



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo Final de Grado

Medicalización de la Infancia a través de un diagnóstico alienante

Nueva forma de vulnerar derechos a través del Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad

Tipo de trabajo: Monografía

Autora: Karina Rivas

C.I: 4.632.716-1

Tutor: Victor Giorgi

Mayo 2016

Montevideo, Uruguay

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	4
1. El surgimiento del control en la modernidad	7
1.1 Historizando la medicalización	7
1.2 La medicalización a partir del surgimiento del Estado liberal	10
2. ¿Una nueva generación desubjetivada?	14
2.1 Conociendo la tríada denominada TDA-H y el contexto actual	14
2.2 Familias líquidas	19
2.3 Escuelas sólidas	21
2.4 Cuando se ve la medicación como única solución	25
3. Niños medicados, futuro en peligro	28
3.1 El problema de la medicación a temprana edad	28
4. Desde una perspectiva de derecho	31
4.1 Infancia Invisible durante décadas y su evolución hacia ser reconocida como sujetos de Derecho	31
4.2 Convención de los Derechos del Niño y la Psicología Comunitaria	34
Referencias Bibliográficas	41

Resumen

En la presente monografía se aborda una problemática que ha ido aumentando en los últimos años: la patologización y la medicalización de la infancia, como consecuencia del desconocimiento de las singularidades y de la expresión de los malestares y sufrimiento de los niños.

Para ello se toma como ejemplo el diagnóstico de déficit de atención con o sin hiperactividad, y el uso abusivo de psicofármacos, principalmente el metilfenidato, que se suministran a los niños, sin tener en cuenta el riesgo que esto conlleva para la salud de los mismos.

Se considera que son varios los factores que intervienen en el aumento de la patologización de la infancia: El momento socio-histórico que permea los conceptos de “normalidad” y “anormalidad”; las características del contexto epocal de la modernidad líquida y cómo ésta ha influido en la familia y en las instituciones educativas, y la violencia invisible que se ejerce de manera implícita a través de la medicalización, legitimando esta última.

Se hace mención a la Convención de Derechos del niño (1989), con el fin de analizar cómo los “Estados Partes” han vulnerado las normas de este tratado, el cual hace un énfasis en el deber de tener presente la opinión de los niños y de escucharlos, reconociéndolos así, como sujetos de derechos. Por ello, se toma la Psicología Comunitaria como agente de transformación social, la cual estimula la participación del otro, y contribuye a que los niños y adolescentes logren ser incluidos desde una perspectiva de derechos.

Palabras clave: Patologización, Medicalización, Infancia, TDA-H, Derechos, Psicología Comunitaria.

Introducción

-El mundo es eso -reveló- Un montón de gente, un mar de fueguitos. Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás. No hay dos fuegos iguales. Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores. Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento, y gente de fuego loco, que llena el aire de chispas. Algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman; pero otros arden la vida con tanta pasión que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca, se enciende.

Eduardo Galeano

Nuestros tiempos requieren reflexión sobre las problemáticas que afectan la infancia, principalmente cuando en los últimos años se viene diagnosticando a muchos niños y niñas con nuevas patologías, lo cual lleva a que una gran cantidad de niños sean medicados, de manera estigmatizante, silenciando el síntoma, y dejando por fuera la singularidad del mismo.

Por ello, el objetivo de la presente monografía es pensar y reflexionar de manera sistematizada, en base a los aportes de diversos autores, acerca del proceso de patologización y medicalización de la infancia como forma de desconocimiento de las singularidades y cómo cada niño expresa sus malestares y sufrimientos. Para esto se tomará como ejemplo paradigmático de esta forma de patologización, el surgimiento y frecuencia del diagnóstico de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA-H).

Es pertinente tener presente que la infancia es una etapa fundamental, donde el niño aún se encuentra en un proceso de construcción subjetiva, en la que no está solo, es decir, desarrolla su vida junto con otros y en el contexto socio-histórico que se encuentra sumergido y donde cualquier hecho o suceso que pueda acontecer marca de forma significativa la vida del niño (Untoiglich, 2011). Por lo que el tema de la patologización a temprana edad es grave y más aún cuando solo se tiene en cuenta la conducta del niño, la cual se trata de manera uniforme mediante medicamentos. Esta práctica médica que se ha instaurado: ¿se adecúa a las necesidades del niño y/u ofrece una solución a las causas de los síntomas del mismo?

Para cumplir con el objetivo del presente trabajo, primeramente, se pretende realizar un recorrido histórico acerca de las concepciones de “normalidad” y “anormalidad” y del hecho de que las normas sociales consideradas normales son construcciones de momentos socio-históricos, la ideología y el saber-poder dominante. A través del recorrido bibliográfico se plantea cómo el disciplinamiento y el control social intentan homogeneizar la conducta humana y cómo todo aquel que se escape de lo ya preestablecido, es excluido, estigmatizado, etiquetado. Luego se hace un análisis histórico de cómo ha evolucionado la medicalización desde el nacimiento de la medicina moderna en el siglo XIX y del cambio paradigmático en la forma de concebir al individuo a partir del auge del liberalismo de fines del siglo XVIII. ¿Cómo la cultura permea nuestros conceptos de “normalidad” y “anormalidad” a través del tiempo? ¿Es el ser humano un individuo “libre”, es decir, descontextualizado, como lo conciben el liberalismo y la medicina biologicista?

Además, en esta labor monográfica se toma el contexto epocal contemporáneo, denominado “hipermodernidad” por Lipovetsky (2004), y “modernidad líquida” por Bauman (2002), quien siguiendo los aportes de Guy Debord plantea que “los hombres se parecen más a su época que a sus padres” (p. 138). Tomando esta cita, es pertinente preguntarse ¿Cuáles son las características inherentes a nuestra época? ¿Cómo afectan éstas, la vida del infante?

