfrentan las docentes hoy y que toma la característica de “estar de moda” dentro del discurso escolar, sobre todo en aquellas escuelas que se encuentran bajo el proyecto de integrar a niños con alguna discapacidad. Si bien el TGD es definido por los médicos entrevistados como un trastorno diferente y en las entrevistas del campo de la salud no surgió como dato emergente, llamó la atención que en más de un caso al entrevistar docentes, surgiera su mención espontáneamente. Entendemos que esto requiere un estudio especial que excede los objetivos de esta investigación, pero su mención representa un dato a considerar dentro de la problemática general.

-Hace cuatro años atrás yo te digo que estaba loca, es más fui a la Feria del Libro no sabés la cantidad de libros en base al TDA/H, ahora no (risa) si vas a la Feria del Libro fijate los libros de discapacidad, integración...

-Discapacidad y violencia son.

-Violencia en las escuelas, violencia familiar.

(GP, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona norte, GBA)

-(...) No sé quién lo define esto, si un neurólogo... bueno, si ellos lo definen uno tiene que confiar, pero en una época, yo me acuerdo un tiempo atrás, hubo una oleada que cuanto nene tenía problema de conducta era TDA/H, había una pastillita. Te hablo de unos cuantos años atrás, hubo una oleada que era...

-Me acuerdo que hubo una camada. Chico con problema, chico TDA/H

-(...) A veces hay modas que se imponen y que encuentran la solución mágica, entonces empiezan nenes con características... hiperkinéticos, citando términos que aparecen en nuestra tarea, modas que van apareciendo, "es un hiperkinético, no para", entonces... bueno, a una mamá le fue bien con la bolillita y bueno, vamos con el mismo.

-En una época cuando éramos chicos era hiperkinéticos, ahora son TDA/H

-Son modas que se van imponiendo en distintos ámbitos, en nuestra tarea es esto ¿viste? que uno va observando, que se imponen modas. Después viene el susto a la medicación entonces se para todo, analizamos una medicación y eso no es lo conveniente y tiramos todo para atrás y comenzamos con terapia.

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto y alto,

CBA¹⁹)

-Aparte el déficit atencional paso de moda, desde que apareció. Al principio eran todos TDA/H. Se movía...

E: En que época, ¿te acordás?

-En qué años... noventa y monedas o noventa y pico largos...yo me recibí en el '94, terminé la facultad. Y ahí era como el auge del TDA/H, y cualquier pibe que no se quedaba sentado cinco minutos en una silla, rotulito: pin, TDA/H. De ahí a pasar a medicar era otra historia, gracias a Dios. Porque si no hubiéramos medicado pibes.

E: ¿Quién ponía el rotulo?

-Yo creo que las escuelas, la psicopedagoga...

-La docente...

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

-(...) Creo que sí, que en algún momento hubo como un pico. Esta es una ciudad muy chica entonces cuando un profesional más o menos prestigioso y reconocido comienza a diagnosticar y a trabajar con esta problemática, es como que se hace un círculo. Es como que se produce un efecto contagio: "¿Mi hijo no tendrá lo mismo? Lo voy a llevar al médico a ver si me dice que el problema que tiene es este". Y hubo diez años, yo diría que hasta 2004, entre el 94 y el 2004 algo así, de una furia del

¹⁹ Ciudad de Buenos Aires

diagnóstico del TDA/H en la ciudad. La planillita²⁰ que te daba la pediatra para completar, la habían completado todos los maestros que yo conocía.

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, Ushuaia, Tierra del Fuego)

Por otro lado, el considerarlo una moda se ve sobre todo en las escuelas privadas, si bien aparece en algunas escuelas públicas. Esto puede interpretarse en relación al vínculo que se establece entre diagnóstico de TDA/H y nivel socioeconómico. Existe un consenso muy generalizado en el ámbito escolar en cuanto a que a mayor nivel socioeconómico, más niños diagnosticados con TDA/H se encontrarán en la escuela. La idea que sobrevuela a esta relación tiene que ver con los distintos modos de comprender una problemática en el aula según el contexto social que lo enmarca, inaugurando así un determinado abordaje.

-Nosotros no tuvimos eso, olas, porque evidentemente como ella decía, como que fue una ola.

-Claro, fue así como una moda, me parece a mí, porque yo conocí después como otros casos.

-Yo diría como que en las escuelas privadas.

-Sí, sí.

E: Como que es otro perfil social.

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, Comodoro Rivadavia, Chubut)

Junto a la idea de “diagnóstico de moda” se plantea el hecho de haberle puesto nombre a un problema que siempre estuvo presente. El nombrar al problema desde la legitimidad del saber médico instala el proceso de medicalización, al concretar el pasaje de lo considerado “normal” a lo “patológico” y al mismo tiempo tiene un efecto tranquilizador en docentes y sobre todo en los padres.

E: ¿Hay muchos chicos con déficit atencional?

²⁰ Se refiere al Protocolo para el diagnóstico del TDA/H que proveen los especialistas del campo médico o psicopedagógico a las docentes.

-No. A ver, por un lado es algo que se le ha puesto nombre en los últimos tiempos, yo te diría en los últimos diez años, digamos se le puso nombre. Pero, a ver, esto de que había chicos inquietos, que no prestaban atención o que se distraían fácilmente, siempre tuvimos alguno por ahí. Ahora lo que se le puso es nombre. Y yo te diría que en promedio de haber uno cada dos secciones, no es una cosa que... ¿viste? (...)

-(...) Yo he escuchado hablar a psicólogas que dicen que no existe.

-(...) Esa la escuché últimamente, es la que está ahora como... que está ahí, a lo mejor hay que llamarlo de otra manera, pero que tenemos algunos chiquitos con dificultad es cierto

(Supervisora de educación pública, Comodoro Rivadavia, Chubut)

-Hay como diagnósticos de moda, y el padre a veces busca que le digan que tiene TDA/H para medicarlo, porque buscan eso de la solución, le ponemos nombre y apellido...

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona oeste, GBA)

Como veremos, este efecto tranquilizador de nombrar el problema viene muchas veces de la mano de discursos neurológicos que entienden que el TDA/H tiene un origen biológico. Desde esta idea, entonces, el factor orgánico estaría ocultando una problemática vincular que compromete a los padres y por ende, el diagnóstico neurológico descomprime los sentimientos de culpa que pueden generar otros discursos.

E: ¿Y vos podrías decir que hay como una moda de TDA/H?

-No sé si una moda, tanto para los padres como para todo el mundo es más cómodo decir TDA/H que decir otras cuestiones.

(GP, escuela privada tradicional, NSE medio-alto, Salta)

La idea de moda y el considerar críticamente los usos de nominar en términos médicos problemas de otro orden llevan muchas veces a considerar el TDA como un “invento”. La categoría de “invento” supone el mayor nivel de desprestigio hacia el diagnóstico de TDA/H que los docentes y psicopedagogos entrevistados nos han confiado y suele estar acompañado de

ideas que apuntan a intereses económicos en el posicionamiento de enfermedades.

-Para mí es un invento, es un... no, una cosa inventada, o sea obviamente se observan distintas conductas. Es algo que se da pero que haya un trastorno atencional y que deba ser medicado, y que por eso se soluciona.

-(...) Pero una de las últimas charlas que tuvimos justamente del déficit de atención, decían que cuidado, que te acordás que existía un manual de diagnóstico, y que cuidado porque justamente es un poco ficticia, es un poco creada. Que justamente esto es TDA/H, que obviamente siempre va a haber alguno que encuadre, pero también hay otros motivos...

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto y alto, zona norte, GBA)

-Es un invento (risas). Es un invento del DSM IV porque en realidad todos entrarían bajo esa categorización. Digamos es como darle visibilidad a un montón de signos, ni síntomas son, manifestaciones que las agruparon en el DSM IV y las compró Argentina. Que hay niños con problemas atencionales graves sí, siempre hubo digamos (risas). La psicopedagogía en la Argentina surge a partir de esa problemática. ¿Cómo es?, pero no creo que sea una entidad así con causa específica, ni una entidad, enfermedad o un síndrome, un conjunto de signos te diría, ni siquiera la categoría de síntoma. Pero, bueno, para mí tiene que ver con esta gran venta (...)

-E: Como una cuestión de marketing, digamos.

-De marketing, y bueno, no entiendo muy bien, me parece que va más allá de mi capacidad de análisis algunas cosas. Este entramado entre la medicina, los laboratorios y las atenciones, te diría ¿no?

(GP, escuelas públicas, Ushuaia, Tierra del Fuego)

En definitiva, lo que aparece como idea mayoritaria entre los docentes y psicopedagogos entrevistados es un cuestionamiento al estatuto de trastorno y al proceso de medicalización a partir de las conductas que lo definen. Este cuestionamiento es de variados niveles pero en definitiva lo que sobrevuela es la preocupación por que el diagnóstico de TDA/H no “tape” otros problemas.

-Porque son los pediatras y los neurólogos, por ahí algún que otro psiquiatra, identifican a eso como un síntoma y le dan la entidad a eso de enfermedad. Porque no tiene bases neurológicas, podrá haber problemas atencionales asociados a dificultades estructurales, en relación al psiquismo, a dificultades escolares, a las de aprendizaje, a otro tipo de problemáticas, como es básicamente la reestructuración

psíquica y otras psicopatológicas, pero no en sí misma como una entidad independiente, como la pretenden mostrar.

(GP, escuelas públicas, Ushuaia, Tierra del Fuego)

En ese sentido, la idea de que el TDA/H “esconde” patologías específicas al “meter todo en una misma bolsa” está hablando de la necesidad de atender a la multiplicidad de factores que podrían dar origen al TDA. Nos detendremos en el próximo punto a analizar los distintos discursos que se construyen a partir de la fuerza que se otorga a uno u otro factor.

1.2 ¿A qué llamamos TDA/H? Acerca de los discursos que explican el problema.

En las entrevistas realizadas tanto en el campo médico como en el escolar se pueden identificar cuatro grandes grupos de discursos respecto al tema del TDA/H. Estos discursos proveen las causas o factores del problema a partir de qué es lo que lo estaría originando y repercuten en los caminos a seguir en torno al abordaje y tratamiento. La mayor parte de las veces, estos factores aparecen combinados entre sí, sin embargo suele poder identificarse un “factor fuerza” que es aquel al que el entrevistado le otorga un peso específico dentro de su discurso, definiéndolo. Veremos que salvo en el caso del discurso biológico, el resto de los discursos muchas veces cuestionan el diagnóstico de TDA/H desde los mismos factores que definen al discurso. Esto significa que en ciertos casos la misma enunciación del discurso busca indagar en los factores que llevan a diagnosticar a un niño como TDA/H y que no son tenidos en cuenta al hacerse el diagnóstico desde lo biológico. La pregunta que está latente en estos casos es: ¿a qué llamamos TDA/H?

Describiremos los aspectos sobresalientes de cada discurso:

- *El discurso Biológico:* entiende que el TDA/H tiene un origen genético. Desde este discurso el factor que explica el problema es de tipo biológico y no suele discutirse la entidad del diagnóstico en tanto trastorno. Esto implica que según este discurso, su definición y diagnóstico se encuadran dentro de los criterios del DSM IV que hemos referido en capítulos anteriores. Este discurso suele ser el hegemónico dentro del campo neurológico aunque la mayor parte de las veces secundado por un discurso “ecológico” y/o “sociológico” y en mucha menor medida, por el psicoanalítico, ya que suele ser un discurso que más que complementario aparece en la práctica como de oposición al biológico.

Entre los docentes entrevistados, sólo en algunos casos el factor biológico cobró fuerza sobre el resto. Entre los psicopedagogos, psicólogos y GP entrevistados, la baja adhesión al discurso biológico fue aún más notoria.

-Bueno me parece que si es un pibe con TDA/H, tiene un corto como a nivel cerebro, ¿no?

E: ¿Un corte?

-Un corto, un cortocircuito. Supuestamente esos pibes que los medican es para...según tengo yo entendido, es un problema de corriente cerebral, como la eléctrica. O sea no es para aplacarlos sino... Es como que esa energía se corta y... Digo pasan en otras cosas que no se manifiestan así. Pasa por ejemplo, mi ahijadito tiene supuestamente... ahora parece ser que no, pero tenía un problema en el lenguaje que no podía hablar, parecía que también tenía que ver con la energía en la corriente cerebral. O sea el pibe no manifestaba más que en el lenguaje, no era que se portara mal, ni nada por el estilo. Lo que hicieron fue intentar una medicación que le restablecía. Bueno finalmente parece ser que la pifiaron, que no era eso, porque si hubiera sido eso con la medicación...

(Grupo Docentes, escuela privada tradicional, NSE medio, CBA)

-Es una patología y está creo que considerado por algunos autores del tipo metabólico cerebral, creo. Pero que por lo general el que... el neurólogo intenta hacer... El neurólogo de acá de la zona intentó hacer una aproximación con la medicación pero obtuvo resultados... Cuando la madre fue con el nene medicado le tiró un bolón de acero que casi le rompe la cabeza al médico.

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona sur, GBA)

-...Para mí el chico ya nace así. Está en cada mamá y en el maestro el controlar ese hiperkinetismo que ellos tienen pero yo creo que ellos nacen así.

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, Corrientes)

-He tenido un TDA/H neurológica, que hasta hora la mamá no la ha medicado y que tiene que venir la señorita.

E: ¿Qué sería un TDA/H neurológica?

-Que le hicieron un electro y que se lo confirmó el neurólogo que es TDA/H neurológica. Y yo me he informado que también están los TDA/H adquiridos, justamente por estas situaciones familiares, de falta de límites, divorcio, los papás que trabajan todo el día, es como un TDA/H que se hace no que nace.

E: O sea que en el TDA/H neurológico habría como un factor biológico

-Algo que les falla pobres, que va más allá de su voluntad, no lo maneja con su voluntad.

(Grupo Docentes, escuela privada tradicional, NSE medio-alto, Salta)

En el campo escolar, el discurso biológico suele ser cuestionado muchas veces a través de argumentos asociados a las ideas de “moda” e “invento” que hemos analizado en el punto anterior, al tiempo que entienden que es un modo de “no mirar” otras cuestiones que responden a factores de otro orden. Desde este argumento, habría una “moda” que desde las neurociencias explica lo que es causado por problemáticas vinculares, emocionales y sociales principalmente.

- *El discurso Sociológico:* según este discurso el TDA/H es producto de un clima de época específico, que podríamos definir como posmoderno, y sus consecuencias en la subjetividad: el “ser niño”, “el ser padre”, “el ser docente”. Otra forma que toma el discurso sociológico es explicarlo desde un factor que coloca la mirada hacia el sistema social (la crisis socioeconómica y su impacto en las familias, por ejemplo). En ambos casos, el discurso sociológico refiere al entorno desde un componente macrosocial centrado en la idea de “clima de época” y de sistema social.

El anclaje desde la idea de un clima epocal particular es más notorio entre las escuelas privadas con un mayor nivel socioeconómico (medio y medio-alto). Al hablar desde el discurso de “clima de época” se suelen mencionar los cambios sociales y tecnológicos que han impactado en las familias y en la vida cotidiana de los niños desde las últimas décadas, los cuales suponen un camino sin retorno y que cada año se muestran con mayor intensidad. Emergen así

conceptos agrupados en lo que podríamos llamar “la paternidad posmoderna” que aparecen muy notoriamente en las entrevistas en escuelas privadas de mayor nivel socioeconómico: madres y padres que “corren” en su vida laboral y en su tiempo libre de acuerdo al ritmo que exige la vida actual y el modelo de hiperactividad que eso genera en sus hijos; madres y padres ausentes que delegan el cuidado de sus hijos en personal doméstico; padres y madres ansiosos y autoexigentes que transfieren a sus hijos sus trastornos, etc.

-(...) y... está el chico que después de ocho horas de clase, de ocho horas de oficina, y sale y se va a taekwondo los lunes, a tenis los martes, tiene inglés los miércoles, particular el jueves, el viernes hace fútbol, y el sábado a la mañana viene y hace cama elástica...

(Grupo Docentes, escuela privada de alta exigencia, NSE medio-alto y alto, zona norte, GBA)

-No sé si era un llamado de atención.

-Pobrecitos para los chicos que viven en esta vida. Ahora uno llama a todo llamado de atención. Pienso, a veces, está pidiendo a gritos a esa mamá, ese papá que se haga cargo, que lo atiendan, una caricia, un beso ¿Será que no lo pueden lograr? Yo lo llamo más a eso, que TDA/H. No entiendo el TDA/H. Quizás exista, te lo juro, pero yo lo veo más a los chicos como más llamado de atención, como que están mucho tiempo solos. Viste cuando vos decís a tu hijo “te voy a buscar a la fiesta” y no le molesta que los vayan a buscar. Y otros que por ahí “mamá no te preocupes” y hay otros que ni siquiera los van a buscar. Nosotros sabemos. Bueno a mi una amiga de mi hija me dijo una vez “cómo me gustaría tener unos papás como uds”. A veces son reclamos que no saben cómo hacerlos. Que se hacen los loquitos... Reclamos de afecto, que hoy en día como tienen que trabajar, con tanto apuro...

-Están los distintos ambientes sociales. Por ejemplo, en los casos de chicos de villa que te digo, a veces no tienen padres, no saben quién es el padre o viven solos. Y estos chicos, tienen papá y mamá, pero el papá y la mamá o trabajan mucho o se van a jugar a las cartas...

-o viajan

(GP, escuela pública tradicional, NSE bajo, Salta)

Un argumento a destacar dentro de este grupo de conceptos acerca de la “paternidad posmoderna” es el que explica el problema desde el debilitamiento de las jerarquías al interior de la familia, el cuestionamiento de la autoridad paterna, el desconcierto de los padres frente a su nuevo rol y la consiguiente

falta de límites de los niños. Este argumento alcanza a todas las clases sociales aunque puede tomar diversos matices en cada caso²¹.

-(...) En Jardín se vincula con los temas de límites familiares, con una cuestión de los noventa en adelante que la familia tiene un vínculo social más lento, de no poner tantos límites, los chicos hacen lo que quieren, y la hiperactividad, ¿no? También de la jornada completa, que pasas de una actividad a otra, a otra, otra, otra, entonces está el chico siempre...

(Directora de preescolar, escuela privada tradicional, NSE medio-alto, zona oeste GBA)

-Yo veo que hoy por hoy tienen muy pocos límites, es como que los cercos de las instituciones están todos... Es como que no saben hasta dónde no pueden llegar en un reclamo, hasta dónde les pueden permitir a los hijos, hasta dónde la escuela les puede permitir a los hijos.

(Directora nivel primario, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona sur, GBA)

-Yo lo que noto en los años que llevo es que hay una falta de límites en los chicos que está bastante marcada y muchas veces, pienso, que puede llegar a confundirse con estos chiquitos que son hiperkinéticos o tienen estos tipos de trastornos. Vos vas viendo y conociendo a los padres y te das cuenta que es una falta de límites que hay en la casa, que llegan a la escuela. Yo ahora tengo un caso de un nene con una falta total de límites, que por supuesto no te puedo decir que es eso y nada más porque estamos viendo, esta yendo al psicólogo por iniciativa de la madre, y estamos viendo si es eso o es algo más que tiene el chiquito. Yo hasta ahora lo que puedo ver en ese chiquito es eso: la falta de límites, y está pasando por una situación de divorcio en la casa. O sea que está viviendo bastantes cosas, pero tiene las características de TDA/H, inquieto, no se queda nunca quieto, no acata las normas, les pega a los chicos, es agresivo.

(Grupo Docentes, Colegio privado tradicional, NSE medio alto, Salta)

Otro grupo de conceptos dentro del discurso epocal refieren más a la idea que podríamos denominar “la escuela del siglo XIX para niños del siglo XXI”: niños sobre estimulados por la tecnología y los medios de comunicación en una escuela que se rige por parámetros tradicionales, ritmos diferenciados entre la escuela y las nuevas tecnologías, niños desinteresados por los contenidos escolares, niños distraídos frente a la multiplicidad de estímulos, etc. Este argumento de una escuela desfasada para la época actual se ve tanto en

²¹ Veremos más adelante que en los sectores socioeconómicos más bajos el problema de la falta de límites se asocia con la violencia social y la caracterización de “niños violentos”, mientras que en los sectores medios y medios altos el discurso se “suaviza” y el niño pasa a ser inquieto, movedizo y desobediente.

escuelas públicas y privadas, pero es en las escuelas privadas de alta exigencia académica donde cobra un peso específico al conformarse como parte de la misma lógica escolar la cuestión del estímulo intelectual y jugar con las presiones de la escuela y de los padres respecto al desempeño intelectual.

-Sí, con hiperactividad, para mí yo no puedo negar que puede existir. También es cierto que no hay ningún método, ni biológico, ni de imágenes que lo pueda diagnosticar. Que cuando se habla de TDA/H se habla a partir de determinadas conductas, y que son conductas que para mí tienen el noventa y nueve por ciento de los chicos. Casi, casi si no tuviera esas conductas no se sería un niño. Me parece que se olvida las demandas cognitivas de la escuela: la escuela requiere un nivel de atención que no se requiere fuera de la escuela. Entonces puedes pensar que es cierto que hay chicos desatentos en la escuela, pero puedes pensar que tal vez están atentos a muchas cosas a la vez o que están desatentos por otras cuestiones. O sea, a mí me parece que hacer una cuestión lineal entre desatención, TDA/H y medicación es terrorífico. La verdad no acuerdo. Cómo convocar la atención de los chicos, cómo enseñarles a atender y entender que los chicos tienen en este momento una cantidad de simultaneidad y de estímulos, de cuestiones, que pueden estar con la compu, con la tele, con los jueguitos, con la Play Station, mandándose mensajes a la vez, y, que la escuela le sigue pidiendo... Te digo que tenemos una escuela modelo siglo XIX con alumnos siglo XXI. Algo de esto está generando chicos desatentos en la escuela, chicos que no se adaptan al formato, los neurotransmisores selectivos. O sea, un chico que puede estar jugando dos horas a la Play Station y prestar atención, no puede ser asignado como un chico TDA/H aunque no atiende en la escuela. Digamos, me parece que si es un tema de neurotransmisores porque puede ser que focalizar la atención dos, tres, cuatro horas a un jueguito no es un chico que tenga problemas con los neurotransmisores, en todo caso algo del formato escolar que hay que repensar.

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio alto y alto, CBA)

-A ver, hay una realidad que nosotros tenemos: el colegio hace 100 años que se sigue manejando con las mismas normas, con los mismos bancos, aunque se hacen algunas modificaciones pero prácticamente es el mismo. El chico tiene un nivel de atención... Nosotros hablamos muchas veces de... nosotros pretendemos, y esto yo lo hablo mucho con las maestras, uno pretende que esté con la atención fijada en el docente y solamente en el docente, cuando en la casa está mirando televisión, escuchando radio y comiendo al mismo tiempo. Bueno, también esto hay que fijarse, yo le...

-Los mensajes, son todos mensajes, flashes. Entonces acá tienen que mantener la concentración...

-Entonces, ojo cuando ponemos "este chico no presta atención" ¿en qué momento no presta atención, en todos los ambientes?, ¿o cuando el chico está jugando se puede concentrar y estar 30 minutos jugando o 20 minutos jugando? Eso es algo que es como la llave para que las chicas puedan realmente diferenciar esto: si por ahí tiene que ver con que la actividad no me gusta y que por eso me distraigo o porque en realidad...

(Grupo Docentes, escuela privada de alta exigencia, NSE medio alto, zona oeste, GBA)

-Por momentos es como que también los chicos desde más chiquitos cada vez saben más de campo amplios, tienen mucha información. Pero hasta todos los que le dan información se olvidan que son chicos, y rebalsa y entra en un imaginario tan grande todo eso que sin querer se va de... Pensando en un montón de otras cosas que no son para la edad, que no son apropiadas, te hablan con vocabulario de gente técnica, ¿no? y tienen tanta información de un montón de cosas. Viene con unos libros impresionantes, ¿cómo entendés esto?, si este libro no es para chicos.

E: Sería una sobre-estimulación.

-Claro, yo creo que... y bueno tal vez en este nivel...

-Y mucha auto-exigencia.

-También en el nivel social ¿no? que uno quiere transmitirle lo máximo posible, cuanto antes mejor. Muchos idiomas, mucho conocimiento porque después eso te permite..., Y es como que ya a la edad de seis años están pensando en la salida laboral que va a tener ese chico, en lugar de bregar un poco más porque sea un infante, que sea un chico que se... Entonces vos los ves con unos vocabularios y unas cosas impresionantes, se distraen en esas cosas, y lo que vos ofreces que es acorde a la edad de ellos o los atrae poco, o no llega porque en realidad está pensando en los egipcios y qué sé yo. Y bueno cuando le brindas toda esa información también es como que regás más esa planta de distracción. Y todo tiene que ser rápido, todo tiene que ser zapping, pin, pin. Y entonces no hay una focalización, y hay mucho de... que vos decís cuánto más infantiles son en actitudes y en cosas que chicos de la misma edad hace unos años atrás.

E: Como que hay una contradicción.

-Exacto, y yo creo que eso también hace que el chico parece más distraído y para mí está cada vez más atento a más estímulos.

(Grupo Docentes, escuela privada de alta exigencia, NSE medio-alto y alto, zona norte, GBA)

-Yo sí le encuentro relación. Esos pibes que vienen con menos interés o con más interés, con la mayor o menor atención. Igual no creo que tengan que medicarlos... (risas) No, para nada. Me parece que estos pibes son el fiel reflejo, ese no es mi ámbito, tendrás que estudiarlo vos, de cuestiones sociales. Creo que están mostrando que hay algo que no esta yendo muy bien y es lógico: si viven en un mundo de constante cambio. Si bien están sentados en la computadora tienen estímulos que cambian rápidamente. Incluso nosotros como adultos... Creo que tiene que ver con un mundo... no me sale la palabra... vertiginoso, donde parece que hay que estar siempre en continuo movimiento porque el ocio es como que.....

(Grupo docentes, escuela privada tradicional, NSE medio, CBA)

Por último, el discurso sociológico, también hace su anclaje en la idea del sistema social como factor que explica la falta de atención y los problemas de disciplina. El factor centrado en el sistema social se muestra en las entrevistas de las escuelas públicas con niveles sociales y económicos bajos ya que interpela a la variable económica y a la vulnerabilidad social.

-No sé, porque también habría que ver la parte si están bien alimentados. Porque yo vi chiquitos... yo ya hablé con la madre, pero me dicen que sí, de bajo peso. Yo creo que eso también influye en el nene, porque hay días que el nene tiene hambre, eso es como que también al chico lo pone más nervioso, más ansioso. Y yo creo que también va por ahí. Y bueno también un buen control médico, que no creo que todos los tengan, porque nos consultan chiquitos que están en contacto con los animales, con el tema de los parásitos. Eso también los pone a los chicos muy alterados, y eso si no lo pedimos nosotros no creo que todos lo hagan, o sea son varias cosas.

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona norte, GBA)

Cuando el discurso se centra en la crisis del sistema social, muchas veces emerge el imaginario de la violencia y su naturalización junto a las condiciones de vulnerabilidad social

-Me parece que hay algo sobre lo cual habría que investigar, pero hay como una perdida de interés de las familia por la escuela como ámbito de recuperación de un espacio, o posibilidad de ascenso social y demás. No hay interés por la escuela porque no hay para quien aprender, porque no hay papás, mayoritariamente, que sean capaces de mirar un cuaderno, de acompañar, de felicitar, de valorizar. Algunas veces ni siquiera los levantan: si vienen, vienen y si no, no.

-Hay como una demanda: la escuela tiene que dar. Hay como un mandato: vos no tenés cuaderno, la escuela te lo tiene que dar; vos no tenés lápiz, la escuela te lo tiene que dar; vos no aprendés, la escuela tiene que enseñarte; vos no comes, la escuela te tiene que dar de comer. Como que mucho pedido para la escuela.

E: (...) ¿Y ustedes a que le atribuyen esta problemática?

-Para mí hay una multiplicidad de factores que intervienen en esto. Porque yo trataba de pensar, o estos fenómenos existieron siempre y la escuela estaba normatizada de manera distinta, entonces no afloraban; o mucho de lo social ha penetrado en la escuela, reproduciendo el modelo externo. Acá los chicos vienen y tienen relatos de la cotidianeidad con una naturalización de los fenómenos que no son para nada naturales. "Que murió el otro, que yo lo pateé, porque justo le pegaron un tiro y yo pasaba por encima y lo pateé". O sea, ellos relatan estas cuestiones de su cotidianeidad, con una naturalidad que no la tiene, que no habría que naturalizar.

-(...) Constantemente están viendo a su alrededor gente que se droga... Entonces es algo común para ellos también. Entonces ya vienen con una carga agresiva. Ha pasado que hay chicos... el otro día hubo un problema con una docente con una nena que le pegó una trompada, cosas de agresión. Los grandes también son bastante agresivos. Cada vez nos damos cuenta de que cuanto mas grandes menos ganas de aprender tienen, están con la cabeza en otra cosa...

-Tienen otros intereses. Como están viviendo tan rápido, y con esta cosa de la droga y todo lo demás que viven ellos en su entorno, te das cuenta que ¿de qué le puedes hablar vos?, ¿de fracciones, de ecuaciones? Cuando él en la cabeza tiene otra idea, otra realidad, saben que salen de acá y su vida es ir a drogarse o... no sé...

-O terminar mal. No se ven con un futuro ellos. A pesar de que nosotras ponemos todo y les decimos que...

(Grupo docentes y GP, escuela pública, NSE bajo, zona oeste, GBA)

En el discurso sociológico, el problema no suele ser definido como TDA/H sino como una cuestión de orden sociocultural cuya solución excede las posibilidades de la escuela. Desde este discurso, muchas veces las escuelas de mayor nivel socioeconómico entienden que calificar a estos síntomas como TDA/H es un error o un desvío “práctico” ante la complejidad que supone tratar el problema desde el orden que le corresponde. En las escuelas de nivel socioeconómico bajo prácticamente este desvío hacia la medicalización no tiene lugar y se entiende que las conductas problemáticas del niño responden al contexto social que le ha tocado en suerte. Lo que aparece como modo de resolución del problema refiere a cómo sortear situaciones puntuales y en el mejor de los casos cómo retener el mayor tiempo posible al niño en el sistema escolar.

Al situarse en el plano macro, ya sea desde el argumento del clima epocal o del sistema social, lo que prevalece en el discurso sociológico en cualquiera de sus casos es la idea de “destino” o de cuestión que excede el accionar individual o de una escuela en particular. De este modo, la percepción de que “no está en nuestras manos”, suele paralizar el abordaje del problema en el aula y la escuela.

- *El discurso Ecológico:* según esta argumentación el TDA/H es una respuesta del niño a los problemas de su entorno. Refiere al contexto micro social y ambiental inmediato del niño que van desde las relaciones particulares en la escuela y en la familia, situaciones puntuales como una mudanza, un divorcio de los padres, etc, hasta condiciones de otro orden como la estructura edilicia, la dinámica en el aula, las condiciones de aprendizaje, los estímulos ambientales, etc. Este discurso aparece como “solucionable” en la medida que se encuentre una disposición de flexibilidad y adaptación a los cambios

de parte de los responsables del área que esta afectando al niño. De este modo, la solución puede darse a partir de una modificación de hábitos familiares o escolares, o ser flexible en la puesta en práctica de la currícula escolar, adaptar los horarios de materias, recreos, etc. En las escuelas consideradas de alto rendimiento o muy exigentes en lo académico la adaptación y flexibilidad a hábitos, currículas y condiciones de aprendizaje no se suelen considerar, y esta rigidez, si bien es vista como un aspecto identitario de la escuela y valorada incluso por los padres, es un obstáculo decisivo en la resolución del problema que, como veremos, se centra en estos casos en el rendimiento escolar más que en la disciplina.

Este discurso ecológico muchas veces puede acompañar al orgánico o biológico. En estos casos, el componente ecológico sería visto como un facilitador para que lo orgánico se manifieste. Veremos que esto se corresponde luego con el proceso de medicalización ya que se combinará en estos casos, el tratamiento farmacológico con una sugerencia de terapia conductual que focalice en el hábito o cuestión puntual que actúa como facilitadora del trastorno, o bien se llevan a cabo acciones específicas para ayudar a la resolución del déficit.

-Por ejemplo, ver qué pasa en el entorno familiar, qué hábitos, qué le pasa a ese chico, qué lugar ocupa en su grupo de hermanos o en su grupo familiar. Porque si hay algo realmente orgánico o no lo hay, o es algo genético, buscar un poco el origen, ¿no? El origen de por qué y si es realmente necesario medicar.

(Directora, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

Dentro del discurso ecológico, en algunas provincias cobraron importancia cuestiones locales. Esto fue muy notorio en Tierra del Fuego a la hora de explicar el auge del diagnóstico de hiperactividad como una respuesta del niño frente al encierro y demás condiciones que determina el clima.

-El factor ambiental tiene mucho que ver por estas cuestiones de que Ushuaia es una ciudad con poca luz, porque es oscura, en invierno es oscura casi todo el día. Se da que en el sur el índice de depresión, por ejemplo, es un índice altísimo. En todo lo que es Patagonia. Por el clima, por el modo de vida. Es estar mucho tiempo adentro. Y

*estas cuestiones afectan la personalidad de cada uno, el desenvolverse en el día a día, creo que no es una ciudad fácil de llevar. Y esto afecta en un nene.
(Grupo docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio, Ushuaia, Tierra del Fuego)*

- *El discurso Vincular-Psicoanalítico: el TDA/H es puesto en discusión como diagnóstico y los problemas son vistos como una respuesta emocional, afectiva del niño, a los problemas centrados en el vínculo con los padres (aunque también puede extenderse a otros adultos y pares). Este discurso apareció sobre todo dentro de las entrevistas a GP. Es decir, que fueron psicopedagogas y psicólogas las que tuvieron mayor adhesión a este tipo de explicación.*

-Mirá, yo como estudiante de Psicopedagogía presenté este... bueno, digamos un alumno que tenía TDA/H, que digamos hice todo un tratamiento con él, un diagnóstico y un tratamiento, y en ésta situación de éste alumno únicamente pude ver que ésta situación como dice Norma tenía... estaba muy emparentada con la dinámica familiar. Es decir, si bien no había ningún compromiso orgánico, es decir no había organicidad, no había ningún compromiso orgánico en éste alumno que yo traté, no puedo generalizar porque traté a uno solo, no había compromiso orgánico, sí todo esto era el emergente de una situación familiar. O sea, éste chiquito era el emergente sano de una situación familiar enferma. Entonces él estaba pidiendo ayuda, ¿no? El papá inmaduro, la madre también, él era el adulto, él estaba ocupando el rol de adulto en ésta familia, con un hermano menor, ¿no? Y era lógico, el chiquito tenía un cociente intelectual que lo tuve que hacer... digamos testear, utilizar todo el instrumental. Me di cuenta que su cociente era bueno, el esperado para su edad, no pasaba por un déficit, ¿no? intelectual.

(GP, escuela pública tradicional, NSE Bajo, zona norte, GBA)

-Yo creo que las madres son unas hijas de puta (risas), entonces en la constitución de las mujeres y de la función de madres, digamos que es una cosa de la constitución subjetiva, ¿sí? Y me parece que bueno, tal vez es muy psicoanalítico lo que te estoy diciendo, pero la función de sostén materno te diría que el noventa por ciento de las madres, en todos los ámbitos, tanto en lo público como en lo privado, porque en lo público he trabajado en años, y las madres son terribles, en la mayoría de ellas tuvieron depresión posparto en los niños.

E: ¿Con los varones?

-Con los varones.

E: ¿Y no con las mujeres?

-No.

E: ¿por qué no?

-Yo creo que tiene que ver con alguna cuestión... A ver, significa distinto al hijo que a la hija, mujeres que están preservadas en eso, como en la condición de la mujer como una significación del hijo varón distinto que la mujer. Hay algunos psicoanalistas que lo pueden explicar mejor, y a mí lo que me ha pasado, no puedo generalizar pero muchas, así en ésta generalización muy tranquila, muchas mujeres tuvieron muchas dificultades. Y bueno sostener a ese pequeño, tanto en el embarazo como en los primeros años de vida, de hecho muchas tuvieron depresión, otras depresiones encubiertas pero encubierta nunca llegaron a hacerse cargo, yo diría de todas esas dos, la médica que se hizo cargo que se había vuelto depresiva después de tener este niño, y la otra que tampoco el niño estaba signado como TDA/H y que bueno que entre simplemente lo derivábamos al neurólogo o al psiquiatra, todas así con depresión posparto, con dificultades en la función materna, es una función, ella o un sustituto, los padres también, también la mayoría hay muchas cosas para ver. (Nombra un especialista) habla de eso, del lugar que se le da al varón, que tiene que estar siempre preparado y como una "esperabilidad" del desempeño de los varones. Y entonces desde esa perspectiva deberían ser hiperactivos, tienen que estar todo el tiempo moviéndose.
(Gabinete Psicopedagógico, Ushuaia, Tierra del Fuego)

Estos discursos pueden analizarse como fundantes de las prácticas que se llevarán a cabo con el niño desatento y/o hiperactivo, ya que suponen una explicación del problema que determina cómo debe ser mirado y tratado. De este modo, podemos decir que del discurso que se tenga acerca del TDA/H será la clasificación que se haga respecto del problema detectado y la consiguiente "carrera moral" que se inaugure sobre el niño llevándolo, según como siga su curso, a un proceso de medicalización y medicamentación.

En el extracto de entrevista que sigue podemos ver cómo la mirada del adulto (padres y docentes) hacia el problema del niño varía de rótulo: de hiperactivo (patologización) a molesto, "hincha pelotas", por falta de límites. Este desplazamiento muestra el paso de lo patológico hacia un análisis de la vida cotidiana. En muchos otros casos, el desplazamiento se invierte (de hecho en este caso los padres lo tratan como "hiperactivo") y abre la puerta a la medicalización.

E: ¿Qué significa que un chico es inquieto, cómo te das cuenta que un pibe es inquieto?
-Se levanta tres veces, está en constante movimiento. Pero el nene hiperactivo no puede, él no puede...
-El nene inquieto en algún momento corta ese movimiento, vos le llamás la atención...

-Exactamente.

-Es un hincha-pelotas.

-Por ejemplo, un caso puntual: viene a una entrevista con la mamá, el papá, estaba el nene acá, él entraba y salía, entraba y salía, agarraba las cosas y venía para acá. Entonces, "claro, él es así". Nosotros le preguntamos "¿él es siempre así, todo el día? Entonces dice "sí, a veces, pero hoy está... sí, es hiperactivo, el nene es hiperactivo", Lo llamamos y le decimos "fulanito, por qué no venís y mientras nosotros hablamos porque no te ponés a hacer un dibujito". Le dimos, se sentó, hizo un dibujito para todas, ese nene no es hiperactivo es inquieto, falta de límites...

-...Por eso cuando uno utiliza términos hay que saber bien el significado.

E: ¿Pasa acá en la escuela que las maestras dicen o algún directivo dice "este chico"...?

-En todos lados.

-Todas las maestras te dicen...

-Todas las madres también, "ah, mirá, mi hijo es hiperactivo" y vos lo ves y es un hincha-pelotas, maleducado, no es un hiperactivo pero se usa con más facilidad.

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona sur, GBA)

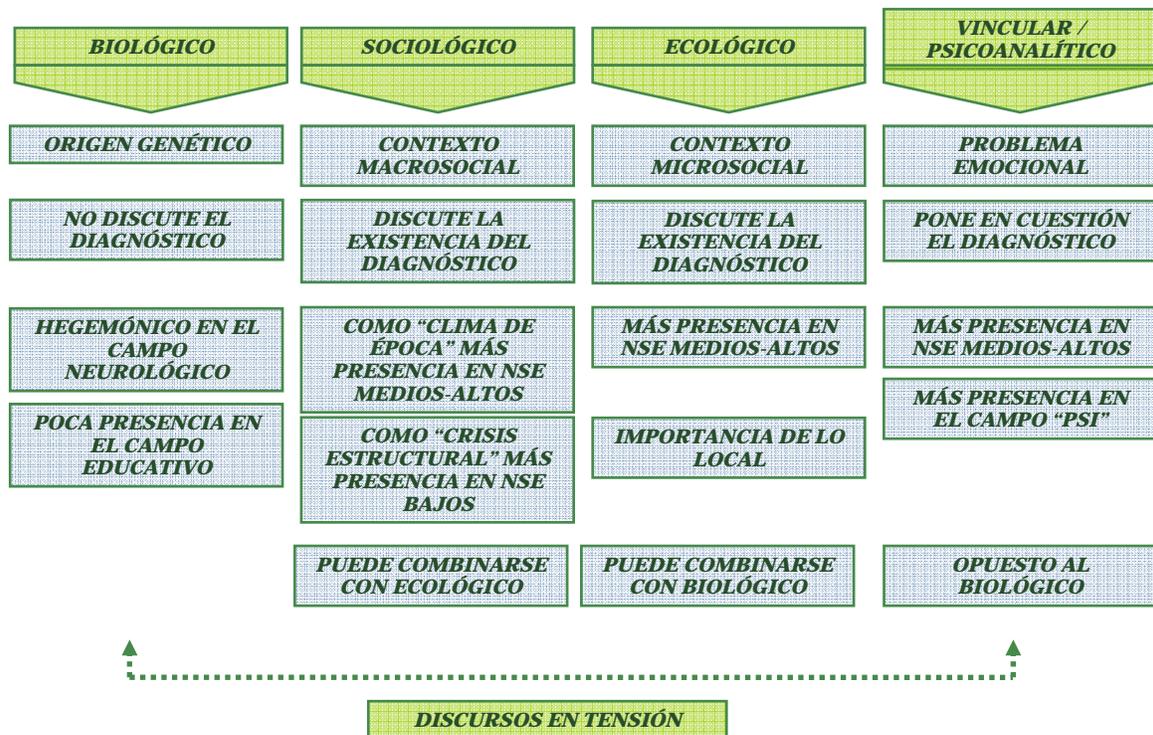
Se puede identificar un predominio de cada discurso según el agente social determinado. Como decíamos, si en el campo neurológico es el discurso biológico el que hegemoniza las explicaciones, dentro del "ámbito psi" (tomando el diverso universo de psiquiatras y psicólogos con variados niveles de acercamiento a la teoría y práctica psicoanalítica) lo que predomina es un discurso centrado en lo vincular con fuerte peso de la teoría psicoanalítica. Estas dos líneas discursivas, la biológica-neurológica y la vincular-psicoanalítica representan los polos de la discusión en el diagnóstico y tratamiento del TDA/H. Si bien, los discursos sociológicos y ecológicos también pueden poner en cuestión la existencia del trastorno como tal, es el discurso psicoanalítico el que se posiciona con más fuerza en esta corriente. Entre la línea psicoanalítica y la biológica, pueden identificarse matices, a veces con cierta dificultad, entre estas dos posiciones que muchas veces se plantean como antagónicas y suelen definirse por oposición.

Por otro lado, resulta revelador ver que es en el caso de aquellas escuelas que se enmarcan en contextos de sectores medios más bajos donde el discurso sociológico que pone el eje del conflicto en las condiciones estructurales de

pobreza puede articularse con el discurso biológico. Mientras que es en los colegios enmarcados en un mayor nivel adquisitivo donde tiene prevalencia el discurso sociológico posmoderno, el ecológico y para los GP, el vincular psicoanalítico.

De este modo, es en el campo escolar y sobre todo en los colegios privados de mayor nivel socioeconómico entrevistados, que generalmente también comparten la categoría de mayor exigencia académica, donde aparece un discurso no biológico (es decir, con presencia de componentes del discurso psicoanalítico, sociológico y, en menor medida, el ecológico) aunque luego al referirse a las prácticas respecto a la resolución del conflicto, sea muchas veces la vía farmacológica (desde un discurso biológico para suplir la falta orgánica) lo que termine fundamentando la resolución práctica y concreta del conflicto.

Discursos sobre los factores que explican el problema



Capítulo 2. ¿Niños deficitarios? Imaginarios sobre el niño en el proceso de detección y abordaje en el aula.

-... En realidad deberías preguntarles acá a las personas que utilizan ese término qué significa déficit. ¿Es lo mismo cuando decimos retraso?, ¿qué significa?, ¿no es lo mismo?... Por ahí cuando yo digo retraso explico mucho a qué quiero llegar. Y generalmente déficit es utilizado como sinónimo de obstáculo, de problema, de dificultad. Pero me parece que déficit apunta a otra cuestión, a algo más allá que una simple dificultad: déficit es algo como que no está, o es algo que está muy por debajo de lo que se espera. Hablamos de déficit en el desempeño. Como que vos no estás bien, no estás haciendo lo que se espera de vos según tu función, según tu profesión, según tu rol o según tu edad, entonces estás por debajo de lo que se espera.

(Entrevista a psicopedagoga, Río Grande, Tierra del Fuego)

Desde las entrevistas realizadas a grupos de docentes de nivel preescolar, primario, gabinetes psicopedagógicos y equipos de orientación docente se ha advertido una clara distinción respecto a los dos componentes que conforman el TDA/H: el déficit de atención y la hiperactividad. La distinción se establece de acuerdo al lugar que ocupa uno y otro trastorno en el aula y es de acuerdo a esto y al modo en que el docente “lea” la problemática y actué en consecuencia, que se desarrollará o no un abordaje del problema desde el aula y la escuela. Este proceso, que podemos denominar de “lectura de la situación en el aula”, puede llevar a un proceso de medicalización, y dentro de este a un tratamiento con psicotrópicos, en niños que presentan algún tipo de problemática para la dinámica del aula sin que por esto esté presente una patología.

Decimos, entonces, que este proceso de medicalización, podrá tener un tratamiento farmacológico, terapéutico o combinado, según la “carrera” que se establezca a partir de un proceso de clasificación, que muchas veces comienza en el aula. Tomando el concepto de “carrera moral” de Ervin Goffman (1963;

1992), por carrera entendemos aquel proceso por medio del cual una clasificación (“ser TDA”, “ser distraído”, “ser hiperactivo”, “ser violento”) instaura una serie configurada de prácticas que componen el “abordaje del problema”, definido por lo que la clasificación supone.

Despertar la carrera moral de un niño determinado no coloca al docente, y a la escuela en general, en el protagonista indiscutido de este proceso, pero sí vale tener en cuenta que resulta un actor privilegiado a la hora de detectar problemáticas de funcionamiento en el aula y traducirlas en una primera interpretación de los hechos.

Para entender cómo funcionan estos mecanismos de interpretación resulta necesario analizar los imaginarios sociales que la escuela -docentes, directivos y gabinetes- convocan al hablar sobre el TDA/H y sobre los niños con diagnóstico, confirmado o sospechado, de TDA/H.