Otro aspecto que se considera en la presente monografía es la familia y la institución educativa y la gran incidencia que éstas tienen en las patologías actuales: padres que buscan un nombre a lo que les sucede a sus hijos como forma de tranquilizar sus preocupaciones y escuelas que buscan conductas homogéneas y encuentran como único reparo para quienes no se ajustan a esta homogeneidad, “la solución mágica” que ofrece la farmacología. Frizzera y Heuser (2004) plantean, que la medicación suele fomentar mayor y mejor eficacia a menor obligación por parte de padres y maestros. ¿Se pueden obtener resultados favorables aplicando soluciones instantáneas cuando se trata del bienestar bio-psico-social del niño?

También en el presente trabajo se expone cómo la medicalización actúa como una máscara que invisibiliza los orígenes sociales, familiares e institucionales de los problemas de atención, de conducta y de los malestares que padecen los niños; además del peligro que representa tomar psicofármacos a temprana edad, resultando perjudicial para la salud y el bienestar del infante, hecho que no se tiene en cuenta por parte de las autoridades institucionales y a veces familiares.

Finalizando, se aborda la deconstrucción de los derechos de los niños y adolescentes, a través del discurso medicalizador, que se impone como una forma de violencia que busca acallar al niño, “aplastar”, “congelar”, la singularidad del mismo. Los derechos del niño están amparados en la Convención de Derechos del Niño, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, en la cual se hace un énfasis en el deber de los “Estados Partes” de tener presente la opinión de los niños y de escuchar a los mismos.

Asimismo, se toma la Psicología Comunitaria como agente de transformación social, puesto que fomenta la participación de los individuos en la sociedad civil, lo que incluye que niños y adolescentes ganen espacios que les permitan ser reconocidos y escuchados.

A partir de lo mencionado se interpela: ¿Cuáles son los niños “normales” y los niños “anormales” de la actualidad? ¿Qué está sucediendo con los mismos? ¿Qué efecto produce en el niño, aprender en una escuela sólida bajo un modelo disciplinario típico de la modernidad, que contrasta con la familia alojada en una sociedad diversa y “líquida”, de la cual él es parte? ¿Cómo determinar lo que es patológico en la sociedad contemporánea? ¿Qué es lo que se está medicando cuando se le prescribe una receta farmacéutica al niño? ¿La medicalización, es una nueva forma de ejercer violencia contra el niño? ¿Y dónde quedan sus derechos?

1. El surgimiento del control en la modernidad

1.1 Historizando la medicalización

En las diferentes épocas ha existido un Poder correspondiente a cada momento socio-histórico, entendiendo a éste como un grupo social determinado, que posee un mismo pensar e intereses comunes. Estos últimos van a determinar un ámbito de Verdad, dentro del cual va a definirse lo “normal” y lo “anormal”, que serán lo socialmente aceptado o no. Affonso Moysés, Collares y Untoiglich (2013) sostienen que:

G. Canguilhem se preguntaba, ya en 1943 acerca de la construcción de los conceptos de normalidad y anormalidad. Define Normal como promedio, aquello que es “*como debe ser*”, un modo de unificar lo diverso. La pregunta que cabe formularse es quién determina y bajo qué condiciones se define lo que se “debe ser”. (...) El autor planteaba que el ser vivo y el ambiente no son normales tomados por separado, sino que será en esa relación que se establecerán las bases para pensar qué es normal en determinado momento”. (2013, p. 28)

Con respecto a las conductas humanas, el ámbito tomado como Verdad, en la Edad Media va a ser el clero. La normalidad será toda conducta ajustada a lo que el Poder establecía: una vida acorde al canon católico, a lo establecido por el Papa, una sujeción al orden mercantilista de la época. Lo anormal se entenderá como toda conducta opuesta y desviada de lo entendido como normal. De esta forma toda enfermedad que altere el comportamiento de los individuos se interpretará como una posesión demoníaca, lo que conllevará al castigo mediante la hoguera, el exilio o el encierro. Lo que se procuraba era homogeneizar las conductas humanas, y todos aquellos que se escapaban a lo socialmente preestablecido, eran castigados, confinados en cárceles u hospitales, diagnosticados, etiquetados, clasificados bajo cuadros, parámetros que remitían a criterios de normalidad. Éstos eran impuestos por la ideología y el saber-poder dominantes del momento socio-histórico.

De esta forma no se daba lugar a que lo diferente, a que el otro pueda construirse como sujeto, como tal, con identidad propia, quedando sumergido en un contexto donde toda conducta debía ser igual, repetirse, “homogénea”, ajustada a la normativa, sin posibilidad de cambio.

En el siglo XVIII surge la Ilustración y con ella transformaciones a nivel político, social y cultural. “La Ilustración consiste en el hecho por el cual el hombre sale de la minoría de edad. (...). La minoría de edad estriba en la incapacidad de servirse del propio entendimiento sin la dirección de otro” (Kant, 2004/1784, p.33). Con esta nueva herramienta -el uso del entendimiento- nacen la economía política, la biología, la filología, y más tarde, a mediados del siglo XIX la medicina moderna.

Al llegar la modernidad la iglesia pierde el dominio supremo sobre la sociedad, ya que las ciencias modernas arrebatan su imperioso poder. Estas toman la validación del hombre en todos sus aspectos, entre ellas la medicina, quien pasa a tener el poder de legitimar o deslegitimar las conductas humanas. Por medio del castigo, la corrección y el aislamiento se pretende disciplinar cuerpos “descarriados”. Para ello se utilizan nuevas estrategias y saberes técnicos que asisten a diagnósticos y tratamientos de conductas desviadas. Es en este momento socio-histórico que las personas consideradas “anormales” ya no son las brujas ni los endemoniados, sino que pasan a ser los locos y criminales, a quienes los encerraban en cárceles e internaban en hospitales con el fin de normalizar el ámbito social, dado que todo aquel que no se ajustara a lo “normal” era considerado peligroso. En la mencionada época el sistema de disciplinamiento llevado adelante corresponde a lo que Foucault llama “panóptico”; donde la vigilancia y el control de la población son extremos. Dicho control será llevado adelante por: Instituciones educativas, cárceles, hospitales, entre otros (Techera, Apud y Borges, 2009).

Con el avance científico, tecnológico y la pérdida de las explicaciones religiosas como causantes de las enfermedades, la medicina toma control del “saber-poder”, o sea, de establecer lo que es considerado “normal” y “anormal”, “sano” y “enfermo”. De esta forma en cada momento socio-histórico existirán personas “aceptadas” y personas “excluidas”. Como plantean Techera et al.

(2009) “(...) lo normal y lo anormal no dependen de un patrón universal, sino que está en relación con una sociedad dada que delimita zonas y establece conductas correctas de actuar y pensar en el mundo” (p 30).

En este momento socio-histórico se afirma el pensamiento biologicista, y la interpretación unicausal de las enfermedades. El pensamiento biologicista nace a fines del siglo XVIII y principio del XIX cuando se dan una serie de acontecimientos a nivel médico-social. Michel Foucault (1977) los relata como el comienzo de una relación sumamente estrecha de la medicina con otras ciencias afines: la biología, la economía, la política, la física y principalmente la química, la cual entra en contacto con la medicina a través de los diferentes estudios del aire, de las condiciones de vida y de la respiración.

La unicausalidad, es decir, el hecho de que a toda enfermedad se le adjudique una sola causa, surge con el pensamiento biologicista, donde se visualiza al hombre como ahistórico, descontextualizado, un sujeto totalmente individualizado. Es con la Neurofisiología y Psicología Experimental que se adentra el estudio de las enfermedades mentales en las ciencias naturales. Éstas ahora pasarán a ser un objeto de estudio medible, observable y de “ciencias objetivas”, fuertemente influidas por el espíritu positivista que predominó durante el siglo XIX, donde el hombre era concebido como una “máquina” y los aspectos cualitativos del mismo no eran tenidos en cuenta; más adelante dicha postura se convertirá en la psiquiatría contemporánea. Paralelamente, pero de una forma alejada del método experimental se encontraba la psiquiatría dinámica, la misma cuestionaba la forma de llevar adelante los tratamientos de los enfermos mentales, por lo cual buscará causas alejadas de lo religioso. Aquí se destacan Mésmer, Charcot, Freud, entre otros.

Tomando los aportes de Barrán (1994), en el siglo XX, específicamente en Uruguay, la autoridad científica llega a su auge, y con ello el poder médico llega a su mayor jerarquía. En el novecientos se consideraba al médico como el que “sabía todo”, el que tenía el poder y autoridad para la cura. Esto sucedía por dos causas sumamente importantes: primeramente, porque el médico con su conocimiento y sabiduría adquirida por medio del estudio, tenía potestad de tratar la enfermedad que aquejaba al paciente, colocando a éste último en un

lugar de inferioridad, ya que muchas de las enfermedades padecidas por las personas eran motivo de vergüenza. En segundo lugar, porque el médico en su posición social de superioridad, siendo éste tratador y curador de un inferior, trataba a los pacientes desde una posición jerárquica imaginaria, ya que se consideraba que la atención era gratuita, lo cual no era totalmente cierto, porque el mismo recibía un salario del Estado.

Siguiendo en la misma línea Barrán (1994), menciona que los médicos que tenían este poder absoluto y que a su vez adherían a la “derecha”, es decir, a la corriente liberal y política que predominó desde fines del siglo XVIII y que desde esa cosmovisión visualizaban a un individuo libre, responsable y por lo tanto culpable de su enfermedad, condenaban “(...) sin apelaciones a la cultura popular, su saber, su sociabilidad, sus hábitos. Todo lo popular fue considerado un gigantesco error; fruto de la ignorancia y el vicio connaturales de las masas (...). Incapaces de generar formas sanas”. (Barrán, 1994, pp.161,162). En relación a esto el autor agrega:

Además, los médicos del Novecientos actuaron como verdaderos déspotas ilustrados, hijos legítimos del iluminismo dieciochesco, tal vez porque la estructura cultural y social del Uruguay en la época favorecía los autoritarismos bastos a que ya aludiéramos. La tutela de los médicos sobre los pobres se basaba tanto en la condenación despectiva de la cultura popular in totum, como en el sentimiento de que la distancia entre doctos e ignorantes era abismal, infinita e incolmable. (Barrán, 1994, p. 158)

1.2 La medicalización a partir del surgimiento del Estado Liberal

El Estado Liberal comenzó su proceso de formación a partir del siglo XVII, el primero en surgir fue la monarquía parlamentaria con la Revolución Inglesa de dicho siglo. Luego en el siglo XVIII surge la primer Constitución Republicana en

el naciente Estados Unidos; en 1789 se da la Revolución Francesa y el derrocamiento del Antiguo Régimen, dando paso a la primer República europea; y en 1812 la primer Monarquía Constitucional en España. Como consecuencia de los Estados Liberales nace el Hombre liberal. Éste, a través del Estado de derecho hará valer su dignidad, como persona, por el simple hecho de ser hombre y no por pertenecer a cierta clase social.

Foucault (1975) relata que a partir del siglo XIX surgen los hospitales, escuelas, cárceles y ejércitos modernos. La escuela produce un gran desarrollo en la alfabetización y una democratización del conocimiento. Esto provoca que las personas comiencen a ser instruidas sobre la importancia de su salud, lo cual conlleva a que el sujeto ya no visualice la enfermedad desde lo colectivo (pandemia), sino que lo perciba y visualice desde lo personal.