De acuerdo a lo que indica el nombre, el TDA/H supone un déficit. Sin embargo, llegados a este punto nos detendremos a indagar qué imaginarios están sosteniendo la idea de déficit y qué representaciones sobre el niño circulan en los profesionales de la educación al hablar del TDA/H. Veremos así una serie de imágenes respecto al “niño TDA/H” que cobran mayor o menor consistencia según en dónde se coloque el déficit predominante.

Según el DSM IV, el TDA/H supone un déficit atencional que puede o no estar acompañado de hiperactividad. Esto haría suponer que lo que aparece en todos los casos sería la falta de atención, mientras que la hiperactividad sería un “agregado”, no necesariamente presente. Por otro lado, el discurso médico y los antecedentes sobre el tema hablan de la combinación de ambos trastornos, aunque por lo general, con una preponderancia de alguno de los dos y en muchos casos en presencia de comorbilidad con otro trastorno o patología.

Sin embargo, al entrevistar a docentes y profesionales del ámbito escolar la cuestión resulta prácticamente invertida o al menos diferente. El déficit que prevalece y que tiene mayor peso como problemática en el aula es la hiperactividad. Esta situación sólo se revierte en los colegios con alta exigencia académica donde el rendimiento gana terreno sobre la disciplina en el aula y allí emerge, como problemática de la escuela, el déficit de atención en tanto repercute directamente en el desempeño escolar esperable y exigido.

Esto resulta significativo en tanto es a partir del peso otorgado a cada déficit, atención o hiperactividad, donde la trayectoria se define hacia una u otra dirección. Como veremos, esta valoración del déficit será lo que determine el nivel de compromiso escolar y el abordaje del problema desde la escuela así como la consiguiente derivación y carrera de medicalización del niño, que en muchos de los casos deriva en la medicamentación, es decir con un tratamiento con psicotrópicos para atenuar el déficit.

De acuerdo a esto, hemos podido construir una tipología de imaginarios respecto al niño y su problemática, asociados al TDA/H y al tratamiento con medicación, aunque veremos que la valoración de los docentes y psicopedagogos varía respecto al diagnóstico y tratamiento según cada tipo de imaginario convocado.

Sin embargo, podemos hablar de un primer imaginario, el imaginario sobre el déficit, que recorre con mayor o menor intensidad y con diversos matices, al resto de los imaginarios que presentaremos. Nos referiremos en primer lugar a este imaginario del déficit en cuanto tiñe o cubre a los demás para luego revisar los que se desprenden de este a partir de un déficit predominante.

3.1 El imaginario del déficit.

¿Qué significa hablar de déficit? El psiquiatra y psicoanalista Diego González Castañón sitúa la condición de deficitario dentro de un grupo de clasificaciones hechas de acuerdo a condiciones relacionales a partir de un ejercicio de poder que eleva una limitación funcional a la categoría de esencia. Supone un proceso de desvaloración social, producto de un desvío de aquello que se considera normal o esperable, que se pone en funcionamiento dentro del imaginario social a partir de mecanismos operados dentro de instancias de poder en un determinado marco social: la familia, la escuela, la institución médica

González Castañón analiza la relación entre los conceptos de discapacidad y déficit valiéndose de lo que llama “el paradigma del déficit”, mediante el cual se naturaliza el proceso social de substancialización o esencialización del déficit a partir de la limitación funcional: *“La sociedad naturaliza estos mecanismos por medio del **paradigma del déficit**²². Hablo de paradigma porque es una estructura de pensamiento que condiciona la forma de ver las cosas, prescribe cuáles son las investigaciones y abordajes adecuados y anticipa los modos de verificación de los enunciados que se hagan sobre los objetos abordados. En el paradigma del déficit, se compara cuantitativamente a los objetos, en este caso las personas con limitaciones funcionales, con un patrón o modelo sancionado como normal, (de acuerdo con los diferentes modos de establecer una normalidad: como mayoría, como convención, o como modelo enunciado por la autoridad médica, religiosa o legal). Cuando se interviene sobre estas poblaciones desde el paradigma del déficit se piensa en compensar, reemplazar, dar lo que falta”* (González Castañón, 2001: 2)

Frente a este planteo, donde el déficit descansa en un paradigma cuantitativo, se contraponen el *paradigma de la diferencia*, donde cualitativamente se atiende a las particularidades de cada persona: “Lo que no se puede pensar es la

²² El resaltado es del autor.

diferencia²³, en vez del déficit, como una entidad en sí, (Diferente, del latín *di-ferens: dos caminos*), como *una condición cualitativa de un sujeto que va por otro camino. El déficit es una descripción cuantitativa de un objeto comparado con un modelo previo. Pensar a la discapacidad a partir de las diferencias requiere un esfuerzo especial tanto en el campo científico como en el socio-político*” (González Castañón, 2001: 3)

El paradigma de la diferencia supone la relación con una perspectiva ecológica²⁴ donde se atiende a un mejoramiento de las condiciones del entorno a fin de minimizar el impacto que éste puede tener sobre la persona. Esto excede el ambiente físico y se extiende al abordaje que un docente hace sobre una problemática determinada. Ejemplos de este tipo hemos encontrado en nuestras entrevistas cuando ante problemas de conducta de un niño, la docente lo nombra “su secretario” o el “secretario del aula” dándole responsabilidades y tareas que lo tienen en un movimiento “controlado”, al mismo tiempo que el niño se siente reconocido socialmente por su grupo de pares y por su maestra.

De este modo, podemos interpretar que la forma que toma ese abordaje, fundamentado en el paradigma que se pone en funcionamiento, resulta vital para el modo en que se desarrollará la carrera moral de ese niño: cómo ese niño es clasificado y de acuerdo a esto qué circuito se activa y qué trayectorias comienzan a forjarse.

Dentro del imaginario del TDA/H que se presenta en las escuelas consultadas, el déficit toma diversas imágenes que pueden ser analizadas a través de lo que podríamos denominar una “escala de gradientes del déficit”. Esta escala en su grado de menor intensidad, o en la base de la pirámide del déficit, se acerca a la idea de un niño con determinadas problemáticas conductuales que requieren un abordaje diferenciado del resto, es decir, el grupo que compone la mayoría. Esta

²³ El resaltado es del autor.

²⁴ Para un abordaje de la perspectiva ecológica en las concepciones sobre discapacidad, ver Schalock (1999) Op. cit

reducción cuantitativa lo constituye en minoría y en tanto tal, siguiendo el planteo de González Castañón, se le atribuye un déficit, un faltante que en su grado menor, más básico, será leído como problemas de conducta o de atención que no necesariamente encajan dentro de un proceso de medicalización. En la cima de la pirámide deficitaria, el niño con TDA/H es asociado con el “retardo mental leve o moderado”.

Esta escala de atribuciones deficitarias acerca o distancia el imaginario de discapacidad. Si en el grado más básico de la pirámide, la idea de discapacidad no aparece en el discurso, a medida que el imaginario del déficit escala la pirámide, el imaginario de la discapacidad -y el discurso biológico que se atribuye el déficit- gana terreno.

Se cuestiona, entonces, la idea de una escuela que pueda “contenerlos” o “integrarlos” y se suele trazar un límite que defina hasta dónde la escuela “común” está capacitada para integrar a estos niños. En algunos casos, la asociación del TDA/H con algún tipo o nivel de discapacidad mental surgió espontáneamente en escuelas con proyectos integradores donde concurren niños con diversas Necesidades Educativas Especiales (NEE). Si bien, este imaginario apareció también en escuelas que no se reconocen como “integradoras”, el debate sobre el rol del docente y la escuela frente a un niño con NEE fue mucho más notorio en los casos de escuelas con estos proyectos. En estos casos fue también donde apareció el Trastorno Generalizado de Desarrollo (TGD) como un diagnóstico que estaba desplazando al TDA/H, aunque en más de un caso surgía confusión en las docentes entre uno y otro trastorno²⁵. En otros casos, fue mucho más clara la distinción entre ellos.

-... Yo creo que un niño con TGD para integrarse a una escuela común necesita de un soporte más sistemático, más estricto, más armado que un niño con TDA/H. Los TDA/H están todos en escuelas comunes, algunos con terapia que les va mucho mejor, y otros sin terapia que no les va tan bien, pero la van llevando con un poco de buena voluntad.

²⁵ Vale decir que no nos estamos refiriendo a docentes de apoyo o especiales de integración sino a las docentes titulares de grado.

(GP, escuela privada tradicional, NSE medio-alto, Salta)

Entendemos que la prevalencia del imaginario del déficit en su mayor grado de intensidad percibida en escuelas con proyectos de integración nos está hablando de la sensación de desborde que el docente experimenta frente a problemáticas para las cuales entiende que no ha sido capacitado. Podríamos decir, entonces, que del lado del docente también hay un déficit. Sin embargo, al no ser minoritario no se constituye como tal sino que se percibe como generalizado, “a los docentes no nos preparan para estos temas” e incluso en algunos casos, se percibe naturalizado, “la escuela no está para atender estos problemas”.

Lo que surge en los docentes frente a esta situación puede definirse por dos caminos: la demanda o el retiro. La demanda supone un pedido de auxilio ante el problema que puede estar dirigida a una ayuda externa, un apoyo escolar o un tratamiento terapéutico, médico y/o farmacológico. También puede ser una demanda de capacitación, en este caso el docente “se hace cargo” de la situación y busca un rol activo y de alto compromiso dentro de una idea de inclusión escolar. La opción hacia una u otra vía, más allá de su posible complementación, parece altamente significativa respecto al abordaje y desarrollo del problema, es decir, sobre cómo esa carrera moral se desenvuelva.

El otro camino probable es el retiro: el docente se ve “ganado por la situación” y en el mejor de los casos “hace lo que puede” si está en una escuela en donde lo que prima es retener al alumno. Por el contrario, si la escuela es excluyente y el docente como parte de esa configuración no demanda, hay un proceso de retirada del rol docente y de la escuela que en su versión más extrema, aunque no excepcional, implicará la retirada del niño del colegio.

La asociación del “retardo mental moderado o leve” respecto al TDA/H, como percepción del déficit en su versión más intensa, parece tener su origen en el diagnóstico de “Disfunción Cerebral Mínima” (DCM) que muchas de las docentes y psicopedagogas consultadas definieron como antecedente del TDA/H. Desde esta idea, se entiende que lo que antes se llamaba DCM ahora se llama TDA/H, del mismo modo que priorizando el déficit de hiperactividad, ven que lo que hoy es TDA/H antes se catalogaba como hiperkinesia.

Resulta interesante en este punto detenernos en una resumida lectura de los nuevos conceptos que se están desarrollando en torno a la discapacidad, a fin de comprender la inclusión del TDA/H dentro del paradigma del déficit e indagar qué aspectos de los tradicionales modelos de la discapacidad persisten en los imaginarios sociales y se consolidan en la práctica.

A partir del año 2001, cuando se aprueba la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)²⁶, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve una nueva perspectiva en torno a la discapacidad. Esta puede sintetizarse en el paso de la tradicional concepción de enfocar la discapacidad como la imposibilidad de la persona en desarrollar una actividad, a la actual visión que pone el acento en la existencia de barreras físicas y actitudinales para la integración social. Se focaliza así en los factores ambientales y su impacto como facilitadores o barreras, tanto en la dimensión de lo físico como en lo social, ambiental, cultural y actitudinal. Frente a este nuevo paradigma, la CIF clasifica el funcionamiento y la discapacidad desde la perspectiva de las circunstancias vitales del individuo, convirtiéndose así en un instrumento de aplicación universal: *“...La CIF no trata únicamente sobre personas con discapacidad, sino que resulta válida para cualquier persona. Los estados funcionales relacionados con cualquier estado de salud a escala individual, personal y social pueden ser descritos utilizando esta clasificación. Básicamente, clasifica el funcionamiento y la discapacidad desde la perspectiva*

²⁶ Aprobada en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud.

*de las circunstancias vitales de un individuo. La unidad de clasificación es por lo tanto el “ámbito” de funcionamiento, es decir, el área donde el funcionamiento o la discapacidad ocurre y no la persona*²⁷ (Garzón Maceda, 2003: 26).

Desde esta perspectiva, el concepto de discapacidad se reformula como una condición “fluida, continua y cambiante *dependiendo de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en el ambiente personal*” (Schalock, 1999: 3) y cobran peso nuevos paradigmas de inclusión, que se extienden al campo educativo, así como a otros ámbitos.

En lo que respecta al papel de la escuela, surgen propuestas de inclusión como las que se plantean en la Declaración de Salamanca en 1994 y proyectos en pos a escuelas eficaces con respuestas diferenciales y adecuadas para todos los alumnos desde una concepción que reemplaza la idea de integración por la de inclusión. Estas propuestas ven en la interacción las condiciones decisivas para el aprendizaje y se centran en: *“una visión más centrada en el individuo que responde de forma diferencial y eficaz a las distintas necesidades de los alumnos y alumnas. ...”*. (Climent Giné i Giné, 2001: 5)

El rol de la escuela se define así no desde un concepto de integración, que restringe el proyecto a la discapacidad, sino a un concepto de inclusión, mediado por la idea más abarcativa de NEE, que se plantea como interactivo y relativo de acuerdo a una inversión ideológica que no enfatiza en el déficit ni en la discapacidad como una esencia determinante y definitiva sino en limitaciones funcionales dinámicas y cambiantes según las circunstancias.

Pero, ¿cómo se da la relación entre TDA/H y las NEE en la práctica cotidiana? Las escuelas integradoras, cuyo origen en nuestro país va la mano de los movimientos de integración a finales de la década del ´80 y se caracterizan por

²⁷ Como aclara la autora, la CIF no cubre a condicionantes sociales como raza, sexo, religión o nivel socioeconómico (Garzón Maceda, 2003)

ser escuelas comunes que aceptan niños que necesitan del apoyo de un docente integrador dentro del aula, se relacionan directamente con el TDA/H cuando la idea de discapacidad está formal o informalmente presente. La formalización de la discapacidad se da a través de un certificado de discapacidad, el cual no suele darse sino cuando hay comorbilidad de otra patología, como depresión o psicosis. Es decir que no suele darse en los casos de TDA/H que podrían denominarse “cuadros puros”.

-... Cuando se pide la intervención de un integrador dentro de la escuela común es porque ya el caso es un caso serio...

-El cuadro no es puro...

-Sí, sino el docente de grado se hace cargo, mal o bien se hacen cargo hasta que la conducta sea tan disruptiva en algunos chicos que el maestro no tiene elementos como para poder contenerlo. En general, los maestros argentinos no tienen ningún elemento para contener nada que tenga que ver con las conductas desajustadas.

-La escuela común por lo general rechaza a los chicos con problemas de conducta...

(Entrevista a especialistas en educación especial e integración escolar)

Cuando hay un pedido concreto de un médico interviniente, que en su mayoría procede del campo de la neurología infantil, los equipos de integración²⁸ evalúan la situación y en caso de considerarlo designan un docente integrador como apoyo para la integración del niño a la dinámica escolar. Lo cierto es que esto muchas veces termina dando lugar a una carrera moral, o “profecía del docente”, como definió una especialista en integración consultada, que vuelve el dispositivo de apoyo en una bola de nieve que se agranda cada vez más: cada vez se requiere por parte de la escuela más horas de apoyo, al tiempo que no hay retorno, es decir, el niño que comienza un proyecto con docente de apoyo, difícilmente es aceptado por la escuela sin ese apoyo, por lo tanto queda inserto en un rótulo de “niño con NEE” y dentro de un proyecto de integración del que es casi imposible salir. De hecho, con o sin docente integrador, el alumno con el rótulo de TDA/H, legitimado o no por el campo médico, inaugura una carrera

²⁸ Los equipos de integración suelen formar parte de asociaciones civiles, ONGs, que se dedican a la integración escolar, así como a la laboral y social, de personas con discapacidad. La información que acá se recopila en torno al tema de integración escolar fue en gran parte aportada por dos especialistas en integración con gran trayectoria en la materia.

moral que lleva a lo que nuestras entrevistadas definen como “profecía del docente”.

-El cuadro está descripto. Que haya a lo mejor una sobre evaluación es cierto. Todo chico que se mueve más de lo que la media del grupo permite, en seguida hay sospechas de TDA/H, y los docentes en seguida lo diagnostican. Y entonces derivan a los equipos, derivan acá, derivan allá, hasta que el gabinete empieza a ver un contexto de clima en el aula que se hace cada vez más favorable a que estas conductas, no es cierto, en lugar de poderse modificar en forma positiva sea cada vez más negativa. Los docentes tienen esto de la “profecía del docente”, o sea, que cuando un docente ya le pone a un alumno indudablemente un rótulo de que “puede ser que tenga TDA/H” o directamente después que va pasando el tiempo ya no es que puede, es un chico con trastorno de la atención... Son muy afectos los docentes, entonces indudablemente ya está marcado, ¿no? Si otro se para no pasa nada pero se para él o tiene la desgracia de pasar y tirar la carpeta o romper algo es porque este chico tiene TDA/H.

(Entrevista a especialistas en educación especial e integración escolar)

Según estos especialistas, la indefinición del cuadro de TDA/H es lo que lo vuelve complejo para su diagnóstico, tratamiento y abordaje en el aula. Si en otros déficits hay una metodología más o menos específica para su abordaje en el aula, el TDA/H se define por una incerteza y opacidad en cuanto a cómo abordarlo. En tono con esto, hay una multiplicidad de posturas polarizadas en torno al tema así como sobrediagnósticos ante cualquier conducta desajustada.

-Yo lo que te digo con seguridad es que hay muchos chicos mal diagnosticados o no diagnosticados, o que este diagnóstico está puesto por un profesional que no tiene todos los elementos para hacer un diagnóstico fino y detallado con comorbilidad con el TDA/H... Entonces a lo mejor hay una psicóloga, una psicopedagoga que dice es TDA/H y es TDA/H, y bueno... A lo mejor no es TDA/H, porque es muy difícil hacer los diagnósticos diferenciales.

(Entrevista a especialistas en educación especial e integración escolar)

La opacidad del TDA/H debido a la complejidad del cuadro que debe definirse por variados componentes fenomenológicos, hace que el déficit se vuelva indeterminado, de difícil definición y complica su abordaje. ¿Cómo se trata el desajuste? ¿Desde qué parámetros de ajuste estamos definiendo el desajuste? ¿Qué condicionantes culturales están creando un déficit? Estas preguntas,

incómodas por su interpelación al mundo adulto, quizás sean las que hagan del TDA/H un déficit que molesta socialmente a pesar de no caer, al menos en primera instancia, en los cánones tradicionales del estereotipo de la discapacidad.

De acuerdo a este imaginario del déficit es que identificamos los diversos discursos que circulan sobre el tema. De este modo, elaboramos una tipología de los imaginarios respecto al niño que surgieron en docentes y GP, que hemos podido agrupar según el déficit que evaluaban como predominante en cada caso. Veremos que tanto en lo que respecta a la hiperactividad como al déficit de atención surgen imaginarios que validan o cuestionan el diagnóstico de TDA/H y el consecuente proceso de medicalización/medicamentación que se derive. Este cuestionamiento o validación suele fundamentarse en el origen o explicación que le encuentran al problema, es decir, cómo leen el problema a partir de un determinado discurso. A continuación veremos los imaginarios sobre el niño que surgen en torno al déficit que docentes y psicopedagogos identifican como preponderante.

3.2 Imaginarios del niño hiperactivo. Disciplinamiento y adaptación social en déficit.

-La madre me dijo que era hiperkinético, es un chico que no se puede quedar quieto. Constantemente se levanta, en el recreo los tenemos a todos sentados, él es el único que está haciendo trompito porque no se queda quieto. Me dicen "este chico no se queda quieto" y no, le digo, no lo puedo atar, no puedo hacer nada, lo dejo que siga girando hasta que se canse.

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, Corrientes)

En la mayoría de las escuelas consultadas, el déficit predominante, aquel que requería de una consulta al gabinete del colegio y posterior llamado a los padres para sugerir una derivación, resultó el de hiperactividad. El déficit de

hiperactividad centra el problema en la disciplina y tiene como imaginario la adaptación social. Siguiendo a Michel Foucault (2000: 149), la falta de adaptación del niño a lo esperado para el ámbito escolar, es decir una falta de control o autocontrol sobre el cuerpo o sobre la propia persona, es vista como una anormalidad que se expresa en el plano de lo conductual y se llega a explicar en el plano orgánico. La medicación, actuando sobre lo orgánico, sobre el cuerpo, resulta un dispositivo de disciplinamiento rápido y eficaz de las conductas anormales.

-Yo tuve un chico que en primer grado tenía unas conductas... se colgaba de las rejas, unos rosario (risas), un verborragia verbal que no sabes las barbaridades que decía delante de cualquiera y cuando yo ya lo tomé en segundo ya estaba medicado. El chico hizo todo eso el año pasado y era otra persona...

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona oeste, GBA)

Cuando el déficit se centra en la hiperactividad el niño es caracterizado como: movedizo, inquieto, hiperkinético, inmanejable, descontrolado, desobediente, molesto, agresivo, violento, conflictivo, antisocial, desafiante, opositor, "diablo", "monstruito", "poseído", desde un discurso que apela a la exigencia de la adaptación social mediante el respeto a los límites y la buena conducta.

Podemos distinguir dos grandes grupos de imaginarios que se construyen sobre el niño hiperactivo:

- *"El niño problema"*: desde una definición negativa, el acento se coloca en lo que el niño provoca dentro del aula. Es decir, en los perjuicios que acarrea al grupo y al docente. El rótulo de "niño problema" abarca toda una gama de matices que coloca al tema en cuestión en diversos grados de complejidad que van desde el indisciplinado, molesto y maleducado hasta el que llega a episodios de mucha agresividad que suponen mayor gravedad y riesgo.

-Facundo no podía realizar una actividad seguida sentado, duraba diez minutos sentado. No había nada que lo pudiera seducir o atrapar aunque sea por un rato. Se la pasaba tirado en el piso, molestando a un compañero. Había que retirarlo del salón en más de una ocasión o quedarse en el salón con él y aún así no había forma de que trabajara. Y después nos sorprendía que las evaluaciones las hacía bien.

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, Ushuaia)

-No, no. Federico es un chico que estuvo dos años acá en la escuela, no lo pudimos tener más porque la hiperactividad de él era muy agresiva. Terminamos en una oportunidad en el patio, solas nosotras conteniéndolo con Laura, yo en el suelo y Laura arriba de él para sostenerlo porque se golpeaba. O sea, posiblemente... yo digo que era un TDA/H con otras patologías, un chico que se tiraba..., se tiró del primer piso.

-No me digas, ¿entonces por ahí era un TDA/H?

-Sí, sí, era TDA/H, estaba diagnosticado con hiperactividad.

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

La explicación acerca del déficit suele estar ligada a la idea de un autocontrol defectuoso que lo lleva a provocar conductas que desencadenan disturbios dentro del aula. Cuando existe un diagnóstico de TDA/H para “el niño problema”, la idea de “autocontrol” está hablando de un componente emocional por el cual el niño no puede ejercer el control de sus impulsos. Según el discurso que predomine en este diagnóstico, este componente emocional puede tener un origen psicológico u orgánico, y será este origen el que fundamente el modo de resolución del proceso de medicalización, mediante un tratamiento terapéutico o farmacológico.

-Yo pienso que son chicos que no tienen como autonomía, como que sus emociones, sus acciones pueden más que ellos mismos, como que no hay un control, es todo muy espontáneo, no hay un análisis. No hay autonomía, porque a veces lo hacen a pesar de ellos mismos, hay conductas y actitudes que tienen que vos te das cuenta que ese chico está sufriendo, que no quiere, que hace fuerza y no puede.

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona oeste, GBA)

-Se puede llegar a decir que uno de los motivos que se puede llegar a diferenciar, el hiperactivo por su estado interno, de movimiento interno no puede llegar a concentrarse. El TDA/H tiene una cuestión más cerebral, vos te das cuenta, es más orgánico el TDA/H, el hiperactivo... Por ejemplo, nosotros tenemos chicos hiperactivos que internamente no pueden controlar quedarse quieto, pero dentro de esa inquietud corporal que se manejaba en sus actos externos, él podía manejar lo escolar...

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

- *“El superdotado”*: a diferencia del “niño problema” que se lo define desde un atributo con alta carga negativa, el acento en este caso se coloca en un atributo positivo, la inteligencia, que le juega en contra. Desde el argumento de un alto coeficiente intelectual o una sobre estimulación se explican los déficits de adaptación, como la hiperactividad, la impulsividad y la actitud desafiante. Según esta explicación, paradójicamente, “la falta” o el déficit, que se da en el desajuste conductual, se origina en lo que al niño “le sobra”. La indisciplina y el movimiento continuo se entienden como respuesta a un niño que al ser más inteligente o hiperestimulado que el resto, se aburre. Surge así la idea de que “la escuela le va chica”. Por otro lado, muchas veces son también niños que las docentes caracterizan como contestadores y que desafían la autoridad del adulto. En todos estos casos, son caracterizados como niños que “se portan mal pero rinden” y esto se explica por una inteligencia superior a la media del grupo. Muchas veces esta idea de niño superdotado está asociada con el coeficiente intelectual y descansa en un discurso biológico pero otras va unido al discurso sociológico del niño posmoderno, el niño de las nuevas tecnologías e hiper estimulado por los medios de comunicación o por padres exigentes que sobre estimulan al niño. El abordaje del problema del niño superdotado no se asocia en las docentes entrevistadas de modo lineal con la solución medicamentosa sino más bien por un tipo de escuela que responda a las demandas cognitivas según su capacidad o bien a nivelar las exigencias de los padres y cuidar la sobre estimulación.

-Yo tuve uno que era supuestamente superdotado (risas) los padres le habían hecho un test psicológico, algo así creo (...)

E: Y es un chico que... ¿por qué te surgió cuando yo dije lo del TDA/H, o cuándo salió lo del TDA/H?

-Porque los padres lo presentan como que él es más inteligente o tiene algo especial. Si cuando vinieron a la escuela preguntaron si lo iban a aceptar, si le iban a hacer una adecuación curricular porque él era más avanzado, lo presentaron como que él tenía algo más que el resto.

E: ¿Y trae alguna problemática así de hiperactividad?

-No, la problemática que trae es que le pega a todo el mundo.
-Como se aburre.
-Es un chico tan inteligente se aburre.
-Como se aburre. El argumento de los padres es: como se aburre pega, como ustedes no le dan la exigencia que necesita pega. En realidad se trata de separar eso a los padres, pero a mí me surgió eso porque creo que viene una creación de una categoría, de una etiqueta que no.
(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

-En el caso de los chicos hiperactivos, como dicen ellos, ella dijo que son chicos superinteligentes, que hacen las cosas, la psicopedagoga ve esa parte...
-Hiperkinético es inteligente pero molesta. Hiperactivo no hace nada, molesta nomás. Así nos dijo ella...la psicopedagoga. O sea que hiperactivo es molestar todo el tiempo, hacer lo que se le canta.
-Pero no aprenden.
-Pero este chico aprende, es re inteligente. Por eso lo venimos arrastrando, porque vos no lo podés hacer repetir (...)
-Yo siempre tuve cuarto grado, pero nunca tuve un chico así, que sea tan contestador.
E-¿Es la primera vez?
-Una vez me dijo "no le tengo miedo ni a la presidenta" y encima delante de todos no es que te agarra en secreto o que dice como chiste, te dice como si él fuera... no sé...
Kirchner más o menos.
(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, Corrientes)

La baja relación de la explicación del superdotado con la solución farmacológica puede cambiar cuando la imagen de este niño se acerca a la de "niño problema" y aparece la idea de déficit (algo que falta) más que de "algo que sobra", como es el caso de la inteligencia del superdotado.

-(...) Este sería un caso típico para que lo mediquen, este sería un caso típico.
E-¿Tiene problemas de atención?
-Sí, de atención. Es brillante, pero bueno, en el cuaderno por ahí no hace nada, se levanta y le pega a uno, se levanta y le toca la cola a otro, se levanta y le tira el pelo a otro. Es de 1º grado y bueno, es así toda la tarde. Nos reímos con esta amiga mía porque me dice "si fuera alumna mía ya estaría tomando...".
(Directora de escuela pública tradicional, NSE bajo, zona sur, GBA)

Por otro lado, como se veía en el comentario de la directora, en casi todos los casos analizados, la hiperactividad se puede combinar con una falta de atención en clase que se explica como resultado de la misma hiperactividad. Si bien esta

falta de atención “se muestra” en el aula y durante el proceso de aprendizaje (el niño no copia, no hace las tareas, no presta atención a la maestra, no tiene carpeta, etc) no parece luego incidir en los resultados puntuales de una evaluación, la cual se conforma en muchos casos como el espacio que determina el grado de rendimiento académico del niño, más allá del déficit durante el proceso.

En los casos donde el déficit se focaliza en la hiperactividad el nivel de compromiso escolar es alto en tanto supone un abordaje de la docente dentro del aula (para contener el desborde) y de la escuela a través del gabinete para citar a los padres y sugerir, y en algunas escuelas exigir como condición de seguir en la institución, una derivación profesional. Esta derivación puede no ser directamente a un médico, se puede derivar desde el gabinete a una consulta psicopedagógica o psicológica por fuera de la escuela. Sin embargo, en muchos casos este será un paso intermedio hacia la consulta final que suele recaer en un neurólogo infantil.

Algún colegio de los entrevistados, admitió tener por costumbre derivar directamente (por carta del colegio y en carácter de urgente) a un neurólogo de su confianza. Esto parecería estar mostrando un doble juego: por un lado es el colegio el que directamente “neurologiza” la problemática de un niño que resulta extremadamente inquieto para los cánones del aula. Por otro y de acuerdo al neurólogo convocado, puede verse como una estrategia de parte del colegio frente a un “mal mayor”. Esto puede interpretarse de este modo puesto que el neurólogo en cuestión es un reconocido profesional dentro del ámbito escolar y psicopedagógico que tiene una posición crítica respecto a la sobremedicación, e incluso respecto al sobrediagnóstico del TDA/H, en los niños escolarizados. Es decir, el colegio al sugerir un determinado profesional “con nombre y apellido”, parte de la premisa de que existe la tendencia a una sobremedicación y este neurólogo es sugerido por la escuela a los padres en tanto “medica sólo cuando hay que medicar”.

Sin embargo, en la mayoría de los casos entrevistados, las docentes y las psicopedagogas aclararon que en la entrevista con los padres, la escuela se limita a sugerir qué tipo de profesional ver y no derivar a uno determinado. Todos los entrevistados coinciden en que en ningún caso la escuela puede diagnosticar, aunque de hecho presupongan un diagnóstico de TDA/H y actúen en consecuencia.

En los casos donde lo que prima es la hiperactividad y el niño es clasificado como “con problemas de conducta”, es el colegio el que “detecta” y llama a los padres. El niño resulta problemático por su conducta en el aula y por consiguiente, es la escuela quien “detecta” y pide la entrevista con los padres sugiriendo o exigiendo una derivación para un posterior diagnóstico y tratamiento.

3.3. Imaginarios del niño con déficit de atención. El rendimiento bajo la lupa.

Cuando el déficit se centra en la atención, la situación se vuelve diferente. El problema se centra en el aprendizaje y el imaginario convocado es el rendimiento académico. El niño es caracterizado como distraído, desatento, “en la nubes”, desconectado, desorganizado, desconcentrado, disperso, con fracaso escolar, con problemas de aprendizaje, de bajo rendimiento, calladito, quietito, retraído, tranquilo, “que pasa inadvertido”, no molesta.

Los imaginarios sobre el niño definido con déficit de atención los podemos distinguir en tres grandes grupos:

- *“El desconcentrado”*: hace hincapié en un desorden de tipo orgánico, neurológico. El niño no puede mantener la atención aunque en muchos

casos lo intenta. Esto repercute directamente en su desempeño académico y a partir de esto suele comenzar un circuito dentro del campo médico, ya sea por sugerencia de la escuela o por inquietud de los padres frente al fracaso escolar del hijo. Esto es más común en escuelas que se reconocen como de alta exigencia académica y en niveles medios altos y altos. Muchas veces la medicalización, en este tipo de casos, surge a partir de un diagnóstico médico de TDA/H y deriva en un tratamiento con psicotrópicos, que en muchos casos es justificado por la escuela a partir de la explicación biológica del problema.

-Para mí era un déficit de atención, de atención a la palabra, a captar la palabra entera y decir a donde trasladarla. Era como que no le importaba lo gráfico pero sí lo auditivo. Nosotros al usar pizarrón necesitamos la atención y que vaya controlando que letra a letra y cómo la va armando. Y ella me empezaba, por ejemplo, para matemática mal, y yo le dictaba matemática y perfecto. No es que no sabía escribir... es por decirte, atender la palabra y llevarla ¿viste? Es prestar atención a eso, a lo que yo escribía. Si yo no voy para el lado de ella y no le dictas lo que dice: no puede, (...) y ahí por eso te digo para mí era algo de déficit de atención...

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, Corrientes)

- *“El niño desconectado/retraído”*: hace hincapié en lo emocional. Se explica el déficit de atención como resultado de un déficit emocional que el niño trae a la escuela desde su casa. El abordaje que suele verse como apropiado en estos casos por las docentes y psicopedagogas entrevistadas suele asociarse a terapias de diverso tipo y a una especial atención al vínculo familiar. En estos casos, las docentes y psicopedagogas entrevistadas suelen poner en cuestión un diagnóstico de TDA/H y el tratamiento farmacológico.

E- Al principio de toda la conversación mencionaban el déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad, eso ¿cómo es? ¿Lo vieron? ¿Tuvieron casos de déficit de atención? ¿Cómo son esos chicos?

-Es un chico que no molesta, no le pega al compañero pero que está mirando el techo.

-Vos lo llamás por el nombre y no te mira...

-Sin tener algún problema neurológico, sin tener algún retraso pero él está ido.

-Puede ser que viva en una casa con violencia, con indiferencia, que no tenga contención.

(GP, escuela pública tradicional, NSE bajo, Corrientes)

- *“El niño <en las nubes>”:* si bien puede ser confundido por la clasificación anterior, guarda una connotación positiva que no comparte con el niño desconectado o retraído. No es un niño “desconectado” sino que está conectado “con otra cosa”. Suele ser definido como un niño “creativo”, “con mucha imaginación”, “sensible” y tímido más que retraído. En algunas escuelas frente a esta clasificación apareció en las docentes la idea de “los niños índigos”, como seres conectados con dimensiones espirituales. El imaginario en torno a estos niños “que están en las nubes”, en muchos casos comparte características con la del niño superdotado de la hiperactividad: es un niño que “está para otras cosas”, “que la escuela le va chica”. La diferencia está en como ese desfase entre sus capacidades e intereses se muestra (en lo disciplinario o en lo académico) o cuál déficit resulta preponderante. También se diferencia en la explicación que se da sobre el déficit: la inteligencia, en el caso del superdotado y la sensibilidad e imaginación en el caso del “que vuela”. También se suele cuestionar en estos casos el tratamiento con medicación.

E: ¿y el chico cómo se comportaba en el aula?

-Bien, no tenía problemas de conducta.

E: Esto que ella dice que era muy hiperactivo.

-No, no, nada al contrario como que todo el tiempo estaba en otra ¿viste? Así como que había que llamarlo, si nosotros creíamos que esa despestez que tenía estaba ocasionando su desorganización...

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, Corrientes)

-... y empezaron a ver que sus hijos tenían capacidades distintas, no comunes, no se vinculaban entre... pero se vinculaban con el aura, con este... y ahí empezó la mirada ésta de los niños índigos, pero no es nada científico (...) Y estas mamás se empiezan a cuestionar entre sí, entonces las mamás “qué le pasa al tuyo porque el mío se vincula con los ángeles”, apareció con una mirada de los ángeles, ¿te acordás de la década del noventa? Una mirada... todo... nada es casual, todos los aportes de distintos lugares, desde lo cosmológico, lo psicológico, la parte pediátrica, neurológica, bioquímica, los avances de medicina, todo se va vinculando para que seamos un TDA/H, un TGD...

(Directora de escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

La condición de “niño tranquilo” y “que no molesta” del niño con predominio en el déficit de atención, lo alejan del imaginario del hiperactivo y “tapa” en la práctica por decisión u omisión, el otro ítem que lo caracteriza, el bajo rendimiento académico. Es así que el nivel de compromiso desde la escuela para su abordaje es bajo: suele permanecer oculto hasta que la acumulación de las malas notas hacen que la escuela llame a los padres o viceversa.

E: Ahí me detengo un minuto, uds hablaban de hiperactivos y no hiperactivos ¿Cuál es la diferencia? Vos lo mencionaste, vos también...

-Claro, los que son hiperactivos son los que tienen como hormigas se dice, estas cuestiones de que no pueden parar. Los que no son hiperactivos, son esos chicos que son dispersos pero no molestan, pero no pueden concentrarse en lo que están haciendo.

-Dispersos con su tarea

-Pero no es que molesten a un otro o que tengan una mala relación con sus compañeros.

-Al contrario, por ahí son demasiado tranquilos.

-Por ahí pasan desapercibidos dentro del salón. Pero tienen TDA/H pero sin hiperactividad. Son los que más pasan desapercibidos.

(Grupo Docentes, escuela pública no tradicional, NSE medio-alto, Ushuaia, Tierra del Fuego)

En estos casos, que no predominan en el discurso de los entrevistados, se puede advertir una posición invertida del inicio del circuito: son los padres los que muchas veces piden una entrevista con la maestra ante las “malas notas” de su hijo. Esto puede ser aún más visible, en uno y otro sentido de quién llama a quién, en las escuelas reconocidas y autodefinidas como de alta exigencia académica. De hecho, constituyen el caso donde el problema de rendimiento académico supera en el discurso el de disciplina y donde el abordaje de la escuela frente al bajo rendimiento académico es motivo de reiteradas consultas por parte de los padres y de los gabinetes que exigen un tratamiento y resultados concretos (“en el boletín”) para la permanencia del niño en la escuela. Esta exigencia hacia el rendimiento académico viene dada no sólo por el colegio sino por una demanda de los padres que no toleran un mal desempeño de sus hijos, más allá de la amenaza que perciben de tener que sacarlos de un colegio

que ellos entienden como garantía de éxito futuro. Se juegan así imaginarios de competitividad a base de ideas de elitismo académico y social que los padres no están dispuestos a resignar y de este modo, emprenden acciones para lograrlo a toda costa, cueste lo que cueste:

E: Pero este chico ¿cómo se comportaba?

-No, acá en el aula se comportaba, yo no tengo problemas con él. Lo único que tengo con él como te dije, se sacó un cinco, no me acuerdo en este momento, total no importa porque yo ya sé, yo quería que... Cuando viene la mamá, después me di cuenta que el trabajo lo va a tener que hacer solo. Viene la mamá y casi llora porque no aprobó. Ella sabe que sabe el chico, todos saben que sabe, y ella dice en un momento "pero él va a un psicólogo y dice que hay unos medicamentos que toman los nenes hiperactivos"... Pero bueno, él no es un hiperactivo...

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, Corrientes)

-Y sino el chico que va a la psicopedagoga, al neurólogo, al psicólogo, a la fonoaudióloga y a la maestra particular (risas)

-Nosotros tenemos alumnos que tienen cuatro profesionales trabajando con ellos, ¿hasta dónde es necesario que siga estando acá, y presionar al chico para que siga estando acá, cuando tiene que ir a cuatro personas para poder lograr esto? Y no porque... y no lo logra. Porque aparte ya está tan saturado, tan desbordado que entonces ya no fija más la atención en ningún lado, no le importa más nada. Le pasa el mundo por encima porque igual le está pasando por encima...

-Y saca la comida, en ese momento saca la comida y se pone a comer (risas)

E: ¿Cómo?

-Saca la comida, saca el tupper de comida porque ya es como que todo es demasiado.

E: ¿En el aula?

-Sí, la supera todo pobrecita.

-Y vos decís hasta dónde. Este el que salió de acá y fue al neurolingüista, y entonces el otro va, y el otro hace inglés porque hay que saber, hay que seguir, hay que seguir, entonces ¿Pero el chico tiene tiempo para jugar? Ah no, porque después cuando llega a la siete de la tarde a casa, ya se baña, cena y después mira tele hasta las diez de la noche ¿Y cuándo jugó, cuándo hizo lo que tenía que hacer un chico?, "y no en realidad tiene poco tiempo para jugar, por eso ustedes no le den tarea".

E: Y eso les parece entonces que tiene que ver, tal vez, ¿con qué lo ven, con qué lo relacionan?

-Con las expectativas que tienen los padres para sus hijos, los ideales que tienen para que los chicos lleguen el día de mañana a ser lo que ellos planificaron.

-"Va a hacer todo lo que yo no hice", entonces va a tenis porque yo no hice, va fútbol porque a mí no me lo ofrecieron, yo le ofrezco a parte guitarra y flauta porque a mí nunca me compraron el instrumento, y todo es...

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona norte, GBA)

En relación a las características en general del alumno con diagnóstico de TDA/H, vale agregar que entre los profesionales de la educación consultados el perfil que identifican como prototípico es el varón en los primeros años de la primaria y de un nivel socioeconómico alto. Existen variadas interpretaciones respecto a este “tipo puro” entre los estudios consultados y las entrevistas realizadas a docentes, psicopedagogas e informantes clave. Podemos decir que hay componentes culturales que parecen estar mostrando una alta incidencia en cuanto a la conformación de este perfil. En el caso de la variable del sexo creemos que hay condiciones del género, como elemento cultural y conformador de identidades, que estaría jugando un papel significativo en cuanto a lo que resulta esperable para el varón y no para la niña y viceversa sobre todo cuando el déficit predominante es el de hiperactividad. Que este niño varón “muestre” su déficit a poco de ingresar en la primaria puede entenderse como un espacio que viene a ajustar conductas y marcar pautas que pondrían de manifiesto lo que antes estaba latente o no tenía razón de existir. Nos detendremos más adelante acerca de cómo juega la variable socioeconómica en el perfil del niño diagnosticado con TDA/H y en su posterior tratamiento con psicotrópicos.

*-Las veces que escuche, eran todos casos de varones y en un segundo grado ¿viste?
-Sí, porque es la época de la latencia que tienen que estar ya mas calmos.
-(...) En un colegio por ahí de villa, no se plantean las madres si es TDA/H o no. Es otro mundo. Y en los colegios del Estado tengo amigas que trabajan, pero no me han comentado de esto.*

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, CBA)

Por último, cabe destacar tres cuestiones que entendemos fundamentales en la conformación de los imaginarios en juego. Por un lado las dos primeras cuestiones hacen al estatuto del trastorno y a los discursos en juego: nos referimos a la indefinición u opacidad del TDA/H y en clara asociación con esta opacidad, la tendencia a patologizar y medicalizar lo cotidiano. El tercero atañe directamente al rol docente y a las condiciones de escolaridad, donde muchas veces el proceso de medicalización se cuela como salida lateral frente a una cuestión estructural que parece poco posible de solucionar.

Respecto a la primera cuestión, nuevamente debemos hacer hincapié en cómo juega la opacidad del trastorno de TDA/H en lo que refiere a los diversos imaginarios que convoca y a la indeterminación de su abordaje en el aula, tal como es percibida por los docentes.

-...bueno con el down por ahí las cosas están más encuadradas sobre cómo tienen que trabajar y todo lo demás. La verdad que hay más de tres integraciones de downs, por ejemplo, ésta escuela ha habido chicos egresados downs.

E: ¿Pero por qué, hay más experiencia en eso?

-Sí, sí, porque lo atiende tal profesional y tal, hay otra, digamos, hay más avances, veo yo. En el caso de Isaías, medio que se desestructura todo, de cómo manejar. Yo creo que en general el problema de la escuela es cómo manejar la hiperactividad, porque si el chico tiene dificultad pero está tranquilito y no jode dentro de todo lo va piloteando la maestra, es así, aunque no aprenda nada, no demandó nada.

E: Claro, cuando salta es cuando...

-Cuando son estos casos, que anda revoloteando todo el día y la maestra no sabe como tranquilizarlo, es más complejo

(Directora, escuela pública tradicional, NSE medio-bajo, Comodoro Rivadavia, Chubut)

En cuanto a la segunda cuestión, decimos que la misma opacidad del trastorno lleva a plantear en muchos casos si se trata de un pasaje del discurso de lo cotidiano a lo patológico, con las derivaciones que esto implica en la carrera moral de ese niño y en las prácticas de medicalización que se derivan:

-(...) Sí, con hiperactividad, para mí yo no puedo negar que puede existir. También es cierto que no hay ningún método, ni biológico ni de imágenes que lo pueda diagnosticar. Que cuando se habla de TDA/H se habla a partir de determinadas conductas y que son conductas que para mí tiene el noventa y nueve por ciento de los chicos, casi, casi si no tuviera esas conductas no se sería un niño.

(Grupo docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

-Yo por ejemplo tengo segundo grado, los míos son inquietos pero para mí es normal. Supongo que para cualquier persona es normal que los chicos a esta edad no se queden quietos. Hay muchos por ejemplo que te dicen "ay, es que son chicos hiperactivos". Yo no sé qué es hiperactivo, porque yo soy docente no podría diagnosticar la hiperactividad, en ningún chico común porque es normal...

(Escuela privada de alta exigencia académica, NSE medio-alto, Corrientes)

La tercera cuestión nos habla ya desde el campo escolar específicamente y trata la problemática del rol docente como un aspecto a tener en cuenta al trabajar los imaginarios respecto a los niños y los déficits percibidos en clave a la demanda escolar y la realidad cotidiana. Esto incluye la percepción de una falta en cuanto a capacitación se refiere pero también condiciones de trabajo en el aula que entienden como obstáculos a la tarea docente. Es allí donde nuevamente puede presentarse el pasaje del discurso de lo cotidiano a lo patológico y el consecuente proceso de medicalización/medicamentación como respuesta de otro orden frente a una realidad que se percibe como inmodificable.

-Por parte de la escuela se trata de hacer todo lo posible dentro de los límites que hay.

-Lo ideal sería que la escuela tuviera una maestra y veinte alumnos ¿pero en primero vos cuántos tenés?

-Yo tengo veintiocho.

E: ¿Es mucho para vos veintiocho?

-Y sí, es un número un poco alto...

-Para primero sí. Lo ideal sería que vos en primero pudieses trabajar con veinte nenes, sería lo ideal. No existe en ninguna escuela, pero sería lo ideal que vos pudieras trabajar con veinte nenes, que vos te pudieras sentar con ese nene que no presta atención, podés dedicarle más tiempo a ese nene, al que lo necesita.

-Yo tengo veinticuatro y por ejemplo ayer de los veinticuatro trabajaron cinco.

E: ¿Por qué?