J. Barrán (1993), por su parte plantea que entre 1900 y 1930 la salud se convirtió en uno de los valores supremos de la sociedad. Esto sucede antes del proceso de la medicalización en sí, como se la entiende hoy. Al transformarse la salud en el valor supremo, surge la clase médica y con ello el médico asume un rol de poder y control de la sociedad; de esta forma nacen los principios de la medicalización; aumenta la atención hospitalaria; el médico toma control de la administración de los hospitales, sustituyendo a las organizaciones religiosas y de caridad. El autor plantea que el saber médico se populariza, llegando a todos y todas. Además, ya no es el cura el que acompaña al moribundo en el lecho de muerte, sino que esta tarea ahora se le ha adjudicado al médico, “la muerte se ha medicalizado” (p.155).

Esta nueva posición de supremacía que se le otorga a la salud en la sociedad, hace que el médico tome el lugar de máxima autoridad en diferentes ámbitos de la vida colectiva. Con respecto a lo antedicho J. Barrán (1993), plantea:

La clase médica, naciente del monopolio del curar y del saber científico en una sociedad que había endiosado la salud y la ciencia, y conquistó en treinta años todos los espacios: el ajeno a su oficio, el imaginario social y su riqueza. (p.174)

Es así que la medicalización de la sociedad avanza de forma desmedida. J. Barrán (1993) describe que fueron tres grandes combinaciones las que estuvieron detrás de este acontecimiento: el “avance científico”, los “cambios culturales” y el “apoyo estatal”, dejando así a las corporaciones médicas el máximo poder sobre la sociedad y en algunos aspectos de la vida cotidiana, en los que antes no tenían incidencia.

De acuerdo con los aportes de Cristóforo (2013), la medicina siempre tuvo gran importancia en la vida de las personas y la sociedad, ya que ésta ha actuado con un rol de disciplinadora y normalizadora por medio de lo “sano-enfermo”, “normal-anormal”. Además, dicha autora menciona que “la medicalización no refiere solamente a ese poder de la medicina y lo médico sino a un proceso cuyo comienzo puede ubicarse luego de la Segunda Guerra Mundial” (Cristóforo, 2013. p. 108). La autora sostiene que en dicho momento nace “un modelo basado en la cultura de la salud” (p.108). Es aquí cuando la medicina ya no tiene solamente en cuenta la enfermedad y la cura de la misma, sino que procesos que son comunes o normales se vuelven de interés médico. La enfermedad y la salud pasan a un mismo campo, “por cuanto una y otra requieren de medicamentos y han de ser tratadas una para curarla, la otra para mantenerla”. (Cristóforo, 2013, p.108).

Continuando en la misma línea, Cristóforo (2013) menciona que de esta forma se crea el ideal de que las personas necesitan consultar por el simple hecho de “nacer, o de ingresar a la menopausia, o la vejez” (p.109).

La autora hace referencia al contexto anterior mencionado, argumentando que en dicha época “(...) se torna más tenue aún la línea que divide salud de enfermedad y se patologizan conductas o procesos del desarrollo hasta ahora normales (...), o características como la timidez que pasa a *etiquetarse* como problema de ansiedad social.” (Cristóforo, 2013. p.109). De esta forma surgen nuevos “nombres”, nuevos “estigmas”, nuevas formas de “disciplinar”. La medicalización toma control de la vida del hombre, los autores Faraone et al. (2009), siguiendo los planteos de Foucault, Illich y Conrad, definen la medicalización como el desarrollo gradual “(...) mediante el cual el saber y la práctica médica incorporan, absorben y colonizan 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 (...)” (2009, sección Introducción, párr.4) entre otras.

Continuando en la misma línea, Faraone et. al. (2009) sostiene el concepto de “medicalización” como:

(...) proceso por el cual el campo médico se ocupa y trata problemas no médicos asociados a características intrínsecas de la vida, es decir, a la condición humana misma. Así, problemas de la vida son tratados en términos de problemas médicos como padecimientos, síndromes o enfermedades. (2009, Sección Introducción, párr. 5)

De esta forma se logra dar cuenta de cómo la medicina busca adaptar al sujeto que no se ajusta a las exigencias actuales, a lo que es considerado “normal”, es decir, que todo aquel que no cumpla con lo esperado en tiempo y forma se encuentra enfermo y deberá ser medicalizado, dado que la medicina tiene la apropiación total del sujeto.

Cuando se trata de la infancia suele ser peligroso tildar ciertas conductas como “anormales”, puesto que los diagnósticos aplicados a temprana edad, encasillan y estigmatizan a un psiquismo en construcción, y muchas veces se le niega al niño la posibilidad de cambio, de transformación, pues dichos diagnósticos son inamovibles. Además, se encuentran patologías, donde en realidad existe un sufrimiento, donde el niño quiere decir o denunciar algo con esa conducta o movimiento que está manifestando y lo único que se hace es realizar un diagnóstico tomando dichas conductas e invalidando la palabra, la historia, el sufrimiento y el contexto del niño. Parecería que lo único que se busca es una solución rápida y eficaz y derivar a los niños al tratamiento farmacológico, en base a malestares, ignorando que éstos no se atribuyen a una sola causa, sino que pueden ser multicausales, puesto que dependen del momento socio-histórico y cultural en el cual se encuentra el sujeto. Con respecto a lo antedicho Affonso Moysés, Collares y Untoiglich (2013), tomando los aportes de Foucault plantean que “la enfermedad es, en una época

determinada y en una sociedad concreta, aquella que se encuentra práctica o teóricamente medicalizada” (2013. p. 28).

2. ¿Una generación desubjetivizada?

2.1. Conociendo la tríada denominada TDA-H y el contexto actual

Al trastorno más conocido en la actualidad, se lo suele denominar como TDA-H, ADHD (Attention Deficit-Hyperactivity Disorder), o ADD (Attention Deficit Disorder). El mismo se encuentra caracterizado por la dificultad de sostener la atención acompañada de hiperactividad e impulsividad. Para comprenderlo mejor es necesario entender cómo se ha conformado a lo largo de la historia. Tubert (2010), refiere que los primeros antecedentes del TDAH, surgen a través de las descripciones que realiza George Still en el año 1902, quien lo asocia al comienzo de la escolarización y lo nombra *Síndrome de lesión cerebral*, además de atribuirle causas neurológicas, pero sin que existan fundamentos científicos que acrediten su planteo.

En el año 1935, Tubert sostenía que Childers realizaba una distinción entre niños hiperactivos con lesiones cerebrales y niños hiperactivos sin lesiones cerebrales. Es en 1937, que Bradley comprueba a través de estudios que el rendimiento y comportamiento escolar comienza a mejorar con la administración de anfetaminas, a partir de mencionada fecha, niños hiperactivos comienzan a ser medicados (Tubert, 2010).

Se considera pertinente tomar a Juan Ruiz (s/f), quien sostiene que en 1944 las anfetaminas son muy buscadas por soldados y pilotos quienes necesitaban mucha concentración y tenían pocas horas de sueño. El autor sostiene que Leandro Panizzon en el intento de conseguir una droga con menos efectos adversos que la anfetamina, sintetiza el metilfenidato, el cual fue patentado en el año 1954 con el nombre de *Ritalin*. A partir de dicha época la droga comenzó a ganar terreno. En un principio se utilizó para tratar la depresión, y luego en los tratamientos de narcolepsia. En el año 1957 se recomendaba para la fatiga crónica y en los sesenta comenzó a utilizarse en niños con “*disfunción cerebral mínima*” (forma en que se denominaba la

hiperactividad en dicha época). Los estudios de la nueva droga continuaron y no pasó mucho tiempo para que se hiciera pública la noticia sobre el “remedio maravilloso” que producía efectos favorables en niños con problemas de aprendizaje, lo que indudablemente aumentó el número de recetas (Ruiz, s/f). Actualmente, la Ritalina se utiliza en el tratamiento del Síndrome de Hiperactividad y Déficit de Atención. Se presume que contiene sustancias químicas que actúan sobre el sistema nervioso central, obrando sobre el metabolismo de la serotonina y la dopamina, neurotransmisores del sistema nervioso (Miguez et al., 2006).

Continuando con los aportes de Michanie (2004) en la década del setenta, estudios llevados adelante por Virginia Douglas, señalaron que los déficits para sostener la atención y control de impulsos eran ciertos aun en ausencia de hiperactividad. Por dicha causa es que en la década del ochenta el DSM III le da énfasis al trastorno de atención denominado “Trastorno por Déficit de Atención, con o sin hiperactividad”. En el DSM III-R ya se les da lugar a las dos facetas: la atencional y además la hiperactividad e impulsividad. A mitad de la década del noventa con el DSM IV se dan a conocer los subtipos: “Atencional, de Tipo combinado y con predominancia de Hiperactividad e Impulsividad” (Michanie, 2004. p. 61).

El DSM IV describe nueve características centradas en la falta de atención, y nueve en la hiperactividad e impulsividad. Algunos síntomas de falta de atención son: no poder concentrarse con facilidad, cambios constantes de una actividad a otra, no escuchar cuando alguien habla de forma directa, perder objetos necesarios para realizar tareas o actividades (lápices, libros), no seguir reglas, ser descuidado en tareas. En lo que refiere a hiperactividad e impulsividad: moverse exageradamente en un espacio reducido, hablar en exceso, ser incapaz de esperar su turno, precipitarse al dar respuestas, tener conductas inapropiadas. También es necesario mencionar que estas características pueden comenzar antes de los siete años de edad.

En relación a lo antedicho, Vasen (2011), manifiesta que el reciente DSM -V ha realizado cuatro modificaciones con respecto al DSM IV, lo que podría producir un “sobre-diagnóstico” (p. 55). La primera es que los diagnósticos se

pueden hacer solo con la presencia de síntomas, sin que sea necesaria la aparición de dificultad en el aprendizaje. La segunda es la disminución de la cantidad de síntomas que son requeridos para realizar el diagnóstico en adolescentes y adultos, puesto que se reduce la especificidad del TDA-H y aumenta el margen de “falsos positivos” (Vasen, 2011, p.55). La tercera modificación, permite realizar el diagnóstico de ADD cuando existe autismo, homogeneizando así dos diagnósticos que antes eran excluyentes. Como cuarta y última medida se eleva la franja etaria del comienzo del trastorno, de 7 a 12 años, que en palabras de Vasen “dudosamente sobreviva” (2011, p.56), dado que esta es la edad donde se encuentra el mayor rango de diagnosticados.

Si los síntomas que fueron mencionados con anterioridad son preocupantes tal como lo expresa el DSM, esto llevaría a pensar que todo niño que presenta inatención y alguna dificultad para controlar sus impulsos tiene TDA-H, pues la mayoría de estas conductas son propias de la infancia, lo que pone en tela de juicio dicho diagnóstico, ya que se hace un recorte de la vida del sujeto. Además, mencionados síntomas, carecen de objetividad. Míguez y Sánchez (2015) tomando a Janin, alegan que “el movimiento de un niño puede ser tomado normal o patológico según quien sea el observador” (p.55).

En relación a lo antedicho se considera pertinente referirse al momento histórico, social y cultural en el cual estamos sumergidos. En la actualidad en palabras de Muniz (2013), nos encontramos con un aumento de la “patologización del sufrimiento de la vida cotidiana: cuándo parar, cuándo duelar, cómo no cansarse, qué hacer con la frustración, cómo y cuándo usar curativos para los dolores físicos y psíquicos, entre tantos otros consejos para *vivir mejor*” (p.136). Además, este modelo ideal de vida se encuentra reforzado por el poder mediático, el cual alimenta la ilusión de cómo obtener bienestar y felicidad a través del consumismo, el materialismo y el “éxito” (Muniz, 2013).