-Y... porque estaban molestando, hablando, bueno entonces terminé enojada, terminé disfónica y encima te preguntan “¿pero qué hay que hacer?” Y ya lo repetiste. Lo que pasa es que mientras vos estás hablando, uno le está sacando punta al lápiz, el otro se está parando y hablando al otro, el otro... Ay, no, entonces terminas re mal... Ayer cinco terminaron la tarea, el resto no. Entonces ahora estaban terminando los que no terminaron, y esos cinco que ya terminaron ya les di otra cosa para hacer, son cinco de veinticuatro.

E: Claro, ¿cómo hacen? Cuando llega un caso de chicos que no prestan atención, ¿qué dispositivos utilizan ustedes o qué hacen ustedes para resolver este problema?

-En el aula qué no usamos ¿no? Les damos diferentes actividades, les buscamos de llamarle la atención, qué le gusta al nene, bueno le gustan los monstruitos, bueno hacemos un programa que tenga monstruitos, algo que diga “ah, eso me gusta”, ¿entendés? O hacer alguna historia y le ponés el personaje que le gusta. Pero a veces hacés cosas, traes material y tampoco valoran demasiado. A veces te sentís que haces demasiado, traes material, te venís cargada con cartulinas y con cosas...

-Y así te vas decepcionando continuamente.

-Te decepcionás, te decepcionás...

-Y hay días que yo por ejemplo llego a mi casa con dolor de garganta, que me duele toda ésta parte del cuello de hacer fuerza para hablar, para elevar la voz para que hagan algo por lo menos y todo lo que traje y siento que no logré nada, entonces llego a mi casa y digo qué hice hoy...

-¿Para qué?

-Llega un momento que te sentís así.

-Yo a veces me siento re mal, re mal, y hoy vine con otra disposición: no me hago problema. Intento y no puedo. Ayer yo me fui de acá con la garganta que no podía más...

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, GBA)

En el capítulo siguiente, nos detendremos en las trayectorias de medicalización. Para esto volveremos inicialmente sobre el proceso de detección y derivación para luego analizar los circuitos que se despliegan y el rol de la escuela en el proceso de medicación.

Capítulo 3. “La pastilla” en la escuela. Medicación y escolaridad.

3.1 El circuito. Detección, cuestionarios y diagnóstico.

El rol que ocupa la escuela en el proceso de medicalización y en el modo en que este se desarrolle muchas veces es decisivo ya que suele ser el ámbito escolar quien suele “inaugurar” el proceso a partir de prácticas de clasificación -las cuales están impregnadas de alguno de los imaginarios antes analizados- y prácticas de derivación. Se establece así un circuito que comienza con el docente “que detecta” en el aula el problema y sigue desde la institución escolar en una segunda instancia de legitimación de lo detectado por el docente y consiguiente sugerencia o derivación, según el alcance del compromiso que la institución promueva, a través de los GP. La derivación por parte del docente al GP inicia lo que será causa y consecuencia del proceso de medicalización: la presencia de la mirada “experta” en la problemática infantil, desviando los factores que explican la cuestión desde ángulos “de la vida cotidiana” (“es movedizo”, “es distraído”) que habilitan la asignación de estatus no patologizables -a partir de explicaciones que derivan de la condición de “ser niño”- hacia la mirada que lo construye como problema a ser medicalizado, ya sea por la vía farmacológica o terapéutica.

Esto nos lleva a reflexionar acerca del lugar que ocupan los saberes expertos en la vida cotidiana y los múltiples modos de apropiación que los adultos “no expertos”, en este caso los padres, hacen de estos saberes ampliamente divulgados. La figura del “paciente autodidacta” al que nos hemos referido en el estudio sobre consumo autorregulado de psicotrópicos en adultos, puede tomar la forma de un padre inserto en un nudo de explicaciones diversas acerca de “lo

que le pasa” y “lo que debe hacer” con su hijo, como se ve en las entrevistas a padres de niños diagnosticados con TDA/H y que frente a esta incertidumbre que trae aparejada la multiplicidad de voces expertas deciden agruparse y escucharse “como padres”, en un intento de refundar su rol.

La escuela participa también en el resto del proceso. Muchas veces al ser quien “sigue de cerca” y de modo directo los avances del tratamiento. Otras veces requiriendo mayor participación frente a padres que ocultan diagnósticos y tratamientos o frente a un sistema de salud que los subestima y deja de lado, según la percepción de algunos docentes, GP y directivos. En otras ocasiones, la escuela es convocada por el sistema de salud para definir diagnósticos (por medio de cuestionarios protocolarizados o entrevistas personales o telefónicas) como así también para chequear los resultados del tratamiento farmacológico o terapéutico.

La escuela, y en el primer momento el docente en el aula, se convierte en un agente primordial en este proceso, en tanto es el que “des-cubre” o “des-vela”, aquello que hasta el momento podía permanecer oculto. El proceso escolar, por sus propias características y exigencias, es quien muestra el déficit (“lo saca a la luz”). También es la escuela quien muchas veces se reconoce y es reconocida como principal destinataria de las consecuencias que el tratamiento del trastorno ocasione: es en la escuela donde se muestra el trastorno y es en la escuela donde se busca que se demuestre el éxito del tratamiento.

-Yo no he conocido chico con éste tipo de síntomas y que no se detecte en la escuela. Es el lugar privilegiado, porque encima el espacio ¿viste?, ellos son.... El tema de los espacios, el respeto por los tiempos, esta pauta hace que salte, que se detecte. ¿Dónde se empieza a detectar primero?, vos te das cuenta los chicos lo detectan en sala de cinco que es obligatoria y en donde hay más exigencia de cuestión quieta o en primer grado. Ahí aparece la detección, no antes. Antes es un travieso, es un chico inquieto, no se queda quieta. Ahora, dónde empieza, es la escuela la que da la voz de alarma a los padres. En ese sentido no es fácil de abordar el tema es... Bueno termina generalmente la educación obligatoria, después es muy difícil que terminen los ciclos superiores o lo que es el polimodal para nosotros, todavía.

(Supervisora de EGB, Comodoro Rivadavia, Chubut)

Es así que podemos identificar un circuito o trayectoria clásica en el diagnóstico y tratamiento del TDA/H que relaciona al sistema escolar con el sistema de salud del siguiente modo:



Según este circuito, el trayecto comienza con la detección del docente en el aula, sigue con la derivación al GP de la escuela y son ellos, a veces acompañados por el docente y algún directivo, los que convocan a los padres y sugieren una consulta. Según la lectura que se haga sobre el problema la sugerencia recaerá en un psicopedagogo, psicólogo o en un neurólogo o psiquiatra infantil. En algunos casos, la escuela sugiere las dos miradas, la psicopedagógica y la médica. En otros casos, el médico trabaja conjuntamente con un psicopedagogo o sugiere su intervención como complementaria. Una vez puesto en marcha el proceso de medicalización, se inicia el proceso de diagnóstico.

Uno de los aspectos más problemáticos que se presentan respecto al proceso de diagnóstico entre la escuela y el profesional externo, ya sea del campo médico o psicopedagógico, suele darse a través de los dispositivos que suelen utilizarse para que la escuela informe sobre las características y comportamientos del niño. Nos referimos a los cuestionarios protocolizados dirigidos a docentes y padres que para muchos profesionales (la mayoría de la veces son neurólogos aunque a veces acompañados en esta tarea por un psicopedagogo) constituyen una muy válida herramienta de diagnóstico. Las valoraciones respecto a este instrumento son variadas así como las posturas de los colegios respecto al mismo. En muchos de los colegios consultados existe un consenso negativo respecto al uso de estos dispositivos por parte de la docente

a cargo. En algunos esto se da tácitamente pero en la mayoría hay una disposición formal que no habilita al docente ni a las autoridades el llenado del cuestionario. La explicación suele estar fundamentada en dos razones básicas: la pobre interacción que se establece entre la escuela y quien trata al niño, en tales casos la escuela habilita espacios para comunicarse con el profesional aunque no siempre esto se concreta. La segunda razón de algún modo se relaciona con la anterior y refiere a que entienden que el protocolo da lugar a patologizar conductas comunes a cualquier niño al no atender a la subjetividad y complejidad que cada niño posee. De nuevo, la alternativa que muchas veces se sugiere desde la escuela es la comunicación personal, o en su defecto telefónica, con el profesional a cargo del tratamiento del niño y en el mejor de los casos una interacción constante entre ambos campos.

Otro es el caso de escuelas que trabajan habitualmente con estos protocolos. No muchas de las escuelas entrevistadas han manifestado una valoración positiva respecto al mismo pero sí son varias las que lo mencionan desde una naturalización de la práctica que no deja mayor lugar a cuestionamientos o a cierta actitud crítica respecto del mismo. En estos casos, la práctica está instituida y más allá de que se la valore desde cierta desconfianza o se tenga algún reparo en cuanto a qué niño puede ser pensado como posible TDA/H, el docente completa el cuestionario sin mayores reparos.

-Tuvimos otro nene que fue una situación bastante complicada porque la mamá nos trae los famosos cuestionarios para llenar. Nos llama absolutamente la atención porque ni se nos ocurría que éste nene podía ser pensado supuestamente en esas categorías. Cuando le entregamos el sobre a la mamá con los cuestionarios (respondidos), la mamá dice "igual ya lo medicaron". Preguntamos un poco por qué, "igual -dijo- es una medicación con una dosis muy baja por ahora y después va a ser placebo" que nos pareció terrorífico. Pero éste nene no está más en la escuela. Pero así con diagnóstico claro así de TDA/H tenemos un nene que sí está medicado, que tiene neurólogo, que tiene psicopedagoga que trabaja desde la línea de las neurociencias, hay todo un equipo de psicopedagogas con neurólogos y demás que tienen esa línea, digamos.
(GP, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CABA)

Definido el diagnóstico de TDA/H, le sigue el tratamiento que cuando está la figura del neurólogo, la mayoría de los docentes coinciden que el tratamiento es con metilfenidato o atomoxetina. El colegio muchas veces es informado del diagnóstico y del modo en que será tratado. Sin embargo puede darse el caso que no sea así y que exista una total desconexión entre la demanda del colegio de una consulta y la posterior resolución con un profesional del campo de la salud. Esto ocurre sobre todo en las provincias cuando el médico a cargo del tratamiento del niño no reside en la ciudad y periódicamente, mensual o bimestralmente, atiende consultas. Esta situación se repitió como una práctica común entre los entrevistados de diversos campos (educativo, médico y farmacológico) en las provincias relevadas y refiere a la visita de “médicos especialistas”, generalmente neurólogos y psiquiatras infantiles que llegan desde Buenos Aires para tratar la problemática del TDA/H y otros trastornos. La percepción de la escuela en estos casos es que se pone en práctica un sistema de medicación sin la menor atención a la complejidad que pueda presentar la problemática de cada niño. La figura del “médico recetador” se cristaliza cuando el médico visitante es esperado por una larga lista de padres en busca de la receta para el metilfenidato y la atomoxetina.

-No especializado en niños no, no hay lugar de atención, a nivel privado también, todo lo que es psiquiatra es para adultos. La psiquiatra infanto-juvenil es una especialidad bastante nueva, hay uno sólo en privada trabajando, pero trabaja más adolescentes que niños, y después está éste otro psiquiatra que viene una vez al mes.

E: Atiende por obra social.

-Claro, viene una vez por mes, y lo trae una obra social, y atiende por obra social, atiende particular, atiende una vez por mes y se va... El otro dato que tenemos es que, los mismos chicos, las mismas familias nos dicen, es que él repite la receta muchas veces y ni si quiera lo ve al chico”.

(Supervisora de EGB, Comodoro Rivadavia, Chubut)

Una alternativa a este circuito se da cuando el niño ingresa a la escuela con un diagnóstico y tratamiento farmacológico. En estos casos, la trayectoria tampoco parece comenzar en la casa, es decir, siendo los padres quienes detectan y consultan a un médico, sino que por lo referido en las entrevistas, han recorrido

el circuito anterior en otra escuela y por decisiones que pueden tener diferente origen (por sugerencias de la escuela, del especialista, de los padres) se produce un cambio de escuela. En estos casos no necesariamente los padres informan a la escuela que el niño toma medicación y que tiene un diagnóstico de TDA/H a fin de “no estigmatizar” de entrada al niño y comenzar “de cero” en la nueva escuela. Es por esta situación que muchas docentes y directoras de escuelas “sospechan” de tener niños medicados sin poder confirmarlo. En otras ocasiones, el ocultamiento se descubre cuando la docente “detecta” algún indicio de la problemática y reinstala el circuito.

3.2 Respuesta institucional. Acerca de los recursos escolares frente a la problemática.

En este apartado intentaremos describir tipos de respuestas institucionales e institucionalizadas a partir de los recursos con que cuentan las escuelas frente a la detección en el aula de problemáticas de aprendizaje y/o indisciplina, que pueden devenir en un diagnóstico de TDA/H. Como veíamos en capítulos anteriores, esta detección se da principalmente por parte de los docentes que trabajan cotidianamente con los niños. Dicha detección inaugura entonces un circuito que, como decíamos, inicia un proceso de medicalización, y que implica en un primer momento la elaboración de un diagnóstico “tentativo” por parte del docente, su elevación al GP y la posterior entrevista con la familia, para iniciar un nuevo circuito dentro del sistema de salud que finalice en un diagnóstico definitivo y la prescripción de un tratamiento.

El hecho de insertar el problema de aprendizaje y/o disciplina en la línea de la medicalización, es decir convertirlo en un problema a ser leído y resuelto en clave médica, se plantea muchas veces frente a la emergencia de un niño “revoltoso” o “muy distraído” a fin de convocar un diagnóstico que permita trazar

un tratamiento para abordar a ese niño desde la institución. El tratamiento funcionaría, de alguna manera, como una solución frente a un déficit de recursos para abordar a niños con estas problemáticas y frente a la incertidumbre que provoca la opacidad del cuadro.

La mirada experta entonces no sólo estará operando sobre la problemática infantil sino también sobre la problemática educativa, dando respuestas a la institución, que muchas veces se siente sin herramientas para poder operar sobre estos niños. Esta demanda que la escuela le hace al sistema de salud no suele ser resuelta de modo efectivo para la escuela y lleva a que muchos docentes, directores y GP se quejen de la falta de colaboración de los profesionales de la salud. Esta demanda hacia el sistema de salud sucede incluso en las escuelas que institucionalmente dicen estar en contra de rotular a un niño con un diagnóstico de TDA/H y tienen una mirada crítica respecto al tema del diagnóstico y la medicación.

En esta cuestión vale precisar las diferencias que los docentes y GP perciben según el profesional externo a la escuela que está atendiendo al niño. En el caso de que se trate del campo de la psicopedagogía o psicología, suele haber una crítica respecto a la falta de un diagnóstico preciso respecto del problema por el cual fue sugerida la derivación. Frente a esta situación, el diagnóstico de un neurólogo, apoyado muchas veces por el cuestionario que el docente respondió, viene a traer un “nombre” a algo que perturba, lo cual termina tranquilizando aún a aquellos docentes que se resisten en primera instancia a la idea de “rotular al niño como TDA/H”.

-Igual los psicólogos no se juegan a dar ningún diagnóstico.

-Nunca.

E: ¿No, los psicólogos no?

-Está en tratamiento, y para que manden un informe...

-Tenemos que pelearla bastante porque tampoco quieren mandar informes.

E: ¿Eso por qué?, porque no saben...

-Tienen temor.

-No sé quieren comprometer.

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

Al indagar acerca de la respuesta institucional a estas problemática surge el tema de los recursos con los que cuenta la escuela para abordar pedagógica y psicológicamente al niño. Este tema resulta muy sensible, especialmente para el cuerpo docente, quien demanda recursos para poder trabajar en el aula. Se observa que en algunas escuelas entrevistadas, tanto del ámbito público como del privado, que no cuentan con un gabinete propio que los asista durante toda la jornada educativa, existe la percepción de no tener recursos profesionales suficientes para atender las problemáticas de niños inquietos o desatentos.

...No, acá falta, falta personal específicamente, o sea yo no difiero con ella en muchas cuestiones como psicopedagoga, yo reconozco su buena voluntad pero no le dan los horarios, no le dan las manos, no le dan los tiempos

(Grupo Docentes, escuela privada tradicional, Nivel medio, CBA)

E: ¿Qué recomendaciones harían ustedes para este tema del TDA/H en las escuelas, o qué necesidades concretas, o qué pedidos?

-Creo que principalmente cada escuela tendría que tener un gabinete realmente bien formado, bien formado es psicóloga, psicopedagoga, maestra recuperadora y fonoaudióloga, todo eso y cada escuela lo tiene que tener, porque hoy en día la problemática social es muy importante, no es que hay un grupo complicado, o un grupo donde haya dos o tres nenes, todos los grupos hoy en día tienen este tipo de problema, entonces la única forma de salir adelante es que cada escuela tenga un gabinete con los especialistas que requieren que trabajen en conjunto, entonces desde ahí la escuela va a poder empezar a trabajar como corresponde, involucrar a la familia y hacer una tarea conjunta.

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, Nivel medio-alto, zona oeste, GBA)

A esta idea se le suma la creencia del cuerpo docente de no contar con una buena capacitación en estas temáticas. Esto lleva a que muchos entrevistados docentes expresen que no saben cómo responder, qué estrategias implementar, y que frente a la ausencia de un profesional que los oriente, deban recurrir a ideas propias o a soluciones provisionales que son vistas como “artesanales” o para “tapar baches” antes que como una respuesta institucional articulada.

E- ¿Que sugerencias harían para tratar esta problemática que estamos hablando en el colegio, en la escuela?

-¡Un gabinete por dios!

-Alguno especializado

-Si no se puede llegar a eso, algún curso o capacitación como para que nosotros podamos medianamente manejar

-Creo que es necesario en la escuela imperiosamente que haya un gabinete.

-Nosotros tuvimos gabinete

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, Corrientes²⁹)

-Haría falta más información a los docentes con respecto a la conducta de los chicos en el aula, más allá del que docente siempre está con el chico (...)

-Lo que pasa es que acá, en Tierra del Fuego no hay como capacitación, ni nada, yo por ahí las charlas que tuve fue hace años y cuando estaba en el norte, pero acá no hay capacitación, no hay charlas para los docentes, y ellos que están en gabinete...

-Tampoco la tenemos...

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, Ushuaia, Tierra del Fuego)

Esta doble escasez (de recursos y de capacitación) abona esa sensación de no saber y no poder tratar efectivamente al niño inquieto o distraído dentro de la institución, lo que favorece la tendencia a la medicalización de la problemática, sacándola del espacio de la escuela al campo médico.

Esto lleva a que en muchos casos la definición de un tratamiento y su efectivo cumplimiento sea condición necesaria para mantener al niño con un diagnóstico de TDA/H dentro de la escuela. En esta línea se despliegan otra serie de dispositivos educativos (algunos actualmente en funcionamiento, otros en el plano del proyecto o deseo) que buscan funcionar como filtros o instancias de control para este tipo de niños. Un ejemplo de estos lo constituyen las jornadas de recuperación, donde el niño trabaja en clases muy reducidas y focalizando sus problemas académicos puntualmente, y que funcionan muchas veces como *última chance* que da la escuela a ese niño. También se menciona como

²⁹ Cabe señalar que recientemente en Corrientes se ha modificado el sistema de gabinetes en escuelas públicas adoptando la lógica de gabinetes externos. Esta medida es fuertemente resistida por los docentes.

práctica concreta o que se debiera implementar al ingreso de un niño a una institución escolar, la reunión previa con los padres donde se apunta a conocer al niño y en todo caso identificar la presencia de problemas de atención o de hiperactividad. Estas reuniones son caracterizadas como instancias fundamentales, previas, de control, donde la detección de un niño problemático debería servir a la institución para evaluar su admisión. En algunas entrevistas son mencionadas como “filtros”. Surge allí la problemática de la inclusión más que de la integración, aunque el concepto “integración” sea el que acapare el discurso escolar.

-(...) Cómo integramos y a quien integramos. Porque esto puede pasar, pero no pasa por una decisión del psicólogo, es una decisión institucional, este pibe puede estar, este no puede estar...

E: ¿Uds. que sugerirían? ¿Qué tipo de filtro?

-Un psicólogo, una psicopedagoga, rastreo, informe, mínimo un par de técnicas...

E: ¿Con todos?

-Con los que entran nuevos. Pero no porque “qué jodida esta piba que quiere filtrar” pero tenemos esta realidad. Salas con 25 pibes con una auxiliar compartida, y bueno, a veces no puedes trabajar en la sala, entonces para no discriminar, estas discriminando... Esta bien, algunos no vienen con un planteo ni siquiera de...mira tiene tal cosa... Mateo el año pasado, mínimo rastreo y te dabas cuenta que tenía este pibe.

(Grupo Docentes, escuela privada tradicional, NSE medio, CBA)

Pero quizás el más emblemático y efectivo de estos dispositivos sean los contratos, desde los más formales hasta verbales, entre la familia y la escuela donde se pacta sostener el tratamiento y hacer lo posible para solucionar la problemática o por lo contrario el niño no podrá continuar en la institución. En ese caso las vacaciones de invierno o las de verano funcionan como ultimátum para renovar las matrículas. Este contrato puede ser a su vez acompañado por un intercambio frecuente con el profesional que atiende al niño, ya sea para saber cómo abordarlo, como también para corroborar que exista un tratamiento.

-En realidad ella (la psicopedagoga) no puede obligar a que los padres lo hagan, pero en realidad con los chicos con enfermedades, perdón, patologías diagnosticadas o cuestiones como el nene que yo tengo este año, que tiene

problemas bastante serios de conducta, ya se les pide a los papás de otra manera, “nosotros seguimos viendo tales cosas me parece que hay que actuar”. Entonces cuando el pibe pasa al año siguiente se hace un acuerdo, es decir nosotros vamos a trabajar con este pibe si ustedes, que ya reconocieron que tiene una problemática, hacen un tratamiento.

-Se le condiciona el ingreso de acuerdo con la psicopedagoga, o con la fonoaudióloga, depende de la especialidad que se necesite para ayudar a este pibe aparte de lo que la escuela lo esta ayudando en ese momento

E: ¿Es algo formal, estamos hablando de un contrato?

-Sí, sí, es así, es algo formal (...) Si vos ves que con el tiempo el pibe empeora, o que no cambia, bueno, ya te mantenés en contacto.

(GP, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

-Claro, pero te digo, el tratamiento continuado en el tiempo cuesta muchísimo. En mi caso tengo las actas acá, que te puedo mostrar, donde es condición de la matriculación continuar con el tratamiento, acá debo tener.

-E: Eso sería cuando lo matriculas al año

-Ahora por ejemplo, te leo una: “se acuerda con el señor (nombre del padre del niño) que podrá re matricular a su hijo con el compromiso de continuar con el tratamiento psicológico del niño, presentar mensualmente constancia escrita del médico...

(GP, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

Por último, una vez definido el diagnóstico, se acuerda que el tratamiento incluya una serie de adaptaciones escolares para el niño. En algunas de las instituciones observamos que el dispositivo escolar se vuelve “focalizado” tomando diversas combinaciones entre variados recursos: se reducen los horarios de permanencia en la escuela, se modifican y reducen los contenidos curriculares, se hace un seguimiento más personalizado con la docente y el GP y en algunos casos se agregan profesionales en el aula.

En algunos casos estas adaptaciones son tomadas sin necesidad de contar con la sugerencia de un experto, incluso sin que exista ya un diagnóstico. Este tipo de adaptaciones son frecuentemente sugeridas por los gabinetes como primeras respuestas al abordaje del niño, sobre todo en aquellas escuelas que se muestran más inclusivas y abiertas a nuevas propuestas. También, vale aclarar, que suelen coincidir con aquellas instituciones que muestran mayor preocupación y cuestionamiento por la problemática, adoptando una postura

crítica y que da muestras de cierto nivel de conocimiento del tema TDA/H a través de concurrir a cursos, discutirlo y leer sobre la cuestión.

La adaptación escolar en cualquiera de sus formas sugiere muchas veces que a la hora de pensar un abordaje a la problemática del TDA/H las instituciones se inclinan hacia explicaciones ecológicas, buscando la modificación de las condiciones áulicas y curriculares.

Las adaptaciones escolares son menos frecuentes en instituciones privadas con un perfil de alto rendimiento académico, ya que suponen poner en cuestión aquello que define al colegio. Lo que predomina en estos casos es preservar la identidad institucional que descansa en la exigencia académica, la cual va unida a una exigencia disciplinaria por los mismos dispositivos que se despliegan (jornadas extensas, idearios y prácticas de rendimiento, exigencia y competitividad, que llevan a un disciplinamiento del cuerpo y de la subjetividad).

El discurso institucional frente a posibles demandas de adaptaciones curriculares o de otro tipo que rompan con los dispositivos formales o tácitos por los cuales se reconoce al colegio reconocido como “de Alta Exigencia”, es coherente con la identidad institucional y sentido de pertenencia del *entre nos* que caracteriza a este tipo de institución. De este modo, habilitar mecanismos de adaptación supondría resignar la identidad institucional y el carácter de elite e inaugurar modalidades más inclusivas.

-En algunos casos sirve, pero creo que lo peligroso de esta nueva moda es que el cambio lo tiene que hacer siempre el colegio y que el chico no tiene que hacer ningún cambio. Entonces no es que está mejor sino que no se le exige nada, es verdad que esto quizá sea una contrapartida a una cosa muy esquemática, que el que no aprenda como le enseñó y que se muera, digo, en el intento. Pero el aprendizaje supone una modificación del sujeto también.

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, Nivel medio-alto, zona oeste, GBA)

Estas escuelas mayormente coinciden con fuerte presencia institucional, en tanto los niños entran de muy pequeños a la institución, permanecen muchas horas, incluso en actividades extracurriculares, y donde la exigencia no es sólo hacia el rendimiento académico, sino también social: es decir, y siguiendo la teoría de los distintos capitales de Bourdieu, no sólo se espera del niño una respuesta académica (capital cultural), sino también la capacidad de reproducir un capital social. De hecho, cuando hablamos de Escuelas de Alta Exigencia hay que tener en cuenta que no siempre es el aspecto académico el que está en juego. Los idearios de éxito y competitividad hablan de un imaginario de rendimiento que muchas veces coloca lo académico en una suerte de fachada, un interés de segundo orden, ante exigencias de reproducción social, poniendo énfasis en el *disciplinamiento*, más que en la disciplina, a través del deporte y las redes sociales que el colegio provee.

Por esta circunstancia, es interesante destacar que en este tipo de instituciones los problemas de hiperactividad suelen mostrarse en mucha menor medida como problema escolar en comparación con instituciones de otro tipo debido a la fuerte presencia institucional y mediante los diferentes dispositivos disciplinarios que se despliegan. Es así que constituyen el único caso en donde los problemas de atención y rendimiento escolar toman en el discurso de los docentes y GP un espacio destacado sobre los de hiperactividad y disciplina. El niño con problemas de disciplina parece estar contenido, “bajo control”, por los fuertes dispositivos institucionales o de lo contrario no permanece en la escuela ya que no parece haber espacio para desbordes más allá de ciertos límites. Por otro lado, los problemas de atención devienen en una baja en el rendimiento académico y son puestos en el universo de responsabilidades exclusivamente de la familia que al haber elegido una escuela de tales características deberá “hacerse cargo” de los costos que demande la permanencia en la institución elegida. Lo que puede verse en estos casos, según el comentario de docentes y GP, es una puesta en marcha de parte de la familia de un conjunto de dispositivos para que el niño pueda permanecer en la escuela “cueste lo que

cueste”. Estos pueden llevar a una combinación de tratamiento farmacológico con terapias que se ordenan dentro del escaso tiempo libre semanal y que incluye a psicopedagoga, psicóloga y según los casos, fonoaudióloga, psicomotricista y otras especialidades.

-... la reducción de la jornada no se hace... se puede hacer muy temporalmente, porque esta es una escuela que los papás saben que es de doble jornada, y tenemos materias curriculares por la tarde, entonces esto no se puede hacer. Si se le imparten estrategias a las docentes que a veces las pueden llevar a cabo y a veces no, porque... en el caso de este nene, que está en tercero en un aula con treinta compañeros, es muchísimo... Nosotros no tenemos una actitud expulsiva, nosotros podemos conversar con los papás pero son ellos los que eligen la escuela para sus hijos y en tal caso son los profesionales los que tienen que trabajar la permanencia.

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, Nivel medio-alto, zona norte, GBA)

3.3 El rol de la escuela frente a la medicación. Patrones de consumo y posturas de la escuela.

Una vez que el niño ha sido diagnosticado y se ha definido un tipo de tratamiento medicamentoso se da una situación de convivencia entre la medicalización del niño y su escolarización. Situación que es problemática, al menos en la mayor parte de los casos entrevistados, aún cuando se percibe como una solución para el problema atacado.

El aspecto problemático de dicha relación está dado por el tipo de vínculo que se traba entre familia y escuela, signado en la mayoría de los casos por el secreto, el ocultamiento, la demanda insatisfecha entre unos y otros respecto al abordaje del problema y la valoración en relación a la medicación y sus efectos en el niño. En este sentido, y ya profundizaremos estos enunciados, la introducción de “la pastilla” no pasa desapercibida, aun cuando las familias en algunos casos lo intentan ya que sus efectos generan un cambio en la percepción del niño en la comunidad educativa.

¿Cuál es el rol que ocupa la escuela frente al consumo de metilfenidato o atomoxetina? En nuestro recorrido vimos que no todas las escuelas responden de un modo homogéneo respecto al problema. Más allá de diversos matices, podemos identificar tres grandes modos de resolver la cuestión del consumo y el rol que le cabe a la escuela dentro del proceso de un tratamiento con psicotrópicos. Pudimos detectar también que en la mayoría de los casos, las escuelas permeables a suministrar el psicotrópico, extienden esta permeabilidad al resto de los medicamentos, ya sea de venta libre o bajo receta. En el caso contrario, cuando las escuelas resisten cualquier tipo de delegación por parte de los padres hacia la escuela, esto se repite en los medicamentos en general dentro de un discurso de responsabilidad frente al fármaco que hace que sean los padres o adultos externos a la escuela y habilitados para tal fin, quienes les suministren el medicamento dentro del espacio escolar.

Analizaremos los tres tipos de modalidades que se presentan en la escuela frente al consumo de psicotrópicos para el tratamiento de TDA/H:

- *Ocultamiento y desconocimiento:* A pesar de que, como veíamos en otros capítulos, para los docentes las problemáticas de los niños con TDA/H resultan muy visibles especialmente cuando se trata de hiperactividad y que las escuelas responden activamente a la búsqueda de un diagnóstico y un tratamiento, resulta notorio que en la mayoría de las entrevistas el personal educativo diga no saber con exactitud cómo son los patrones de consumo de la medicación para el tratamiento del TDA/H. Se sabe, en todo caso, que el niño ha comenzado un tratamiento medicamentoso; si es que el niño no viene de otra escuela trayendo un tratamiento previo porque en esos casos muchas veces se oculta el diagnóstico y el tratamiento. Prácticamente en ninguno de los casos consultados hay un seguimiento del mismo por parte del docente y la escuela y se desconocen detalles del modo de consumo, por

ejemplo, el tipo de cantidades, formas de administración, rutinas diarias, horarios, etc.

En general la falta de información sobre los niños medicados en las escuelas se suele presentar de dos formas: una de ellas es cuando los docentes tienen total desconocimiento respecto a la existencia de un consumo de psicotrópicos por parte del niño (esto es muy común principalmente cuando vienen de otra escuela); la otra, se da cuando los docentes están al tanto del tratamiento de los niños pero no se les informa cuando el mismo es suspendido o cuando se realizan modificaciones sobre los patrones de consumo.

En estos casos, podemos observar que una vez comenzado el tratamiento con medicación, el vínculo entre escuela y familia tiende a fracturarse, en tanto las familias hacen de la práctica algo totalmente privado o incluso secreto. Lo que suele percibirse en alguno de los casos donde el tratamiento es abandonado sin aviso es el quiebre de un compromiso de la familia hacia la escuela.

-Lo que pasa es que cotidianamente hoy no sabemos si hay chicos medicados o no, por eso no sabemos...

-Claro, no te podemos decir.

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, Tierra del Fuego,
Ushuaia)

-Lo que no dicen es cuando suspenden la medicación.

-No, o cuando suspenden el tratamiento.

-Sino hay que citarlos y decir bueno, qué pasó, cómo estamos...

-Y ahí aparecen los justificativos, no resulta que la obra social, que el no sé qué...

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona oeste,
GBA)

En algunos casos surge como explicación a esta falta de información el hecho de que las escuelas tienen una prohibición, legal y formal, de medicar o intervenir sobre el cuerpo de los niños, lo cual estaría condicionando la

posibilidad de la escuela de opinar e informarse respecto al tratamiento, a fin de no tener actitudes de intromisión. En otros casos, la escuela y la familia dan por supuesto que la problemática del tratamiento atañe a la familia y no es la escuela quien debe intervenir de modo alguno. Esto se presenta muchas veces como independiente al “problema que se genera en la escuela”, instaurando un espacio de ruptura entre el momento de la detección y derivación con el del tratamiento.

- *Delegación:* Esta prohibición no está exenta de generar conflictos entre aquellas familias que lejos de ocultar el consumo de psicotrópicos del niño, buscan en el colegio un responsable para el suministro del mismo dentro del espacio escolar. La escuela, por lo general, no acepta esta delegación. Sin embargo, surgen casos en que la escuela se hace cargo. El que se presenta a continuación representa un extremo del problema, que podríamos denominar de “delegación resistida”, en donde frente a una primera negación por parte de la escuela, se llega a una intervención judicial para que le sea suministrado el medicamento en la escuela.

E: Y cuando son chicos que están así medicados por este tema así del TDA/H, ¿cómo es la relación de la medicación y la escuela?

-¿Si los medicamos?, no.

-La escuela no está autorizada.

-En ese caso hubo orden judicial.

E: ¿Cómo denuncia, qué pasó?

-Nos obligaron a medicarlo porque teóricamente era una cuestión clínica, la escuela se opuso hasta donde pudo y después...

E: Los obligaron a medicarlo, estando en la escuela tenían que darle la pastilla.

-Muy complicado el tema, y yo me opuse, pero no quedaba otra que hacerlo (risas)

-Pero generalmente la escuela no da ningún tipo de medicación, ni comparte esto que los chicos se mediquen, pero hay casos que...

-Ni Ibuprofeno, ni aspirina, ni nada, tienen que venir los papás a dárselas, ésta es la regla, los chicos grandes es “andá al baño y tomate ésta aspiran, andá al baño y tomate el...” , la verdad es que terminás enterando muchas veces y otras veces no.

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

Por otro lado, otras escuelas resultan mucho más permeables a suministrar el medicamento y lo hacen sin mayores reparos. En estos casos, es cuando se da una delegación explícita y directa de responsabilidades de los padres hacia el colegio. El colegio acepta esta delegación muchas veces sin mayores reparos ni cuestionamientos. Muchas veces no lo ven como algo deseable pero sí como un “costo a pagar” para un mejor desarrollo de la jornada escolar. La delegación puede tener variados motivos, entre los más comunes parecen estar los olvidos de los padres frente a la “corrida” que supone la preparación para ir al colegio, también se ve en casos en donde el niño por un motivo puntual toma la pastilla a la mañana pero la repite a lo largo de la jornada escolar (porque “no le dura” toda la jornada, porque hay una prueba o una exigencia mayor que lo habitual, etc). El tercer motivo que suele presentarse en esta delegación se da cuando el niño o niña se autoadministra el medicamento. En estos casos, la escuela es quien debe recordarle que lo tome y darle la pastilla, que guarda “de reserva”, en el caso de que la olvide en casa.

-A mí la mamá éste año me trajo la cajita con la pastillita que cualquier emergencia, si ella desayuna y se olvida de tomar la pastilla.

-Pero fue el año pasado ¿o este año también?

-Fue este año, Susana, no sé si se lo habrán sacado ahora, en Abril, Mayo, esto me lo trajo la mamá en...

-Que te lo manden por escrito en el cuaderno.

-Sí, ya sé, pero lo trajo. Por ejemplo, ella en sexto grado, están haciendo que ella se haga cargo de su medicación, entonces por las dudas me trajo la madre, entonces si se olvidó me llama por teléfono “dale la pastillita a Camila”.

(Directora y Secretaria, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

- *Compromiso*: un tercer tipo de relación que se establece entre la escuela y la familia respecto al consumo de psicotrópicos para el tratamiento del TDA/H supone un compromiso de los padres hacia el colegio. Este compromiso se funda en la relación directa que se establece entre el patrón de consumo y el ritmo y demanda escolar. Esta adecuación “consumo - exigencia escolar” se da especialmente en los colegios reconocidos como de Alta Exigencia. Como dijimos, en estos casos la escuela suele exigir de los padres el compromiso a una resolución efectiva del problema para la permanencia del niño en la

escuela. Si bien este compromiso no implica por lo general una intervención de la escuela en cuanto a modificar su ritmo habitual, sí en algunos casos se ha visto que frente a la doble jornada la escuela acepta la práctica de “delegación” que hemos referido anteriormente, dentro de este marco de compromiso con la escuela que asumen los padres.

-Yo tuve dos casos, no en esta colegio, dos varones de quinto grado, uno hiperquinético y el otro hiper-pasivo. Estaban los dos medicados con Ritalina ®, los tuve antes que tuvieran medicación y después le pusieron medicación. Tomaban antes de ir al colegio, porque el colegio también era doble jornada, como a la tarde yo trabajaba con ellos, le daba yo la medicación a la tarde a cada uno

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona norte, GBA)

- *Escuela Receptora*: un último caso, que en nuestras entrevistas aparece como recurrente es el de la escuela receptora. La pastilla se toma en la casa antes de ir al colegio y con el conocimiento de la escuela que recibe al niño “listo” para encarar la jornada escolar. En estos casos, la escuela no *conoce* detalladamente el patrón de consumo pero lo *reconoce* a partir de la actitud y comportamiento del niño en clase. La construcción del patrón de consumo se hace en base a la observación de su resultado en el aula y a las conjeturas que puedan surgir de charlas esporádicas con los padres, o incluso de propios comentarios de los niños.

-Pero sí me acuerdo que decíamos “¿hoy tomó la pastillita?” porque ella decía “sí, porque en mi casa me tiene loca, porque no sabés”... no la dejaba en paz, ni a la hermana tampoco, no sabíamos nosotras exactamente pero lo veíamos y registrábamos que estaba alterado, muy alterado que no había tomado la pastilla...

(GP, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona norte, GBA)

Una modalidad que ocurre cuando la escuela no admite ser quien suministra la pastilla pero que lleva la práctica del consumo directamente a la institución

escolar se da cuando algún familiar o responsable del niño se acerca hasta la escuela para suministrar la pastilla.

E: Cuando toma esa pastilla, ¿viene la madre se lo da, o ustedes a veces se lo dan, cómo es eso?

-No, viene la hermana, se lo trae y él lo toma, a las tres creo que es que le toca, porque Mónica es la que está, que a las tres viene, ahí ha venido la hermanita, siempre tengo de referente al otro día que me dicen, "uh, pasó tal cosa, vino la hermanita y se peleó con tal a la tarde, o andaba con todas las amigas de la mañana", ¿viste? ahí tengo el dato yo, del tema de la pastilla.

(Directora, escuela pública tradicional, NSE bajo, Comodoro)

E: Y en relación al TDA/H ¿Sabes que droga es?

-Ritalina®

E: ¿Sabes como la toma?

-No sé si a la mañana, pero al medio día viene la chica que la cuida y se la da.

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, CBA)

-A mí me ha tocado inclusive que la mamá venga a los dos, tres de la tarde, a que la mamá venga a darle la medicación...

(Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, Berazategui, AMBA)

En síntesis, existe entre los docentes y GP entrevistados una percepción generalizada de que la medicación está ligada a la jornada escolar: se consume antes de ir al colegio, se modifican las dosis si hay un examen o situaciones complejas, se vuelve a tomar al medio día si es doble escolaridad, se deja de tomar en los momentos no escolares, etc.

-Hay neurólogos que dicen que nada más es para venir al colegio, en época de colegio.

-Bueno, a mí eso me da la sensación de cómo en vacaciones de invierno se suspende, en diciembre se suspende, en realidad pasa para ser las pastillita de que bueno te tomás esto y me dejan tranquila en el colegio...

(GP, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona oeste, GBA)

-Lo que nos están diciendo mucho es que sábado y domingo no se los dan, que no se lo dan en vacaciones ...

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

Como se señaló al principio la práctica de ocultar u omitir detalles sobre el proceso de medicación incluye aquellos casos en que se detiene el tratamiento o bien se lo modifica. Ambas prácticas implican cosas diferentes y vale la pena pensarlo por separado.

El hecho de detener la medicación puede estar sujeto a un cambio de actitud frente al diagnóstico, que la familia haya consultado a otro profesional contrario al discurso médico, o como reacción frente a la respuesta del niño al tratamiento, es decir, casos en que las familias consideran que el mismo no da resultado o bien que afecta negativamente al niño.

-Lo que no dicen es cuando suspenden la medicación.

-No, o cuando suspenden el tratamiento.

-Sino hay que citarlos y decir bueno, qué pasó, cómo estamos...

-Y ahí aparecen los justificativos, no resulta que la obra social, que el no sé qué...

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona oeste, GBA)

Por otro lado, las modificaciones en los patrones de consumo implican otras cuestiones ligadas lo que en el estudio sobre el consumo de psicotrópicos en adultos hemos identificado como modos de consumo “autodidacta”. En algunos casos se trata de padres profesionales, en algunos casos del campo de la salud aunque no necesariamente, de clase media alta y alta, que se perciben a sí mismos como sujetos competentes para llevar a cabo una apropiación del saber médico que los habilita para autorregular el consumo de psicotrópicos, lo que genera una transferencia de la práctica de automedicación al niño³⁰. Sin embargo podemos ver que esta autorregulación del psicotrópico –bajar o aumentar la dosis o suspender la medicación-se da en las diferentes escalas sociales dando espacio a un proceso de banalización del consumo del psicotrópico en cuestión.

³⁰ La figura del “paciente autodidacta” la analizamos en el trabajo de psicotrópicos de adultos, Op.cit. Lo que ocurriría en estos casos sería una transferencia del tipo de relación que el adulto tiene con la medicación hacia su hijo.

-Está en cuarto ahora, tuvo acompañante dos años y como que tiene así, no se puede adecuar en algunas actividades, no puede estar en el aula, hizo muchos avances pero la mamá es médica, pediatra, la abuela lo faja, le pega... un montón de cosas, no sé, no tiene el papá presente, y la mamá justificaba como que a veces le daba un poquito de Rivotril para que entre más tranquilo a la escuela.

(Docentes, colegio privado no tradicional, NSE medio alto y alto, CBA)

-Sí, yo creo que las madres a veces se saturan, así como nosotras a veces nos saturamos en cuatro horas, imaginate en las veinte restantes la madre dirá "ma si le pongo veinte y se dormirá un rato más", yo veía que había días que venía así, que se quedaba en la mesa y que no podía ni mover el brazo, a ese pibe le dieron más de la cuenta ¿me entendés?, ¿ves?, esa era de las mamás que no aceptaba, cuando acepta, lo lleva y qué sé yo también, habrá dicho "que bárbaro, ahora le doy la medicación y el pibe está tranquilísimo" ¿entendés?, y ya no tenía tanta crítica de la escuela, que la escuela la llame "y mire que Tomás, y mire que Tomás".

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona sur, GBA)

-... hay papás que llega diciembre y abandonan todo...

-Y se da mucho.

E: ¿Pasa eso que los tratamientos se cortan en vacaciones de verano?

-Sí.

-Sí, totalmente.

-En verano no va nadie.

-Lo que pasa es que los papás piensan que un par de meses y se soluciona todo, o sea no son conscientes de que esto lleva tiempo, y que esto hay que continuarlo, que es todo un compromiso.

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona oeste, GBA)

3.4 Los efectos de la pastilla: imaginarios del niño medicado.

Como se mencionó, el conocimiento del proceso de medicación es muchas veces una inferencia del resultado, de los efectos, del tratamiento en el niño. En este sentido podemos decir que si bien el consumo es privado su efecto es público. Y dicho efecto genera una respuesta en el entorno del niño.

En general casi todos los entrevistados, aún a favor o en contra del diagnóstico y la medicación, concuerdan en que el niño bajo el efecto del tratamiento medicamentoso “se transforma”, “es otro niño”. Esto puede ser leído en clave negativa o positiva en los docentes. La apreciación que se hace se fundamenta en los efectos de la medicación sobre el niño (“lo despertó”, “lo dopó”) y en lo justificado o no que encuentran el hecho de que el niño reciba medicación.

E: ¿Saben con qué está medicada?

-No, lo que sí sabemos es que venía con una medicación. De repente empezamos a notar nosotras, porque compartimos la misma nena, cambio de actitudes...

-Pero de blanco a negro, así... porque le habían cambiado la medicación para acelerar el proceso. Aparentemente la afectó muchísimo, de hecho perdimos un trimestre donde venía repuntando, espectacular, espectacular para lo que era, era una chica el año pasado y para lo que...

(Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona norte, GBA)

-Y el chico fue medicado después... y no sé que pasó con la medicación porque yo este año no lo tengo. Porque de golpe aparecen situaciones así que vos decís “cómo cambió este chico”, y no es porque el papá se fue de la casa, y nadie le había dicho que los papás se habían separado, sino que de golpe hubo así medicación. Y qué vos decís por qué a este chico lo medicaron.

(Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona norte, GBA)

-...pero yo de las escuchas que tengo de TDA/H, de hace tiempo, no de hace poco, que no siempre la medicación sirve a todos y que la medicación es acertada. Hasta que vos encontrás la medida justa ese niño transita etapas muy incómodas, o de estar demasiado aplacado o demasiado exaltado. Tenés que andar con una medicación controlada, y que hay nenes que se los medica cuando realmente no están diagnosticados bien para ser medicados como corresponde. Y sí, considero que hay muchos chicos, por lo que he escuchado, que han sido medicados cuando no era en realidad no era cuestión de medicación, era cuestión de límites, cuestión de hábitos, de trabajo, esto porque también hay una mezcla con esto, con lo social y lo familiar, ¿se entiende?

(Directora, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

De parte de la escuela, se observa la construcción de tres tipos de imaginarios alrededor del niño medicado, según cómo sea su respuesta en lo que respecta a su comportamiento, su actitud y estado de ánimo en el aula.

- *“El niño dopado”*: se lo describe al niño como si estuviera bajo los efectos de un somnífero, muy aquietado, adormilado, “colgado”. Cuando se convierte en

una respuesta cotidiana se percibe como negativa ya que si bien en un principio apacigua el clima en el aula, luego se critica la pasividad, la falta de participación en clase, la desconexión. Subyace la creencia de que la pastilla está afectando por demás al niño, de una forma indebida. En estos casos emerge una fuerte percepción de riesgo frente a la medicación y se relaciona el consumo del psicotrópico con problemáticas a futuro, con una disfuncionalidad social y con riesgo a caer en adicciones.

-Lo que yo noté mucho fue el cambio de actitud en los dos, el que era hiperkinético era muy divertido, tenía buen sentido del humor, un chico atento de pasarla bien adentro de la clase aunque no hiciera nada...

E: ¿Con la medicación?

-No, sin la medicación, ahora con la medicación era un chico totalmente pasivo que se quedaba quieto, te escuchaba, se colgaba a pesar de todo eso, y ambos se quejaban de dolores de cabeza, de dolores, les producía náuseas, la tuvieron durante todo el tiempo que yo los tuve, hasta que después se lo terminaron sacando las madres por cuestiones propias, y a los dos se los recetó el neurólogo...

E: Y en el caso del que no era hiperkinético, que era distraído nada más ¿cómo fue el efecto?

-Era muy pasivo y la medicación lo colgaba más todavía, el chico estaba... O sea, se quedaban quietos, entonces él estaba quieto, lo sentaba yo en el escritorio para trabajar y cuando estaba yo con él trabajaba, en cuanto yo me levantaba otra vez a mirar por la ventana o a mirar un punto fijo en la pared y quedarse así, y él era el que más resistencia tenía a tomar la medicación, o por ahí llegaba un examen y la mamá... La mamá siguió insistiendo hasta toda la secundaria, porque después yo seguí siendo maestra particular de ese chico...

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona norte, GBA)

-Bueno, ahí digamos no había hecho un completo efecto, se ve que lo veían muy caído, la cosa es que tomaba una semana la medicación, y la madre se la corta

E: Porque, sabes?

-Por esto, porque le parecía que estaba dopado, desde un principio ella no había estado muy de acuerdo con el tema, pero ya no sabían que hacer lo padres obviamente

(Gabinete, colegio privado tradicional, NSE medio y medio alto, CBA)

Resulta interesante ver cómo este imaginario aparece en el relato de las docentes en relación a lo que el niño dice acerca de la medicación y los efectos que el niño imagina que tendrá sobre él o los que experimenta.

E: *¿Saben, o sea hablan sobre el diagnóstico que le hicieron?*

-*Algunos nenes sí, otros no. El otro día un nene me decía: “estoy muy enojado porque me quieren dar una pastillita para la cabeza y yo no quiero”. O sea, lo trajo con todas las letras, él lo dijo acá. O sea, me lo dijo a mí: “tengo un problema y estoy muy enojado, sí, me quieren dar una pastilla para la cabeza para que me tranquilice y yo no quiero”. Y me dice: “porque es como los dardos adormecedores de cien por ciento lucha”. Si es así, le dije: “está bueno que le preguntes al médico porque yo no sé”, no le preguntó nada pero no la va a tomar. Y el nene durante una semana se negó a abrir la boca y a tomarlo hasta que finalmente la tomó, estuvieron una semana los papás intentando darle la medicación y él no la aceptó.*

(Gabinete, colegio privado no tradicional, NSE medio alto y alto, Cdad. de Buenos Aires)

E: *¿Siguió insistiendo con qué?*

-*Con la medicación, siguió insistiendo, siguió dándole, y después intentó con homeopatía, es más el año pasado terminó quinto año, y cada vez que llegaba un trimestral o una evaluación final le decía “dale tomate la medicación”.*

E: *¿La mamá?*

-*Sí, yo le decía “es grande, dejalo, él sabe lo que tiene que hacer”, seguía teniendo él resistencia en tomar la medicación, no quería saber nada por...*

E: *¿Qué decía?*

-*Él decía que no era él, “cuando tomo la medicación no soy yo”, un chico grande, diecisiete años, me decía: “no podés hablar con mi mamá y decirle que yo no quiero tomarla, me insiste”. Por ahí se lo traía al cuarto, porque por ahí eran globulitos, eran gotas, que la tomara, “bueno dejala ahí que después la tomo”, y me decía “no la voy a tomar, después la tiro”.*

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona norte, GBA)

- *“El niño inestable”*: otro imaginario asociado al mal uso de la medicación es el del niño inestable y refiere a aquél niño que no tiene una respuesta coherente a lo largo del tratamiento y del que se percibe que se puede esperar cualquier reacción. Se los define como niños mal adaptados al tratamiento, explosivos a veces y “dopados” otras. Son chicos que responden con extremos a la medicación. Pero este imaginario supone que, paradójicamente, necesitan del tratamiento para evitar una mayor inestabilidad, en tanto la medicación los “contiene”. En todo caso la crítica es hacia la dosis y la solución estaría dada por encontrar la “dosis justa”.

-*El año pasado era con muchos altibajos, este nene del que hablamos primero, supuestamente tomaba la medicación y a partir de eso tenía conductas con muchos*

altibajos. Se quedaba dormido o le potenciaba. Este año sí notamos que hubo un cambio cualitativo favorable, que puede estar mucho más estable, lo que si es cierto que tiene limitaciones para atender la tarea escolar.

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE medio-bajo, zona norte, GBA)

-y cuando yo ya lo tomé en segundo ya estaba medicado. El chico hizo todo eso el año pasado y era otra persona...

E: ¿Cómo era cuando estaba medicado?

-Nada, contenido completamente, como te diría normal entre comillas porque vos notabas que a medida que pasaba la mañana su inquietud y su verbosidad física y verbal empezaba, pero que, bueno, con mucho trabajo tratábamos que estuviera tranquilo, contenido durante todo el día. Hasta que después llegó un punto que a mitad de año como que ya otra vez volvieron las conductas agresivas, y eso me pasaba. Estaba muy señalado, son chicos que quedan muy estigmatizado en el grupo por los compañeros y los padres que no los quieren invitar a los cumpleaños, que no se siente con este o con el otro...

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona oeste, GBA)

- *“El niño funcional”*: este imaginario se construye a partir de la idea de un niño que responde exitosamente a la medicación y de cómo estos beneficios repercuten directamente en el entorno del aula. El niño es caracterizado como tranquilo, controlado y “dócil” a partir de la medicación. Se fundamenta sobre la idea de que el niño medicado pasa de hiperactivo a inactivo y de agresivo a dócil, por lo tanto genera menos conflictividad con el entorno escolar, familiar, etc. Es un imaginario que suele estar asociado a una mirada positiva hacia la medicación en tanto da los resultados adaptativos esperados.

- Empezó en marzo bien, trabajando bien, concentrada. Ellos lo empezaron en las vacaciones (la medicación). Ahora cuando hay un feriado y le sacan la pastilla, ellos me cuentan que la nena está totalmente revoltosa, cuando le dan pastillas no.

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, CBA)

E: ¿Y con la medicación vieron algún tipo de cambios?

-Y con la medicación era como que estaba... había paz, no molestaba a la maestra tampoco, y sí, además tenía como una cierta torpeza motora, porque como que estaba acelerado, se levantaba y tiraba cosas, tenía una cierta torpeza, muy buen alumno

(GP, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona norte, GBA)

E: Bueno, decíamos de la medicación, que lo ven como algo positivo.

-Yo sí.

-Yo también porque a mí me ha tocado chicos con muchos problemas y el día que venían medicados esos nenes eran otros, podías dar clases.

-Por eso te digo, lo bueno sería que fuera normal, que vinieran y no tuvieran problemas, pero con tanto problema en la casa más ellos que están así sacados, no sé cómo explicarte, bueno lo llevan al médico y le dan una medicación determinada para tenerlos tranquilos, y la única forma también de poder dar clases, yo te digo que también sí...

-¿Y no hay otra forma que no sea medicado?, por ahí con un tratamiento...

-En el caso que yo tuve por ahí la mamá me lo traía y me decía "le di la pastillita antes de salir" o "le di el jarabecito" y que sé yo la verdad que hoy va a estar más tranquilo, y cuando no...

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona sur, GBA)

-Y modificó actitudes, ese nene tenía problemas, no sé si ese era el problema que tenía, pero tenía dificultades de atención, era disperso, no se concentraba, y con esa medicación modificó, modificó.

(Directora, escuela pública tradicional, NSE bajo, Comodoro)

-No el que yo he tenido es un niño que cambió de no prestar atención, de ser distraído, de no poder concentrarse en nada a ser un chico que se sienta a trabajar, que te completa en tiempo y forma un deber, que participa bien en clase, pero no quieto, quieto en el sentido que no está en lo otro, pero no dopado.

(Grupo Docentes, escuela privada tradicional, NSE medio-alto, Salta)

Si bien frente al imaginario del niño "funcional" suele aparecer la idea de un resultado exitoso del tratamiento y una postura favorable a la medicación, en algunos docentes aparecen cuestionamientos y dudas acerca de la medicación aún cuando el niño dé muestras de adaptación. Esto en muchos casos supone interpretar la problemática del niño desde instancias no patológicas, es decir, no hacer el salto a la medicalización sino atender a problemáticas del orden de la vida cotidiana ("fue creciendo y fue madurando")

-Pero supuestamente eso (la medicación) lo ayudó a no tener tantos trastornos de conducta en el colegio y poder pasar de grado. Porque empezó desde jardín, había repetido salita de tres, que vos decís no podes repetir salita de tres. Lo han echado de colegios y que sé yo, supuestamente ahora está más calmado. Para mí esta más calmado porque él fue creciendo y fue madurando, ahora está en segundo grado. Pero no estoy de acuerdo con la medicación.

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona norte, GBA)

Este imaginario de niño “funcional” es en algunas ocasiones reproducido por el propio chico. Esto estaría mostrando una apropiación de un imaginario adulto por parte del chico mediante una clara naturalización del proceso de medicalización.

E- Y los chicos hablan del tema de la pastilla, de que tomaron la medicación y eso?

- Sí, yo sé por los chicos, que me dijo “es que mi mamá ahora me da.” Y la toma, y está bárbaro. Amoroso y hace todo bien... un chico de segundo año.

E- En qué contexto te lo dijo? Como fue?

- Le digo “qué pasa que estas tan tranquilo?” (risas) “Es que estoy tomando la pastilla para mi problema, la verdad que estoy tranquilo”. Además este chiquito hace deporte, hace boxeo, rugby y gimnasia, “entonces yo ya estoy sedado”, dice, “estoy tranquilo”. (risas)

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, Salta)

E: Y estos chicos que están con medicación ¿alguna vez hacen alusión al tema de que están medicados?

-Sí, sí, este que te digo que se fue, decía “me tengo que comer un sándwich porque tengo que tomar la medicación”. Bien. Incluso yo lo he hablado con sus compañeros y le hemos explicado porque era éste que hizo ese cambio tan rotundo de séptimo a octavo, que él pudo cambiar por que está ayudado. Por que esta con psicopedagoga, etc., etc. entonces él contó que toma una medicación y que eso lo ayuda a estar mejor.

E: Y el resto de los chicos ¿como se toma esta situación?

-Bien, bien, los chicos, digamos, de lo que estaban cansados era de la molestia permanente.

(GP, escuela privada tradicional, NSE medio-alto, Salta)

En el próximo apartado, se desarrollarán los capítulos analíticos sobre el campo de la salud. En el capítulo final elaboraremos conclusiones respecto a los puntos más salientes acerca de cómo se presenta y qué aspectos toma la problemática en la escuela para finalmente diseñar una tipología que, como herramienta analítica, sirva para interpretar el rol de la escuela en el proceso de medicalización mediante el diagnóstico de TDA/H, teniendo en cuenta las diversas dimensiones desarrolladas dentro del campo escolar.

Parte II El campo de la salud.

Capítulo 1. LAS REPRESENTACIONES DEL CAMPO MEDICO SOBRE EL TDA/H: Ideas e imágenes de los pediatras, psiquiatras infanto juveniles y neurólogos infantiles del Subsector público y privado de cuatro jurisdicciones Argentinas (AMBA, Corrientes, Salta y Tierra del Fuego) Construcción cultural, proceso histórico y contexto social y económico en la producción de un niño diagnosticado con TDA/H

1.1. Imágenes e ideas asociadas al cuadro de TDA/H

A partir de los discursos de los distintos actores entrevistados surge la reiteración de algunas imágenes ligadas a la “*hiperactividad*”, la “*hiperkinesia*”, la “*desatención*” o la “*incapacidad para concentrarse*”. A esta lista de conceptos se agrega en general la idea de “*trastorno*” o de “*déficit*” (presentes ya desde el comienzo de su denominación) pero sobre todo la idea de un “niño *insoportable*”.

Esta última descripción varía de acuerdo a dónde ponga el acento el profesional médico. En ocasiones los padres son descriptos como “víctimas” de tener un niño con estas características. Hecho que legitima entonces el pedido de medicación. Esta idea aparece representada en frases tales como:

-Es insoportable, maleducado, consentido, insolente.... en la casa también les genera mucho malestar, son chicos a veces difíciles de establecer límites, por ahí ese es otro motivo de consulta que estamos viendo mucho los pediatras.

(Pediatra, subsector privado, Salta)

-Son inaguantables para los padres.

(Neurólogo, subsector privado, Corrientes)

-Yo entiendo a la mamá o entiendo al docente que lo tiene en la escuela, o en su casa que pida socorro o auxilio SOS a cualquiera para hacer algo con esa criatura.... si lo traspolás a tu casa no podrías vivir con un nene como éste, o sea imaginate qué lleva a que esa mamá, o ese papá salgan a pedir auxilio.

(Pediatra, subsector privado, AMBA)

-[Esos chicos]... son un trastorno para la familia y la escuela.

(Pediatra, subsector privado, Salta)

-...es un tipo peligroso, de nuevo entre comillas, porque hace un despelote ahí adentro [en la escuela].

(Pediatra, subsector privado, AMBA)

-El niño con TDA/H es un problema frente al cual los docentes no se lo bancan y los padres tienden a querer medicación. El diagnóstico de por sí ya les da tranquilidad.

(Pediatra, subsector privado, AMBA)

En menor medida se pone atención en la perspectiva del niño que padece ese diagnóstico. Así es que en algunos relatos surge aludido el sufrimiento o las dificultades que éste tiene para enfrentar la vida cotidiana.

-...él se distrae fácilmente entonces en vez de enojarse o gritarle... tenés que acompañarlo.... a ese niño además le pasan otras cosas, no al niño que tiene TDA/H, a los niños [en general] les pasan otras cosas en la vida, tienen dificultades con su mamá, con su papá, con ellos mismos, y estas cosas tienen que ver con esto.

(Psiquiatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

-...no son vagos, son tipos que no se pueden organizar frente a la exigencia, y más frente a la variabilidad de la exigencia.

(Neurólogo, subsector privado, AMBA)

-...estos chicos llegan a la casa con la carpeta y no saben por dónde empezar, entonces se frustran y cierran la carpeta, y se tiran en la cama.

(Neurólogo, subsector privado, AMBA)

-... son chicos que son un poco más traviesos, y que se aburren o sea, yo no encuentro una patología severa detrás de la mayoría de estos chicos, sino que esto simplemente es cuestión de o un buen manejo del chico.

(Pediatra, subsector privado, AMBA)

-Su misma hiperactividad les impide dedicar un tiempo a lo que los demás [en la escuela] le exigen (...) los que están ya en edad escolar son chicos con inteligencia normal, que han cumplido las pautas madurativas y van bien hasta el 2º grado, incluso son graciosos o simpáticos y llega un momento en que todo eso se torna en agresividad, y como se sienten rechazados de alguna forma responden.

(Pediatra, subsector privado, Salta)

En estas dos últimas citas se agregan además los daños asociados al diagnóstico o sobrediagnóstico, tales como la desinserción escolar, la exclusión y el aislamiento. Efectos que terminan convirtiendo al tema de TDA/H en una problemática más compleja que exige una inmediata revisión considerando los planos en los que el niño crece e interactúa: el subjetivo, el familiar, el escolar y el social.

En algunos discursos surge especialmente mencionada la “responsabilidad” -por parte del adulto- de acomodarse a las necesidades que plantea este niño. En ellos se recupera la dimensión vincular, en particular la relación madre-niño como esencial para el sostenimiento de éste en la construcción y organización de su subjetividad. El adulto es ubicado entonces como el polo fundamental de la dupla para que el niño pueda crecer y desenvolverse mejor.

-...el primero que tira la piedra es el docente, en la escuela, “este chico es inquieto, no lo podemos manejar, consulten”.

(Neurólogo, subsector privado, AMBA)

-Para mi, el que está errado es el sistema de aprendizaje o de educación, yo creo que el sistema de educación se tiene que adaptar a ellos, no ellos al sistema de educación y por lo general son chicos excluidos. Y al menos acá son difíciles de insertarlos.

(Pediatra, subsector privado, Salta)

Como se puede observar la temática de la dificultad “en el aula” también es descripta en dos sentidos contrapuestos en los que se atribuye la responsabilidad o bien al niño o bien al medio educativo:

- los niños con TDA/H son los que producen el problema en el aula.

-Son chicos insoportables a quienes ni el padre, ni el docente, ni el pediatra les encontró la vuelta...dan vuelta a todo y molestan a los compañeros”
(Neurólogo, subsector privado, Corrientes)

-Son los revoltosos que molestan en el grado”
(Pediatra, subsector privado, Salta)

- el sistema educativo tiene que revisar su currícula, sus valores y contenidos y adaptarse a los niños de hoy, dado que los mismos están alejados de la infancia actual.

-En todos los Subsectores el tema del TDA/H es igual porque las escuelas están esperando escolares con un modelo de escolares que me parece que lleva 40 años de retraso.

(Pediatra, subsector privado, AMBA)

Sólo uno de los profesionales incluyó (desde otro eje) la “perspectiva del niño” diagnosticado como TDA/H y también medicado

-...a veces los ves venir luego de la medicación ‘contentos’ porque tras muchos fracasos, vienen como con un trofeo en la mano, de haber pasado bien sus pruebas en octubre, noviembre.

(Pediatra, subsector privado, AMBA)

1.2. Modos de describir el cuadro diagnóstico en los profesionales de la salud

Con respecto a la descripción del cuadro del TDA/H, existe una cierta uniformidad por parte de neurólogos y psiquiatras independientemente del subsector al que pertenezcan. Entre los síntomas o signos o rasgos que más mencionan estos profesionales médicos del campo de la salud se destacan:

- la hiperkinesia o hiperactividad

-...es el típico hiperactivo desde que entra al consultorio te lo da vuelta, no se puede quedar quieto en la silla, va, viene, te toca todo, le tenés que estar diciendo “eso no, eso no, quedáte quieto”, como que te da vuelta el consultorio.

(Neurólogo, subsector privado, AMBA)

- la desatención o distracción

-...la desatención uno la puede ver con algunas cosas básicas como figuras humanas y demás, pero también lo puede ver siempre en el consultorio pidiéndole los cuadernos, lo cual no son muy demostrativos porque es muy típico que se salten hojas, que dejen hojas en blanco o frases incompletas, típicamente nunca les alcanza el tiempo para completar.

(Neurólogo, subsector privado, AMBA)

-De repente tenemos al que vuela, el que supuestamente es el soñador, el que no es intranquilo, no tiene problemas de hiperactividad pero está todo el día en las nubes, ese chico es un chico tranquilo, se sienta en la silla, no habla, no dice nada, el síntoma es más la cuestión de que está siempre en las nubes.

(Neurólogo, subsector privado, AMBA)

-...le cuesta concentrarse, tiene memoria a corto plazo disminuida, tiene dificultad para hacer vínculos, tiene rabietas, los síntomas que se te puedan ocurrir, le cuesta concentrarse salvo en las tareas que le interesan, no puede terminar las tareas porque se distrae.

(Psiquiatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

- la impulsividad

-Un chico que entra al consultorio tocando todo, caminando en forma incesante y que contesta las preguntas antes de que uno se las haga. Entonces uno le dice “che, vos cómo te...?” y él dice “yo me llamo Jorge”, entonces uno le dice “no,

pero yo quería preguntarte cómo te vestiste hoy?”. Esto es típico, eso es un rasgo de impulsividad.

(Neurólogo, subsector privado, AMBA)

-En el consultorio lo veo más como lo motriz que lo ligado a la desatención pero en las entrevistas con los papás suele aparecer más una cuestión de lo desatencional en el colegio. Pero en las entrevistas con el pibe en sí aparece más lo motor.

(Psiquiatra, subsector privado, AMBA)

La mayor diferencia en la descripción del cuadro se ubica en el grupo de pediatras -independientemente del subsector al que pertenecieran- en los que se destaca una visión más amplia de la subjetividad del niño ya que integran, otros aspectos de su vida, tales como la perspectiva emocional y el plano familiar.

-...si bien rompen la paciencia todo el día, y desarman la escuela, el grado y uno se da cuenta que estos chicos, los de verdad, tienen más conciencia y sufren mucho porque no quieren ser terribles.

(Pediatra, subsector privado, AMBA)

-...el clásico chico que tiene una atención dispersa, una atención que no logra focalizar, [pero también] habitualmente son chicos vivaces, inquietos.

(Pediatra, subsector privado, Salta)

Cabe destacar que este último profesional detalla características que se mencionan en otros relatos anteriormente citados, pero les da una valencia positiva (inquietud: como vivacidad y no como hiperactividad).

1.3. Acerca de las similitudes o diferencias en los niños/as con TDA/H por edad y género

Dado que el cuadro aparece desde los distintos discursos ligado al tema escolar, la edad señalada como de mayor frecuencia de aparición es la del inicio de la escuela primaria. Sin embargo algunos profesionales de la salud –sin distinción

de zona de pertenencia o de perfil profesional- refieren que dicho cuadro está apareciendo –en los últimos años- en edades cada vez más tempranas, a los tres, cuatro o cinco años.

-Yo en el jardín no los medico a los pibes porque me parece muy pronto, pero vienen las mamás a consultar, después ya a los siete, ocho para hiperkinesia, primero, segundo, tercer grado.

(Psiquiatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

-Eso [la edad de consulta] varió desde hace 6 o 7 años a ahora. Antes, la edad de consulta eran más grandes, alrededor de los 10 u 11 años, después varió también el fracaso escolar que llegaba a la consulta neurológica. Ahora hay más consulta tempranamente, ya en sala de 5 y hemos tenido consultas de sala de 4 por trastorno de déficit de atención, cuando uno no puede diagnosticar trastorno de déficit de atención a esa edad, pero esos son más derivados del jardín porque el chico es inquieto, porque el chico no presta atención y entonces la maestra le dice al padre “haga una consulta porque puede ser un déficit de atención.

(Neurólogo, subsector privado, AMBA)

Esta frase deja ver la idea de “sobrediagnóstico” en el proceso de supuesta detección temprana, sin embargo para otros profesionales la consulta precoz es el resultado de una detección más agudizada.

-El problema que había antes es que todo psicopatología desconocía este cuadro, entonces los chicos venían muy tarde, ya con un fracaso escolar muy grande, con factores emocionales asociados debido al fracaso, llegaban a los doce años, trece, catorce. No los pesquisábamos antes porque eran derivados a psicología directamente cuando andaban mal en la escuela y a neurología no llegaban.

(Neurólogo, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

Según refieren los entrevistados la prevalencia de TDA/H –tal como ellos la perciben en sus espacios de trabajo- sigue la tendencia que se verifica en otros países: es mayor en niños varones que en mujeres. Si bien las cifras varían según los entrevistados todos acuerdan en la misma tendencia.

-...porque el varón cuando es hiperactivo suele ser más impulsivo y más molesto, entonces se lo deriva más porque molesta más y llega más a consulta.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

-...a sabiendas que el TDA/H en las niñas es siempre un poco menor, tiene siempre menos impulsividad, menos agresión.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

-Hay que redefinir el diagnóstico de TDA/H para poder incorporar a las niñas, porque en los niños está bien claro, es todo un replanteo que hay que hacer.

(Neurólogo, subsector público, Salta)

1.4. Contexto social y económico en la producción de un niño con TDA/H

Los distintos profesionales de la salud acuerdan en señalar las diversas denominaciones que tiene el cuadro según se lo diagnostique en un niño proveniente de diferentes sectores socioeconómicos.

Admitir tales diferencias supone a la vez, la posibilidad de que en un sector sea visto como una “patología” –sectores de mayor exigencia y rendimiento social y académico– y en otro como una “característica de personalidad del niño”, al que sólo se le exige buena conducta y no se le atribuyen expectativas o posibilidades para aprender.

-El status depende del nivel social del paciente. Si es nivel social bajo es el burrito, el desatento, el que la madre o el padre no le da bolilla, el repetidor. Y el que tiene un poder adquisitivo un poco mejor o como acá decimos tiene apellido, bueno, tiene un TDA/H.

(Pediatra, subsector público, Salta)

-...en la población del consultorio privado están más sensibilizados o más atentos al tema, entonces pecan un poco más y consideran un poco más la parte emocional (...) yo creo que en niveles socioeconómicos bajos también se da, pero lo que pasa es que la percepción es distinta.

(Pediatra, subsector público, Salta)

-En una clase social tal vez un poco más alta el chico tiene que aprender bien, que no aprenda bien y que haya desatención, le impide incorporar los valores de la currícula de ese año y que pueda repetir de grado es un tema mucho más importante. Acá [se refiere a la escuela pública] es que se porte bien-

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-Varios colegios de zona norte [Amba] en algún momento tenían una fuerte tendencia a la derivación al neurólogo en forma directa-

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

-Con éste pedido que “creo que mi hijo tiene un diagnóstico de TDA/H” vienen de clase media para arriba, la clase media baja consultan también digamos porque un niño tiene problemas y es insoportable pero no viene nominado de esa manera, esa es la diferencia-

(Psiquiatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

Como respuesta al diagnóstico o “sobrediagnóstico”, fenómeno ubicado más habitualmente en los sectores sociales medios o altos se encuentra la terapéutica medicamentosa. Habría así una asociación entre sectores socioeconómicos altos y respuesta farmacológica.

-.... la clase social de mayor poder adquisitivo me parece que está sobre más riesgos de sobremedicación, que la clase baja que no tiene recursos para comprarlos o tener esa medicación.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

En estos discursos aparecen, en general, los medios de divulgación –a los que los sectores medios y altos tienen mayor accesibilidad- como promotores del diagnóstico o de la búsqueda del rótulo tranquilizador.

Otra postura que surge de los discursos de los entrevistados en el campo de la salud si bien expresa la influencia del contexto socio-cultural y familiar, supone que el mismo promueve o inhibe el desarrollo del cuadro que de todos modos existe en el niño:

-....el ambiente en el cual va a estar inserto ese chico va a ser que ese trastorno se note más o menos, o se le de más o menos importancia. Una familia que está en el campo o una familia más light, que de repente tiene reglas más abiertas y que los límites son más abiertos quizás ese chico no trae tantos problemas o no se manifiesta tanto como en una familia más tradicional con muchas reglas, muy rígidos.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

-La organización institucional no favorece un TDA/H, eso lo trae el niño, en tal caso lo desarrollará mejor en una escuela desorganizada, con normas muy lábiles, etc., funcionaría mejor en otra escuela, pero igual si es TDA/H igual va a funcionar como TDA/H-

(Psiquiatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

Cabe destacar otra perspectiva en la que algunos, si bien admiten la diferencia de apreciaciones en torno de la representación y del diagnóstico del TDA/H, en los diferentes sectores socioeconómicos de los que provenga el niño y su familia, lo hacen desde un discurso más endogenista o biologicista, que se une con lo que en el capítulo siguiente se ha desarrollado como condicionamientos sociales.

-... es más común en las clases bajas y esto de alguna forma se asocia también, o puede llegar a asociarse a dos razones, una que es hipotética y la otra que es muy segura, la segura es que la tasa de alteraciones perinatales, en poblaciones de menores recursos es mayor. Por lo tanto, como te decía antes acerca de lo secundario esto podría ser una cosa muy posible.... Y por lo tanto encuentres más personas con bajos ingresos económicos con TDA/H y por lo tanto tengan más hijos con TDA/H porque haya mayor incidencia... por lo tanto pertenecen a un grupo alienado por decir así de la sociedad y por lo tanto la probabilidad que a largo plazo pertenezcan a un grupo de menores ingresos es mayor.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

-...por la evidencia de trastornos psiquiátricos en las familias de niños con TDA/H, en los TDA/H es de alrededor de 7 veces más que en la población general...no estamos diciendo que esto está determinado 100% por la genética, pero está determinando la susceptibilidad que tiene que tener un entorno para que lo promueva

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

1.5. Construcción cultural y proceso histórico en la configuración del cuadro del TDA/H

Otro tema en relación al TDA/H es la discusión que surge acerca de la aparición del cuadro o del “boom” diagnóstico –tal como algunos lo señalan- que ha habido al respecto.

A pesar de admitir una importante imprecisión diagnóstica, ligada al cuadro, y una cierta confusión producto también de diversos enmascaramientos diagnósticos en los que caen en ocasiones los profesionales de la salud, se observa -en general- en la mayoría de los entrevistados un acuerdo en cuanto a la existencia del cuadro clínico, como tal, no como entidad resultante de la moda, sino que le confieren entidad *per se*. La moda, en cambio, aparece como la responsable del fenómeno de “sobrediagnóstico”. Las posiciones van desde:

- Considerar que no hay duda de la existencia del cuadro clínico que ha ido cambiando sólo su denominación pero su esencia se ha mantenido desde su primera descripción. Los entrevistados mencionan diferentes denominaciones que ha tenido el cuadro de TDA/H –tal como hoy se lo denomina- a lo largo de la historia: “daño cerebral”, “comportamiento amoral”, “disfunción cerebral mínima”, “hiperkinesia”, “disritmia”, “déficit de atención”, “trastorno por déficit de atención”.

-Esto existía desde antes, lo que pasa es que van cambiando los criterios diagnósticos, entonces esto genera confusión, porque esto en una época se llamaba disfunción cerebral mínima, antes de eso se llamaba daño cerebral mínimo, después fue reacción hiperquinética de la infancia, después déficit de atención con o sin hiperactividad, después fue déficit de atención con hiperactividad, ahora es déficit de atención con predominio de hiperactividad, con predominio de inatención o de tipo combinado. O sea, ha ido cambiando y en realidad se ha ido refinando la manera de diagnóstico.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

-Yo creo que esta es una entidad clínica que existe, no hay ninguna duda (...) Ya en los 70 eran diagnosticados como daño cerebral mínimo (...) la idea era brindarles un buen apoyo pedagógico y terapéutico y rescatarlos y que no entren dentro del círculo del burro que se va atrasando y donde hasta pierden su escolaridad

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-Primero fue disfunción cerebral mínima y la búsqueda con el electroencefalograma si se encontraba algo y después fue lo de hiperquinético.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-Antes, hace 25 años lo llamábamos el hiperquinético, las distrimias, eran las famosas distrimias que algunos las medicaban, otros no y no se cuánto hará que se conoce como síndrome de déficit de atención, serán 10 o 15 años.

(Pediatra, subsector público, Salta)

-...el TDA/H se viene describiendo desde la década del cincuenta como tal, yo creo antes no estaba bien discriminado, no se sabía bien lo que era, y creo que tienen que ver también con un crecimiento de la exigencia social, por una mayor conceptualización de lo que significa la educación, respecto de la cantidad de estímulos a los que un niño está expuesto.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

-... no se puede llegar al extremo de decir el síndrome no existe y es un invento de la industria farmacéutica, a los chicos con TDA/H los ves.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

- Considerar la moda como la que “produce” el cuadro clínico. Esta postura atribuye a los factores socioculturales, ambientales y a la industria farmacológica la aparición y divulgación del cuadro. Por otro lado, esta perspectiva enfatiza la subjetividad de cada niño y el contexto de producción familiar de sus síntomas o características de personalidad. Ciertos ideales epocales son mencionados como condicionantes en la producción de subjetividad del niño y su familia: “el rendimiento”, “el éxito”, “el consumo”.

-Hay una medicalización como parte de la cultura... la gran mayoría de los síntomas que se esbozan de hiperactividad, de atención tienen una superposición muy importante de violencia familiar, conflictos familiares, separaciones, muertes, colegios inadecuados, etc., que en muchos lugares no saben buscar respuestas, conflictos familiares no solo de la pareja sino a veces del entorno familiar.

(Psiquiatra, subsector privado, Corrientes)

-Antes era el vaguito, el que no prestaba atención, ese chico ahora se metió en ese cajón y es más fácil para todos, se rotula más fácil, y uno se queda más tranquilo... yo creo que como el TDA/H tuvo una difusión pública, a veces buena, a veces mala, (...) los medios se manejan espantosamente mal, y hay una demanda del público, Crónica, TN, la TV te impone, y la gente sabe que existen éstas drogas, y la gente va a pedirle al médico que medique al chico.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-El TDA/H es una moda (...) se perdieron valores, limitaciones, sumados a los patrones conductuales de agresividad y violencia, la extensión de la juventud de los padres. Hay un trastocamiento producto de la época menemista

(Neurólogo, subsector público, Corrientes)

También se hace más hincapié en la presencia de los laboratorios como factores que contribuyen a la aparición del “sobrediagnóstico” y la “sobremedicación”.

-Es la presencia y la propaganda de los laboratorios, la radio, los medios gráficos, donde se hace propaganda encubierta... ahora se sobrediagnostica.... Se diagnostica como TDA/H hasta los problemas de crianza donde el niño es el emergente (...) es la época actual la que hace aparecer el TDA/H.

(Pediatra, subsector público, Corrientes)

-La misma industria farmacéutica obliga a poner en el mercado “nombres”. Si bien el TDA/H tiene un componente orgánico, no se sabe aún si el origen es genético o cultural.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

El incremento de la incidencia del TDA/H, es destacado cronológicamente desde comienzos de los años noventa (tal como lo muestran las citas precedentes) donde se incorpora además en mayor medida la práctica de medicar a los niños.

-Sí creo que hubo artículos a favor y en contra, empezaron a aparecer a partir de la década del 90 en revistas, diarios y cosas por el estilo. O sea, pasó los límites de lo que es la medicina pura y exclusivamente y entró en los límites de revistas de divulgación masivo y por eso es que se empezó a escuchar mucho más

(Neurólogo, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

-....esto ya estaba detectado en la década digamos del 50, pero es una patología que hizo boom en el último tiempo (...) si a mi me hubieras entrevistado hace 20 años yo te hubiera dicho que era muy difícil para los padres aceptar esto de la medicación

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

Otros refieren con mayor contundencia el *boom* a comienzos del 2000, dado que registran un aumento de la consulta por este cuadro. Entre las razones que ellos argumentan para ubicar tal fecha se encuentran:

-...se deteriora toda la cuestión con la familia y antes yo no te puedo decir que las familias no estaban tan enloquecidas ni que estaban en situaciones tan complicadas como lo que están, empezaban a estar en ese momento, yo me animaría a decir que es del 2001, me parece que sí.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-El cuadro como tal existía desde siempre, (...) pero si tomamos los últimos seis o siete años es habitual la cantidad de consultas por déficit de atención.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

Cabe destacar la impronta que posee la mirada de los profesionales médicos en la incidencia de toda patología, enfermedad o cuadro clínico –en este caso en particular el TDA/H- expresada en discursos tales como:

-....cada vez que aparece una patología nueva los médicos encontramos más casos

(Pediatra, subsector público, AMBA)

El presente capítulo ligado a la exploración de las representaciones que surgen en torno del cuadro del TDA/H en los distintos especialistas médicos resulta cabal dado que arroja no sólo los cimientos para entender la construcción cultural y el proceso histórico en la configuración de dicho cuadro, sino también sienta los fundamentos para comprender cómo se construye dicha categoría diagnóstica y qué tendencia registra a lo largo de las distintas épocas. Ambas serán estudiadas en el siguiente capítulo.

Capítulo 2. EL DIAGNÓSTICO DEL TDA/H DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES DEL CAMPO MEDICO: la mirada de pediatras, psiquiatras infanto juveniles y neurólogos infantiles del Subsector público y privado de cuatro jurisdicciones argentinas (AMBA, Corrientes, Salta y Tierra del Fuego).

Posicionamientos, debates, acuerdos y desacuerdos

Hablar de diagnóstico en salud mental es un tema controversial, ya que este presenta menores niveles de acuerdo con respecto a otros diagnósticos médicos. Sin embargo existen, como ya hemos descrito, clasificaciones y estandarizaciones confeccionadas por grupos de científicos y clínicos de raigambre internacional que constituyen los manuales de referencia diagnóstica y homologación de lenguaje, tales como el *Diagnostic and Statistical Manual* (D.S.M.) en su versión IV y la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E. en castellano, I.C.D. en inglés) en su versión número 10. La Organización Mundial de la Salud establece la utilización de este último para la descripción y evolución de cada diagnóstico, asignándole un código alfa-numérico. En Argentina, el CIE 10 es el sistema previsto para la consignación diagnóstica del subsector público nacional. Otro de los sistemas utilizados es la Clasificación francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (2000). Conforme a dichos manuales el TDA/H, tal como se ha desarrollado en su definición diagnóstica es descrito en el DSM IV como “*trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador*” (con sus siete tipologías).

Para analizar las similitudes o diferencias que pudieran surgir en torno al diagnóstico del TDA/H, se tomaron la totalidad de las respuestas vinculadas a la temática, dadas por los diferentes actores entrevistados del campo médico. Dichas respuestas no siempre consideraban las definiciones diagnósticas previstas por los manuales antes mencionados; sino que incluían descripciones, opiniones, creencias y percepciones

personales. Todo esto fue tomado como discurso factible para ubicar en él las representaciones que cada uno de dichos grupos profesionales configuraban en torno al tema del “diagnóstico del TDA/H”.

Los diferentes actores entrevistados –todos ellos en contacto con niños diagnosticados con TDA/H- señalaron respecto de este diagnóstico algunos rasgos comunes que se nuclean en torno a:

a) *Las dificultades que plantea la confección del diagnóstico del TDA/H:* estas dificultades se manifestaron alrededor de tres ejes:

- La ubicación de comorbilidad en el cuadro: Este eje alude a la posibilidad de ubicar otras patologías que se presentan de manera conjunta y simultánea al TDA/H.

- Hay distintas discusiones: si el trastorno del TDA/H es un trastorno primario, una entidad, o si es el primer síntoma o la primera cortina de síntomas en un chico que va a desarrollar alguna comorbilidad psiquiátrica, entonces, esta es una discusión, que tiene que ver más con el concepto del diagnóstico operativo, donde usted opera haciendo un diagnóstico categorial, lo dimensiona y después sabe que en lo mediato, operativamente lo tiene que seguir por la posibilidad que desarrolla o no complicaciones, una comorbilidad psiquiátrica, que está en el orden casi de un 70%, [y] tiene que ver con conductas oposicionistas desafiantes, mayor tendencia a la bipolaridad, mayor tendencia a los trastornos de conducta

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

- Enmascaramiento de otro cuadro: Este aspecto describe la posibilidad de englobar dentro del cuadro del TDA/H otras patologías o situaciones problemáticas pudiendo confundir los límites de una y/u otra y atentando contra un diagnóstico preciso

- En el consultorio hemos tenido desde sí un déficit de atención diagnosticado, que por ahí fue medicado, pero también hay déficit de atención en el que son chicos que están siendo abusados y no se ha hecho el diagnóstico en ese momento, no salió de ninguna manera y aparece como relato de la maestra en general como que de golpe lo ven que no atiende nada, que está pensando en otra cosa, lo ven más triste. En esos

a veces el nivel de aprendizaje están más o menos mantenidos, pero el espectro de la desatención es muy amplia.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-Me parece que bajo el paraguas de déficit de atención en realidad estamos actualmente englobando una serie de dificultades que yo más bien caracterizaría como desajustes y desajustes en las expectativas de lo que la escuela espera de los chicos, de las familias, y en las expectativas de lo que la familia espera de la escuela, y de los chicos y en las expectativas acerca de lo que el chico realmente puede desde un punto de vista de desarrollo madurativo y de desarrollo de sus potencialidades dar.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

- ...por eso ahí hacemos mucho el diagnóstico diferencial en general con una depresión, bueno o con trastornos más border, con esquizos por toda esa cosita, ese desapego que está ahí como en su mundito propio, y el hiperkinético a su vez nos hace dudar por eso que van tan rápido, y parece que todos los molestan, y se sienten así como hiper-mal con el resto del mundo.

(Psiquiatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

- ...¿este chico es un TDA/H o está haciendo síntoma porque los padres se separaron?, si yo lo miro así por ahí lo encuadro dentro del DSM IV, el problema es que por ahí el TDA/H nos separa para interrogar, yo no desmerezco -insisto- que hay niños que tienen esos síntomas, muy puntuales ¿sí?, pero que además hasta hoy aún desde la psiquiatría clásica y todo lo demás, hablo de infanto-juvenil, se ve que muchos que tienen sintomatología de TDA/H, que encuadran con toda la sintomatología severa, terminando siendo un Trastorno General del Desarrollo, terminan siendo una psicosis en estructura.

(Psiquiatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

- La existencia y proliferación de “malos diagnósticos” y “sobrediagnósticos”. Este ítem –muy mencionado en la totalidad de los relatos- pone de manifiesto la dificultad existente al día de hoy para llegar con certeza a la configuración del diagnóstico de TDA/H. Junto con los ítems anteriores ratifica la dificultad para considerar este diagnóstico como una entidad clínica, delimitada, circunscripta y precisa.

- Yo entiendo que existe el déficit de atención per se, como patología propia y además existe como secundaria a un montón de otras patologías que tienen entre sus componentes el déficit de atención e hiperactividad pero que de todas maneras, en el monto de los chicos es un mínimo porcentaje, y se hacen muy malos diagnósticos.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-Es difícil que yo vea un diagnóstico puro de Déficit Atencional. Puede ser que alguno de estos trastornos de conducta, o problemas de aprendizaje o qué se yo, desde el colegio dicen de la posibilidad de que sea un TDA/H, o ya los padres la lectura de TDA/H por Internet o de donde fuere, por lo general es muy raro que yo termine haciendo el diagnóstico de TDA/H. Otros lo diagnosticarían como TDA/H, pero no sería para mí TDA/H.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

-Yo creo que esta es una entidad clínica que existe, no hay ninguna duda, que existe quizás en el mínimo porcentaje de los chicos diagnosticados como tales, porque pienso no lo han sabido diagnosticar, porque una de las cosas que dicen es que el chico no se queda quieto y un chico que tiene un verdadero déficit de atención cuando encuentra una cosa que le interesa realmente se queda quieto y presta atención y puede hacer un montón de cosas.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-En mi caso particular, en general mucha gente tiene la idea de asociar los trastornos de conducta al TDA/H y eso lleva un poco a que haya una distorsión, porque mucha gente cree que TDA/H es un chico que tiene conducta desafiante, o conducta sumamente destructiva. O sea, si bien la mayoría de los chicos con TDA/H son hiperactivos, no es el 100% de los chicos los que tienen trastornos de conducta, como conducta desafiante u oposicionista.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

b) *Etiología del cuadro:* otro de los componentes esenciales de todo diagnóstico, además de la descripción de sus características patognomónicas es su etiología, su evolución y su terapéutica. Acerca de su etiología no parece haber certezas, tal como lo señalan los entrevistados y en cambio subrayan la multicausalidad.

-El TDA/H es para los psiquiatras lo que las virosis a los pediatras. Un síndrome implicaría desde lo médico signos y síntomas. [En el TDA/H] signos no hay entonces no entraría dentro de la definición de síndrome, signos tampoco (...) si, síntoma de algo, mas que una entidad en sí misma me parece que es síntoma de algo. Es como el insomnio. (...) Algo de lo biológico está jugando fuerte, pero no es lo único.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

-...como siempre cuando te aparecen varias teorías, no hay todavía ciencia cierta cuál es el origen de esto, si es genético, si es cultural, si hay algo que... la gente hoy por... no soy organicista totalmente, pero creo que tiene mucho que ver, lo cultural.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-En realidad es un trastorno que creo que si bien está muy enfocado desde un abordaje también neurológico, psiquiátrico, psicológico tiene mucho que ver lo social, es fundamental el tema de la familia. ... a veces son diagnosticados y son derivados

desde la escuela pero [los chicos] vienen a dar cuenta de toda una problemática también familiar y social, no solamente una cuestión psicológica, psiquiátrica y neurológica, a veces se trata de reducir en ese punto de vista.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

-Los síntomas antes tenían que ver más con la estructuración del niño y entonces, con una pequeña intervención alcanzaba, todavía hay algunos que les pasa eso, salen adelante. Pero los síntomas que aparecen hoy en día como el llamado TDA/H, o fracaso escolar o las depresiones en la infancia son síntomas mucho más complicados que tienen que ver con la sociedad en que vivimos obviamente.

(Psicoanalista, subsector público, Salta)

-El síntoma de TDA/H para mi particularmente tiene que ver con la época y una época donde nosotros decimos que el otro no existe, donde el orden de alguna manera tiene una caída en la función del padre en cuanto a un referente simbólico, digamos, que tiene que ver con la cuestión de la autoridad y el manejo y el desfasaje que se produce en la familia en la transmisión de la ley, podemos decir de alguna manera y esto produce estos niños que quedan ahí.

(Psicoanalista, subsector público, Salta)

-Uno puede basarse en las definiciones de trastornos de atención, todos tratan de tener una aproximación en las categorías precisamente DSM IV o de alguna tratado a través de la Academia Americana de Pediatría o de la Sociedad Argentina de Pediatría para categorizar el trastorno de la atención. Sin hacer un análisis riguroso, yo creo que lo que salta o lo que yo veo más en el consultorio es la combinación del desajuste que produce esto en la escuela en cuanto al chico que no logra cumplir las consignas que esto también lo lleva a no poder participar su desajuste con sus compañeros y esto rápidamente comienza a hacer ruido en el colegio.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

En el caso de los neurólogos, la etiología aparece ligada más enfáticamente al compromiso orgánico del cuadro, en especial en algunos de ellos, donde se menciona la predisposición genético-hereditaria.

-El trastorno de TDA/H está asociado con el trastorno de conducta y se da como un subtipo especial de TDA/H. En realidad esto es consistente con los estudios familiares porque de hecho es más frecuente hallar en pacientes con TDA/H y trastorno disocial de conducta, familiares que también tienen TDA/H y trastorno disocial de conducta. Lo mismo con los cuadros bipolares. O sea que probablemente - con el tiempo- se vaya a ir refinando y estableciendo subtipos. Lo que pasa es que no hay una sola causa, entonces es muy difícil decir que esto es una enfermedad, porque es multicausal.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

En la alusión a la multicausalidad, la idea de “*lo ambiental*” cobra una significación distinta que la del resto de los actores entrevistados.