Nuestra época se caracteriza por lo fugaz, lo efímero, la transitoriedad, la hiperestimulación a través de los medios de comunicación, la fragilidad en las relaciones, la inestabilidad laboral y familiar que a su vez lleva a la

incertidumbre, es decir, a la pérdida de la solidez y estabilidad que personificaron a la modernidad hasta mediados del siglo XX.

Tal como sostiene Giorgi (s/f):

Vivimos una época caracterizada por profundos y acelerados cambios a nivel de la sociedad y la cultura. Transformaciones de valores y modelos, de pautas de comportamiento, de la economía, del mundo del trabajo, de los contratos que hasta ahora regularon la convivencia social y del propio papel del Estado que, entre otros, configuran un escenario marcado por la inestabilidad, la impredecibilidad y la incertidumbre. (p. 37)

Sostiene Untoiglich (2011) que esta época es como una “arquitectura escurridiza” (p.12), con consecuencias como “el desamparo, cuando no el derrumbe” (p.12). Además, la autora plantea que las diferentes características de la cultura actual dejan particularidades como vulnerabilidad, poder, control, individualización; niños, adolescentes y adultos sobre-exigidos por las múltiples demandas del mercado, que originan individuos poco capaces de enfrentar las adversidades de la vida cotidiana y padres que buscan “*soluciones mágicas y rápidas*”, limitando a los profesionales, los cuales muchas veces realizan diagnósticos alienantes, que funcionan como etiquetas, por ejemplo, “diagnósticos de ADD”.

Sumado a lo anterior, Bauman (2007) menciona que el consumismo en la actualidad produce “daños colaterales” (p.163). Este afecta la vida del sujeto en su totalidad, en su trabajo, en sus relaciones, en sus emociones, hasta en su tiempo de ocio. El autor siguiendo los planteos de Arlie Russell Hochschild manifiesta que a través de esta cultura consumista se materializa el amor. Refiriéndose a esto señala:

El consumismo actúa para mantener la contrapartida emocional del trabajo y de la familia. Expuesto a un continuo bombardeo publicitario a través del promedio diario de tres horas de televisión (la mitad de su

tiempo libre), los trabajadores son persuadidos de “necesitar” más cosas. Para comprar lo que ahora necesitan, necesitan dinero. Para ganar dinero, trabajan más horas. Al estar fuera de sus casas tantas horas, compensan su ausencia en el hogar con regalos que cuestan dinero. Materializan el amor. Y así se repite el ciclo. (Bauman, 2007, p.163)

Además, un rasgo sustancial de nuestra época es el cambio en la concepción del tiempo. Durante la modernidad, predominó el concepto de tiempo teleológico, es decir, un tiempo lineal y continuo que se dirigía hacia un fin y/o propósito específico, predeterminado y patentado por las grandes ideologías modernas. No obstante, entre mediados del siglo XX y la década de 1980, la sociedad occidental sufrió una transformación de la que Jean-François Lyotard (2008) comenzaba a escribir por entonces, llamada “posmodernidad”, que tenía que ver con la pérdida de credibilidad en las grandes ideologías o “metarrelatos” (p.29).

Dicho proceso, desemboca en nuestra época, en la que ha cambiado la percepción del tiempo. Con respecto a esto, Bauman (2007) tomando los aportes de Nicole Aubert sostiene que en la sociedad hipermoderna se vive en un “tiempo puntuado” (p. 52). En éste las personas no perciben el tiempo como lineal, no lo conciben como un proceso histórico, sino que lo viven en “puntos”, es decir, en momentos, instantes, ocasiones. En relación a lo antedicho Bauman (2007) sostiene que “la vida ya sea individual o social, no es más que un encadenamiento de presentes, una colección de instantes vividos con variada intensidad” (p. 53). En la *modernidad líquida* nada es seguro, se ha perdido la historia, lo estable y el tiempo cronometrado, el terreno se ha vuelto movedizo e incierto. Los nuevos mandatos culturales no hacen distinción entre adulto, adolescente y niño. Padres preocupados con las exigencias del mercado laboral, adolescentes confundidos y niños sobreocupados en actividades en las que muchas veces no tienen interés (Muniz, 2013).

Las características mencionadas afectan directamente en la vida del sujeto, puesto que el consumismo fugaz e instantáneo, es parte de la nueva cultura

líquida, donde se sostienen los objetivos de la vida misma y se construyen nuevas subjetividades, generando nuevas modalidades de sufrimiento psíquico (Bauman, 2007).

2.2 Familias líquidas

En la actualidad se constata un incremento en la exigencia de la eficacia y el rendimiento. Sumado a esto, “ser y tener” (Muniz, 2013, p. 137) construyen una ilusión de felicidad. La premisa válida en la vida cotidiana actual es: cuanto más se tiene más feliz se es. Frente a esto, cabe interrogarse ¿Cómo viven niños y adultos hoy? A lo cual Muniz (2013), da una serie de respuestas y fundamenta la forma de vivir de los niños y adultos de la actualidad. Según la autora, los adultos viven en constante alarma, temen ser excluidos de grupos que los reconocen por alguna peculiaridad, no quieren y no pueden detenerse. El compromiso afectivo les demanda tiempo, que ellos no poseen, dado que la “sobrevivencia” y el mantener cierto status económico requiere horas de trabajo, que suplantán por tiempos familiares, lo que genera una intensificación de los vínculos superficiales. Con respecto a ello Bauman (2007), sostiene que los hombres y mujeres de hoy al estar tan enfatizados en trabajar más para poder comprar cosas que creen que necesitan para su felicidad, han perdido la capacidad de lidiar con los conflictos hogareños, grandes o pequeños, que requieren negociaciones, empatía mutua, conversaciones prolongadas, las cuales se han vuelto tortuosas y dolorosas e imposibles de soportar para seres impacientes. Con respecto a lo antedicho, Muniz (2013), sostiene que esto produce un “desapegamiento hacia los otros en oposición a un excesivo apego hacia las cosas” (p. 137). Y esto da lugar al desdibujamiento de los roles parentales.