-Y también hay cuestiones ambientales que favorecen a que un chico tenga TDA/H, por ejemplo el hecho de que la madre haya fumando durante el embarazo, la exposición a la nicotina aumenta el riesgo a tener TDA/H, aumenta tres veces el riesgo de tener un chico con déficit de atención, la epilepsia hace que sea más frecuente el TDA/H...

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

Fue interesante observar cómo las respuestas sobre diagnóstico se concentran según especialidad médica y subsector en el cual trabajaban los profesionales entrevistados. Aunque también pueden notarse algunas particularidades según la zona del país en la que los profesionales se desempeñan.

Los pediatras ligan el diagnóstico de TDA/H –descrito por ellos desde una perspectiva integral- al tema escolar. El circuito de derivación se inicia así entonces generalmente en el colegio y la primera fuente de consulta son ellos, quienes constituyen los referentes de la salud de los niños.

Sin embargo se observaron diferencias en la apreciación de lo escolar según pertenecieran al sector privado o público. Aquellos pertenecientes al subsector público refirieron que el TDA/H era atribuible a los desajustes existentes en la escuela, poniendo especial énfasis, en la “*sobrecarga de los docentes*”, a quienes “*rotular a un niño con TDA/H los alivia*”.

-Muchos de mis pacientes están en cursos de 30 o 35 chicos donde frente a estas situaciones el colegio, el gabinete psicopedagógico del colegio rápidamente le pide a los padres a ver qué se puede hacer con esto, que su hijo está teniendo problemas o para prestar atención o para tener un día normal en su colegio.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

En este grupo se destaca también la mención a la precariedad y a la pobreza de la población a quienes atienden como un contexto que no queda afuera del cuadro, y a la necesidad de tener una mirada integral sobre la temática.

-El hambre también produce desatención, un chico obstruido que pasa toda la noche sin respirar bien a la mañana va a estar desatento.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-Un hijo de un papá que cartonea y que lo acompaña hasta altas horas de la noche, se levanta a la mañana para ir a la escuela, desayuna en la escuela y también va a estar desatento. Es decir, ha tenido un ayuno prolongado y ha perdido horas de sueño.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

En cambio los pediatras entrevistados que se desempeñan en el subsector privado, describen por un lado a niños *“inquietos, inmanejables, con déficit, hiperactividad, desatención, agresividad...”* y *“padres que presionan”* para que les den una respuesta. Lo escolar aparece mencionado y también hacen referencia al aprendizaje, pero destacan la necesidad de los padres de *“cumplir con las exigencias escolares”*.

-...empieza a ir mal a la escuela, el docente no se lo banca en el aula, es un tipo peligroso, de nuevo entre comillas, porque hace un despelote ahí adentro, y bueno presionan a los padres, los padres vienen a consultar acá, para que nosotros deriváremos al neurólogo.

(Pediatra, subsector público, Salta)

-El chico con déficit de atención y con hiperactividad es un problema, es un problema vos lo ves, lo traen al consultorio y te lo imaginás, si lo traspolás a tu casa no podés vivir con un nene como éste, o sea eso imagínate que lleva a que ésa mamá, o ese papá salgan a pedir auxilio,(...) y eso puede presionar, más la presión que puede tener un docente, por ejemplo, eso creo que lo lleva al médico a buscar otra instancia terapéutica, que ya no sea la psicológica, y creo que ahí está donde se sobre-medica.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

En ambos casos se remarca la necesidad de llevar a cabo un diagnóstico interdisciplinario y algunos de ellos afirman a la vez, no sentirse capacitados para atender a niños con TDA/H a la vez que se definieron como “derivadores”.

-Yo creo que muchas veces también veo otros chicos que tienen dispersión, es decir yo realmente clínicamente no podría hacer el diagnóstico de cuál es el chico que tiene dispersión y requiere tratamiento o no, lo que sí creo es que hay un gran déficit en la atención familiar, es decir creo que si uno empieza a buscar cuál es el problema en el chico, es decir sacando el aspecto visual o que por ahí los padres no les hablan demasiado o no pueden estarle encima por el problema del analfabetismo o que están trabajando mucho.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-Trato de hacer un diagnóstico interdisciplinario, consulto a la psicopedagoga, que una terapeuta me haga el diagnóstico y si veo que estamos coincidiendo entre todos recurro a la medicación, yo generalmente no doy psicofármacos, no los utilizo, salvo en alguna oportunidad especial se los doy a los padres. Y eventualmente lo que sucede es que por ahí un chico está con una grave crisis (...) y en realidad lo que tiene es una depresión (...) yo nunca he medicado a un chico chiquito, pero sí requiere una terapia lo derivó.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

Resulta necesario señalar que tanto pediatras como psiquiatras a la hora de derivar tienen definido el perfil del profesional al que van a enviar al niño de acuerdo a su posición frente a la medicación (si está a favor del recurso de la medicación o es “anti-medicación”). Esta selección es pensada estratégicamente desde el comienzo del circuito de derivación.

-Lo que yo uso para diagnosticar y hacer la derivación, yo derivó usualmente a un psiquiatra que es un poco el paradigma de los medicadores y que habitualmente medica a mis pacientes, (...), él es uno de los que trajeron todo esto y que realmente sabe muchísimo de la química.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-...hay muchos que mejoran, que solos mejoran, yo creo que por la madurez biológica del chico...., y chicos que no han tenido medicación y se han curado solos.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

Cabe destacar la mención que hacen los pediatras a los consensos establecidos por la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), como ente referente de los lineamientos a seguir en materia de diagnóstico y terapéutica.

-En general desde la Sociedad Argentina de Pediatría se hace hincapié en..., buscando en nosotros, los pediatras, que no sobre-mediquemos.
(Pediatra, subsector público, AMBA)

Dado que este colectivo profesional médico enmarca el tema del TDA/H en una perspectiva integral y la concibe como una problemática escolar y social, es notorio, en el caso puntual de Salta, que los pediatras del subsector público refieren no considerar al TDA/H como “*un problema de salud pública*”, aunque insisten en pensar dicho cuadro como consecuencia de causas socio-ambientales.

En relación a los psiquiatras las diferencias relacionadas al tema de diagnóstico se acentúan. En primer lugar, algunos se reconocen como “no tener el perfil de medicadores” y otros como “defensores de la medicación”.

-...excepcionalmente he medicado a algún pibe que presentaba el TDA/H, porque se me hace muy difícil abstraer la cuestión de TDA/H pura, se me hace difícil. O sea, en este sentido probablemente yo no sea un fiel representante de un psiquiatra infanto juvenil.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

-...yo me manejo siempre con el metilfenidato para el TDA/H y he tenido muy buenos resultados (...), se mantienen muy bien con el tratamiento farmacológico.

(Psiquiatra, subsector privado, Tierra del Fuego, Ushuaia)

En este grupo principalmente aquellos pertenecientes al subsector público, destacan el fenómeno del sobrediagnóstico en materia de TDA/H, subrayando por un lado que dicho diagnóstico está en absoluta relación a “quien lo confecciona” y a “los recursos económicos de los padres que consultan”, a la vez que señalan como causa principal del TDA/H el contexto escolar, y algunos específicamente el tema del “rendimiento” y la “exigencia”.

-...hay más chicos medicados en zona norte [del Gran Buenos Aires], por las expectativas escolares.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

-...hay síntomas que han ido apareciendo, como el TDA/H, para los cuales tampoco los docentes están preparados para sostener esto.

(Psiquiatra, subsector público, Salta)

-...trabajamos muchísimo con docentes, no pueden dar clase, les cuesta mucho dar clases, las docentes tienen que dar clases y no pueden con estos chicos.

(Psiquiatra, subsector privado, Tierra del Fuego, Ushuaia)

-Y los padres “dale, apurate que tenés que aprender” (...) es decir le exigen un ritmo y después pretenden que el chico pueda quedarse cincuenta minutos calmado, algo que no tiene mucha congruencia.

(Psiquiatra, subsector privado, Tierra del Fuego, Ushuaia)

Desde un grupo de médicos psiquiatras infanto-juveniles del subsector público hay un cuestionamiento a la construcción diagnóstica y destacan la producción de sobrediagnósticos en los que se incluye a niños inquietos.

-...un chico inquieto no es hiperactivo.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

Entre las causas que atribuyen a la etiología del TDA/H está la crisis y la caída de la función de autoridad parental.

-Hay poblaciones, por ejemplo de preescolares o con edades menores que se sobrediagnostican, porque se interpretan los síntomas de inquietud o de movimientos propios de un preescolar o de un chico más chiquito como sintomatología de hiperactividad. Veamos que es un chico inquieto, no es hiperactivo.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

-La gran mayoría de los síntomas que se esbozan de hiperactividad, de atención tienen una superposición muy importante de violencia familiar, conflictos familiares, separaciones, muertes, colegios inadecuados, etc., que en muchos lugares no saben buscar respuestas.

(Psiquiatra, subsector público, Corrientes)

En cambio en el subsector privado, los psiquiatras entrevistados admiten que la construcción del TDA/H se liga al consumo de fármaco desde el momento mismo del diagnóstico ya que éste se construye a partir de la administración del medicamento, sea tanto para confirmar el mismo como para refutarlo. Agregan que dado que no hay certeza etiológica (“porque *hay fallas funcionales y no lesionales*”) la indicación de medicar es sólo para que un niño “*mejore su estar en la vida*”.

-A mi no me gusta la medicación en la infancia a no ser que sea muy necesaria... hay veces que no hay lola y tenés que medicar, porque ese chico no la está pasando muy bien y ves que después le das la medicación y mejora.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

-Bueno, muchos psiquiatras que no terminan de profundizar un diagnóstico, hacen una lectura más superficial, “ah, es un TDA/H”. Y en realidad muchos vienen medicados y yo termino sacándoles las medicaciones que tienen porque en realidad no se trata de un TDA/H.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

Otra de las características que define a este colectivo profesional es que para la realización del diagnóstico de TDA/H refieren llevar a cabo entrevistas clínicas y no usan escalas, sólo algún grupo liderado por psiquiatras de la provincia de Tierra del Fuego mencionan utilizar una *batería de test* dado que el diagnóstico puede prestarse a confusión con otras patologías.

Para los médicos, cabe subrayar las medidas a nivel educativo que se toman en algunas provincias ante la problemática que ponen en juego los niños diagnosticados con “hiperkinesia” o “TDA/H”. Medidas que, según los propios profesionales de la salud, lejos de comprender la problemática en sentido extenso, contribuyen a la rotulación y aislamiento.

-Para mí el que está errado es el sistema de aprendizaje o de educación, yo creo que el sistema de educación se tiene que adaptar a ellos, no ellos al sistema de educación y por lo general son chicos excluidos. Y al menos acá son difíciles de insertarlos.

(Psiquiatra, subsector público, Salta)

En relación a los neurólogos no se han podido establecer diferencias marcadas considerando la pertenencia al subsector público o privado. Se destacan aquellos que señalan:

- *la etiología orgánica del cuadro con mayor vehemencia (con localizaciones cerebrales, que el resto de los actores no afirma)*

-El TDA/H es un síndrome de origen orgánico. Hay una afección en el cerebro no lesional. En donde se ubican antecedentes familiares está genéticamente determinado... Mejora con tratamiento médico. Hay un espectro muy grande entre pacientes que requieren medicación y los que no.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

-Es un trastorno Neuropsicológico conductual con alteración lóbulo frontal. No hay marcador de laboratorio. Son niños desatentos, hiperactivos, distintos de personas que tienen problemas familiares, son irritables. Es un síndrome con disfunción del lóbulo frontal y falla en el control de impulsos.

(Neurólogo, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

-El 100% del origen no se conoce, lo que se considera hoy es que el 80% de la varianza que es responsable que un chico tenga TDA/H genético, a diferencia de lo que pasaba hace 15 años atrás que consideraban en ese momento que era un gen único de tipo autosómico dominante el responsable de la transmisión, hoy se sabe que es poligénico, hay genes que se saben que están relacionados con el déficit de atención, como el transportador de dopamina, el Snap 25, el D4, hay distintos genes que están aparentemente relacionados y que lo que crean es un efecto aditivo, o sea a mayor cantidad de genes involucrados y más posibilidades de que esto se exprese.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

Si bien en este grupo se enfatiza la etiología genética del cuadro, la misma entra en contradicción ya que otro de los discursos de este campo admite que en la crisis que padeció la Argentina en el 2001 hubo un notorio “aumento de la incidencia del TDA/H”. O con la descripción que lleva a cabo un neurólogo perteneciente a AMBA:

-...los americanos hablan del 8% de incidencia de ADHD, los ingleses hablan de 3,5%, los franceses hablan de 2,7%, nosotros no sabemos cuál es la incidencia porque no tenemos epidemiología del trastorno en la Argentina, pero es muy probable que en nuestro medio, esto sea un motivo de preocupación en la clase media y en la clase alta, porque tiene ver con el aprendizaje y con la socialización, por ahí muchos chicos

en ambientes más marginados, donde la prioridad es otra: comer, sobrevivir, si el chico es inquieto o no, no se le da valor.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

Cabe también hacer una salvedad en el caso de la provincia de Tierra del Fuego, dado que el fracaso escolar que se detecta en la zona -según el referente en neurología del lugar- no es producto del TDA/H sino de la particularidad de las familias modulares migrantes que componen la población y el bajo coeficiente intelectual que evidencian ese grupo de niños.

-Del grupo de chicos con trastorno de aprendizaje el TDA/H tal vez tenga la misma incidencia de las estadísticas que se habla a nivel internacional, será un 5% de la población y de ese grupo, como te decía, en el grupo de Ushuaia específicamente, la principal causa es alteraciones en el coeficiente intelectual, o sea que no es TDA/H la principal causa de falla en la escuela. No es TDA/H. Los factores sociales también son importantes en esta falla en la escuela porque generalmente son familias que son muy modulares, no tienen tíos, no tienen abuelos, son los padres nada más los que se han ido.

(Neurólogo, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

- *el uso de baterías neuropsicológicas, escalas e inventarios para la detección del TDA/H (donde figuran las funciones corticales superiores y funciones ejecutivas, refiriendo que es eso lo que está comprometido en el síndrome)*
- *mayores cifras de prevalencia e incidencia del cuadro mencionadas por el resto de los profesionales.*

Aunque desde este grupo de profesionales entrevistados afirman que *“todo chico inquieto no es un TDA/H”* describen una serie de consecuencias para aquel que lo padezca que denominan *“carrera de fracasos”*. Como un destino trazado desde el diagnóstico. Entre las que enuncian: *“más probabilidades de ser adicto”, “tener una carrera delincinencial”, “tener un fracaso académico”* y *“tener una vida sentimental inestable”*.

-Tienen más tendencia a no poder sostener relaciones afectivas, más incidencia de divorcios; en países desarrollados donde el desempleo es muy bajo, podemos hablar del 4, del 5%, en el grupo de adulto que tienen una historia de TDA/H el desempleo se va al 30%, en ese grupo, es decir que tienen más inestabilidad de salida laboral, más inestabilidad académica y afectiva, obviamente en ese grupo hay mayor delincuencia y mayor abuso de drogas.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

En relación a la consulta –por parte de los padres- a un neurólogo, como única opción válida, por un presunto TDA/H aparece una descripción de parte de uno de estos que vale la pena destacar:

-Mucha gente tiene un poco de temor de ir al psiquiatra, porque todavía está muy estigmatizado eso de ir al psiquiatra, el psiquiatra atiende nada más que locos o chicos con retrasos mentales muy profundos (...) hoy por hoy se sabe que una gran cantidad de patologías se pueden manejar con los tratamientos psiquiátricos, entonces la gente por ahí tiende a buscar más que lo vea el neurólogo al chico. ..., entonces por ahí también esos son pacientes que suelen verme a mí después de haber hecho consultas donde no se diagnosticó el tema.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

En esta frase aparece la idea aún estigmatizante de la consulta con un psiquiatra por parte de la población general y se mezcla también con una incipiente crítica por parte del neurólogo hacia los psiquiatras. Este hecho se reitera en el grupo de neurólogos como una característica peculiar: la crítica hacia el resto de los profesionales de la salud a la hora de la detección y tratamiento de la patología. Podría suponerse que tal postura los erige en los únicos diagnosticadores legitimados.

-Hay una moda de los psicólogos a descartar el origen orgánico, pero los psicólogos no preparados para este cuadro piensan en el origen emocional, y desinforman... No es un problema emocional. La controversia generó malos diagnósticos, hay una falsa idea de guardapolvo químico.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

-Los cientólogos creo que se llaman, es una de las sectas que toma el tema de “no mediquen a los chicos porque es droga”, lamentablemente en Argentina más que una secta lo tomó un grupo de profesionales, con lo cual esto le da mucha más fuerza, o sea cuando la gente ve en el diario al Dr. Tal o el Lic. Tal tiene mucha fuerza. Una de

las personas más nombradas, uno de los médicos que más tuvo injerencia en esto y que su nombre salió en varios diarios, lo invitó la Sociedad de Neurología a debatir por qué estaba diciendo lo que decía y no fue. La verdad es que generó mucho daño, generó muchísimo daño. En lo personal a mi lo que me genera son muchos más pacientes porque como soy tan conocido, hace tanto tiempo que me dedico a esto que entonces la gente cuando otro profesional con buen tino le dio un diagnóstico y le quiere dar una medicación al chico, entonces la gente viene a pedir una interconsulta conmigo a ver qué opino.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

Resultaría interesante relacionar esta crítica con el debate que cobró dimensión mediática en la que se produjeron posiciones contrapuestas y se aplanaron las discusiones en un “a favor y en contra” sin pormenorizar y encontrar diferencias subjetivas en torno a la temática de la infancia y el TDA/H.

La indagación del proceso diagnóstico del TDA/H en la infancia constituye la plataforma desde la cual se inicia todo el circuito en salud. Es la llave desde la cual se rotula, se nomina y se distingue al niño que presenta el cuadro de aquel que no. Dicho proceso permite así, tanto la detección, como la posterior derivación y la elaboración de la estrategia terapéutica oportuna y adecuada. Temática esta última que será abordada en el próximo capítulo.

Capítulo 3. EL TRATAMIENTO SOBRE TDA/H: consensos y debates en torno al abordaje terapéutico desde el campo médico: la voz de los pediatras, psiquiatras infanto juveniles y neurólogos infantiles del subsector público y privado de cuatro jurisdicciones argentinas (AMBA, Corrientes, Salta y Tierra del Fuego).

3.1 Circuito de derivación y elección terapéutica

Se ha observado a lo largo de los discursos de los diferentes profesionales de la salud involucrados en ambos subsectores y sin distinción de zona de procedencia, como rasgo común el hecho de ser las escuelas, y en segundo lugar los padres, el punto de partida para el inicio de una consulta médica por TDA/H.

-la presión que puede tener un docente, por ejemplo, eso creo que lo lleva al médico a buscar otra instancia terapéutica, que ya no se la ubica en la psicológica, y creo que ahí está donde se sobre-medica.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-Las madres que me traían recortes de diarios en esos años [’85] y yo les decía que no era un problema emocional. Hoy la mayoría ya viene con un diagnóstico armado, y a los padres los tranquiliza mucho tener un diagnóstico y saber que con una medicación esto va a andar bien.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-Los padres buscan la magia con la pastilla.

(Pediatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

No hay hasta el momento, acuerdo ni consensos en las sociedades científicas -entre las que podríamos destacar la Sociedad Argentina de Pediatría-, acerca de medicar a un niño con TDA/H. Sin embargo la terapéutica medicamentosa

resulta una alternativa muy considerada a la hora de abordar a un niño con un cuadro de TDA/H, en particular en el subsector privado.

Parados frente a un niño diagnosticado como TDA/H, los distintos actores de la salud indagados vuelven a poner de manifiesto la división ya constatada en el relevamiento de la temática diagnóstica, descrita en el capítulo precedente, donde el colectivo de profesionales médicos se pronuncian proclives a: a) “medicar”; b) “no administrar medicación”.

Es en función de esta gran divisoria de aguas que se interconsultan los distintos profesionales médicos con el fin de precisar el diagnóstico y asegurarse el camino terapéutico adecuado.

En función del profesional derivante se inicia un proceso que involucra tanto al primero como al segundo profesional de la salud -a quien se ha elegido como destinatario de la derivación-. Así la trayectoria terapéutica queda definida desde un inicio. Vale decir, algunos médicos que se autoubican o autorrotulan como “medicadores” recibirán a niños que resultarán medicados y aquellos profesionales que se engloban dentro de los profesionales “no medicadores” no seguirán esa indicación a la hora de reevaluar a un niño con un cuadro de TDA/H, y la medicación para ellos, no será vista como una posible alternativa.

-Una gran cantidad de consultas que recibo son segundas o terceras consultas después de haber echo distintos abordajes que no funcionaron porque soy conocido como muy especialista en el tema, entonces la gente que me viene a ver ya sabe a qué viene en realidad y ya ha probado muchas veces abordajes que no funcionaron entonces saben que yo medico si es necesario.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

-En lo personal a mi lo que me genera son muchos más pacientes porque como soy tan conocido, hace tanto tiempo que me dedico a esto que entonces la gente cuando otro profesional con buen tino le dio un diagnóstico y le quiere dar una medicación al chico, entonces la gente viene a pedir una interconsulta conmigo a ver qué opino, pero realmente me parece una desgracia para la gente que lee los diarios y piensa que todo lo que dice el diario en contra de la medicación es real.

(Neurólogo, líder de opinión de laboratorio, subsector privado, AMBA)

-Yo no me llevo muy bien con los laboratorios por mi posición de medicar poco y apunto más a la psicoterapia extensiva”...

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

-Hay neurólogos que medican mucho y yo no les derivo.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

Entonces, más que por la necesidad y requerimiento del cuadro clínico que puede plantear un niño, el circuito terapéutico parece definirse por los profesionales en juego.

Por otra parte cabe destacar que en materia de terapéutica, en el caso del TDA/H optar por la alternativa medicamentosa pone en juego necesariamente el análisis de dos factores imprescindibles: la *psicofarmacología* y la *infancia*.

Los medicamentos que están hoy en el mercado suponen un proceso promedio de 12 años de investigación con resultados que avalan la aptitud del mismo para ser empleado en tal terapéutica. Sin embargo, tal como lo señalan diversos informes científicos “[a pesar de los avances] *no están en condiciones de predecir la estructura de las diversas moléculas estudiadas y dentro de límites amplios, también qué tipo de actividad pueden tener [las mismas]... no podemos a priori saber con certeza, ni las propiedades beneficiosas, ni las dañinas de una molécula nueva*” (Benasayag, 2007: 174).

Si esto se conjuga a su vez con el eje *infancia*, la situación plantea otra mayor complejidad: los niños constituyen un grupo vulnerable en desarrollo, dado que por su inmadurez la toma de medicación puede llegar a tener efectos y consecuencias a largo plazo imprevisibles e imposibles de asegurar. A esto se agregan además razones de índole ético. Tal como lo afirma María Cristina Brió: “*ya en la década pasada se evidenció un aumento sustancial de drogas psicotrópicas en niños, aunque tradicionalmente los niños y los adolescentes han sido excluidos de los ensayos clínicos tanto de drogas psiquiátricas como no psiquiátricas por razones de seguridad y protección, reforzando especialmente el*

mandato ético en esa población y desestimando la ideas de traspolar resultados extraídos de estudios hechos con población adulta” (Brío, 2007: 23).

A pesar de que los estudios científicos en psicofarmacología e infancia -por los factores aquí expuestos- son escasos, continúan surgiendo y ensayándose nuevas medicaciones para ser suministradas a niños.

-Estamos ante un cerebro en desarrollo, la respuesta de ese cerebro en desarrollo a los estimulantes es totalmente diferente a la respuesta que puede tener un adolescente o un adulto y aún no se conocen.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

-Hay cada vez más medicamentos psicotrópicos para niños porque hay más presión de los laboratorios.

(Pediatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

Cabe destacar que, a pesar de la dimensión ética puesta en juego, sólo uno de los profesionales de la salud entrevistado mencionó el tema de trabajar e informar de manera cabal a los padres acerca de las posibles consecuencias que puede traer aparejada una medicación crónica en un ser humano que se encuentra en una etapa de crecimiento y desarrollo. Ni la familia ni el niño, en su doble vertiente de principal protagonista y a su vez de total excluido, parecieran estar lo suficientemente advertidos acerca de los efectos de la ingesta de medicación a largo plazo.

3.2 Tipo de droga elegida

La droga para el tratamiento del TDA/H que los diversos entrevistados del campo médico mencionan de manera mayoritaria es el metilfenidato, conocida especialmente a través de su nombre comercial, Ritalina®; autorizada por el ANMAT y de venta restringida y controlada por el Ministerio de Salud de La Nación. En segundo lugar la atomoxetina.

El metilfenidato tiene a su vez dos formas de presentación ligadas al tiempo de duración de su efecto: a) vida media corta y b) vida media prolongada/larga. Ambas asociadas -a su vez- a la escolaridad simple o doble respectivamente. La forma de presentación más mencionada en AMBA es la de vida media prolongada, y la más señalada en Salta y Corrientes es la vida media corta.

Los laboratorios que refieren de manera homogénea todo el grupo de profesionales de la salud, sin distinciones de perfiles profesionales y zonas de procedencia, son: Novartis, en primer lugar, luego Janssen-Cilag y Eli Lilly, y por último Neuropharma. Hay quienes han dividido la medicación en: atomoxetina para los que son de predominio impulsivo y el metilfenidato para los que son de predominio desatento.

A esta lista se agrega como particularidad en el caso de Tierra del Fuego y de Corrientes el uso también de ansiolíticos (con intención de disminuir o eliminar la ansiedad), por ejemplo: clonazepam cuya marca comercial más conocida es Rivotril® o de neurolépticos (con acción antipsicótica), por ejemplo la risperidona (Dropticine®; Risperin®) dado que –según refieren– no cuentan siempre con metilfenidato.

-Los neurólogos medican con metilfenidato y risperidona, son las dos medicaciones que usan para todo.

(Pediatra, subsector público, Corrientes)

-Se usa para el TDA/H Ritalina® o algunos neurolépticos, risperidona, no sé si alguno está usando anti-depresivos también.

(Psiquiatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

3.3 Esquema de administración

La administración de la medicación en general respeta el ciclo escolar: de lunes a viernes, (con descanso durante el fin de semana), y de Marzo a Diciembre.

- ...en los meses del año lectivo hay un aumento del consumo, con lo cual yo creo que debe haber connivencia con los docentes, los padres, y nosotros que sobre-diagnosticamos y medicamos.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

Dado que a diferencia de otros fármacos, no hay mediciones o control de laboratorio que puedan indicar la pertinencia o no de una medicación o el grado de toxicidad, el resultado es empírico y clínico, siendo la mejoría del síntoma el único indicador.

Sin embargo, un neurólogo del subsector privado refirió usar el electroencefalograma (mapeo cerebral) como herramienta útil para detectar algún tipo de sobredosis de la medicación indicada al niño.

Respecto de los tiempos del tratamiento medicamentoso ha habido mucha diversidad e imprecisión:

- Hay quienes sostienen que dos o tres años de tratamiento medicamentoso es suficiente

-En la mayoría de los casos después de dos o tres años de medicación es como que veo que pueden funcionar sin el apoyo de la medicación.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

- Otros afirman que conviene mantenerlo durante toda la escolaridad

-Tengo otros chicos que están medicados toda la secundaria.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

-Si es un chico que está medicado desde los siete u ocho años y llega a los doce o trece años, quizás necesite un poco más de dosis.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

- Otros sostienen la necesidad de evaluar cada año, para decidir si se interrumpe la medicación en función de los cambios que se hubieran provocado.

-En el caso del metilfenidato, cuando decido ponerlo generalmente lo utilizo durante todo el año escolar del chico y tengo como criterios: suspendo en las vacaciones y el próximo año veo cómo está el paciente.

(Neurólogo, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

Sin embargo, algunos profesionales señalaron que la medicación resulta una herramienta vinculada “a la comodidad”, y está en consonancia a los tiempos actuales que exigen rendimiento y eficacia. Esta comodidad pone de manifiesto el riesgo de sobrediagnóstico dado que no es un argumento estrictamente clínico el que se está tomando para juzgar la necesidad de la medicación en el niño sino que priman los factores institucionales, familiares y sociales.

-Y es más fácil comprar una pastilla que cambiar un criterio de padre o de madre. Es más fácil delegar en el médico la función de padre, que dicte las normas y las pautas y los límites, que cambiar uno.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-Cuando el riesgo es de repitencia en la escuela el recurso es la medicación.

(Neurólogo, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

-Hay una inflación inducida por los laboratorios. Se sobrediagnostica sin decir la verdad. Se les da a los médicos información tendenciosa, los mismos laboratorios pagan a las mutuales para figurar en su vademécum y que se hagan descuentos. Son los que también llevan propagandas y tests a las escuelas. Los padres buscan la magia con la pastilla. Cada vez más hay una medicalización de la vida cotidiana.

(Pediatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

-Eso puede presionar, más la presión que puede tener un docente, por ejemplo, eso creo que lo lleva al médico a buscar otra instancia terapéutica, que ya no se la psicológica, y creo que ahí está donde se sobremedica.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-Que se resuelva que para tal síntoma, tal remedio induce a menudo a una medicalización excesiva que se ve en muchas áreas, inclusive en la pediatría. Hay una medicalización como parte de la cultura.

(Psiquiatra, subsector privado, Corrientes)

-Sí, es un problema de la salud pública, creo que cada vez hay una mayor tendencia a la medicación infantil, cada vez más... Quizás también por un pedido de la familia, que se les va de las manos el chico y ellos buscan qué le podemos dar para que esté más tranquilo. Y quizás también por una cuestión social, porque se deposita en el tema de la medicación la solución a determinadas problemáticas, como que a nivel cultural vivimos esto como algo más rápido, algo que de resultados más rápidos.

(Psiquiatra, subsector privado, Salta)

Además de la comodidad antes señalada, el riesgo de sobrediagnóstico está adjudicado también a razones de tipo económico, en las que aparecen involucrados médicos y laboratorios:

-Hay una promoción que la envían por OCA, lo cual estamos muy en contra. Envían otra caja de Olanzapina... El mismo médico le da un bono al paciente para que lo envíe, que llame al 0-800 y el laboratorio a través de OCA... Es venta de paciente con laboratorio, así es la cadena... hoy están haciendo eso o con la cajita: el visitador médico te lo entrega, no se involucra al correo pero sí se involucra al visitador, más elegante todavía... lo que salía mucho era que por cada receta o cajita vacía que el médico tenía de sus pacientes, había laboratorios que les daban viajes, por ejemplo.

(Pediatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

3.4 Efectos adversos de la medicación

Entre los efectos adversos de la medicación, administrada a niños con TDA/H, que aparecen descriptos por los distintos profesionales de la salud se mencionan:

- disminución del apetito (produciendo poca evolución en materia de peso)
- dolor de cabeza
- dolor de estómago los primeros días
- aumento de la ansiedad al inicio
- *Tics (en el caso específico del metilfenidato)*

Entre los efectos adversos solamente descritos por los psiquiatras del subsector público, a diferencia de los del subsector privado está: la potencial adicción que puede provocar el consumo de anfetaminas. En el caso de los adictos, a veces –describe un psiquiatra– inhalan el metilfenidato haciendo polvo la pastilla.

-En adolescentes es común que sean poliadictos y uno no sabe al final cuál es el huevo y cuál la gallina, porque no sabés si porque eran TDA/H se hicieron adictos o qué es lo que ha ocurrido realmente con eso.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

-Si uno medica al chico a partir de la adolescencia o la adultez, la probabilidad de que se hagan adictos a esas drogas es mayor porque hay lo que se denomina una respuesta diferente de sensibilización. O sea, cuando es pospuberal aumenta la sensibilización a la droga, a los estimulante digamos, con lo cual aumenta la conducta de búsqueda. (...) Estas son drogas que pueden producir adicciones, las anfetaminas son sumamente adictivas.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

La asociación *metilfenidato* con *abuso de sustancias* es una observación y señalamiento que sólo han hecho los profesionales del subsector público. En cambio este problema no fue señalado entre los entrevistados del subsector privado.

3.5 Administración de la medicación según sectores poblacionales

Aparece una naturalización entre la administración de la medicación y el ciclo lectivo escolar, los distintos actores mencionan la presión de los padres y del colegio a la hora de evaluar la indicación psicofarmacológica. Así como también se vuelve a mencionar el hecho de que escuelas y zonas con mayor disponibilidad económica han naturalizado el consumo de psicofármacos para el TDA/H, asumiendo que son estos sectores los que pueden tener acceso económico a la medicación y son los que se sienten más presionados por el

rendimiento escolar y los más expuestos a la sobremedicación o al mal diagnóstico.

-Van manejando el metilfenidato según las épocas (risas) de presión de la criatura y la respuesta, es como que lo van graduando, y los chicos quieren terminar la escuela, (...) son chicos asintomáticos (...) pero en general en estos chicos la escolaridad está muy asociada.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-Y cuando salió de la depresión nos dimos cuenta que ese chico estaba deprimido porque no se encontraba a sí mismo, porque él no podía encontrarse. Y estuvo medicado como TDA/H algo así como desde los once a los dieciocho años.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-Hay poblaciones, por ejemplo de preescolares, las poblaciones en edades menores se sobrediagnostican, porque se interpretan los síntomas de inquietud o de movimientos propios de un preescolar o de un chico más chiquito como sintomatología de hiperactividad. Los chicos de zona Norte pueden pagar los costos, y además es la exigencia de un determinado rendimiento, estas drogas se han usado para lo que se llama la medicina del rendimiento, o sea que la toman adultos para estar despiertos ante una presentación de un ejecutivo, o sea todas utilizaciones que no son éticas, porque uno no puede utilizar un medicamento para eso. Entonces, los padres prefieren antes de a lo mejor ver los motivos o analizar los motivos por los cuales estos chicos están dispersos en la tarea o qué se yo, medicarlos directamente.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

En contraposición a ello, la población que accede al hospital, tal como lo señala un psiquiatra del subsector público del AMBA, no dispone de recursos para sostener un tratamiento medicamentoso.

-Acá [hospital público] no tenemos muestras de todos los medicamentos, en general abastecemos a los chicos pero nos desesperamos, si es uno o dos chicos lo traemos de otro lado, pero si esto vos lo interrumpís de un día para otro, no gradual y te hace un síndrome de abstinencia, etcétera. Es muy riesgoso, así que prácticamente ni medicás... Esta es la realidad de la medicina.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

-No, en los hospitales no se maneja medicación porque no hay recursos. La sobremedicación es afuera.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

3.6 Perfiles profesionales

Considerados según su profesión de origen, los pediatras constituyen el colectivo profesional que sigue manteniendo una mirada más integral, tanto a la hora de diagnosticar como de indicar una terapéutica, buscando alternativas a la prescripción de medicamentos.

En conjunción con esta perspectiva señalan la remisión espontánea del cuadro al llegar a la etapa adolescente y el énfasis que pone la Sociedad Argentina de Pediatría en desaconsejar la administración de medicación para este cuadro. Estos incluyen -en el análisis de la problemática clínica- una mirada sobre la institución escolar, así como también sobre la dinámica familiar.

-Trato de hacer un diagnóstico interdisciplinario, consulto a la psicopedagoga, que una terapeuta me haga el diagnóstico y si veo que estamos coincidiendo entre todos recorro a la medicación, yo generalmente no doy psicofármacos, no los utilizo, salvo en alguna oportunidad especial se los doy a los padres. Y eventualmente lo que sucede es que por ahí un chico está con una grave crisis.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

Los actores que poseen una mirada y una perspectiva especial sobre el tema de TDA/H, sin distinción de subsector, son los neurólogos.

En la descripción acerca de ellos brindada por el resto de los profesionales médicos se hacen presentes las siguientes apreciaciones:

-Los que medican son los neurólogos

(Pediatra, subsector público, AMBA)

-Acá el que medica es el neurólogo, aunque no los ve ni los evalúa.

(Pediatra, subsector público, Salta)

Catalogados como los “medicadores” por el resto de los profesionales de la salud, denostan la intervención del resto de los demás especialistas, en especial, de los psicólogos y advierten sobre la proliferación de mitos contra la medicación, que sólo han contribuido a desinformar a la población general.

Ellos no consideran –a diferencia de sus colegas del sector salud– que en Argentina se verifique el fenómeno de la medicación abusiva de metilfenidato en la población infantil. Por el contrario, advierten que aquellos pacientes con TDA/H que no realicen tratamiento farmacológico, pueden tener un pronóstico reservado³¹.

-Hay 500.000 niños medicados, 1 de cada 50 potenciales pacientes con TDA/H está tratado. Yo no veo ahí sobremedicación, la tasa de medicación es menor al 0.5%.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

-Los tratamientos aceptados por las sociedades científicas más importantes del mundo son los tratamientos farmacológicos, que se basan específicamente en medicación dopaminérgica o adrenérgica. Esta medicación no produce trastornos del crecimiento, ni está comprobada la mayor incidencia en el uso de drogas. Al contrario, permite que el sistema se reorganice y se desarrolle mejor, para planear y crecer. Mejora el sistema prefrontal.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

-El grupo de TDA/H no tratado y que nunca había recibido tratamiento, tenían a los 20 años una tasa de abuso de drogas y alcohol de un 35%. El no tratamiento favorece más el abuso de sustancias.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

-El tratamiento tiene que ser multimodal, la terapia individual no mejora la impulsividad ni mejora la atención, no sirve.

(Neurólogo, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

3.7 Abordaje Terapéutico Interdisciplinario

³¹ Ya se explicó la “carrera de fracasos” en la que se supone entra un niño diagnosticado con TDA/H si no realiza tratamiento.

Uno de los rasgos más notorios en el subsector público es la posibilidad de trabajo interdisciplinario o en equipo, tanto para la evaluación como para el abordaje del TDA/H (pensándose este en forma combinada). Si bien esta característica ha sido mencionada por los profesionales del campo de la salud del subsector privado, plantean sin embargo que es de muy difícil concreción.

El equipo que se piensa para el abordaje de esta problemática incluye: (además de los médicos evaluadores)

- psicólogos
- psicopedagogos
- maestras acompañantes
- fonoaudiólogos
- estimuladores
- responsables del trabajo con los padres y la escuela.

En esta concepción aparecen incluidas:

- la perspectiva psicológica
- familiar
- social
- escolar
- cultural

-Son chicos complejos en función de la cuestión social y psicológica más allá de las etiquetas neurológicas.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

- ...(nombra un médico) dice que la terapia familiar es mucho más efectiva que darles metilfenidato.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

-La medicación compulsiva encubre en ocasiones una familia deficitaria.

(Psiquiatra, subsector público, Corrientes)

Hay en este grupo de profesionales una representación ligada al sobrediagnóstico de poblaciones con edades menores y en ciertos “sectores

medios y altos de la sociedad". La indicación farmacológica no aparece pensada como primera instancia y si aparece ésta en relación al "*discurso*" y a la "*presión escolar*". En esos casos, además, aparece el neurólogo como el "*prescriptor de la medicación*", no así los psiquiatras.

Parte III Otros actores.

Capítulo 1. Asociaciones de padres

En este apartado nos dedicamos a analizar la mirada de otros actores con relación al TDA/H y la medicalización infantil. La intención de trabajar con otros actores, además de los del campo de la salud y educación, se debe fundamentalmente a poder ampliar y profundizar el análisis.

El tipo de fuentes con que trabajamos en este capítulo son un conjunto de entrevistas realizadas a líderes u organizadores de asociaciones y redes de Padres con hijos/as que han sido diagnosticados con TDA/H en su infancia temprana.

Cabe destacar que el análisis no se centra en los actores individuales, nos interesa tener una mirada global y no individual del problema. No nos detendremos en describir la biografía de cada familia sino ver cuáles fueron los objetivos que dieron origen a las organizaciones, qué rol cumplen en la actualidad y qué opiniones tienen sobre el TDA/H.

Respecto al origen de las organizaciones, este se relaciona con la historia de cada familia. Es decir, muchos de los padres que lideran actualmente estas organizaciones antes de tener a sus hijos diagnosticados con TDA/H no sabían casi o absolutamente nada sobre el tema. En este sentido, el origen de las organizaciones –al menos en sus inicios– está absolutamente relacionado con la

nueva situación que deben afrontar las familias. Vemos como los padres son juez y parte en torno al tema en cuestión.

Tal es así que las organizaciones comienzan a surgir cuando los niños son diagnosticados con el síndrome déficit de atención con hiperactividad. En la mayoría de los casos estos diagnósticos han sido realizados por neurólogos muy prestigiosos pero que a los ojos de los padres sabían muy poco sobre el tema.

-Una cosa es el diagnóstico, que es en el que nosotros muchas veces hacemos hincapié. ¿Por qué digo esto? porque ahí es donde viene la falla, lamentablemente muchos profesionales, o muchos padres recurrimos a... Te digo porque también lo he tenido que hacer, debido a... cómo te puedo explicar... a buscar la necesidad urgente de poder solucionar el inconveniente... Y claro, muchos padres han encontrado en el camino es... van transitando por diferentes profesionales para saber si uno u otro coinciden en lo mismo, ¿sí? No solo en el diagnóstico, sino también en la manera de llevar el tratamiento adelante.

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

El extracto de entrevista sugiere la necesidad por parte de los padres de sobrellevar el tratamiento de sus hijos de la mejor manera posible. Dicho esto, los padres se proponen investigar sobre este fenómeno y como consecuencia empiezan a surgir las asociaciones, redes, etcétera, que tienen como finalidad conocer y vincularse con otros grupos nacionales e internacionales especializados en el tema.

La función central de las organizaciones es poder llenar el vacío de conocimiento que hay en Argentina sobre el déficit de atención. Las entrevistas describen como los padres que no encontraban respuestas a sus interrogantes fueron desarrollando estrategias que los llevaron a buscar conocimientos en otros espacios y países.

-La organización surge como consecuencia del diagnóstico a los diez años, en el caso mío... Qué pasó en el caso mío, ahora qué pasa: el diagnóstico lo hizo un neurólogo, medalla de oro, muy conocido, digamos muy responsable, que diagnosticó déficit de atención con hiperactividad. Entonces yo no sabía muy bien qué era y le hizo todo un estudio, un mapeo. Salió muy caro el estudio porque se hizo de forma privada.

Entonces le empezó a dar unas medicaciones... no la Ritalina, porque él tenía una corriente que tenía que ver con Alemania, y en Alemania tienen un corriente totalmente distinta a la norteamericana. Es decir nosotros nos tenemos que dar cuenta que estamos viviendo en una isla en materia de conocimiento científicos y tenemos una tendencia a relacionarnos con determinadas orientaciones científicas y dejamos otras. Por ejemplo, la homeopatía está reconocida en Francia, en Alemania, en Suiza, entonces los tratamientos naturales y biológicos están reconocidos, acá en la Argentina no.

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

-Es decir a través de ciertas medicaciones que le dio a mi hijo pensaba que... Además me dijo que en dos años se solucionaba el problema. Ahora yo le iba planteando al médico mis dudas, entonces me dijo bueno, por qué no hacemos una apoyatura terapéutica. Entonces fuimos a un lugar que estaba en la zona norte, en un colegio, que se llama Punta Chica, Punta Chica es San Isidro, creo que está, donde el dueño del colegio atendía chicos con déficit de atención y era médico. Entonces tenía todo un gabinete de expertos en materia de déficit de atención, y que estaban relacionados con un grupo muy importante de Estados Unidos”

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

-Como padres no había respuesta, uno le preguntaba al médico y el médico daba respuestas que no eran satisfactorias. Como yo afortunadamente salí de la Universidad, soy inquieto, me meto en Internet y me meto en grupo Char de Estados Unidos”.

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

Como consecuencia de la escasa información las organizaciones se proponen como misión brindarles a los padres las herramientas básicas y necesarias. Antes de plantearse objetivos a largo plazo, la función de muchas de estas organizaciones, tiene que ver con fines más modestos y pragmáticos: el de capacitarse y agruparse con otros padres que estén en la misma situación.

-Básicamente es del sector docente, y realmente muchas se muestran con poca información, nos plantean que no tiene herramientas, que no hay, justamente, una columna que venga desde el Ministro de Educación, en este caso, este... donde diga, bueno... Aporta desde el Ministerio, eh... tanto Educación como también de la Salud ¿no es cierto? Eh... Que aportan justamente desde su lugar... vamos a realizar proyectos en cuanto a entrenamientos para padres, un curso intensivo, digamos... entrenamiento... de capacitación, más que nada, cursos de capacitación para que ellos sepan.

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

Los padres se agrupan entre ellos y van construyendo lo que hoy son algunas de las organizaciones entrevistadas.

-Comienzo a leer un poco los enfoques de ellos, empecé a traer libros traducidos al castellano, videos, o sea empecé a comprar, compraba con tarjeta y los libros que venían en inglés los traducíamos, y ahí venía realmente muchísima información: cómo abordar a un chico hiperactivo. O sea, con una orientación que viene a ser la psicología conductista, que es rechazada acá en la Argentina. Porque acá todo lo que sea conductista, es como la terapia gestáltica, otro tipo de terapia, o sea parece ser que el psicólogo se quiere apropiarse del paciente por unos cuantos años, y no se da cuenta que al paciente hay que darle... Primero un chico con déficit de atención no puede hacer terapia, porque se distrae, está inquieto, ¿cómo va a hacer terapia? Entonces se empezó, uno empezó a darse cuenta... con todos esos elementos nosotros dijimos bueno, a partir de ahora, mi esposa y yo nos pusimos a leer libros, y leíamos y leíamos, todas las mañanas nos poníamos a leer, y teníamos una pila de libros muy interesantes, con consejos muy bien planteados. Cómo enfocar el tema de la escuela, cómo abordar el tema de la escuela, cómo tratar de lograr que ellos colaboren, inclusive traje un video donde se explican estrategias educativas para los chicos que están en la escuela y eso lo hemos pasado en algunas escuelas, que han querido que se los pasemos...

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

De lo descrito por los padres se desprende el esfuerzo personal que muchos de ellos han tenido que hacer para encarar el problema ante lo que consideran la falta de un saber experto o la multiplicidad de saberes contrapuestos en torno al tema, lo que termina percibiéndose de igual modo.

Dentro de las incertidumbres, dudas y miedos de los padres, está muy presente la cuestión de la medicación y qué consecuencias podría provocar en los niños. Muchos padres se oponen a la medicación, generando una gran preocupación, por un lado, como mencionamos antes, por la falta de conocimiento acabado o uniforme sobre el tema TDAH respecto a las consecuencias o efectos adversos de la medicación. Por otro lado, sobre los efectos posibles de la medicación en el cuerpo infantil. Es decir, respecto a las consecuencias y el riesgo que la medicación provoca. Por consiguiente estos miedos y otras cuestiones los lleva

a unirse y organizarse en asociaciones, organizaciones y redes de padres a nivel local y nacional.

En muchos de los casos, su consolidación como organización no sólo se debió a la falta de respuestas por el cuerpo médico, sino al interrogante de medicar o no medicar. En los casos analizados, no se trata de asociaciones que se identifiquen particularmente como partidarias o contrarias a la medicación. Más bien lo que prevalece en el discurso es la necesidad de contar con otros recursos que reemplacen o se combinen con la medicación y la idea de evitar la sobremedicación.

Los padres se consultan entre ellos, si deben o no aceptar el cien por ciento las sugerencias de los médicos, sin antes realizarles a sus hijos un diagnóstico certero.

-Empezamos a examinar los que estaban a favor y en contra de la medicación: cómo le vamos a dar medicación a un chico de 6 años, qué es una medicación, qué es un psicotrópico, cómo le vamos a dar medicación. Y cuando desaparecían los efectos de la medicación se producía un efecto rebote donde el chico se ponía peor, porque al estar contenido y atado con la medicación se desataban crisis. Si uno lee el prospecto, porque son caraduras, la Ritalina, los que hacen la Ritalina dicen todos los efectos secundarios.

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

Los padres tienen una alta percepción de riesgos en relación con la medicación. Muchos de ellos antes de llegar a medicar, agotan las distintas instancias alternativas.

Cuando se hace una derivación al campo médico, los padres perciben que si se concreta dentro del campo neurológico, existe mucha probabilidad de que el niño termine siendo medicado. Los padres entrevistados acordaron que frente al saber médico asumen un rol activo en el cual algunas veces se oponen al tratamiento farmacológico sugerido. Sin embargo, también dan cuenta de

actitudes pasivas por parte de otros padres que siguen el tratamiento que el médico les sugiere sin cuestionamiento alguno.

-Bueno, en el caso nuestro nosotros sabíamos mucho más que las escuelas sobre todos los temas porque lo habíamos estudiado, íbamos permanentemente... Teníamos un hábito de visita a la escuela, nos auto-convocábamos a la escuela y decíamos "¿cómo andan las cosas, necesitan algo?".

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

Los padres que se reúnen en una asociación o red se perciben a si mismos "expertos", disputándoles ese espacio del saber a los médicos y a los docentes. Es así que buscan bibliografía y se entrevistan con expertos que les aporten datos sobre cómo medicar, con qué medicar, qué terapia, qué hábitos cambiar en la casa y cómo tratarlos en la escuela. De este modo, los padres buscan recuperar un rol activo como padres frente a la multiplicidad de voces que se le presentan ante este problemática. Muchas veces la multiplicidad de voces los anula y otra los revitaliza, ya que retoman un rol activo pero ya dentro del proceso de medicalización.

Ahora bien, ¿cuáles son entonces los problemas más recurrentes con que estas familias deben lidiar en su cotidianidad? Uno de ellos es la culpa, la mayoría de las veces focalizada en la figura de la madre como responsable del malestar del niño. Otro problema refiere a los contratiempos que las familias padecen frente a las conductas del niño en sociedad.

-No, no. Han venido profesionales con chicos así que decían la psicología no me sirve para nada. Además el sentimiento, la baja auto-estima de la madre, la crisis matrimonial por esta situación. O sea, toda una serie de situaciones que van... y cosas que hacen los chicos digamos algunas más serias, algunas menos serias, por ejemplo: uno iba a un supermercado con el nene hiperactivo y había todas una latas así todas puestas, y el chico sacaba la lata de abajo y se armó un desastre. Entonces es muy gracioso pero uno sabe que esa no es una gracia, ¡es Daniel el terrible!".

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

Según los responsables de las organizaciones entrevistadas, una de las misiones de la organización es proveer las herramientas a las familias para que a la clasificación que se desata no la suceda un proceso de estigmatización. También que la situación no los supere y aprendan a manejarla. De este modo, proveen *tips* o consejos puntuales de características muy conductistas.

En general, las familias acuden a las organizaciones en busca de información sobre el TDAH pero fundamentalmente buscan la contención de un grupo de pares.

-O sea nos poníamos en esa postura, íbamos a la ofensiva. ¿Pero qué pasa cuando una madre está sola luchando con su hijo, que tiene que trabajar que no puede hacerlo eso? Y ahí vienen las situaciones dramáticas. Dramáticas en serio, donde un conjunto de padres se juntan para hacer como el enemigo del pueblo, para sacar al enemigo del pueblo de la escuela, que tiene 6 años...”

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

Los padres se sienten observados y juzgados constantemente por el entorno y responsables por lo que le sucede al niño. Forman parte de un proceso de estigmatización, donde los padres de los otros niños de la escuela piden que saquen al niño de la clase, que no lo inviten a los cumpleaños, y demás situaciones que lo separan del grupo.

-Ojo, cuando un chico menor de 6 años se manda una y uno dice cómo puede ser, estos padres no controlan al chico, no se dan cuenta que el chico no tiene autocontrol, ahora... y empiezan a criticar al padre. Ahora, nosotros como ya conocemos el verso, ya lo conocemos, y hay un libro muy interesante “Niños hiperactivos” escrito por un psicólogo norteamericano muy importante, alienta a los padres. Dice: “usted no se preocupe por lo que digan los demás, usted sabe muy bien lo que está haciendo”. O sea, no le importe lo que digan los demás, no se deje influenciar por lo que digan los demás. Y son psicólogos que se ponen del lado nuestro, de los padres, diciéndonos “adelante, fuerza, sigan adelante”.

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

Muchas veces, las organizaciones se transforman en grupos de “contención” emocional, donde el padre líder juega un papel central. Frente al desconcierto, perciben que retoman su rol activo como padres. Surge la idea de que *si quiero puedo cambiar la dirección de las cosas*. Aquí aparece algo característico de la sociedad contemporánea con relación al autocontrol del individuo. Veamos el siguiente extracto de entrevista:

-Porque yo necesito transmitirle a esa madre “siga adelante, no baje los brazos, su hijo va a salir, a pesar de lo que digan y usted va a tener que tener una apoyatura para fortalecerse y apoyarse”. ¿Qué le voy a decir?... yo no soy psicólogo que dice “ah, a ver, hable”, la escucha activa, “ah, bueno hemos terminado, llegamos acá, listo”. No, yo no soy psicólogo, yo me involucro con la persona. A veces no puedo, a veces estoy trabajando y me están llamando y digo “sí, claro...” y yo sé que es charla para una hora, pero ya estoy achicando más”

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

Para estos padres, los niños con TDA/H son un reflejo de la sociedad actual. Es decir, que el problema emerge desde un discurso sociológico: las sociedades son cada vez más violentas y desintegradas, sometiendo a los niños a exigencias inmoderadas.

Con relación a su alcance, éste es nacional básicamente. Si bien pueden vincularse con otros organismos internacionales, su área de influencia es la Argentina. Las asociaciones entrevistadas no poseen un espacio físico fijo, sino que el mismo rota y utilizan el domicilio particular o la oficina de alguno de los padres para las reuniones. En uno de los casos estas reuniones son esporádicas, sin ninguna periodicidad y no hay un “grupo fijo o estable”. En el otro caso, se trata de una red ya que los encuentros entre padres suelen darse más virtualmente, mediante Internet, que “cara a cara”. Los modos en que ellos presentan su trabajo así como la supervivencia de las organizaciones da la idea de un espacio que se constituye desde una idea y praxis de “todo a pulmón”.

Los líderes manifiestan que las organizaciones vienen a cumplir una función ausente por parte de algunos actores de la sociedad. Ante esto, surgen demandas hacia los saberes expertos del campo de la salud y de la educación principalmente, y fundamentalmente buscan contar con apoyo del Estado para llevar adelante sus demandas. En el caso de nuestros entrevistados, éstas se enmarcan en concientizar y capacitar a médicos y docentes en los roles que les ocupan frente al problema y profundizar el estudio y difusión de los modos de tratamiento posibles así como los efectos que la medicación puede tener en el niño.

Capítulo 2. La industria farmacéutica

La estrategia de marketing de las compañías farmacéuticas más grandes del mundo se dirigen actualmente a la población sana. Los altibajos de la vida han derivado en trastornos mentales, las quejas más comunes se han transformado en condiciones alarmantes y cada vez más gente normal se convierte en paciente.

*Ray Moynihan y Alsn Cassels
Medicamentos que nos enferman e industria farmacéutica que nos convierten en pacientes.*

El uso de estimulantes se remonta a los años treinta cuando comienzan a indicarse efedrina y anfetamina. En 1937 se produce el primer estudio clínico, del que se tiene registro, que avala la eficacia para tratamientos del síndrome hiperactivo. Años más tarde, 1944, fue sintetizado el metilfenidato por un químico de la empresa Ciba (precursora de Novartis), Leandro Panizzon, y lo probó sobre si mismo, sin obtener ninguna consecuencia. Pero su mujer Margarita o Rita, probó también y registró un efecto muy estimulante. A partir de allí, se cuenta que Rita tomó esta sustancia antes de jugar al tenis, por lo cual Panizzon la nombró Ritalín®. (Citado de Swanson, J. Attention deficit hyperactivity disorder and hiperkinetic disorder, en Lancet 351, págs. 429-433, 1998).

En 1955 se lanzó por primera vez el metilfenidato al mercado. Esta droga durante varios años después de su síntesis sólo se administró a adultos para tratar estados tales como cansancio, depresiones y cuadros confusionales en adultos mayores.

Durante los años sesenta, comienzan a realizarse pruebas en niños con problemas de aprendizaje. Según Blech, el dilema de la relación diagnóstico de TDA/H-utilización del fármaco se construye en ese preciso momento y tendrá

continuidad hasta nuestros días; es decir, en el caso particular del metilfenidato, la sustancia, en sí misma, fue y aún sigue siendo utilizada para confirmar o revocar el “trastorno/síndrome”; es así como la prescripción del fármaco confirma el diagnóstico: el niño que presenta algunos de los síntomas descriptos y luego de ingerir el fármaco modifica su comportamiento “es un niño con TDA/H”(Blech, 2005; 112/113).

El nombre del producto Ritalín® del laboratorio Novartis, nombre de fantasía del metilfenidato, se ha convertido desde los años '70 hasta hoy en un equivalente del psicofármaco en niños. Sin embargo a 30 años otras empresas pujan por disputar el espacio de la comercialización de nuevos fármacos para el tratamiento del TDA/H. En este mismo sentido, la empresa Eli Lilly desarrolló su propio producto “específico” para este síndrome: la atomoxetina. Esta es definida y presentada bajo slogan de *“mejora el funcionamiento social y familiar de los niños”* (Blech, 2005, 115).

Según información del propio Ministerio de Salud de la Nación (2005) otras dos drogas convivieron algún tiempo en el mercado para el tratamiento del TDA/H: las dextroanfetaminas (Dexedrina® o Destrostat®) y la pemolina (Retaran® o Tاملان®); ambas drogas anteriores al origen del metilfenidato. De estas, la segunda fue retirada del mercado y la primera no se ha comercializado en nuestro país.

Los laboratorios que producen medicamentos para el TDA/H en Argentina con droga “metilfenidato” son Novartis (Ritalina®), Janssen–Cilag (Concerta®), Neurofarma (Rubifem®); y con droga “atomoxetina”, Gador (Recit®) y Eli Lilly (Strattera®).

Ahora bien, nos interesa en este capítulo poder distinguir cuáles son los mecanismos de marketing que estos laboratorios desarrollan para instalar y comercializar sus productos. González Pardo y Pérez Álvarez definen al

marketing farmacéutico como una especialidad, describiéndola como una técnica de mercado con el fin de establecer el sistema de comercialización más adecuado y de satisfacer y estimular la demanda del fármaco, y aclaran además, que el marketing psicofarmacéutico puede desarrollarse a costa de convertir a potenciales clientes en pacientes, habida cuenta de que la definición de pacientes justifica mejor el consumo del preparado (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007, 39-40). Así entonces el objetivo del marketing farmacéutico es moldear la opinión del público y de los proveedores de salud para maximizar sus ventas y facilitar la introducción de sus productos en el mercado. Es decir, “establecer la necesidad” del fármaco y “crear el deseo” entre el público (Lakoff, 2004). El marketing, así entendido, también está dirigido a la opinión pública en general con estrategias ocultas a la vista de los propios sujetos. Los expertos en publicidad trabajan, para cambiar la percepción que se tiene sobre el cuerpo, los comportamientos, y la salud y la enfermedad que supuestamente padecemos (Moynihan y Cassels, 2005, 12).

Así en la actualidad, para expandir el mercado, los laboratorios no sólo usan las conocidas tácticas de marketing, sino que, más y más prefieren financiar asociaciones de pacientes y familiares; publicidad directa de medicamentos bajo prescripción; publicidad encubierta usando campañas de concientización”; compra de secciones en programas de televisión, incluyendo programas de noticias, uso de Internet; y campañas públicas con postas sanitarias ambulantes y ferias de salud para detectar población de riesgo y aumentar la demanda de servicios y en muchos casos de medicación (Iriart, 2008).

Durante el proceso de investigación hemos realizado un seguimiento de los procedimientos de marketing que los laboratorios implementan en relación a las dos drogas utilizadas en nuestro país para el tratamiento del TDA/H³². Así,

³² Debemos destacar que el acceso a las entrevistas a Personal Jerárquico de los Laboratorios, Coordinadores de Área y Agentes de Propaganda Médica fue dificultosa. Así mismo, en las entrevistas que accedimos no se nos permitió realizar grabaciones.

teniendo en cuenta las tácticas y los sujetos destinatarios pudimos distinguir cuatro estrategias:

- *Estrategia directa hacia los usuarios y/o sus organizaciones:* Si bien el modo de operación de la industria se vincula a la generalización de una cultura biologizante de los padecimientos, esas construcciones culturales tienen instituciones que la hacen valer y en el caso particular del TDA/H, la asociación más importante a nivel mundial tiene nombre y apellido: se llama *Children and Adults with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder* (CHTDA/H); esta asociación se ha convertido en un actor relevante en la discusión diagnóstica y de tratamiento en relación a este síndrome. Sin embargo, debemos destacar que no es la única asociación, existen en diferentes países instituciones semejantes de pacientes o familiares. Si bien estas asociaciones no develan el origen de sus fondos, un estudio británico muestra que dos tercios de las mismas aceptan apoyo de la industria farmacéutica, aunque en general es difícil saber cuánto reciben. La CHTDA/H, una de las pocas asociaciones que revela este dato, manifiesta recibir de la industria casi 700.000 dólares al año, es decir una quinta parte de sus ingresos totales (Maynihan y Cassels, 2005: 74).

Si bien esta alianza de la industria con asociaciones de pacientes/padres y/o familiares está aún muy incipiente en nuestro país y no tiene el desarrollo que ha adquirido en los EEUU, lo que se observa por parte de algunos laboratorios es una tendencia a organizar grupos de 2, 3 o más familias con el objetivo de brindar información sobre el TDA/H. A estas reuniones se las suelen denominar “*mesas de ayuda*”, muchas veces promocionadas a través de las escuelas y generalmente realizadas en algún tipo de ámbito médico no asistencial, instalando un espacio de encuentro, semilla que podría germinar en futuras asociaciones. El discurso en estos encuentros, siempre a cargo de algún representante y/o algún médico convocado por un laboratorio fue descrito por un Agente de Propaganda Médica (APM).

-Consiste en señalar la necesidad de articulación entre los padres ya sea para conocer más sobre el síndrome del TDA/H, como para profundizar en sus modos de abordajes.... entre los que siempre está presente la medicación” (APM³³).

Otra estrategia dirigida a la familia es la captación del interés hacia una droga en particular a través de la provisión de incentivos durante un tiempo.

-Siempre con los fármacos los laboratorios desarrollan toda su artillería de marketing tratando de introducirlos al mercado, ha ocurrido con el tema del metilfenidato de larga duración, en el cual por ej. los laboratorios han dado tratamientos 2 x 1 para los pacientes para que los gastos sean menores, tratando de introducirlo en el mercado.... pero eso ocurre también con antiepilépticos o antidepresivos y con todos los fármacos.

(Neurologo, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

- *Estrategias dirigidas a la comunidad educativa:* como bien se ha desarrollado en gran parte de este trabajo la alianza que se intenta construir para el diagnóstico con los docentes y los gabinetes psicopedagógicos escolares también está presente en el contexto de los laboratorios, y será fundamental para estos ingresar a la escuela como una estrategia para que, desde allí, se realice la detección de los niños que podrían diagnosticarse con TDA/H y la pronta derivación al ámbito médico.

A lo largo de la investigación hemos observado tres modalidades estratégicas que los laboratorios implementan hacia la comunidad educativa.

La primera podríamos definirla como aquella en la cual los empleados o agentes de los laboratorios, APM, junto, o a través de, especialistas médicos concurren a las escuelas y/o realizan charlas informativas a los gabinetes psicopedagógicos. En este caso también, al igual que en las estrategias con las familias, a estos

³³ Con el objeto de protección de los informantes entrevistados no se realizará identificación de laboratorio de pertenencia.

encuentros se los denominan “*mesas de ayuda*”. Así describía esta situación un profesional escolar.

-Nosotros estábamos en una escuela donde se hizo un trabajo con una psiquiatra y con un neurólogo y nos habían mandado toda la folletería para poder, nosotras desde el gabinete, detectar chicos con los profesores tutores..... Y esto partía de un laboratorio, de un laboratorio que trabajaba con el remedio que era para esta patología (el TDA/H).

(GP, Corrientes)

La segunda estrategia identificada fue la elaboración de información destinados a maestros.

...y ellos (los laboratorios) habían hecho folletos para profesores así podíamos detectar a los niños en las escuelas...

(GP, Corrientes)

En este sentido, el laboratorio GADOR ha lanzado un cuadernillo para profesionales del ámbito educativo titulado “*En el ADHD, RECIT®. Para atender, entender y aprender*”. Es un manual con 60 consejos para docentes y que comienza con la siguiente frase:

-Puede que en su aula haya entre 25 y 35 niños. Según algunas estadísticas, todo indica que al menos uno de estos alumnos puede tener ADHD.

-Miren sus rostros, ninguno se parece a Einstein, Lennon o Kennedy, por nombrar algunos notables que fueron diagnosticados con ADHD.

-Gran parte de la conducta que Ud. adopte con ellos, dependerán las posibilidades que estos niños tengan en la vida para desarrollar sus potencialidades y aún, ante la adversidad de dicho trastorno, llegar a ser personas felices...

Luego de los consejos generales dirigidos al docente, se introduce información detallada acerca del Recit®, sus diferentes presentaciones y su supremacía para el tratamiento del TDA/H, bajo el lema de “*atomoxetina primera molécula*”

no estimulante que no requiere recetario oficial". El cuadernillo concluye con la frase: *"Eficacia demostrada en pacientes del mundo real"*.

Otra estrategia en que el problema del TDA/H se introduce en las escuelas como información a los docentes es a través de "revistas de difusión pedagógica". En esta línea el caso más paradigmático es el de la revista "Maestra Jardinera y Maestra de Primer Ciclo" de la editorial EDIBA. Esta editorial ha lanzado al mercado unos fascículos titulados *"inquietos, distraídos, ¿diferentes?"*. En ellos no se hace difusión directa de medicación, ya que en nuestro país está prohibido por ley pero, sin embargo, en todos sus números se distingue alguna orientación hacia el consumo de medicación para el abordaje de este síndrome. Si bien no estamos en condiciones de afirmar que sus contenidos tienen algún tipo de articulación con la difusión de los laboratorios, queda abierto un interrogante dado que el autor de esos fascículos es el mismo profesional que un laboratorio productor de un fármaco destinado al TDA/H "agradece especialmente" por la colaboración en el armado de gacetillas, realizadas por dicho laboratorio, y destinadas a los docentes.

- *Estrategias dirigidas a los médicos:* un aspecto a destacar en el rol de los laboratorios es aquel relacionado al seguimiento minucioso del médico. Este actor privilegiado en la cadena de transmisión para el consumo del fármaco está cada vez más objetivado por el propio proceso de medicalización/medicamentación (Pavlovsky, 2006). Los laboratorios pueden hoy tener un seguimiento minucioso sobre qué y cuándo recetan los médicos a través de información construida por empresas de mercadotecnia (Jara, 2007). En la Argentina dos de estas empresas son las principales IMS y Close Up. Sobre esta última, Lakoff (2003) realizó un interesante seguimiento sobre el modo en que opera para identificar qué médicos recetan qué productos y cuánto prescribe cada uno a través de lo que se conoció como la copia de recetas microfilmadas tomadas en las grandes cadenas farmacéuticas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Durante la investigación hemos podido acceder a información que IMS vende a los laboratorios, particularmente relacionadas con fármacos para el TDA/H. Esta información se elabora mensualmente y revela las cifras de unidades vendidas (cajas vendidas) vinculadas a la totalidad de fármacos utilizados para este síndrome –tanto por el laboratorio que compra el resumen como por los otros laboratorios competidores en el mercado–. Según información de representantes de los propios laboratorios, estas cifras son las de mayor exactitud de venta, constituyéndose en la información más limpia que se puede rastrear en materia de estudios de mercado.

A lo largo del trabajo de campo se observó que la estrategia dirigida a los médicos ha cambiado sustancialmente respecto de lo conocido hace tiempo atrás, ya no es necesario visitar día a día al médico para motivarlo y/o vigilarlo: otros mecanismos de control se ponen en juego.

En este sentido, si bien los APM casi no visitan a los pediatras por temas relacionados a problemáticas del campo de la salud mental, estos se encuentran muy informados acerca del TDA/H a través de las publicaciones de los laboratorios y las denominadas “*guías de consenso*”. Estas guías consisten en acuerdos sobre las prácticas clínicas a seguir construidas a partir de lo que se denomina “evidencia disponible”. Este consenso deriva de reuniones de expertos, muchas veces bajo patrocinio de los laboratorios (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007: 45) y con el aval de las sociedades científicas. Así protocolos y medicina basada en la evidencia se transformaron en reglas a seguir y reglas a invocar para no quedar fuera del consenso científico hegemónico (Iriart, 2008, 1623).

-Incluso tienen escalas de evaluación para que uno después pueda evaluar los resultados..., no recuerdo el laboratorio que las suministraba estas guías...

(Pediatra, subsector público, Salta)

En relación a los especialistas podemos decir que cuando se trata de psicofármacos en general, los psiquiatras y los neurólogos son “objeto” de propagandas y privilegios por parte de los laboratorios. Sin embargo en el caso específico del TDA/H, según la información recabada, son los segundos los actores privilegiados.

La manera como los laboratorios influyen sobre los especialistas son varias, entre ellas podemos mencionar diferentes tipos de apoyo en las organizaciones de eventos, congresos y/o conferencias. En los dos congresos que participamos como actividad de esta investigación, el 24º Congreso Argentino de Psiquiatría organizado por Asociación de Psiquiatras de la Argentina³⁴ y el 10º Congreso Argentino de Neuropsiquiatría y Neurociencia Cognitiva organizado por la Asociación Neuropsiquiátrica Argentina³⁵ se destacaba la gran cantidad de stands, organizados como verdaderas ferias en el sentido de mercados de información, exposición publicitaria, obsequios, etc. Cada uno de estos espacios se veía presentado con imágenes de personas radiantes y frases motivadoras y comprometidas con el trabajo para el logro de la felicidad del sujeto y su familia. Así Novartis publicitaba Ritalina LA® (metilfenidato uno por día): *Calidad de vida, cada día. El compromiso de Novartis Neurociencia.* Estos congresos se convierten en muchos casos en espacios de disciplinamiento donde se brinda información vinculada a los laboratorios.

-De repente ahora va a haber un congreso en Mendoza, traen gente, entonces (los laboratorios) te ofrecen ir al congreso para que vayas y veas. En este tipo de congresos muchas veces viene gente que te habla de los beneficios que trae medicar.... Como que te lo promocionan desde ese lado, que la medicación es buena... que los efectos adversos son pocos...

(Neurólogo, subsector privado, CBA)

Por último otro aspecto relevado en el trabajo de campo fue la articulación entre diferentes laboratorios para la instalación de una nueva droga que compita en el

³⁴ Mar del Plata del 17 al 24 de abril del 2008.

³⁵ Buenos Aires del 3 al 5 de setiembre del 2008.

mercado con otra/s ya existentes. Así la unificación en el marketing de laboratorios para el lanzamiento de la atomoxetina fue descrita por un entrevistado:

-Hace 3 o 4 años que la atomoxetina vino con bombos y platillos, con un marketing impresionante.... Entre Gador y Elly Lilly en co-marketing hicieron una cosa impresionante....

(Psiquiatra, subsector público, CBA)

- *Líderes de Opinión:* los líderes de opinión son un engranaje clave en la actual estrategia de marketing de la industria farmacéutica. Son los Agentes de Propaganda Médica quienes valoran a los médicos según su rol con los semejantes, luego son las propias empresas quienes los moldean y los elevan a la categoría de expertos, o, tal como lo definió un informante clave, en “*sabios locales*” que generalmente, en congresos, conferencias científicas, publicaciones y/o a través de las guías de consenso, son los encargados de difundir los últimos hallazgos en relación a enfermedades y/o síndromes y las posibles terapéuticas, donde nunca queda por fuera la medicación.

Según relata Moynihan et al (2007) las alianzas con los líderes de opinión son tan importantes que algunas empresas de marketing calculan el rendimiento de la inversión que una campaña farmacéutica puede cosechar de esta clase de presentaciones.

En una entrevista realizada a un asesor responsable de la medicación relacionada al sistema nervioso central, de uno de los laboratorios que produce fármacos utilizados para el TDA/H, se destacó la importancia de los líderes de opinión, o “speakers”, para la difusión de la información a otros médicos. Estos líderes de opinión son médicos psiquiatras infanto juveniles y neurólogos infantiles pertenecientes a las instituciones públicas y/o privadas de mayor

“prestigio” asistencial de la Ciudad de Buenos Aires³⁶. Según relato de un APM, este mecanismo se describe de la siguiente manera:

-Cada laboratorio tiene sus líderes de opinión o speakers que son los que sostienen científicamente (con teorías) la tendencia del laboratorio en materia de fármacos. Cada uno se lleva un cheque... Hay en cambio otros representantes que no quieren pactar con los laboratorios entonces no nombran drogas en sus exposiciones y hablan sólo de receptores, pero no drogas....

-Hay laboratorios que tienen políticas de captación de psiquiatras y otras que premian por lo que los psiquiatras ya venden. Nosotros ya sabemos que hay médicos que con tal de que les pagues dicen cualquier cosa.... en el medio ya se los conoce.... y a esos se apuestan.

Cómo puede observarse los laboratorios han avanzado aceleradamente en sus habilidades de marketing para instalar sus productos, sellando un círculo virtuoso de la científicidad bajo la hegemonía de una recreada biologización y medicalización. Así la comercialización de medicamentos dirigidos a problemas de la vida es un elemento fácil de ser sujeto de control social de los sujetos individuales y colectivos a través de ser etiquetados como enfermos o en riesgo; pero además tiene un agregado, puede producir grandes beneficios económicos para ciertos grupos de poder.

³⁶ A lo largo de la investigación hemos tenido acceso al listado de líderes de opinión de uno de los laboratorios.

Capítulo 3. Los medios gráficos de comunicación.

En este punto nos interesa describir la forma en que los medios de comunicación masiva han abordado el tema del TDA/H en los últimos años. Particularmente centramos la mirada en la construcción de la “noticia” como una de las formas en que esta problemática se presenta a la población en general. Sin embargo, debemos aclarar que este análisis no tiene como intención ser exhaustivo en su cobertura temporal ni en su cobertura de medios. Por eso se considera este corpus como ilustrativo, significativo de los discursos circulantes, antes que representativo de la totalidad de las expresiones referidas en los medios de comunicación masiva.

Para el análisis de los discursos en la comunicación gráfica, se conformó un corpus de cincuenta notas y artículos publicados en medios gráficos nacionales (tanto de difusión nacional como provinciales), entre abril de 2001 y octubre de 2008. Se relevaron notas pertenecientes a los siguientes medios gráficos: Clarín; Página/12; La Nación; Infobae (Buenos Aires), Diario de Cuyo (San Juan); El independiente (La Rioja); La Capital (Rosario); La Nueva Provincia (Bahía Blanca); Perfil (Buenos Aires); El Día de La Plata (La Plata) y Terra Magazine (Buenos Aires).

La elección del corpus se basó en una búsqueda informal de notas, a través de buscadores de Internet, por medio de palabras clave. Se tomaron sólo artículos de diarios argentinos, tratando de cubrir la mayor parte de los medios nacionales y algunos provinciales. Se tomó como inicio el año 2001 por ser la nota más antigua donde se encontraron referencias al tema del TDA/H.

- **El lugar que ocupa la noticia**

Siguiendo un relevamiento formal de las secciones en las cuales se publican artículos y notas sobre el TDA/H, se observa que la sección más destacada es la de “Salud y Ciencia”, seguidas por las secciones “Sociedad”, “Nacional” o “El País”, éstas dos últimas, a los fines estratégicos, fueron unificadas. Resultaron minoritarias las publicaciones en la sección de “Psicología” y, algunas pocas en la sección “Cultura” y “Educación”.

El análisis permite aproximarse, en una primera instancia, a la primacía en que los medios gráficos abordan los aspectos médico, científico y en menor medida, específicamente de la salud mental y/o educación. Por otro lado, se observa una frecuencia elevada de notas en las secciones de “Sociedad” y “Nacional”, lo que nos permite inferir que se intenta dar a la problemática un carácter general y de época. Este carácter se corresponde con el género predominante en las notas, ya que no son crónicas, es decir, hechos puntuales sucedidos en días anteriores, sino notas atemporales, sobre avances de investigación nacionales o internacionales, o nuevos debates o escritos teóricos.

En cuanto a los géneros, se observa que predomina el género informativo. Existen algunas notas con cuadros, entrevistas y fragmentos de libros. Si bien la opinión no prima como género, debemos destacar que ésta se observa construida a partir de la cantidad y la elección de los especialistas/expertos citados y de las fuentes consultadas.

- **Los actores de la información**

A lo largo de las notas no sólo se citan y nombran diversos “especialistas/expertos” sino que se mencionan múltiples actores involucrados en esta problemática.

Tres son los grupos que se destacan. El primero, abarca a los actores más mencionados y corresponde al grupo de los “profesionales y/o especialistas/expertos”. Dentro de este grupo el más destacado es el profesional médico de diferentes especialidades y luego profesionales de la *salud mental*, particularmente el psicólogo.

El segundo grupo corresponde al campo *educativo*, ya sea en la mención específica de docentes y maestros, como de “la escuela” como institución.

El tercer y último grupo, está constituido por la *familia*. Siendo los padres los más destacados.

Además, fueron involucrados como actores de esta problemática los medios de comunicación y el Estado entre otros.

Es importante señalar que los niños, siendo los principales sujetos involucrados en esta problemática, no fueron citados en las notas relevadas, ni mencionados como actores en forma significativa. Ellos sólo son aludidos como objeto del problema o como protagonista pasivo del caso presentado.

- **Las imágenes.**

En relación a las imágenes que acompañan las notas analizadas, se observa que estas son de archivo (ver Anexo imágenes), nuevamente en sintonía con el hecho de no ser crónicas de noticias.

Estas pertenecen a niños en la escuela, ya sea dentro de la escuela, en el aula, vestidos con guardapolvo o en la entrada. En menor medida se encontraron imágenes que se pueden vincular con una idea de “hiperactividad” a partir de

retratos de niños en movimiento, jugando, corriendo, e incluso golpeándose o gritando.

Un número menor de notas recurre a imágenes de medicamentos, algunas donde incluso aparece la imagen del niño, fuera de foco, detrás de las pastillas. Estas imágenes pueden connotar los riesgos asociados al consumo del medicamento para el TDA/H, a modo de ejemplo podemos citar una infografía con datos e imágenes sobre los efectos adversos del metilfenidato en el organismo (Diario Clarín. 22/04/07).

▪ Fuentes consultadas

Destacamos también la cantidad fuentes y especialistas/expertos consultados para la construcción de las notas relevadas. Se mencionaron aproximadamente 118 instituciones, 94 especialistas/expertos, 27 medios de comunicación (en su mayoría extranjeros) y 21 libros, manuales o artículos (entre los cuales se encuentra de modo destacado el DSM IV).

Las instituciones más señaladas fueron los *organismos estatales* (Ministerio de Salud, ANMAT), las *Asociaciones de profesionales médicos*, las *Asociaciones de profesionales de salud mental* y los *organismos de Estado extranjeros (EEUU y Europa)*. Las *Universidades y Centros de estudios* consultadas fueron tanto nacionales como extranjeras. Son citados profesionales de *Hospitales públicos y centros privados*. *Organizaciones de la sociedad civil* (Fundaciones y ONGs) y *Organismos internacionales* (ONU, OMS).

▪ Análisis de contenido.

Título: En relación a la conceptualización del problema desde los titulares, se han construido tres grupos según el tipo de representaciones en juego:

1) El primer grupo construye sus titulares alrededor de la mención de la “patología” o “problemática”. Se titula principalmente “Déficit de atención”, “trastorno” y/o como “síndrome”. También, se destacan: “hiperactividad”, “TDA/H” y “mal de niños hiperactivos”. Aparecen vinculadas palabras relacionadas al “crecimiento” y “la polémica”. Otras titulares mencionan el TDA/H ligado a otras problemáticas en niños tales como “trastorno bipolar”, “depresión infantil” y “fobia escolar”.

2) El segundo grupo, es el de los titulares que hacen referencia exclusiva a la situación del niño: “niños”, “chicos”, “alumnos” o “hijos” junto con adjetivos como “inquietos”, “hiperactivos”, “desatentos”, “movedizos”, “diablitos”, “fracasados”, “revoltosos”. Solo en una oportunidad se menciona el adjetivo “desatendidos”, invirtiendo la lógica del problema y haciendo hincapié en la falta de atención de los padres hacia los hijos.

3) Por último, el tercer grupo, es el correspondiente a aquellos titulares que apelan a problematizar la medicación: “alertan”, “advierten”, “peligro”, “tendencia preocupante”, “efectos adversos”.

Hay otra categoría que podría enmarcarse en aquellos titulares que están contruidos con el fin de “orientar” a los padres, apelando a la lógica del “manual”, con expresiones como: “cómo saber”, “cuándo preocuparse”. También se destacan, en un número elevado de titulares, palabras como “alerta”, “tendencia preocupante”, “último momento” y “advertencia” que dan cuenta de una percepción de la problemática como urgente y relevante.

Denominación: en relación a la forma en que se denomina esta problemática, se observa cierta preponderancia de la mención con siglas en su versión inglesa,

ya sea como TDA/H (Attention Deficit Disorder) o ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Una proporción mucho menor es la de la mención de la sigla en castellano, ya sea como SDA (Síndrome de Déficit de Atención), SDAH (Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad), o como, TDA (Trastorno del Déficit de Atención).

La frecuencia de la mención en inglés podría relacionarse con que la mayoría de los diarios elabora este tipo de notas a partir de cables enviados por agencias de noticias extranjeras, donde se mencionan descubrimientos, avances o investigaciones del campo de salud de países de habla inglesa, principalmente los Estados Unidos.

Por otro lado, el uso de siglas se observa asociado a una rápida forma de hacer corresponder la problemática con un “nombre/diagnóstico”, sin expresar el significado de las letras que la componen, y por lo tanto, sin mediar una reflexión acerca de cuál es el contenido de dicha construcción.

Diagnóstico: en las notas seleccionadas se expresan importantes problemas con el diagnóstico; esto se da cuenta tanto en la dificultad para la construcción y precisión diagnóstica, como en la falta de instrumentos adecuados para llevar adelante dicho proceso.

En este punto surgen diferencias de posicionamiento: algunos artículos plantean una fuerte tendencia unilateral hacia el diagnóstico médico. En este caso se hace hincapié en que solo el profesional médico, particularmente los pediatras o neurólogos, son los capacitados para realizar el diagnóstico. Es notable cómo estas notas a su vez revelan la existencia de “subdiagnósticos” (se mencionan 250.000 casos, pero deberían ser 500.000 (Diario de Cuyo 19/04/04; La Nación, 10/09/05).

Otros notas expresan la falta de diagnósticos llevados a cabo con rigor científico, y señalan la necesidad de un proceso diagnóstico inter o multidisciplinario. En este grupo a diferencia del anterior se remarca la existencia de “sobrediagnósticos médicos”.

Por otro lado, el tema “diagnóstico” aparece ligado al aumento de consultas en niños. Este crecimiento está articulado con señalamientos de “alarma”, “advertencia” y “preocupación”.

Medicación: directamente vinculado al aumento de niños diagnosticados con TDA/H, aparece el señalamiento del aumento de niños medicados con psicofármacos: *“Alertan que 200 mil alumnos van a la escuela medicados”* (Diario Clarín, 22/04/07).

El concepto de “medicalización” es utilizado por los especialistas/expertos para dar cuenta de la tendencia de medicación. También utilizan el concepto “patologización” para referirse a la tendencia de “rotular” o “etiquetar” con el nombre de “trastorno” o “enfermedad” al comportamiento de los niños.

La mayoría de las notas connotan desacuerdo sobre la medicación de niños y señalan la preocupación por los posibles efectos adversos, inclusive casos de muerte (Página/12, 08/04/08) y adictividad a las drogas utilizadas para este tratamiento.

El tratamiento farmacológico se justifica –en algunas notas– definiendo al problema como “enfermedad”, “alteración funcional”, “afección médica”, “problema neurobiológico” o “problema genético”.

En relación a la droga utilizada para este diagnóstico, el metilfenidato es la que aparece mencionada con mayor frecuencia en las notas analizadas, ya sea con su nombre genérico o con sus nombres de fantasía o comercialización: Ritalina®

o Ritalín®. Es menos frecuente en las notas analizadas la mención a la otra droga de indicada para el TDA/H: la atomoxetina.

De forma minoritaria, las drogas aparecen mencionadas por el grupo de medicamentos al que pertenecen: “estimulantes”, “psicoactivos” o “anfetaminas”.

Recomendaciones: gran parte de las notas recomiendan atención en referencia al diagnóstico, narran el listado punteado de signos o síntomas que pueden permitir la identificación del diagnóstico, a partir de ubicar aspectos claves descriptivos del comportamiento del niño (Página/12, 12/02/05; La Nación, 10/09/06).

En otras oportunidades, las recomendaciones se orientan a mostrar la forma de prevenir el conflicto, apelando a un cambio en el contexto del niño, ya sea familiar o escolar.

Un número menor de consejos apuntan a facilitar al padre la consulta médica especializada, acercando direcciones útiles, páginas web y nombres de profesionales (La Nación, 16/12/07).

Resulta particularmente interesante ver el tipo de recomendación que se extiende hacia los abordajes. En la gran mayoría de ellos, los medicamentos aparecen asociados a otras terapéuticas, o bien como última elección de tratamiento. Surgen recomendaciones hacia corrientes terapéuticas tales como la “psicología cognitiva” o “psicoanalítica”. El abordaje multidisciplinario que combina un tratamiento medicamentoso con psicoterapia o psicopedagogía, más el trabajo sobre el niño y su familia son los enunciados con mayor frecuencia.

Se destacan la dispersión en el tipo de recomendaciones, la dificultad de coincidir en líneas de acción y abordaje, y el alto número de notas en los que se enfatizan recomendaciones.

- **Imágenes**

Asociadas a la escuela:



Diario La Nación. Nota: Burrieza, Valentina (14/03/04): Los chicos hiperactivos. Revista.

Interrumpir a la maestra, desobedecer órdenes y pelearse en clase no se traducen necesariamente en un mal rendimiento escolar Foto: Archivo



Diario La Nación. Nota: Carey, Benedict (NYT) (17/11/07): Los chicos revoltosos no están condenados al fracaso escolar. Sección, Ciencia y Salud.



Momento Clave. Una madre en el duro trance de dejar a su hijo en el primer día de clases.
Foto: Archivo Clarín.

Diario Clarín. Nota: Elustondo, Georgina (03/05/05): La Fobia escolar, un trastorno que va en aumento en la Argentina. Sección, Sociedad. Buenos Aires.



Diario Página/12. Nota: Beatriz Janin (02/12/04): Desatentos o desatendidos. Sección, Psicología.

Asociadas a la familia:



Para algunos historiadores, la primera descripción del ADHD habría que buscarla en los cuentos del médico H. Hoffman y su personaje Zappel Philipp.

Diario Página 12. Nota: Garabetyan, Enrique (12/02/05): Mi pequeño diablito. ADHD o trastorno por déficit de atención. Sección, Futuro

Para algunos investigadores, la TV debería ser tratada como un problema de salud pública Foto: Archivo/AFP



Diario La Nación. Nota: Stern, Andrew (05/09/07): Más de dos horas diarias de televisión elevan el riesgo de déficit de atención. Sección, Ciencia y Salud.

Foto: Huadi



Diario La Nación. Nota: Czubaj, Fabiola (18/10/08) Padres desbordados. El desafío de convivir con chicos inquietos. Sección, Ciencia y Salud.

Asociadas al medicamento:

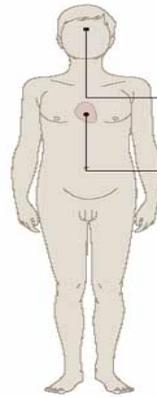
Los efectos del metilfenidato

Diario Clarín. Nota: Iglesias, Mariana (22/04/07): Alertan que 200 mil chicos van a la escuela medicados. Sección, Sociedad

Los efectos del metilfenidato

El metilfenidato, al igual que las anfetaminas, puede producir dependencia. También causa un estado de alerta, locuacidad, euforia, irritabilidad, agresividad, agitación, impotencia y alucinaciones visuales y táctiles.

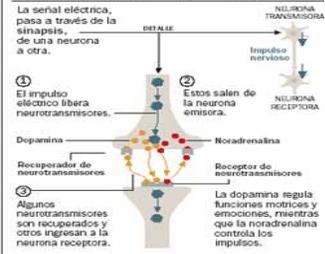
EN EL ORGANISMO



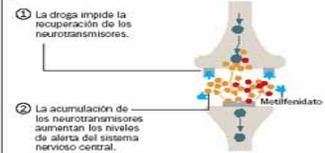
- Se ingiere por vía oral y es rápidamente absorbido en el tracto gastrointestinal (1 a 2 horas).
- Fiebre. Dilatación pupilar. Mal aliento y sequedad de boca.
- Puede producir taquicardia, hipertensión arterial, alteraciones del ritmo cardíaco.
- Disminución del apetito y pérdida de peso.
- La administración prolongada puede provocar temblores y convulsiones.
- Aunque en pocos casos, puede producir la muerte del paciente.

EN EL CEREBRO

TRANSMISIÓN NORMAL DEL IMPULSO NERVIOSO



CUANDO SE TOMA METILFENIDATO



Diario Página/12. Nota: Arzeno, Marla (03/03/05): El niño fracasado. Sección, Psicología.

Diario 150



Página/12. Nota: Texto firmado por expertos (11/09/05): El diagnóstico invalidante. Sección, Psicología



Terra Magazine. Nota: Chacón, Pablo (18/04/08): Crece la cantidad de niños medicados por "déficit de atención". Buenos Aires.

Asociadas al juego:



Infobae. Nota: Infobae (Fuente) (26/03/07): Cómo saber si su hijo es inquieto o hiperactivo. Sección, salud.



Infobae. Nota: Chávez, Valeria (26/03/07): Cuándo debe preocupar la hiperactividad en los niños. Sección, Salud.



Imagen Sandra Ruso

Página/12. Nota: Carbajal, Mariana (10/06/07): El problema del TDA/H. Sección Sociedad.

Conclusiones y recomendaciones.

- **Reflexiones de la problemática desde el campo escolar. Hacia una tipología del proceso de medicalización y el rol de la escuela.**

A lo largo del análisis del campo escolar observamos que intervienen diversas variables en la elección de tratamientos para el diagnóstico del TDA/H. La medicalización puede estar dada por tratamientos terapéuticos de diverso tipo y/o por tratamientos medicamentosos. Lo que en este estudio nos convoca, es la variante medicamentosa como vía de solución de un niño que es detectado en la escuela con un déficit de atención y/o hiperactividad. Sin embargo, resulta esclarecedor detectar en qué casos la solución farmacológica cobra peso y cómo lo hace, así como tener en cuenta en qué casos y cómo se recurre a otras vías de medicalización, a fin de comprender el rol que cumple el medicamento psicotrópico dentro de la escuela.

Por un lado, resulta sumamente relevante el tipo de “carrera” instaurada para el niño desde la escuela, es decir, la “clasificación” bajo el cual es conceptualizado su problema por docentes, directivos y GP. Vimos que suele haber un hincapié en alguno de los déficits, “hiperactividad” o “falta de atención”. Esto marcará una diferencia en relación a la urgencia percibida en la escuela para el tratamiento y el tipo de objetivos esperados, al menos en las etapas iniciales.

A su vez, el tipo de abordaje de esta “carrera” estará fuertemente condicionado por los distintos discursos explicativos que fundamenten la clasificación: el discurso psicoanalítico, el discurso biológico, el discurso ecológico y el discurso sociológico. Cada discurso definirá una posición, fundamentada en

conocimientos y/o cuestiones de tipo ideológicas o éticas, respecto a la medicalización y medicamentación de niños. Aunque luego esta postura pueda terminar siendo contradicha en la práctica.

Finalmente, podemos observar que existen cruces entre el diagnóstico “clasificador” y los discursos explicativos. De estos cruces dependen muchas veces los abordajes que se instauran desde el aula y desde la escuela.

De este modo, el peso de los actores intervinientes del ámbito educativo en el proceso de medicalización/medicamentación, se configura especialmente en los estadios previos a la consulta al médico. La idea que ronda en las escuelas es que una vez que el médico, generalmente neurólogo, entra al proceso, la escuela se limita a recibir al niño diagnosticado y en tratamiento. Hay escuelas, que pese a esto, buscan tener un rol activo en las decisiones, opiniones y pautas de acción respecto al niño. Cuando esto ocurre, las escuelas manifiestan que muchas veces encuentran dificultoso trabajar en conjunto con los profesionales médicos. Esto es muy marcado cuando el tratamiento se lleva a cabo con un médico que “visita” la ciudad periódicamente y el tratamiento se limita a una renovación mensual de la receta del psicotrópico.

En general se percibe que la decisión de medicar o no medicar está muy influenciada por el tipo de profesional que aborda al niño. Según qué escuela y qué familia, la opinión de docentes y gabinetes psicopedagógicos tendrá mayor o menor peso.