El niño, por supuesto no escapa de las exigencias de la cultura actual; padres se ven enfocados en “producir hijos exitosos”, niños que logren enfrentar las demandas de la época. De esta forma han sido engendrados los “niños-mochila” (Muniz, 2013, p.139), los cuales pasan su diario vivir en diferentes actividades, diferentes ámbitos, olores y normas. Además, cada vez es más frecuente visualizar una infancia solitaria, ya sea porque los adultos se toman mayor cantidad de tiempos individuales, tiempos de estar solos (con uno

mismo), lo cual reemplaza la cena en familia por una “cena individualizada en bandeja y frente al televisor” (p.139), o por la ausencia de alguno de los padres, lo cual lleva a que diferentes adultos circulen por el hogar tratando de llenar el lugar vacío en estos pequeños solitarios. Todo ello implica que los infantes deben adaptarse a diferentes personas, diferentes ámbitos, aceptar y adecuarse a las diferentes pautas de convivencia y crianza, que les exigen una adaptación maleable, flexible, dependiendo del lugar en el que estén y de con quién se encuentren (Muniz, 2013).

En la misma línea Bafico (2015), sostiene que el entorno social del sujeto:

(...) ha dejado de ser un lugar de identidad, pertenencia, refugio y estabilidad, para convertirse en un enjambre de exigencias “locas” e “insaciables”. El resultado de estas operaciones es la angustia. Nos enfrentamos a una época donde hay un permanente y constante empuje a la satisfacción, cuyo objetivo puede variar, pero no así su fin que es el de satisfacerse. (Bafico, 2015, p.99)

Continuando con los aportes del autor, se destaca que en la modernidad los agentes de socialización primaria de los niños eran los padres, pero hoy en día los medios de comunicación masiva, son los encargados de socializarlos. Esto lleva a que los más pequeños abandonen la “esfera doméstica” (p. 99). La familia se corre del lugar de institución, para transformarse en un lugar donde solamente se encuentran vidas privadas (Bafico, 2015).

La hiperactividad se encuentra sumamente ligada a nuestra vida cotidiana, por ello no es posible abordarla sin tener en cuenta la forma en la que hoy el tiempo es vivido y concebido. Un tiempo fugaz, un tiempo de múltiples exigencias, un tiempo “líquido” y de inmediatez. Se pide al sujeto que cada vez vaya más rápido, y el ocio y la espera que ya no son admitidos generan vacíos que provocan angustia. Para poder llenar esos vacíos, adultos pasan largas horas de trabajo, adolescentes y niños en múltiples actividades, y se transforman en niños y adolescentes multifunción; entonces ¿qué momento

tiene el niño para estar en familia? ¿Qué tiempo tiene para reflexionar, asumir o comprender algo que le está pasando? Las demandas de la época han provocado que el infante esté constantemente estimulado, que ande a mil por hora y esto lo desorganiza, y le genera confusión entre lo que él desea y lo que el sistema le exige. Janin (2011) sostiene que la infancia ha dejado de ser un tiempo de juegos y de cuentos, para ser una preparación para el futuro donde el “éxito” es el único fin.

Estas demandas impactan en la vida del infante y como consecuencia en la atención y el aprendizaje de los mismos, ya que para aprender es necesario que exista un tiempo y un camino que debe ser recorrido. Ante esto se podrá pensar: ¿cómo es posible que un niño atienda frente a tantos estímulos externos? ¿Cómo estudian los niños del tiempo “líquido”? Adultos y niños han cambiado y su forma de relacionarse no es igual a la de un par de décadas atrás. Araújo (2013), sostiene que “el pasaje del tiempo es vivido de forma distinta a la antigüedad, en la edad media, en la modernidad, en las sociedades posmodernas e hipermodernas” (p. 34), pues la autora plantea que los procesos culturales varían según cómo se viven en la Historia los diferentes ritmos del espacio y el tiempo.

2.3 Escuelas sólidas

El modelo de escuela moderna tal como hoy lo conocemos, nace a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX en Prusia, en un intento de la monarquía de que la ola revolucionaria francesa no afectase el territorio prusiano. En sus comienzos su principal objetivo era formar soldados, buscando un pueblo dócil, obediente y disciplinado. Luego ese modelo de institución se exportó a toda Europa y Norteamérica. En el mundo de entonces predominaba el capitalismo industrial y el positivismo, lo que produjo una escuela enfocada en obtener los mayores resultados, cuantificables con el menor esfuerzo posible. Vasen (2011), sostiene que la subjetividad moderna buscaba formar personas que respetaran la ley y el deber productivo y esta labor se encontraba a cargo de la escuela, la cual buscaba un comportamiento homogéneo, bajo un rígido control disciplinario.

En la actualidad la escuela continúa con las mismas exigencias de hace siglos: niños dóciles, con comportamientos uniformes, infantes que están largas horas sentados casi inmóviles, atentos a una maestra que pretende un comportamiento totalmente pasivo. Dichas instituciones tratan que niños nacidos en el siglo XXI se adapten a modalidades estrictas, creadas en el siglo XVIII.

Consecuentemente, surgen casos de niños impacientes, que se mueven todo el tiempo, que no atienden y no se ajustan a la clase y con ello también las dificultades de aprendizaje. Asimismo, la necesidad de adaptarse, para lo cual requieren una medicación con el fin de ajustarse a los mandatos requeridos por las maestras, quienes perpetúan las exigencias del sistema, que demanda que todo infante debe aprender de la misma forma y en los mismos tiempos. La institución educativa no acepta la diversidad, lo cual causa exclusión y vulnerabilidad sobre niños, que no aprenden, que molestan o que tienen tiempos diferentes a los demás.