-Yo creo que son parámetros dados por los avances de las investigaciones psicológicas y demás que después van clasificando de alguna forma estos síndromes y estos síntomas, que se diagnostican según si vos cumplís tales o cuales escalas, lo ubicás en tal lugar, si tiene cuales o tales síntomas éste nene responde a un síndrome de Asperger, si este nene tiene tales o cuales cosas ¿entendés? Pero también es depende de quién lo esté mirando, qué neurólogo, qué mirada, desde lo conductual, desde lo cognitivo, viste, hay chicos que son atendidos por médicos freudianos... Vos decís, un chico... pero bueno la familia elige qué mirada, y también esto incide en una detección temprana, de pronto incorrecta, porque una mala detección, un mal diagnóstico te lleva a pasar por un montón de posibilidades.

(Directora, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

- (...) *Bueno fue al neurólogo, y el neurólogo quiso medicarlo, la madre por poco ya había comprado los remedios cuando me lo vino a decir a mí, le dije “no, pará” ¿entendés? porque ella no sabía que se había planteado que existía la posibilidad de no medicarlo, lo que había dicho el doctor era palabra santa, y aparte la familia siempre acompañándolo, y bueno desde la escuela también está decirle “no, hace otra interconsulta porque también el medicar a un chico no es bueno”.*

E: *¿Esta mamá se te acercó a vos y te dijo voy a medicar a mí hijo?*

-Me dijo: *“el neurólogo dice que tiene TDA/H, que es necesario que le demos una droga.*

(Directora, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

Como vimos entre los casos analizados, la elección de tratamientos medicamentosos está fundamentalmente ligada a casos de hiperactividad, es decir, que aparece sobre todo en aquellos casos donde el niño afectado resulta revoltoso, molesto y disruptivo y donde los discursos prevalecientes tienen un componente biológico aunque la mayoría de las veces complementado por un factor vincular, sociológico o ecológico que ayuda a “mostrar” el déficit. En estos casos los discursos aluden a la medicación como un complemento, nunca como un fin en sí mismo o como única instancia de abordaje. Lo que resulta interesante de apuntar es que si bien en los discursos aparece esta doble instancia de terapia y medicación, al referirse en términos de la praxis y de las experiencias con alumnos, se concluye que el tratamiento terapéutico en muchos casos se abandona y la medicación con metilfenidato o atomoxetina queda como única forma de abordar el problema.

En los casos de predominio del déficit de hiperactividad, la medicación se supone como la primera instancia para poner *bajo control* al niño y poder iniciar el tratamiento. Subyace la urgencia de apaciguar, controlar, los rasgos hiperactivos del niño mediante el fármaco para así poder iniciar un tratamiento terapéutico, que generalmente es de carácter conductual. En estos casos, la medicación se piensa instrumentalmente a fin de permitir un tratamiento no medicamentoso.

Respecto a las escuelas que se identifican por su alta exigencia, vimos que el énfasis puede estar puesto no necesariamente en lo académico sino en una serie de ítems que pueden atender también a adquirir capital social (contactos, redes) y destrezas sociales (a través de dispositivos de disciplina y competencia como el fuerte énfasis en los deportes, por ejemplo). Estos dispositivos configuran una alta demanda de adaptación social a través de parámetros de competitividad y éxito, que demandan formas instituidas respecto a *modos de ser alumno* que trascienden el ámbito del colegio y devienen en *modos de ser niño*, respondiendo a fuertes exigencias de parte de todas las instituciones y círculos sociales que forman parte de su mundo de vida: familia, escuela, clubes, amigos.

En estos casos, entonces, lo que se observa en muchas docentes es también una mirada crítica respecto a la exigencia de los padres sobre el niño y las diversas estrategias, incluso preventivas, que muchas veces se despliegan a fin de que las expectativas paternas sean cumplidas. Dentro de estas estrategias se inserta la medicalización del niño a través de la mirada de diversos profesionales y dentro de este proceso emerge la medicación como dispositivo rápido y eficaz, aún sin que medie intervención del colegio.

-...y después hablando con la madre, “no porque hace un mes que lo medicamos porque como estaba muy hiperkinético entonces... y no hacía las cosas bien en el colegio”, yo le digo, ¿en qué momento dijimos que no hacía las cosas bien en el colegio? “y no, porque traía los cuadernos y muy desprolijos...”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona norte, GBA)

Este rol de los padres frente al proceso de medicación de los hijos surge en algunas de las entrevistas a docentes como una instancia en donde la familia actúa sin que se instaure el circuito de detección en el aula y la entrevista con el GP. Es decir, que en estos casos surge de los padres la instancia de “detección” de una problemática, generalmente referida a que perciben una falla en el

comportamiento o rendimiento en la escuela, y actúan sobre eso sin esperar que la escuela les dé su parecer. Si bien, podemos decir que dentro de nuestro corpus de entrevistas esta no es la modalidad habitual que toma el circuito de medicación, vale aclarar que en algunas escuelas de diverso tipo pero que responden a perfiles de cierta clase media y media alta que podríamos identificar como “ilustrada” o profesional, surgió entre los docentes el cuestionamiento de la presión que ejercen algunos padres sobre sus hijos y el peso que cobra la medicación como dispositivo de “control de las expectativas”. Por otro lado, en algunos casos esta ansiedad y exigencia de los padres se percibe también en relación con las visitas que los médicos de Buenos Aires hacen a las diferentes provincias mensualmente para recetar los psicotrópicos. De acuerdo a lo que se desprende de las entrevistas de los docentes, la “movida” que se instaura en cada visita habilita la idea de pensar al TDA/H como un diagnóstico de moda, desde un discurso deslegitimador por parte de la escuela.

-Los padres tienden a que si es un chico que no se está quieto como ellos esperan, tiene un TDA/H, entonces hacen una consulta con el pediatra que en este momento es el máximo exponente en Tierra del Fuego, de Ushuaia de TDA/H, o nosotros hemos comentado un par de cosas y “entonces sí lo voy a tener que llevar para que lo mediquen”, por ahí surge en una entrevista, entonces pará... eso es de parte de los papás.

...A estos chicos que están medicados yo no podría decirte que son hiperactivos, ni que la distracción y todo eso que aparentemente tienen, pero bueno son chicos que están medicados, según los padres cuando no toman la medicación aparece todo esto otro.

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, Ushuaia, Tierra del Fuego)

Cuando esta exigencia se enfoca en el rendimiento académico el déficit de atención cobra importancia por sí solo, a veces combinado con la hiperactividad pero no necesariamente y puede ser un motivo importante de consulta médica.

Debemos señalar una particularidad en relación al problema de aprendizaje y el tipo de institución. En este sentido, cuando la institución tiene un perfil

socioeconómico muy elevado y con una alta exigencia académica, se mencionan otras prácticas no medicamentosas pero que implican una fuerte relación con prácticas e imaginarios de medicación. Muchas docentes de este tipo de escuelas nos han relatado como de uso común el empleo de sustancias homeopáticas, que llaman “globulitos”, por parte de alumnos de los primeros grados para combatir la ansiedad o la distracción en el aula. De acuerdo al relato de las docentes, resulta una práctica de cierta habitualidad dentro del aula que el niño saque de su mochila junto al cuaderno de clase, un frasco de “globulitos” que le permitirán enfrentar el día escolar exitosamente. El niño en estos casos tiene un “dominio” de la práctica de consumo, en tanto es quien lleva consigo al colegio los “globulitos” y quien se los auto-administra. Estas situaciones se repiten a diario en determinados colegios de alta exigencia y son percibidas con naturalidad por el resto de los chicos. También se relata que los niños suelen acrecentar las dosis cuando hay exámenes o situaciones que supongan cuotas extras de estrés. En algunos casos, se ha mencionado también el uso de Flores de Bach.

-Y si no tenés la pastillita de la medicación, vienen con los globulitos... (Risas)

E: ¿Cómo es eso?

-“Yo lo medico homeopático”, entonces toman globulitos o las gotitas de las Flores de Bach... (Hablan al mismo tiempo, risas)

-Sí, trabaja así, con una serie de polvitos, o globulitos que tienen que ver algunos para lo atencional, algunos para el cansancio...

-O para los nervios, a mí me ha pasado antes de una evaluación que se toman globulitos para no estar nerviosos...

E: ¿Los chicos?

-Sí, sí.

-Porque en realidad los globulitos o las gotitas no te hace nada...

-No te hace nada, pero te hace un montón, “mi mamá me dio las gotitas de pirulito no sé cuánto para que yo te escuche”... bueno...

E: ¿Y qué hizo el chiquito, saca el frasquito en el aula y se lo toma?

-Sí, sin ningún problema, a parte toda la clase sabe, a mí me pasa con la de quinto que sacan las gotitas que le mandan homeopáticas, en medio de la clase. Ella es una chica súper-desatenta, desorganizada pero es un amor ¿no? entonces, va, toma las gotitas en medio de la clase, “no, tengo que tomar el remedio”, por ahí en medio de la hora, interrumpe todo lo que está haciendo, interrumpe toda la clase, ya todo el mundo sabe que ella va a ir a tomar las gotitas.

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona norte,

GBA)

Como vimos la postura de los docentes frente a la medicación evidencia posturas no homogéneas e incluso en algunos casos contradictorias. Esto se ve sobre todo en aquellos casos donde se muestra un quiebre entre aquello que se piensa como lo deseable y lo que en la práctica deben afrontar. En este espacio de quiebre es donde la medicación asume un espacio destacado. Es decir, en general existe consenso en que la medicación con psicotrópicos no es el tratamiento más adecuado para este tipo de problemática, cuando el discurso se funda en factores no biológicos, o es la última instancia cuando el discurso combina factores de orden biológico con los de otro orden. Sin embargo, frente a una situación crítica la medicación muchas veces cumple el rol clave de calmar el clima del aula, que muchas veces traspasa estas fronteras para extenderse al colegio e incluso a casas de otros niños. En estos últimos casos, la pastilla es el último recurso y el *ultimátum* para que el niño permanezca en el establecimiento ante el reclamo de los padres de los otros niños que protestan por las agresiones o maltratos del “niño problema”. Frente a esta situación, en algunos casos de escuelas privadas emerge una instancia del padre-cliente que exige la solución del problema. Este reclamo tácita o expresamente supone echar al niño del colegio como condición para seguir enviando a su hijo al colegio.

Cuando el proceso llega a este punto, la carrera moral llega a su máxima expresión: el niño es estigmatizado como problemático por el conjunto de la comunidad educativa y sufre las consecuencias no sólo en el espacio escolar sino fuera de él, quedando limitada la vida social con sus pares ya que no se lo invita a casas de compañeros ni a cumpleaños, no van a su casa, etcétera. La pastilla, entonces no sólo resulta un *ultimátum* por parte de la escuela sino que se percibe eficaz para descomprimir una situación que afecta al niño y su grupo de pares, familia y escuela.

Sin embargo, frente a situaciones similares aparecen testimonios que ponen el foco en lo que la pastilla “tapa” o encubre (cuando se piensa que la problemática responde a cuestiones de otra índole no biológica) o bien, se le cuestiona su efecto sobre el cuerpo y la subjetividad del niño. Surge allí muy claramente la idea de *domesticación*, como forma de lograr un disciplinamiento y autocontrol mediante un dispositivo farmacológico que más que adaptarlo socialmente, *domestica* químicamente al niño. Desde esta idea, “la pastilla” y el tipo de subjetividad generada, resultan dispositivos para la regulación y normalización social, ya no sólo a través de un disciplinamiento intermitente de los cuerpos sino como una regulación constante de las formas de vida cotidiana, de acuerdo al planteo de la biopolítica de Foucault (2000).

-...Domesticado, lo quisieron domesticar. Porque vos fijate que el nene dejó de molestar..., primero estaba inhibido, después estaba como eufórico pero nunca estuvo bien, nunca pudo aprender, en definitiva el chico está en el secundario y no sabe nada.
(GP, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona norte, GBA)

En este marco, entonces, la idea de la impulsividad cobra fuerza. Si bien es fácil buscar la asociación entre el discurso de la hiperactividad y el de la impulsividad, hablar en términos de “controlar los impulsos” nos lleva a niveles de conceptualización del problema que colocan en primer plano las demandas de autocontrol. El niño que no puede ejercer el control esperable para moverse en la sociedad recurre a dispositivos externos para reparar el déficit. Siguiendo a Foucault, el mercado de la salud ofrece estos dispositivos y los convierte en un bien de consumo más dentro de la parafernalia de objetos y símbolos en circulación.

Desde esta idea es que vale pensar la particularidad que toma el proceso de medicalización en el mundo actual: es una medicalización que recurre al fármaco como solución rápida y eficaz para la vida cotidiana. La dialéctica que se establece entre las medicinas para el confort (Eherenberg, 2000; 2004) y la

biopolítica, encuentra en las *lifestyle medicines* todos los componentes simbólicos que demanda la sociedad de consumo.

-Porque tenían problemas de conducta

-De conducta y de dispersión. Yo tengo una con problemas de dispersión.

E: Claro, eso te quería preguntar, ¿Qué tipo de diagnóstico le dieron?

-Ah, de TDA/H, la mamá y el papá me dijeron que era TDA/H y otro nene que también está medicado para bajar el impulso que tiene, toma una pastilla que maneja el nivel emocional. Es una pastilla que toman los psicóticos.

E: O sea, ¿una tenés diagnosticada por TDA/H?

*-Y el otro no tengo diagnóstico, pero esta tomando una pastilla para bajar el impulso.
(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, GBA)*

- Ella está desbordada y el nene se pone loquito, nosotros vemos que él se maneja de una manera cuando está con nosotros y cuando está con la mamá, que no responde a nada cuando está con ella, se desborda totalmente él, no responde a nada, pero ella está, y bueno el nene está medicado, y lo que nos sorprende es eso que la conciencia que él tiene de lo que le pasa, porque él le dice a la maestra: "a ver, ahora estoy medio loquito porque todavía no tomo la pastilla", él lo dice, y después a las tres "ah, ya tomé la pastilla, listo, ahora sí", ¿viste?, o sea él tiene clarísimo, y bueno nos angustia mucho.

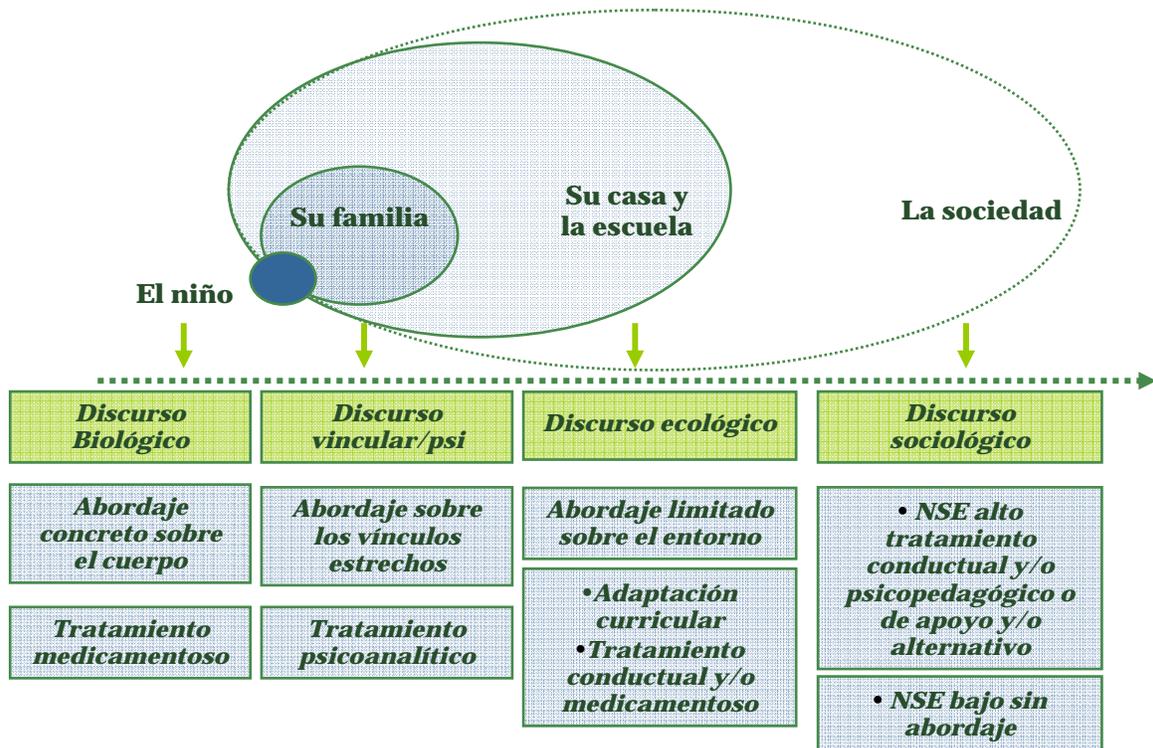
E: ¿Qué edad tiene él?

-Seis años.

(Directora, escuela pública tradicional, NSE medio-bajo, Comodoro Rivadavia, Chubut)

Para concluir la parte específica sobre el campo escolar y teniendo en cuenta los discursos a los que nos hemos referido, resulta interesante detenernos en los imaginarios que estos movilizan de acuerdo a las clasificaciones y el sistema de enclasmamiento que resulta de ellas. Podemos ver cómo estas clasificaciones, que se fundamentan en discursos específicos, determinan abordajes en la escuela y en relación a la medicación.

Relación entre discursos explicativos, actores en juego y abordaje



Siguiendo este razonamiento y al haber entrevistado a escuelas públicas y privadas que respondían a niveles socioeconómicos diversos (bajo y medio bajo para las públicas y alto y medio alto para las privadas), se han podido distinguir diferencias interesantes respecto a la clasificación y discursos en juego e imaginarios de culpabilización-desculpabilización en la carrera moral, que repercuten en los modos de abordar el problema, determinando o no una solución farmacológica. Nos detendremos a analizar estas particularidades a fin de concluir en una tipología que concentre las dimensiones que hemos trabajado a lo largo del estudio desde el campo escolar.

Escuelas con NSE bajo

- *El discurso de la violencia social:* las características atribuidas a niños con problemas de disciplina apuntadas anteriormente, se suelen clasificar desde la idea de “violencia social”, desde un discurso sociológico que interpela al

sistema social al que se le añade, como formando parte del mismo, un sesgo ecológico (un ambiente de vulnerabilidad social). Lo que aparece en este tipo de carrera moral es un etiquetamiento del niño como violento, producto de una situación macro estructural que al tiempo que culpabiliza al sistema abandona toda posibilidad de solución: hay un “destino” trazado por el sistema que resulta inabordable en términos prácticos. De este modo lo que la escuela manifiesta es una sensación de estar continuamente “tapando baches” y desviando objetivos propios de la escuela.

El extracto que sigue, explicita cómo perciben algunos docentes esta dicotomía de clasificaciones: “ser violento” o “ser TDA/H”, de acuerdo a la mirada que sobre el problema se hace en relación al contexto social.

E: ¿Tiene que ver con otra etiqueta (el TDA/H)?, ¿que es mejor o peor?

-Y, es mejor.

-Por supuesto.

E: ¿Por qué?

-Está aceptado.

-Porque está más valorado, digamos tiene una valoración distinta a ser un violento, que está asociado la violencia a la clase baja, a una persona que no conoce, que es ignorante, y un TDA/H este... (risas) es una etiqueta que es atendida por profesionales, el otro es un... como dijo recién es una falla desde la cuna, eso tiene que ver ahí...

(GP, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona norte, GBA)

Escuelas NSE medio y alto

Cuando el problema se manifiesta en escuelas con tendencia a un NSE alto, según el discurso que predomine en la explicación del problema, la carrera moral y su abordaje encontrarán dos vías de desarrollo diferenciadas:

- *Desde un discurso psicoanalítico:* el problema será definido como vincular, centrado por lo general en la relación padre-hijo, lo que lleva a generar sentimientos de culpa en los padres y fundamentalmente en la madre. El abordaje del problema una vez que la escuela sugirió la consulta a un profesional consiste en una terapia psicoanalítica y en algunos casos se

requiere también de un apoyo psicopedagógico, sobre todo cuando el déficit predominante es la atención y acarrea problemas de rendimiento escolar. La idea que rige este abordaje es la de un tratamiento para “reconocer” y luego “trabajar” el problema emocional que le da origen.

- *Desde un discurso sociológico y/o ecológico:* el problema se concibe a partir de las condiciones macro estructurales, desde el discurso de “la vida posmoderna” y las condiciones de existencia que el clima de época habilita (nuevas formas de ser padre, de ser niño, etc) y/o a partir de condiciones micro sociales y ambientales, es decir, referidas al entorno más inmediato del niño. Estas van desde aspectos edilicios, horarios escolares o de actividades extracurriculares hasta exigencias de la escuela hacia el niño que provocan episodios que son leídos como respuestas frente al estrés. En este marco, es donde surgieron instancias de consumo de sustancias homeopáticas, “globulitos”, como estrategias de autocontrol y dominio de la ansiedad provocada por las altas exigencias de determinadas escuelas. También puede ser tratado el problema desde terapias conductuales o con psicopedagogas si el problema se focaliza en el rendimiento escolar. Sin embargo, también puede terminar en un tratamiento medicamentoso aún cuando suele haber cierta resistencia de parte de las docentes a solucionarlo por esa vía cuando el problema es explicado desde estos discursos unilateralmente.
- *Desde el discurso biológico:* el problema ya no recae en el vínculo padre-hijo sino en cuestiones de orden neurológicas que desde el discurso de las neurociencias provocan un doble beneficio: descomprimen emocionalmente a los padres que en muchos casos venían sintiéndose responsables del malestar del hijo y prometen una solución eficaz mediante la medicación que en la mayoría de los casos se sugiere junto a una terapia de tipo conductal y/o vincular, que suele fundarse en discursos ecológicos a fin de promover un ambiente facilitador para el tratamiento. Sin embargo, este tratamiento no

siempre se cumple y el tratamiento farmacológico termina siendo el único modo de resolución del tema. Lo que trasciende a este abordaje es la idea de tratamiento y curación del trastorno mediante un tratamiento farmacológico que atenúe y en algunos casos cure, finalmente, el trastorno.

Teniendo en cuenta lo analizado, podemos construir una tipología que identifique la relación entre el nivel socioeconómico y los procesos de clasificación fundamentados en los diversos discursos y que a través de la puesta en acción de la “carrera moral”, llevan a abordajes que habilitan o no el tratamiento farmacológico.

Tipología sobre el proceso de medicación por NSE, Carrera moral y abodaje

NSE (Escuela)	CLASIFICACIÓN - ENCLASAMIENTO	DISCURSOS - CARRERA MORAL	ABORDAJE / CIRCUITO
BAJO	VIOLENCIA SOCIAL	<p>Discurso sociológico: Crisis socioeconómica</p> <p>Discurso ecológico: Vulnerabilidad social Estigmatización social: Sistema culpable</p>	<p>No Abordaje: Idea de "destino"</p>
MEDIO - ALTO	VINCULAR	<p>Discurso Psicoanalítico: Problemas emocionales por vínculos familiares (padres-hijo) Padres se culpabilizan</p>	<p>Abordaje psicoanalítico: Terapia psicoanalítica (puede haber apoyo psicopedagógico) Idea de Tratamiento</p>
MEDIO - ALTO	NUEVA INFANCIA ESTRES	<p>Discurso Sociológico: Clima de época</p> <p>Discurso Ecológico: Exigencia</p>	<p>Abordaje ecológico: Modificación de las condiciones del entorno Tratamiento conductual o psicopedagógico Tratamientos homeopáticos o Alternativos para bajar el estrés (puede acompañarse de un abordaje Médico y con medicación) Idea de "reparar, modificar"</p>
MEDIO - ALTO	TDA/H	<p>Discurso biológico: Suavización: Baja la presión sobre la relación padres-hijo, "tranquiliza"; "descomprime".</p> <p>Puede acompañarse de discursos sociológico ("Clima de época") y ecológico (entorno vincular, condiciones de aprendizaje, etc)</p>	<p>Abordaje médico con o sin medicación: Puede estar combinado con acompañamiento psicopedagógico y/o terapéutico (conductual, sistémico, vincular) muchas veces apoyado por el discurso ecológico. Idea de Curación o Tratamiento</p>

- **Reflexiones desde el campo de la salud: una aproximación desde los médicos: pediatras, psiquiatras infantojuveniles y neurólogos infantiles de cuatro jurisdicciones argentinas (AMBA, Corrientes, Salta y Tierra del Fuego).**

Las representaciones y las prácticas de diagnóstico y tratamiento del TDH/A.

Una de las primeras observaciones que pueden trazar un eje de reflexión es el auge y pregnancia del diagnóstico del TDA/H en las últimas décadas en la población infantil.

El TDA/H constituye en la actualidad un analizador que permite visualizar y tornar perceptible el fenómeno de medicalización/medicamentación a través del consumo de psicofármacos en la población infantil. Los distintos discursos imperantes ratifican una medicalización/medicamentación de la cultura en general, ya sea por parte de quienes lo reproducen, es decir, la población en general, como por parte de los discursos científicos, económicos y políticos.

Si se contempla que los ideales culturales de la época actual están ligados al “éxito” y al “consumo”, estos se convierten en significativos condicionantes a la hora del proceso de producción de subjetividad de un niño.

En el caso del TDA/H los factores que contribuyen casi decisivamente en la aparición del “sobrediagnóstico” y la “sobremedicación” son los discursos médicos y educativos y la presencia de la industria farmacéutica. El incremento de la incidencia del TDA/H, es destacado cronológicamente –por un grupo de entrevistados– a comienzos de los ’90 y –por otro grupo– en los inicios del 2000.

Hay –en general– en los profesionales consultados una aceptación y un acuerdo sobre la existencia del TDA/H como entidad clínica, junto con el planteo de la dificultad para precisar dicho diagnóstico, por la posibilidad de enmascaramiento que implica el cuadro, la alta frecuencia de comorbilidad y la reiteración del fenómeno de sobrediagnóstico.

Esta tendencia mayoritaria ligada a la aceptación del cuadro del TDA/H en el colectivo de especialistas de la salud entrevistados se contrapone a las ideas vertidas por los informantes clave, expertos en la temática, quienes han cuestionado su misma existencia y definición. Dicha tensión se ha expresado también en el campo sociocultural, mediante manifiestos de adhesión o de oposición al TDA/H y su correspondiente abordaje terapéutico y se ha traspolado a debates mediáticos en los que han aparecido figuras que encabezan líneas de pensamiento y de acción totalmente antagónicas.

Cabría la interrogación acerca de esta circulación paralela y no confluyente por un lado de quienes –partiendo de la premisa de existencia del cuadro de TDA/H– plantean precisar el diagnóstico para mejorar su definición, y por otro de quienes se oponen a la existencia misma de dicho diagnóstico y proponen un análisis que contemple una perspectiva integral que conjugue factores históricos, sociales y culturales como responsables y productores del malestar del niño en relación con su escolaridad. Esta última posición se encuentra en especial en el discurso ligado al campo psicoanalítico y a aquellas posiciones que rescatan los aspectos sociales, políticos y comunicacionales que construyen una subjetividad infantil contemporánea distinta.

Esta subjetividad propia de la época actual va de la mano del “consumo apresurado” ya sea de estímulos, de objetos, como de fármacos. Serie que a su vez termina de imprimir aspectos y peculiaridades a la subjetividad misma.

Un grupo de profesionales, en coincidencia con lo expresado por Blech (2006) – entre los que se ubican mayoritariamente los psiquiatras– admite que la construcción del diagnóstico de TDA/H se liga al consumo del fármaco desde el momento mismo de su detección, ya que éste se construye a partir de la administración del medicamento, sea tanto para confirmar el mismo como para refutarlo. En este sentido estaría alterado el circuito esperable de detección, diagnóstico y tratamiento, dado que el fármaco sería un eje del diagnóstico y no una posible terapéutica, con los riesgos que esto conlleva.

En relación a lo hallado en los discursos de los profesionales de la salud entrevistados el acuerdo sobre la existencia del TDA/H como entidad clínica podría explicarse en función de la tranquilidad que ofrece el hecho de poder “nominar”, “diagnosticar” algo que en una época y circunstancias históricas dadas perturba o resulta disfuncional para los cánones imperantes.

Las culturas establecen líneas de demarcación para lo que consideran enfermedad, sea bajo la forma de anomalía, desviación, trastorno de conducta, perturbación, etc. (Foucault 1996, Conrad 1982). Dichas líneas permiten a una cultura, en un momento determinado, establecer qué es *lo mismo* y qué es *lo otro*. Siguiendo a Foucault, lo otro es “*lo que, para una cultura, es a la vez interior y extraño y debe, por ello, excluirse (para conjurar un peligro interior), pero encerrándolo (para reducir la alteridad)*” (Foucault 1966: 9). La enfermedad, y más específicamente la enfermedad mental, aparece como un indicador privilegiado al momento de sondear cómo las culturas establecen líneas de demarcación entre *lo mismo* y *lo otro*. La categorización de las conductas en la infancia en torno a la noción de TDA/H resulta, en este sentido, un ejemplo que invita a reflexionar acerca de los procesos culturales de establecimiento de las líneas de demarcación entre mismidad y otredad, así como también acerca de la incidencia socio-histórica que está presente en las categorías actuales de la medicina.

La necesidad de diagnosticar tiene una coherente apoyatura en la construcción común de un lenguaje en materia de salud que permite el entendimiento entre distintos profesionales, grupos y culturas, contribuyendo así a la exploración y al conocimiento epidemiológico. En esa línea, el uso extendido del DSM IV –tanto en el sector público como privado– para diagnosticar, entre otras patologías, el TDA/H, si bien posibilita la aproximación a tasas de prevalencia e incidencia, y una idea más certera de la magnitud de la problemática en la población infantil, supone por un lado limitaciones en su uso y por otro puede ser funcional a la psiquiatrización de la vida cotidiana (Hochman, 1971), reforzando el registro del malestar o la dificultad en términos de enfermedad o trastorno clínico. Según un informante clave consultado específicamente acerca de los manuales de psiquiatría observa que el DSM IV, en primer lugar presenta falencias para los cuadros infantiles. En segundo lugar, observa que la traducción acrítica de dicho manual por parte de los profesionales podría llevar a conducir a que se deslice la inquietud propia de la infancia hacia una versión patológica de la misma produciéndose así la esencia misma de la medicalización. Cabría señalar además que aunque la clasificación diagnóstica prevista para el subsector público en la Argentina es la del CIE10 en el campo de salud mental se utiliza el DSM IV. Si bien existe una correspondencia entre ambas, la nominación del TDH/A pertenece, en forma más explícita, a esta última clasificación.

Uno de los efectos que puede provocar la aparición de un cierto nuevo diagnóstico –tal como lo expresan los entrevistados– es el de impregnar la mirada de los profesionales de la salud quienes luego de tal aparición refieren encontrar cada vez más casos.

Otro de los efectos de poner un diagnóstico consiste en que éste termina metaforizando al niño y por tanto diluye su subjetividad. Se descartan o minimizan todos aquellos factores que hacen a la comprensión de sus preocupaciones, sus intereses, sus temores, quedando todo subsumido bajo la denominación, en este caso del TDA/H.

Respecto de la etiología tanto pediatras como psiquiatras atribuyen una multicausalidad al cuadro clínico, mientras que los neurólogos refieren un exclusivo compromiso orgánico, una base genético-hereditaria que se encuentra en el origen de la problemática.

Podría sumarse además en esta “tendencia al diagnóstico” otro factor de igual consistencia tal como la necesidad del mercado –en especial por parte de industria farmacéutica– que obliga a poner ciertos “nombres” que avalan –tal como lo señalan los profesionales de la salud– el uso de determinados psicofármacos y no de otros, aún cuando no esté comprobada la eficacia de los mismos para tal o cual patología y no se sepa a ciencia cierta el origen.

Se observó, así mismo, que la industria farmacéutica pone especial énfasis en estrategias de marketing dirigidas a población sana convirtiendo en potenciales pacientes a aquellos sujetos que no se comportan bajo las normas que una sociedad adopta. Así el TDA/H en la población infantil es un mercado en expansión, tal como lo muestran, por un lado, las cifras de importación de metilfenidato proporcionadas por el ANMAT que señalan un significativo incremento en la importación de esta droga (de 47.91 kg. en el 2007 a 81.75 en el 2008). Esto nos permite suponer que el aumento obedece, o bien, a una venta que viene siendo valorada como creciente por los laboratorios, o a una decisión de mayor penetración en el mercado por parte de los mismos.

En segundo lugar se observó que las estrategia de marketing de la industria farmacéutica están dirigidas, como en otros fármacos, hacia la comunidad médica, a través de incentivos y/o controles y también a través en las estrategias de información vertida por los líderes de opinión o “speakers”. Estos últimos son médicos psiquiatras infanto juveniles y neurólogos infantiles pertenecientes a las instituciones públicas y/o privadas de gran “prestigio” asistencial. Pero también hemos observado, como particularidad para el TDA/H

estrategias dirigidas a usuarios y/o sus organizaciones y a la comunidad educativa. Si bien estas acciones están prohibidas por la legislación nacional se crean intersticios que posibilitan llevarlas a cabo.

Hemos observado que la industria farmacéutica ha avanzado aceleradamente en sus habilidades de marketing para instalar sus productos, sellando un círculo virtuoso de la cientificidad bajo la hegemonía de una recreada biologización y medicalización / medicamentación. Así la comercialización de medicamentos dirigidos a problemas de la vida es un elemento fácil de ser sujeto de control social de los sujetos individuales y colectivos a través de ser etiquetados como enfermos o en riesgo; pero además tiene un agregado, puede producir grandes beneficios económicos para ciertos grupos de poder.

Otro tema importante que emerge a partir de lo relevado –en quienes constituyen el colectivo de profesionales de la salud– es la aparición de frecuentes discursos que aluden a la peligrosidad inherente al niño “perturbador” que porta diagnóstico de TDA/H.

Cabe destacar que la noción de peligrosidad hunde sus raíces conceptuales en el mundo de lo jurídico surgiendo a principios del siglo XIX. La característica principal de la noción de peligrosidad es la inespecificidad de su jurisdicción: a caballo entre dos ámbitos de incumbencia, no es posible aún hoy otorgarle a la noción de individuo "peligroso" un estatuto exclusivamente médico o jurídico (Foucault 1996; 2000).

La medicina cumple en la actualidad un rol central en el establecimiento de parámetros de normalidad, de detección y señalamiento de lo anormal. Asimismo, la medicina despliega una multiplicidad de técnicas de poder que apuntan al control, corrección y normalización de las conductas y los cuerpos. El carácter de *peligrosidad* ha aparecido fusionado al concepto de “anormal” desde

el momento mismo de su emergencia, y recae sobre todo aquello que se coloca dentro de este campo. La medicina (Foucault, 1996) abre la posibilidad para que la evaluación de las conductas en términos de patología se anude a la idea de peligro, y más específicamente de individuo peligroso.

Así, la noción de peligrosidad orbita en toda la problemática del TDA/H. Se alude a la peligrosidad del niño que molesta, distrae y atenta contra los ideales vigentes en las instituciones de las cuales forma: la familia y la escuela. Cada una de ellas ve impedida la realización de sus ideales más caros. Los entrevistados observan que la familia, en especial, en los sectores medios, ve postergadas o entorpecidas sus exigencias de rendimiento, optimización y eficacia. Pero también marcan que la escuela siente amenazados sus estandartes de tranquilidad, orden y control.

Pero esta noción de peligrosidad, además de proponerse para describir un estado presente, es puesta en consonancia con la trayectoria vital del niño, de manera que su actual condición es susceptible de continuarse en el futuro, pero con figuras de peligrosidad/anormalidad, en este punto algunos entrevistados manifiestan el estado de cronicidad del padecimiento. Así la noción de *peligrosidad e individuo peligroso* también se vinculan a través de la presumible correlación más marcada entre el diagnóstico de TDA/H en la infancia y la propensión al alcoholismo, drogadicción, conducta antisocial, intentos de suicidio, problemas de somatización y delincuencia en la adultez (Béraud-Gogino 2006). De esta manera, se identifica una potencialidad disruptiva del orden en esta figura que excede su accionar individual, afectando al cuerpo social en su totalidad.

Uno de los fenómenos resultantes de esta supuesta peligrosidad es la “victimización” de los padres y el consiguiente desdibujamiento de cuanto les puede estar aquejando a los niños. Parecen ser los padres los verdaderos afectados y agobiados por todo lo que ello trae aparejado. Esta situación por un

lado invisibiliza al niño como el protagonista de lo que está sufriendo, reduciendo su subjetividad a una enumeración preestablecida de “signos y síntomas” que desconocen un mundo infantil compuesto de otras inquietudes, fantasías, intereses y tristezas.

Tal como es señalado particularmente por los pediatras para que tal despliegue sea posible se requiere de la presencia de los padres, seres significativos que le permitirán metabolizar sus ansiedades, sus temores y sus dificultades para poder seguir creciendo. El binomio parentalidad-hijo/a es el eje crucial para el armado de la personalidad futura y para el despliegue (o en su defecto inhibición) de potencialidades.

Está generalmente aceptada la función del semejante en la constitución del psiquismo humano, es decir el lugar constituyente del otro. La alteridad en su carácter más radical, como hecho fundante en la proveniencia del otro humano, pero también como resultante del ensamblaje con el cual los modos históricos, que forman parte de la producción de subjetividad, se enraízan en el procesamiento ideativo, haciendo impacto en la estructuración psíquica y ofreciéndole su materialidad para articularse en la vida social. (Bleichmar, 1999) Pero las familias dentro de las cuales se constituyen los niños se encuentran – en nuestro país– fragilizadas por la situación socio-económica y cultural en la que viven. En este contexto se obliga al psiquismo a un trabajo permanente que reinscribe los conocimientos de una cultura y crea nuevas subjetividades.

A partir tanto de la configuración del diagnóstico, como de la atribución etiológica hecha se pueden establecer diferencias en la terapéutica delineada, según la especialidad a la que pertenecen, el subsector de desempeño profesional (público-privado) de los especialistas entrevistados y la zona del país en la que llevan a cabo la tarea clínica. Cabe aclarar que aquellos profesionales que trabajan en el sector público refieren atender casos que revisten mayor complejidad y señalan que los niños diagnosticados como TDA/H en general

llegan a la consulta privada. Son entonces los profesionales de ese subsector los que admiten recibir niños diagnosticados con TDA/H.

En cuanto a la derivación para la atención en salud, todos los entrevistados coinciden en señalar a la escuela como la principal fuente de derivación. Partiendo de esa puerta de entrada, el niño llega a la consulta en salud y desde allí se inicia un circuito de derivación que varía según los profesionales intervinientes. Mas que por razones de índole clínica el circuito de diagnóstico-tratamiento queda definido por los profesionales que interactúan en el caso por caso, evidenciándose aquí también la división entre los que son a) proclives a la medicación o son b) anti medicación. En función de esta línea se juega cada uno de los circuitos que el niño atravesará.

Una vez determinado el diagnóstico y la etiología (que varía según la especialidad, tal como se señaló anteriormente) la estrategia terapéutica varía. Los profesionales se dividen entre los que medican –prioritariamente los neurólogos– y los que contemplan con carácter más acotado la opción medicamentosa –prioritariamente pediatras y psiquiatras–.

Otra de las diferencias ostensibles a la hora de considerar la especialidad de los entrevistados resulta la fuente de referencia científica que cada una de las especialidades juzga prioritaria para hablar del TDA/H y la terapéutica avalada. Para los pediatras las publicaciones y congresos de la Sociedad Argentina de Pediatría, para los psiquiatras los *papers* de investigación de corte internacional y para los neurólogos las cifras de prevalencia internacional, el uso de escalas y baterías y aquella bibliografía que avalan el sustento biológico y genético (contundencias estas últimas que no se verifican en las especialidades anteriores).

Subjetividad del niño con TDA/H. Personificación de la enfermedad y cosificación del paciente/ niño

Otra de a las conclusiones a las que se arribó en el estudio fue la respectiva a la subjetividad que se configura en el niño durante el proceso de diagnóstico y tratamiento por TDA/H. La dimensión correspondiente a la construcción de subjetividad es central para pensar los efectos del ejercicio de una multiplicidad de saberes (médico, psiquiátrico, neurológico, psicológico, pedagógico y familiar) que actúan sobre el niño.

El tránsito por la experiencia de diagnóstico y tratamiento por TDA/H tiene un profundo impacto en el proceso de construcción de subjetividad de los niños/as, ya que el ejercicio del poder no solo tiene una función represiva o destructiva, sino y principalmente, una impronta formativa, constructiva sobre el individuo (Foucault 1975). Esto puede conducir a una interrogación acerca de ¿qué sujeto es el sujeto con TDA/H?

Las formas de producción de subjetividad no son universales, ni atemporales y se inscriben en condiciones sociales y culturales específicas. Se construyen en el encuentro con las instituciones en las que se alberga y el tipo de subjetividad instituida varía con las diferentes prácticas de producción y por los discursos y concepciones de la infancia que subyacen a las mismas.

Las familias que hacen frente a los problemas de sus niños/as consultan a profesionales de la salud. Las angustias y otros aspectos humanos son depositados en las instituciones de salud que ofician como extensión simbólica de los acogimientos primordiales. De esta forma los vínculos primarios habitan la trama social y se ubican en sitios específicos, siendo muy sensibles a sus cambios o negándolos, por la ilusión de contar con inmutabilidades omnipotentes ya sea en instituciones colectivas o personas singulares que juegan ese rol transferencial (Paz, 2008)

Un análisis pormenorizado de esta cuestión excede los objetivos de la presente investigación, sin embargo pueden señalarse algunas líneas importantes de análisis que han surgido durante el proceso.

La más relevante de ellas tiene que ver con “el doble proceso de cosificación del paciente, y su reverso de personificación de la enfermedad”. Si bien se han efectuado análisis en este sentido (Bianchi y Portillo 2007), el caso del TDA/H presenta algunas especificidades que dotan de nuevos elementos a aquellas consideraciones.

La noción de déficit de atención con hiperactividad se inscribe en el corpus más amplio de lo que puede denominarse “el discurso médico” (Foucault 2003). Uno de los resultantes principales del accionar de este discurso como poder de disciplina es la fusión, la “soldadura” entre enfermedad y sujeto, que torna compatibles la biografía y la patología. En el caso del TDA/H, las conductas y acciones del niño consideradas desde el diagnóstico como irregulares, abarcan los dos espacios principales en los que desarrolla su vida: la escuela y el ámbito hogareño. Dado un *diagnóstico* con estas características, queda abierta la posibilidad para que el *tratamiento* abarque asimismo la totalidad de la vida de los sujetos.

Una consideración importante en relación a cómo el contenido que se le otorga a la enfermedad contribuye a la construcción de la subjetividad de los niños bajo tratamiento, son las enunciaciones acerca de que la enfermedad no se cura, sino que sólo puede aspirarse a mantenerla controlada (con o sin medicación mediante). Esta construcción de la enfermedad conlleva a que el tratamiento (en sentido amplio, como necesidad de estar en contacto con el ámbito médico) sea “de por vida”, que no exista nunca un alta “total”. Esta noción mantiene una idea de continuidad con los enunciados referidos a la “carrera de fracasos”,

enunciados por los neurólogos, en los que se puede inferir una idea de cronicidad conjuntamente con la de destino inmodificable.

La ruptura y el vaciamiento de la multiplicidad de actividades y roles que el niño puede desarrollar tiene, en el marco del accionar del discurso médico, una justificación terapéutica, y se entiende porque la condición de “enfermo” o de “paciente” lo inhibe de tomar responsabilidades, muchas veces incluso las que son acordes a su edad. De este modo, todo su accionar es entendido y releído a la luz de aquello (que en esta ocasión es considerado como patología, pero que dentro de la gran familia de los anormales puede incluirse también: debilidad mental, locura, delincuencia, desviación sexual) que derivó en diagnóstico.

La necesidad de una relectura de las conductas, pensamientos, sentimientos, etc. del niño/a en función de su condición de *enfermo* conduce a un profundo *despojo de rol* y da inicio a procesos de *mortificación del yo* (Goffman 1998: 27).

Pero este *proceso de cosificación* del paciente, de empobrecimiento de roles y facetas en pos de una onmicomprensiva categoría de “enfermo” es tan sólo uno de los aspectos de un proceso que en realidad es doble. Tanto de *cosificación del paciente* como de *personificación de la enfermedad*. Ahora bien, en el caso del TDA/H, vía la noción de disfunción cerebral mínima (tal como también se la mencionó) se incorpora un elemento que resulta fundamental para rastrear el proceso de personificación de la enfermedad. Este elemento es el psicofármaco. Como se ha mencionado, el metilfenidato es el psicofármaco más utilizado. Se ha visto reproducirse, en las entrevistas y en las fuentes consultadas, expresiones como “*a veces los ves venir luego de la medicación ´contentos´ porque tras muchos fracasos, vienen como con un trofeo en la mano, de haber pasado bien sus pruebas en octubre, noviembre*”; desde las diversas publicidades de los laboratorios, y desde los propios padres y docentes, que llegan a referir “*no lo podemos parar*”, “*está desatado*”, “*no produce*” (Janin 2007), como si se tratara de una máquina que no funciona correctamente.

Una medicación que se administra para producir efectos de modo inmediato, que no requiere elaboración del malestar por parte del sujeto, que es presentada como capaz de modificar positivamente actitudes vitales, brindar ayuda en su educación, incorporar hábitos que de otra manera no desarrollaría, y que en ocasiones puede evaluarse como necesaria de por vida (Bernaldo de Quirós y Joselevich, 2003), termina presentándose con autonomía por encima de la voluntad de quien la utiliza, con características propias de las personas; ayuda a ser mejor, a hacer sentir bien, y a mejorar el rendimiento escolar, proceso muy cercano a la fetichización del bienestar y el éxito.

Así, se refuerza el proceso inverso, por el cual los niños diagnosticados se hallan marcadamente empobrecidos, desprovistos de muchos atributos (aún en la medida en que su edad se los permitiría): de responsabilidad, de capacidad de decisión, de márgenes de libertad o confianza para llevar a cabo ciertas actividades.

Los niños sobre los que pesan estas consideraciones, son niños acerca de los cuales se asume que su incapacidad para concentrarse o rendir en alguna faceta de la vida no obedece a una cuestión de debilidad de carácter o de falta de voluntad, sino a una disfunción neurológica de origen genético (Arango, 2006). Por ello necesitan de la asistencia y ayuda de la batería de profesionales, para que, en función de la aceptación y seguimiento de un tratamiento (que es posible sobre la base de esta cosificación/personificación), pueda adquirir las herramientas, las estrategias y las destrezas para enfrentar una patología que es constitutiva de su ser, que deberá eternamente mantener a raya (incluso con medicación) para seguir adelante.

Así, con la multiplicidad de actividades y ejercicios propuestos por las diversas variantes terapéuticas y la ayuda de la medicación, la hiperactividad se desarrollará dentro de cauces de normalidad, sin significar un derroche

anárquico y destructivo de energías. Con suerte, estos niños dejarán de ser cuerpos esquivos al poder, y se incorporarán a la sociedad como sujetos dóciles y útiles.

Psicofármacos en niños

Dentro de los psicofármacos más utilizados se encuentra el metilfenidato y luego la atomoxetina. En el caso del metilfenidato, este es mencionado –por los entrevistados– y está difundido en el medio local mediante su nombre comercial, Ritalina®.

Si bien el discurso generalizado estuvo concentrado en torno al uso de la Ritalina® aparecieron casos puntuales de administración de neurolépticos y antidepresivos en niños diagnosticados con TDA/H. Esto despierta cierto cuestionamiento dado que no son drogas autorizadas por la FDA (*Food & Drugs Administration*) para su prescripción en niños, ni tampoco indicadas para el TDA/H.

El laboratorio más referido por la mayoría de los entrevistados del sector salud fue Novartis.

El difundido consumo de Ritalina® constituye un analizador privilegiado de lo que puede estar ocurriendo en la población infantil, sin embargo no es el único. La proliferación de diversos diagnósticos en ese grupo, por ejemplo el de “depresión infantil” (tal como lo mencionan los entrevistados³⁷) o el de “bipolaridad en niños” (tal como también lo señalan las notas periodísticas en medios de divulgación masiva) o el trastorno generalizado del desarrollo “TGD” y la consiguiente terapéutica medicamentosa también invitan a explorar el consumo de psicofármacos –en general– en la población de niños y

³⁷ Aunque no ha sido objeto de esta investigación ha sido hallado como resultado

adolescentes que se encuentra en crecimiento y sobre la que no hay certeza acerca de los efectos corporales y psicológicos que puede tener el consumo de psicofármacos en forma crónica o prolongada. Esta falta de conocimientos sobre tales efectos se debe a la escasez de estudios científicos rigurosos y extendidos en el tiempo en dicha población, por razones tanto de índole ético como económico. En relación a este tema, sólo uno de los profesionales entrevistados, que a su vez es experto en la temática, hizo mención específica a esta situación. Sólo psiquiatras que se desempeñan en el ámbito público advirtieron acerca de los efectos ligados a la habitualidad o posibles secuelas adictivas del consumo del metilfenidato en el largo plazo. En relación a esto, la experta en la materia Nora Volkow (2008) señala que en una experiencia llevada a cabo por el Instituto Nacional de sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos, se encontró que el abuso de metilfenidato –dados sus efectos estimulantes (supresión del apetito y del sueño, aumento de atención/concentración y euforia)– puede producir efectos similares a la cocaína en individuos adictos. Un porcentaje de individuos no adictos a las drogas experimentó el metilfenidato como algo placentero. Mientras que en los adictos, el suministro de metilfenidato por vía endovenosa, arrojó similares sensaciones a la cocaína, a excepción de la taquicardia que parece ser aún más duradera.

En general aparece en el discurso de todos los entrevistados una consideración –de diversas maneras– al tratamiento integral, es decir, no centrado exclusivamente en el psicofármaco. Sin embargo, a la hora de evaluar luego la evolución del mismo, en el grupo de neurólogos aparece el fármaco como principal regulador del tratamiento.

A partir del análisis de los discursos de los distintos profesionales entrevistados surge que los neurólogos son vistos por el resto de los especialistas como “los medicadores” y quienes tienen sobre el TDA/H una mirada más atomizada y carente de una perspectiva integral sobre el niño. Cabe señalar que esta mirada guarda cierta relación con el modo en el que los neurólogos describen al niño

diagnosticado con TDA/H. Este grupo profesional –que por su parte se autoerige como diagnosticador más efectivo y preciso, respecto del resto de los profesionales ligados a la infancia– posee sobre el niño diagnosticado con TDA/H un pronóstico reservado, unido a la idea de peligrosidad. Mencionan entonces una “*carrera de fracasos*” que al estilo de un estigma, el niño diagnosticado con TDA/H no podrá eludir. Existe en esta perspectiva una visión objetalizada del niño y una sobredeterminación de las etapas futuras de su vida, en las que queda justificada la intervención del control social para disciplinar al peligroso, reencausándolo.

Al igual que lo hallado en materia de diagnóstico, la administración de un psicofármaco en un niño diagnosticado con TDA/H también provee alivio tanto a padres como a educadores y también a los profesionales de la salud. El alivio constituye así un eje a analizar en las distintas dimensiones exploradas dado que calma –según refieren los entrevistados– en primera instancia a los adultos encargados de la crianza y esto en si mismo produce un efecto tranquilizador en los niños. La “utilidad” instalada dentro de los profesionales que forman el sector salud o educación se asienta también en las peculiaridades que este exhibe hoy. Por su parte el subsector público tanto en el sistema sanitario, como en el educativo están colapsados y sobrepasados en sus posibilidades de dar respuesta a la población. En educación: aulas numerosas y docentes agobiados sin personal auxiliar. En salud, hospitales desmantelados y sobrepasados en su capacidad de acción, consultas demoradas y con tiempos acotados, lo que a veces facilita la elección de un fármaco antes que la reconsulta periódica y el seguimiento día a día. Pero “el alivio” no es privativo del subsector público; en el privado, la falta de tiempo de los padres consultantes por un lado, las exigencias –por parte de estos– de “celeridad” y “rendimiento” para resolver en el tiempo más corto el problema del niño sin distinción de complejidades y factores en juego se topa con profesionales sobreocupados que brindan prestaciones médicas breves y tampoco tienen el tiempo para escuchar la totalidad de lo que

le pasa al niño y a su entorno. En este caso el fármaco viene a ocupar el lugar de recurso rápido, ejecutivo y “aliviador”.

Se ha encontrado una cierta naturalización en el consumo de psicofármacos en niños diagnosticados con TDA/H, tal como lo señalan los profesionales entrevistados. Dicha naturalización parece ser más notoria en los sectores sociales medios o altos, donde se daría así una asociación entre sectores socioeconómicos medios y altos y respuesta farmacológica como terapéutica a la problemática del TDA/H. Por el contrario, en sectores más vulnerables y marginales tanto la desatención de un niño o su hiperactividad son nominadas o bien como “problemas de conducta” o bien se consideran “característica de personalidad del niño” a quien no se le atribuyen expectativas o posibilidades para aprender, sino que sólo se espera que no provoque disturbios o desorden en el aula. Este grupo de niños, tal como lo expresan los entrevistados, está menos expuesto al fenómeno del sobrediagnóstico y por ende al consumo de psicofármacos. En cambio, sobre los niños de sectores medios y altos recaen mayores expectativas de exigencia y rendimiento social y académico –tanto de parte de sus padres como de sus maestros– y el consumo de psicofármacos para poder cumplir con tales expectativas se convierte en una alternativa frecuentemente solicitada. En general, refieren los entrevistados, son padres en quienes es posible rastrear ideales similares y en quien también recaen las mismas exigencias de éxito.

Existiría también una cierta asociación entre consumo de psicofármacos y género. Los entrevistados coinciden en señalar que tanto la bibliografía internacional de referencia, como las cifras que se manejan a nivel local arrojan que son más los niños con diagnóstico de TDA/H que las niñas. Son en su mayoría varones los derivados a la consulta y en especial por presentar hiperactividad y consecuentemente medicados por ello.

- **Relaciones sobresalientes entre el campo escolar y médico para pensar la medicamentación de la vida cotidiana.**

De acuerdo a lo planteado en los dos campos, podemos identificar puntos sobresalientes compartidos y líneas de anclaje específicas de cada campo. Nos detendremos brevemente en ellas a fin de ver las articulaciones y quiebres que se presentan como significativos al considerar el problema desde la escuela y desde el campo de la salud.

- ✚ El discurso sociológico tiene su anclaje en el campo escolar (la escuela frente al niño y la sociedad actual) pero se permea en el campo de la salud, así como el biológico tiene su anclaje en el campo médico y se extiende al campo educativo, aunque no resulte el “discurso legítimo” de dicho campo.
- ✚ El discurso vincular/psicoanalítico, muy consolidado en el campo escolar, se contrapone con el discurso biológico legitimado en el campo médico, si bien hay corrientes dentro del campo que luchan por el empoderamiento de otros discursos (sociológicos y vinculares).
- ✚ El discurso ecológico, que pone la mirada en las variables del entorno, resulta compatible para el resto de los discursos tanto en el campo médico como en el escolar. Sin embargo, cuando desde el campo médico se lo combina con el biológico, dentro del proceso de medicamentación tiende a ser colonizado por él.
- ✚ En relación con la percepción de riesgo en torno al consumo de psicotrópicos en niños diagnosticados con TDA/H, el campo escolar pone en primer lugar los procesos subjetivos que este consumo acarrea y que se manifiestan en el corto plazo en los cambios en la personalidad del niño y en el largo plazo en la habitualidad de la medicamentación en la vida cotidiana futura. El campo médico, acentúa los tipos de riesgo de acuerdo al posicionamiento respecto a la medicación. Cuando se trata de profesionales que se encuentran en posiciones favorables hacia la

medicación, advierten sobre los riesgos que supone no estar medicado, entre ellos, tener conductas adictivas en la adolescencia. Sin embargo, en los casos de los médicos que tienen posturas más críticas respecto al uso de los psicotrópicos se advierte que entre otros riesgos a nivel orgánico, que están en relación a la idea de medicar de forma crónica a un ser humano que se encuentra en una etapa de crecimiento, se particulariza en el peligro de la habitualidad medicamentosa que podría desembocar en adicciones en la adolescencia.

- ✚ Ambos campos coinciden en que el diagnóstico de TDA/H y el tratamiento medicamentoso posterior tranquiliza y pone orden a una situación que aparece como perturbadora, caótica e indefinida.
- ✚ En el campo médico aparece un discurso que coloca a la droga como definiendo al diagnóstico: *“si el niño funciona con el medicamento, se confirma su diagnóstico de TDA/H”*. Este discurso suele permearse al campo escolar y debe ser considerado para comprenderlo dentro de la construcción del problema del TDA/H a partir de la droga.
- ✚ La medicalización de la vida cotidiana resulta un proceso de larga data que en la actualidad toma una forma específica como producto epocal: la medicamentación o el consumo de medicamentos para la vida cotidiana. Ambos campos coinciden que en el caso que nos ocupa, *el consumo de psicotrópicos en niños escolarizados y diagnosticados con TDA/H*, este proceso se evidencia sobre todo en niños varones de los sectores medios, medios altos y altos de la sociedad. Esto resulta un dato altamente significativo para comprender el lugar de estos medicamentos dentro de un proceso donde el discurso y las prácticas propias del campo de la salud tienden a colonizar otros campos. Es en estos perfiles, varones de sectores medios y altos, donde los ideales de rendimiento y confort se combinan con exigencias de disciplinamiento y adaptación social. Sin embargo, resulta interesante recalcar que el papel de las niñas en este problema no es menor y en muchos casos se advirtió

la necesidad de pensar la especificidad que toma el trastorno en las niñas y su consecuente medicamentación.

- ✚ Teniendo en cuenta el punto anterior, vale recordar que Bourdieu advierte que ciertos campos se encuentran más fortalecidos que otros ya que poseen una relación más estrecha con el campo económico y el mercado. Esto los define como campos con más prestigio, mayor legitimidad, autoridad y reconocimiento frente a los demás campos. En nuestras sociedades, el capital económico tiende a imponer su estructura lógica por sobre los otros campos. Debiéramos pensar el peso que adquiere lo económico y el papel del mercado en esta relación entre el campo médico y el campo escolar para poder identificar el rol que está jugando el mercado en la conformación y fortalecimiento de los discursos que están en juego.
- ✚ Por otro lado, Foucault observa que en la actualidad la salud se convierte en consumo, sumándose al proceso de mercantilización de la vida cotidiana. Si antes el cuerpo entraba en el mercado como fuerza de trabajo, es decir como salario, hoy es la salud la que permite al mercado actuar sobre el cuerpo. Para Foucault la medicalización como forma de intervención política se presenta como continua e indefinida y busca abarcar todo lo concerniente a la vida social en el mayor rango de edad posible, de tipo de población, y con la mayor duración posible en el tiempo. A su vez, la medicina ya no se ocuparía de combatir la enfermedad, sino de *hacer vivir* de terminada manera. Su campo de acción no es sólo el de la enfermedad sino el de la vida como un todo. Aquí es donde pensamos en las medicinas del estilo de vida como una intervención sobre la vida cotidiana, sobre aspectos antes no medicalizables, que producen esta difuminación del campo de acción médico. La escuela aparece, entonces como un espacio privilegiado del proceso de medicalización y medicamentación cuando, mediante un proceso de clasificación se inaugura una carrera moral del niño-alumno y el discurso de lo patológico coloniza el de la vida cotidiana.

✚ Estas ideas son interesantes si se piensan en relación a los trabajos de Alain Ehrenberg (2000; 2004) donde se analizan los sentidos que toman las adicciones en la sociedad contemporánea y los procesos de medicalización en torno a las llamadas *medicinas para el estilo de vida* (*Lifestyle medicines*) en tanto dispositivos farmacológicos, que circulan en el mercado dentro de los cánones de la sociedad de consumo, prometiendo actuar eficientemente y rápidamente sobre los cuerpos frente a las demandas sociales contemporáneas. De este modo, pensar la medicamentación dentro de los paradigmas de la vida cotidiana, como sustancias reguladoras del estilo de vida, supone analizar la dialéctica entre procesos de medicación para el confort y procesos de medicación para el autocontrol como parte de un mismo proceso histórico-cultural.

▪ **Principales recomendaciones**

A partir de los resultados a los que arribamos, se pueden especificar como principales sugerencias y recomendaciones:

1) Contar desde el Estado con datos estadísticos actualizados sobre la problemática del TDA/H.

2) Practicar desde diversas instituciones estatales y en los distintos subsectores que lo componen, una mayor vigilancia para impedir el diagnóstico excesivo e inadecuado de TDA/H, así como también todo tratamiento medicamentoso injustificado en el que se prescriba metilfenidato u otros estimulantes. Para este punto, tomar la particularidad que presentan algunas provincias o regiones que no cuentan con médicos especialistas instalados en los servicios de salud locales.

3) Ejercer un estricto y minucioso control sobre los laboratorios que lanzan al mercado en forma ilegal publicidades ligadas al suministro de medicación en la infancia.

4) Ejercer idéntico control en la promoción de medicamentos a través de los Agentes de Propaganda Médica (APM) y de la producción de conocimientos científicos por parte de los médicos, quienes a partir de lo explorado son líderes y representan autoridades avaladas y poseen un poder legitimado específico sobre el diagnóstico del TDH/A y la prescripción de medicamentos en niños.

5) Favorecer la construcción de estrategias interdisciplinarias en el campo médico y escolar para el abordaje de problemáticas complejas en la infancia.

6) Propender a advertir a la comunidad acerca de la existencia de sobrediagnóstico de TDH/A en la Argentina

7) Trabajar y sensibilizar a la comunidad general y escolar sobre el peligro de “estigmatización” que pueden padecer los niños que presentan conductas de hiperactividad, déficit de atención, entre otras, quienes quedan englobados bajo un rótulo psicopatológico.

8) Favorecer la realización de estudios de corte cualitativos centrados en otras problemáticas del campo de la salud mental en los que puede reproducirse los mismos procesos de medicalización de la infancia, tales como la “depresión infantil”, la “bipolaridad” y los “trastornos generalizados del desarrollo”.

9) Exigir que se cumpla con las normas éticas esperables en materia de ensayos clínicos adecuados, en el tiempo de experimentación y lanzamiento de medicaciones en la infancia considerando que un niño es un ser en desarrollo y cualquier secuela y efecto secundario puede resultar lesivo para su vida futura.

10) Difundir toda la información relevante para el campo escolar con fines prácticos que favorezcan el abordaje de la problemática en la escuela

11) Suministrar a las escuelas los recursos materiales necesarios para abordar el problema.

12) Llevar a cabo instancias de capacitación y actualización en las problemáticas aúlicas a fin de contar con recursos humanos capacitados en el abordaje de la problemática en las escuelas, de forma exclusiva y permanente en cada institución.

13) Que estos recursos estén orientados a propender a políticas públicas de inclusión escolar.

14) Coordinar tareas conjuntas entre salud, educación, organizaciones de padres y otros actores involucrados en la temática.

15) Planificar acciones conjuntas entre el Estado, el campo de la salud y el de la educación en torno a concientizar el consumo racional de medicamentos.

Bibliografía.

Avila A, Aguilera G, Verdugo L, Lucero L, Flores M, Garro, F. (2007) "Estudio de Utilización de Metilfenidato en la Provincia de San Luis"
http://www.medicalcongress.net/2007aafh/buscador_vertrabajo.php?codigo=21606.

Arango, J. F. (2006): "Hiper-actividad sin productividad". En Stiglitz, G. *DDA, TDA/H, ADHD, como ustedes quieran. El mal real y la construcción social*. Ed. Grama. Bs. As.

Bendersky, B y Aizencang N. "«A-tendiendo» a la complejidad escolar" H 471 2007(196). *Novedades educativas*, Año 18, nº 196, abr. 2007.

Berardi, F. (2007): *Generación post-alfa. Patologías e imaginarios en el semiocapitalismo*. Buenos Aires. Editorial. Tinta Limón.

Béraud-Bogino, Anne. (2006): "Ritalina y suicidio en Québec". En Stiglitz, G. *DDA, TDA/H, ADHD, como ustedes quieran. El mal real y la construcción social*. Ed. Grama. Bs. As. Pág. 55-60.

Bernaldo de Quirós, G. y Joselevich E. (2003): "Qué es el síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (AD/HD)". En *AD/HD: Qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y maestros*. Paidós. Bs. As. Pág. 17-42.

Bourdieu, P, Wacquant, L. (2005): *Respuestas por una antropología reflexiva*, Editorial Grijalbo, Mexico DF.

Bourdieu, P. (1993): "De la regla a las estrategias" en *Cosas Dichas*. Editorial Gedisa, Barcelona.

Bourdieu, P. (1990): "Algunas propiedades de los campos" en *Sociología y Cultura*, Editorial Grijalbo, México.

Bourdieu, P. (1990): "El Racismo de la inteligencia", en *Sociología y Cultura*, Editorial Grijalbo, México.

Bourdieu, P y Wacquant, L. (2006): *Una invitación a la sociología reflexiva*, Editorial Siglo XXI.

Bialakowsky, A.; Faraone, S.; Lusnich, C. (2002): "Procesos de trabajo en Instituciones de Salud Mental: soportes laborales, sociales y subjetivos". En

Bialakowsky, Lezcano y González (comps.) *Unidad en la Diversidad*. Facultad de Ciencias Sociales. EUDEBA. Buenos Aires.

Bianchi, E. (2008): "ADHD y discursos de la salud. La construcción del ADHD como enfermedad", ponencia presentada en las V Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata: "Cambios y continuidades sociales y políticas en Argentina y la región en las últimas décadas. Desafíos para el conocimiento social. Bs. As.

Bianchi, E Portillo, M. S. (2007a). Adolescentes bajo candado. Poder médico, experiencias de encierro y construcción de subjetividad. Mesa 67 Infancia, adolescencia y juventud. Ciencias Sociales y Sociedad. En 50 aniversario de la Carrera de Sociología. VII Jornadas de Sociología: Pasado, presente y futuro, 1957-2007. Rubinich, L. et al. Bs. As. UBA, 2007. 1 CD ROM. ISBN 978-950-29-1013-0.

Boltanski, Luc. (1975): Los usos sociales del cuerpo. *Editorial Periferia, Buenos Aires*.

Blech, J. (2005): Los inventores de la enfermedad. Cómo nos convierten en pacientes. Ediciones Destino. Barcelona.

Bleichmar, S. (1999): Clínica psicoanalítica y neogenesis. Amorrortu. Bs As.

Bleichmar, S. y otros (2007): *Consenso de expertos del área de la salud sobre el llamado "Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad"*. Descargado de <http://www.forumtda/h.com.ar/consenso.htm>

Cabral Barros, J. (2008): "Nuevas tendencias de la medicalización". En *Ciencia & Saude Coletiva* 13. Brasil. Pág. 579-587.

Conrad, P. (1982): "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social". En David Ingleby (ed.) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Barcelona. Crítica-Grijalbo. Pág. 129-154.

Conrad, P. (1992): "Medicalization and social control". En *Annual Review of Sociology* 18. USA. Pág. 209-232. (August 1992).

Conrad, P., y Schneider, J. (1992): *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Expanded edition. Philadelphia. Temple University Press.

Castro, Edgardo, (2006), *El vocabulario de Foucault*, Prometeo Editorial.

Deleuze, G. (1987): Foucault. España. Paidós.

DSM-IV Breviario. Criterios diagnósticos. Ed. Masson. Barcelona. 1995.

Ehrenberg citado por Arizaga, Ma. Cecilia. *La medicalización de la vida cotidiana*, SEDRONAR, 2007.

Faraone, S. (2008): *Medicalización de la infancia: Una mirada desde la complejidad de los actores y de las políticas*. En <http://www.topia.com.ar>

Fortineau, J. (2002): *CFTMEA. Prólogo a la edición francesa*.

Foucault, M, (1996): "Del poder de soberanía al poder sobre la vida", en *Genealogía del racismo*, Buenos Aires. Editorial Altamira.

Foucault, M. (1996): *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires. Altamira.

Foucault, M. (1999): *Los Anormales*. Argentina: FCE, 2000.

Foucault, M. (2000): *Defender la Sociedad*. Argentina. FCE.

Foucault, M. (2003): *El Poder Psiquiátrico*. Argentina: FCE, 2005.

Foucault, M. (2006): *Seguridad, territorio, población*. Argentina. FCE.

Foucault, M. (1975): *Vigilar y Castigar*. Argentina: Siglo XXI, 2002.

Fortineau, J. (2002): prólogo a la edición francesa del CFTMEA.

Giraldo, L, S, Bertel Navarro L. (2004): "*Consumo del medicamento Metilfenidato -Ritalina®, en el Valle Aburrá del departamento de Antioquia en el periodo de Febrero a Julio de 2003*". Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Dirección de Vigilancia y Control. Fondo Rotatorio de Estupefacientes. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Publica "Héctor Abad Gómez".

Goffman, E. (1963): *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores.

Goffman, E. (1961): *Internados*. Argentina: Amorrortu, 1998
Goffman, E. (1998): *Internados*. Amorrortu. Argentina.

González Pardo, H. y Pérez Álvarez, H. (2007): *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Alianza Editorial. Madrid.

González, G, Haramboure, M. H. "Patologizar la infancia vs. despatologizar la patología" H 471 2007(196). *Novedades Educativas*, Año 18, nº 196, abr. 2007.

Gutiérrez, A. (1997): *Pierre Bourdieu: Las prácticas sociales*, Editorial Universitaria, Universidad Nacional de Misiones, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.

Hochman, J. (1971) *Hacia una psiquiatría comunitaria*, Buenos Aires, Amorrortu.

Illich, I. (1975): *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona. Barral Editores.

INDEC (2008): “*La Industria Farmacéutica en la Argentina. Cuarto trimestre de 2007*”. http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/13/farm_04_08.pdf

Iriart, C. (2008): *Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5). Pág.1619-1626. Brasil.

Janin, B. (2007): “¿Síndrome de ADHD? Aportes psicoanalíticos sobre los trastornos de la atención y la hiperkinesia”. Ponencia del *Simposio Internacional sobre TDA/H/ADHD*. Buenos Aires, 8 y 9 de junio de 2007.

Janin, B. (2007): “El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones”. En *Revista Cuestiones de Infancia. N° 11. Carrera de Especialización en psicoanálisis con Niños de UCES*. Bs. As. Descargado de <http://forumtda/h.com.ar>.

Janin, B. (2004): Niños desatentos e hiperactivos TDA/H/ADHD: Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, Noveduc Editorial, Buenos Aires.

Janin, B. “La construcción de la subjetividad y los diagnósticos invalidantes” en *Novedades Educativas*, Año 18 N° 196, abril de 2007.

Jara, M. (2007): *Traficantes de salud. Cómo nos venden medicamentos peligrosos y juegan con la enfermedad*. Icaria-Antrazyt. Barcelona.

JIFE/ NACIONES UNIDAS (1996) Nota Informativa N° 2 “*Aumento impresionante del consumo de metilfenidato en los Estados Unidos*” http://www.incb.org/pdf/s/press/1995/s_bn_04.pdf

JIFE (2005) Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes “*Informe anual*”. www.incb.org/incb/es/annual_report_1995.html

JIFE (2006) Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes “*Informe anual*” <http://www.incb.org/pdf/s/ar/2006/annual-report-2006-es.pdf> Jife 2006

JIFE (2007) Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes “*Informe anual*” <http://www.incb.org/incb/es/annual-report-2007.html>

Kishore, J. (2002): *A dictionary of Public Health*. New Delhi. Century Publications.

Lakoff, A. (2003): "La ansiedad de la globalización: Venta de antidepresivos y crisis económica en la Argentina". En Idalgo, C. y

Levin, E. (2000): "Modernidad e infancia: el estar mal del niño en escena", en *Intersecciones entre clínica y escuela. La atención y su relación con el aprendizaje escolar. El TDA/H en cuestión. Noveduc, Colección Ensayos y experiencias*.

Lewkowicz, I. Corea, C, (2004): *Pedagogía del aburrido: Escuela destituidas, familias perplejas*, Paidós Educador, Buenos Aires,

Lewkowicz, I. Corea, C (1999): *¿Se acabo la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez*, Lumen Humanitas, Buenos Aires.

Stagnaro, A. (comps.) *La Antropología de la Ciencia y la tecnología*. Cuadernos de Antropología Social Nro.18. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires. Sección de Antropología Social.

Metzl, J. y Herzig, R. (2007): "Medicalisation in the 21st century: Introduction." En *The Lancet* Vol 369: 697-698. UK. (February 24, 2007).

Mises, R. (2004): *CFTMEA. Prólogo a la edición castellana*. Ed. Polemos, Bs. As.

Moynihan, R. y Cassels, A. (2006): *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*. Barcelona. Edición Terapias Verdes.

Murillo, S. (coord.) (2002): *Sujetos a la incertidumbre. Transformaciones sociales y construcción de subjetividad en la Buenos Aires actual*. C.C.C. Buenos Aires.

NACIONES UNIDAS. Nota Informativa N° 2 "Aumento impresionante del consumo de metilfenidato en los Estados Unidos"
http://www.incb.org/pdf/s/press/1995/s_bn_04.pdf

Nani, J, F . *Trastornos de la atención su relación con el aprendizaje. Aspectos medicobiologicos del síndrome ADHD, consultado en*
<http://www.adhd.com.ar/publicaciones2.htm>.

Narodowski, M. (2007): *Infancia y Poder: La conformación de la pedagogía moderna*, Editorial Aique.

Paz, R. (2008) *Cuestiones disputadas (en la Teoría y la Clínica psicoanalíticas)*. SAP y Ediciones Biebel. Buenos Aires.

Sauceda García, J, M. "Controversias sobre el uso de psicofármacos en niños y adolescentes", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2005; 43 (5): 369-371.

Scandar, R, O. (1999): "El niño que no podía dejar de portarse mal: TDAH: su comprensión y tratamiento". Buenos Aires. Editorial Distal.

Shalock, R (1999): "Hacia una nueva concepción de la discapacidad" Ponencia de las III Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad Universidad de Salamanca, España.

Stagnaro, J. C. y Tesone, J. E. (2004): CFTMEA. Presentación de la versión castellana. Ed. Polemos. Bs. As.

Stilglitz, G.,(comp) (2006): TDA/H, ADHD, como ustedes quieran: El mal real y la construcción social. Gamma Ediciones.

Szasz, T. (1970): "El mito de la enfermedad mental". En *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires. Amorrortu.

Szasz, T. (2007-1): "Medicalizing Quackery". En *The Freeman* 57: 22-23 (October), 2007. En <http://www.szasz.com/freeman20.html>

Szasz, T. (2007-2): "The medicalization of everyday life. En *The Freeman* 57: 18-19 (December), 2007. En <http://www.szasz.com/freeman23.html>

Tallis, J., (2006): "La medicalización desresponsabiliza" en, TDA/H, ADHD, como ustedes quieran: El mal real y la construcción social. Stilglitz, G, (comp) Gamma Ediciones.

Taylor E, Timmini, S. "ADHD is best understood as a cultural construct", *The British Journal of Psychiatry* (2004) pag 184: 8-9.

Untoiglich, G. (2004) "Diagnóstico de A.D.D.: efectos clínicos sobre la subjetividad, título de la revista, *Ensayos y experiencias*, Ediciones Novedades Educativas.

Volkow, N. (2008): "La Droga ya no se cultiva, se fabrica en los laboratorios". Sección Reportaje Diario Perfil, 28/09/2008 Págs.36-41.

Otras fuentes:

DIARIO LA NACION www.lanacion.com.ar

1. Navarro Gabriela (15/04/01): Los niños inquietos deben ir al pediatra. Sección, Ciencia y Salud. Buenos Aires.
www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=59984
2. Burrieza, Valentina (14/03/04): Los chicos hiperactivos. Revista. Buenos Aires. www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=581018
3. Rios, Sebastian (10/09/05): Nueva polémica por el trastorno de déficit de atención infantil. Sección, Ciencia y Salud. Buenos Aires.
www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=737575
4. Arze, Rodolfo (10/09/06): ¿Mi hijo tiene TDA/H?. Revista. Buenos Aires.
www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=837968
5. Fernández Irusta, Diana (16/12/06). ¿Lobo está?. Revista. Buenos Aires.
http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=970523
6. Stern, Andrew (05/09/07): Más de dos horas diarias de televisión elevan el riesgo de déficit de atención. Sección, Ciencia y Salud. Buenos Aires.
http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=941012
7. De Vedia, Mariano (01/11/07): Los colegios fallan con los chicos que tienen necesidades especiales. Sección, Cultura. Buenos Aires.
www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=958247
8. D'Oviedo, Sandra (01/11/07): TDA/H. La visión de una madre. Sección, Cultura. Buenos Aires. www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=958235
9. Carey, Benedict (NYT) (17/11/07): Los chicos revoltosos no están condenados al fracaso escolar. Sección, Ciencia y Salud. Buenos Aires.
www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=962971
10. Bravo, Julieta (23/02/08): Aumenta el diagnóstico de trastorno bipolar en los chicos. Sección, Ciencia y Salud.
www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=989849
11. Nota de edición (22/04/08): Hiperactividad y déficit de atención. Recomiendan una evaluación cardíaca a los chicos medicados. Sección, Ciencia y Salud. Buenos Aires.
www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1006402
12. *Czubaj, Fabiola* (18/10/08) Padres desbordados. El desafío de convivir con chicos inquietos. Sección, Ciencia y Salud. Buenos Aires.
www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1060683

DIARIO CLARIN www.clarin.com

13. Revill, Jo (23/01/03): Una nueva droga contra la hiperactividad en los adultos. Sección, Salud. Buenos Aires. www.clarin.com/diario/2003/01/23/s-03301.htm

14. Elustondo, Georgina (03/05/05): La Fobia escolar, un trastorno que va en aumento en la Argentina. Sección, Sociedad. Buenos Aires.
www.clarin.com/diario/2005/05/03/sociedad/s-02801.htm
15. San Pedro Eduardo (03/05/05): ¿Y por casa? Sección, Sociedad. Buenos Aires.
www.clarin.com/diario/2005/05/03/sociedad/s-02801.htm
16. Telam (24/10/06): Advierten que hay un exceso de medicación en los chicos por Síndrome de Déficit de Atención. Sección, Salud. Buenos Aires.
www.clarin.com/diario/2006/10/04/um/m-01283865.htm
17. Iglesias, Mariana (22/04/07): Alertan que 200 mil chicos van a la escuela medicados. Sección, Sociedad. Buenos Aires.
www.clarin.com/diario/2007/04/22/sociedad/s-04015.htm
18. Iglesias, Mariana (22/04/07): Alertan que 200 mil chicos van a la escuela medicados. A favor y en contra. Sección, Sociedad. Buenos Aires.
www.clarin.com/diario/2007/04/22/sociedad/s-04015.htm
19. Subnota (22/04/07): Los conflictos deben tratarse en terapia, no con remedios. Expertos contaron a Clarín casos reales de chicos diagnosticados con TDA/H. Sección, Sociedad. Buenos Aires.
www.clarin.com/diario/2007/04/22/sociedad/s-04102.htm
20. Subnota (22/04/07): Una droga con efectos adversos muy severos. Sección, Sociedad. Buenos Aires.
www.clarin.com/diario/2007/04/22/sociedad/s-04104.htm

DIARIO PAGINA/12 www.pagina12.com.ar

21. Gisela Untoiglich (08/08/04): Inquietos, desatentos, movedizos. Sección, Psicología.
www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-39172-2004-08-05.html
22. Beatriz Janin (02/12/04): Desatentos o desatendidos. Sección, Psicología. Buenos Aires.
www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-44318-2004-12-02.html
23. Garabetyan, Enrique (12/02/05): Mi pequeño diablito. ADHD o trastorno por déficit de atención. Sección, Futuro. Buenos Aires.
www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/futuro/13-1074-2005-02-13.html
24. Subnota (12/02/05): Mi pequeño diablito. Sección, Futuro. Buenos Aires.
www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/futuro/subnotas/1074-142-2005-02-15.html
25. Subnota. (12/02/05): Manuel del ADHD. Sección, Futuro. Buenos Aires.
www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/futuro/subnotas/1074-142-2005-02-15.html
26. Arzeno, Marla (03/03/05): El niño fracasado. Sección, Psicología. Buenos Aires.
www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-47971-2005-03-03.html
27. Texto de firmado por 150 expertos (11/09/05): El diagnóstico invalidante. Sección, Psicología. Buenos Aires.
<http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/index-2005-09-11.html>
28. Subnota. Texto de firmado por 150 expertos (11/09/05): El diagnóstico invalidante. Los chicos y la droga. Sección, Psicología. Buenos Aires.

- www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/subnotas/56175-18698-2005-09-11.html
29. Subnota. Texto de firmado por 150 expertos (11/09/05): El diagnóstico invalidante. Los firmantes del texto. Sección, Psicología. Buenos Aires. www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/subnotas/56175-18699-2005-09-11.html
30. Carbajal, Mariana (17/10/06): Las pastillas no tienen edad. Sección, El país. Buenos Aires. www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-74605-2006-10-17.html
31. Subnota. Carbajal, Mariana (17/10/06): Las pastillas no tienen edad. La supuesta enfermedad del chico inquieto y las pildoritas mágicas. Sección, El país. Buenos Aires. www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/74605-24184-2006-10-17.html
32. Subnota. (17/10/06): Las pastillas no tienen edad. Una red contra la droga. Sección, El país. Buenos Aires. www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/74605-24185-2006-10-17.html
33. Subnota. (17/10/06): Las pastillas no tienen edad. La industria que fabrica enfermedad. Sección, El país. Buenos Aires. www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/74605-24186-2006-10-17.html
34. Subnota. (17/10/06): Las pastillas no tienen edad. Una encuesta por el TDA/H. Sección, El país. Buenos Aires. www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/74605-24187-2006-10-17.html
35. Carbajal, Mariana (10/06/07): El problema del TDA/H. Sección Sociedad. Buenos Aires. www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-86337-2007-06-10.html
36. Lipcovich, Pedro (08/04/08): Peor el remedio que la enfermedad. Sección, Sociedad. Buenos Aires. www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-102061-2008-04-08.html
37. Subnota (08/04/08): Peor el remedio que la enfermedad. La intolerancia de los adultos. Sección, Sociedad. Buenos Aires www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/102061-32172-2008-04-08.html

DIARIO INFOBAE www.infobae.com

38. Reuters (Fuente) (19/04/04): ¿Hiperactividad o problemas cardiovasculares?. Sección, Salud. Buenos Aires. www.infobae.com/contenidos/353629-100935-0-Hiperactividad-o-problemas-cardiovasculares
39. Infobae (Fuente) (26/03/07): Cómo saber si su hijo es inquieto o hiperactivo. Sección, salud. Buenos Aires. www.infobae.com/notas/nota.php?ldx=270301&ldxSeccion=150803
40. Chávez, Valeria (26/03/07): Cuándo debe preocupar la hiperactividad en los niños. Sección, Salud. Buenos Aires. www.infobae.com/contenidos/318196-100935-0-Cuándo-debe-preocupar-la-hiperactividad-los-niños

DIARIO PERFIL www.perfil.com

41. De Ambrosio, Martín (10/06/07): Polémica: aseguran que el mal de niños hiperactivos no existe. Sección, Ciencia.
www.diarioperfil.com.ar/edimp/0187/articulo.php?art=1559&ed=0183

DIARIO LA CAPITAL www.lacapital.com.ar

42. Isaís, Marcela (05/05/07) Hiperactividad: una advertencia sobre la medicalización de niños. Sección, Educación. Rosario, Santa Fe.
www.archivo.lacapital.com.ar/2007/05/05/educacion/noticia_386312.shtml
43. Isaís, Marcela (16/06/07): Educación nacional ya tomó nota sobre el llamado déficit de atención. Sección, educación. Rosario. Santa Fe.
www.archivo.lacapital.com.ar/2007/06/16/educacion/noticia_396968.shtml
44. O'Keeffe, Florencia (11/07/07): Más profesionales se niegan a medicar a los "chicos desatentos". Sección, Salud. Rosario, Santa Fe.
www.forumtda/h.com.ar/documentos/a19.htm
45. Dueñas, Gabbriela (15/03/08): Alumnos medicados, una tendencia preocupante que crece en las aulas. Sección, Educación. Rosario, Santa Fe.
www.lacapital.com.ar/contenidos/2008/03/15/noticia_0001.html
46. Abramowski, Andrés (10/05/08): Vamos hacia un mundo de zombies. Suplemento, educación. Rosario. Santa Fe.
www.lacapital.com.ar/contenidos/2008/05/10/noticia_0022.html

TERRA MAGAZINE www.cl.terra.com

47. Chacón, Pablo (18/04/08): Crece la cantidad de niños medicados por "déficit de atención". Buenos Aires.
www.cl.terra.com/terramagazine/interna/0,,E19838-O12755649,00.html

DIARIO DE CUYO www.diariodecuyo.com.ar

48. Telam (19/04/04): El 5% de los escolares sufre de trastorno en la atención. Sección, Nacional. San Juan.
www.diariodecuyo.com.ar/home/new_noticia.php?noticia_id=36361

DIARIO LA NUEVA PROVINCIA www.lanueva.com.ar

49. Gregorietti, Laura (09/09/07): El peligro de tener una niñez medicada. Sección Vida Cotidiana. Bahía Blanca.
www.forumtda/h.com.ar/documentos/a22.htm

DIARIO EL INDEPENDIENTE www.elindependiente.com.ar

50. Clavel, Rosario y Butel, Elena (05/08/08): Niños con Trastorno por Déficit de Atención: un diagnóstico en cuestión. Nociones para repensar la función docente. Sección, Familia y Cultura. La Rioja.
<http://www.elindependiente.com.ar/diario/suplenotas.asp?1214>

Anexos

Anexo metodológico

Operacionalización de dimensiones para instrumentos de recolección de datos y procesamiento de las entrevistas.

Dimensión Contextual

Marco histórico y sociocultural

- Influencias y diferencias por cuestiones socioculturales, nivel socioeconómico
- Características locales
- Historia del problema del TDA/H

Marco local y microsocioal

- Situación y contexto de la escuela, el hospital y/o barrio
- Recursos a nivel provincial y municipal para la atención en salud, salud mental, educación
- Acciones conjuntas barrio y/o escuela y/o instituciones de salud

EJE 1

Representaciones y construcción de sentido que emergen en el proceso desde la perspectiva médica y educativa

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA. El discurso desde la salud/El discurso desde la escuela.

1. Definiciones de:

- Atención
- Hiperactividad
- Déficit
- Problemas de aprendizaje
- Problemas de conducta
- TDA/H

2. Caracterización del niño con TDA/H

- Cómo lo describen, cómo es el niño
- Influencias y diferencias por género
- Influencias y diferencias por edad

- Influencias y diferencias por nivel socioeconómico

3. Factores que explican el problema del TDA/H

4. Estatuto del diagnóstico

5. Imaginarios del adulto sobre el niño con diagnóstico de TDA/H

EJE 2

La problemática del consumo

PROCESO DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

6. Rol de los actores intervinientes en diagnóstico y abordaje del TDA/H

- Escuela y familia
- Escuela y sistema de salud
- Sistema de salud y familia
- El niño
- Familia

7. En el aula y la escuela

- Situaciones conflictivas en el aula e intervenciones frente a ellas
- Fenomenología del TDA/H en el aula
- Diagnóstico en la escuela
- Derivación a un profesional

8. En el sistema de salud

- Llegada al sistema de salud, la primera consulta
- Circuito dentro del sistema de salud hasta tratamiento y/o prescripción
- Sintomatología
- Estudios y análisis realizados
- Diagnóstico por un profesional de salud

9. Diagnóstico: acuerdos y desacuerdos (críticas, debates)

ABORDAJE Y/O TRATAMIENTO

10. El tratamiento sin medicación

11. La medicación

- El tratamiento con medicación
- Criterios para medicar y para no medicar
- Estrategias y respuestas frente a la medicación en cada uno de los actores
- Medicación y escolaridad
- Patrones de consumo

- Posturas y argumentos frente al abordaje y/o tratamiento y/o medicación
- Proceso de medicación

12. Abordaje en la escuela del TDA/H

- Abordaje psicopedagógico
- Abordaje psicológico
- Respuesta institucional de la escuela: recursos educativos especiales
- Educación especial
- Abordaje en el aula: Rol docente, acercamiento al problema, capacitación y actitudes docentes frente TDA/H

13. Abordaje por el sistema de salud

- Seguimiento
- Reevaluaciones
- Recursos, obras sociales

14. Percepción de riesgo por medicación

- Uso racional de medicamentos

15. Industria farmacéutica

16. Otros problemas de salud y medicación en niños

17. Problemas y recomendaciones

ANEXO:

Medio	Fecha	Sección	Título	Título	Categoría	Características de la nota	Imagen	Nomianción	Droga	Tratamiento
Nombre del diario o revista	De edición de la nota	Dónde aparece la nota	De la nota madre	De la nota	Rótulo/volanta en sección	Opinión de expertos, testimonios, infografías, página central, titular, fotos, etcétera.	Imágenes y representaciones que acompañan	Cómo se nombra el diagnóstico	Existencia o no de mención a la droga	Tipo de tratamiento sugerido
Clarín	23-ene-03	Salud	Una nueva droga contra la hiperactividad en los adultos	Una nueva droga contra la hiperactividad en los adultos	-	Nota de diario extranjero con datos estadísticos	-	ADD / ADHD	Atomoxetina y Ritalin	Tratamiento Farmacológico
Clarín	03-may-05	Sociedad	La fobia escolar, un trastorno que va en aumento en la Argentina	La fobia escolar, un trastorno que va en aumento en la Argentina	Tendencias: qué hay detrás de la frase "no quiero ir al cole, ma"	Nota de opinión, con testimonios de padres, opinión de especialistas y datos estadísticos.	Fotografía de una madre despidiendo a su hijo lloroso en la puerta de la escuela	FOBIA	-	Intervenciones psicológicas
Clarín	03-may-05	Sociedad	La fobia escolar, un trastorno que va en aumento en la Argentina	¿Y por casa?	Consejos para que los padres sepan qué se debe hacer	Fórmula y consejos para padres.	-	-	-	Psicoterapias y técnicas de apoyo convencionales
Clarín / Télam	24-oct-06	Salud	Advierten que hay un exceso de medicación en los chicos por Síndrome de Déficit de Atención	Advierten que hay un exceso de medicación en los chicos por Síndrome de Déficit de Atención	Último Momento	Nota con opinión de especialistas y debate en contra del sobrediagnóstico y la medicación.	-	SDA / ADD	Metilfenidato	Sólo señala que el tratamiento farmacológico no es el único.
Clarín	22-abr-07	Sociedad	Alertan que 200 mil alumnos van a la escuela medicados	Alertan que 200 mil alumnos van a la escuela medicados	Vida cotidiana: chicos inquietos y desatentos	Nota con datos estadísticos, opinión de especialistas y funcionarios, testimonios de padres, debate en contra. Infografía con los efectos del metilfenidato	Infografía sobre los efectos del metilfenidato en el organismo del niño	ADD	Metilfenidato y Ritalina	Abordaje multidisciplinario
Clarín	22-abr-07	Sociedad	Alertan que 200 mil alumnos van a la escuela medicados	A favor y en contra	A favor y en contra	Nota con argumentos de dos especialistas a favor y en contra de la medicación	-	ADD	-	-
Clarín	22-abr-07	Sociedad	Alertan que 200 mil alumnos van a la escuela medicados	Los conflictos deben tratarse en terapia, no con remedios	Vida cotidiana: advertencia de especialistas	Testimonios de especialistas sobre casos de medicación en chicos	-	ADD	Ritalina	Terapia no medicación
Clarín	22-abr-07	Sociedad	Alertan que 200 mil alumnos van a la escuela medicados	Una droga con efectos adversos muy severos	Vida cotidiana	Nota con opinión de especialistas sobre efectos y riesgos del consumo de medicación	Fotografía de pastillas	ADD	Metilfenidato (anfetaminas) y Ritalin	-
Clarín	22-abr-07	Sociedad	Alertan que 200 mil alumnos van a la escuela medicados	El debate también llegó a la tvé	-	Análisis de series de televisión	Imagen de tres series de televisión: Simpsons, Amas de Casa Desesperada y	ADD	Ritalina	-
Diario de Cuyo	19-abr-04	Nacional	El 5% de los escolares sufre de trastorno en la atención	El 5% de los escolares sufre de trastorno en la atención	Los males de niños inquietos	Nota periodística con datos estadísticos y opinión y debate de especialistas (psiquiatras y psicoanalistas) a favor y en contra	-	ADHD	Metilfenidato	-
El independiente (La Rioja)	05-ago-07	Familia y Cultura	Niños con Trastorno por Déficit de Atención	Niños con Trastorno por Déficit de Atención	Proponen repensar la función docente	Nota periodística con testimonio de especialista	Fotografía de la especialista mirando a cámara	ADD	-	Abordaje multidisciplinario
Infobae	21-abr-04	Salud	¿Hiperactividad o problemas cardiovasculares?	¿Hiperactividad o problemas cardiovasculares?	-	Nota extraída de la agencia de noticias Reuters con datos de un estudio en EEUU sobre jóvenes con ADD medicados	Fotografía de una mano apretando un corazón atravesado por rayos	TDAH	Adderall y Ritalina	-