Cuando un pequeño presenta dificultades de aprendizaje o no se ajusta a lo considerado “normal”, la institución educativa inmediatamente lo asocia a un problema neurológico y en muchos casos ya tiene nombre predeterminando: TDA-H. Es decir, frente a la dificultad de aprendizaje, el niño es el único portador del problema, no se tiene en cuenta la historia de éste, los padres, hermanos, instituciones por las cuales se encuentra atravesado, entre otros. Con respecto a ello, Alicia Fernández (1987), refiere que “el niño soporta la dificultad, pero necesaria y dialécticamente los otros aportan el sentido” (p.34). Por ello se debe pensar al niño desde un contexto social, histórico y cultural, dado que la dificultad de aprendizaje no necesariamente debe estar ligada a un trastorno neurológico, sino que puede ser causa de múltiples factores, muchos de ellos ajenos al niño.

En el proceso de aprendizaje existen diferentes participantes: el niño, la familia, los maestros, todos éstos, actores de lo que Giorgi (2003) menciona como “producción de subjetividades”:

(..) las diferentes formas de construcción de significados de interacción con el universo simbólico-cultural que nos rodea, las

diversas maneras de percibir, sentir, pensar, conocer y actuar, las modalidades vinculares, los modelos de vida, las formas de concebir la articulación entre el individuo (yo) y el colectivo (nosotros). (p.4)

Por ello, al niño no se lo debe considerar como el único portador de la problemática, pues los diferentes malestares de éste son una cuestión compleja e involucran múltiples factores. Para comprender mejor esta problemática, es necesario concebirla de manera hologramática, y no holística, en donde las partes, es decir las singularidades, son aplastadas por el todo. El principio hologramático de Morin (2011), plantea la necesidad de concebir y entender los sistemas, organizaciones y estructuras, no de forma reduccionista, en la que las partes anulen el todo y tampoco como un holismo en el que el todo anule a las partes, sino comprender que las partes están en el todo, y el todo está en las partes, y la relación de interdependencia de éstos clarifica la comprensión de la realidad. En cuanto al problema del TDA-H en la infancia, la ausencia de pensarlo en base al principio hologramático, ha llevado a interpretar esta realidad desde una perspectiva holística, conformada por las instituciones educativas, médicas y la familia, anulando las partes, es decir la singularidad del niño, su palabra, sus emociones, su malestar, los problemas intrafamiliares y el carácter multicausal propio de este nuevo síndrome.

Continuando con los aportes de Giorgi (2003), existen actores sociales específicos, por ejemplo, las Instituciones Educativas, que inciden directamente en la modelación de subjetividad, de la cual el aprendizaje es parte. Por ello, la escuela tiene responsabilidad en el aprendizaje de los niños. A modo de ejemplo, algunas propuestas educativas no son del todo motivadoras para los mismos, por lo cual no resultan atractivas. Janin (2004), tomando los planteos de Lawrence Diller sostiene que algunos niños no atienden a los contenidos planteados por los docentes en clase porque estos no les son motivadores, no logran atraparlos, por lo tanto, no se apoderan de ese conocimiento. Siguiendo en la misma línea, para Alicia Fernández (1987) “el espacio educativo debe ser un espacio de confianza, de libertad, y juego” (p.67).

Alicia Fernández (1987), plantea que cuando un niño no aprende, posee una “inteligencia atrapada” (p.30), ha perdido el placer y la curiosidad de

aprender, pues se le ha privado de pensar, conocer y crecer. La autora sostiene que la liberación de la inteligencia atrapada solo se logra por medio del encuentro con el placer de adquirir el conocimiento, es decir, el placer de aprender.

A raíz de lo anterior, se considera necesario tomar los aportes de Untoiglich (2004) quien siguiendo los planteos de A. Cordie sostiene que en la actualidad el fracaso escolar se ha convertido en sinónimo de *fracaso en la vida*. Entonces cuando un niño no aprende, es desatento o se mueve demasiado, la misma escuela que pretende homogeneidad entre sus alumnos, pide a los padres que consulten con un neurólogo, dado que sospechan de TDA-H, sin tener presente que la atención es una función psíquica superior, la cual se va construyendo a lo largo del proceso educativo, y como función inteligente es compleja, ya que esta implica aspectos afectivos, neurológicos y cognitivos. Frizzera y Heuser (2004) sostienen que “para la institución escolar actual, cualquier problemática que surja, por más benigna que sea, anda buscando su médico (p.153).

Con el fin de que los escolares se adapten mejor al aula, se excluyen las particularidades que todos los adultos tienen, se excluye lo diferente, y se deja por fuera la diversidad (Muniz, 2013). Se pretende homogeneizar la conducta del infante dentro de la escuela, mediante el uso de fármacos, cuando fuera de ella el mismo vive en una sociedad heterogénea, lo que resulta contradictorio y conflictivo para el niño.

Tomando los aportes de Watzlawick, Beavin y Jakson (1985), toda conducta conlleva en sí misma un mensaje que es tan básico que suele ser pasado por alto. Toda conducta es comunicación, y esta comunicación puede ser analógica o digital. La comunicación analógica refiere a todo lo que sea comunicación no verbal. Si se piensa esta teoría desde la perspectiva de la relación niño/institución, se puede deducir que a través de la conducta el niño está comunicando un mensaje. La distracción, la inquietud, y la dificultad para sostener la atención muchas veces son conductas que están expresando sufrimiento, que el niño vivenció o se encuentra vivenciando. El síntoma (conducta) es la manifestación inconsciente de la problemática, entonces si se le da una medicación para que este niño atienda en clase y su conducta

“mejore”, quedará reducido, perdiendo la posibilidad de ser escuchado y de encontrar la verdadera causa del síntoma.

Sostiene Janin (2013) que hay niños que “sufren” y su forma de expresarlo es por medio del movimiento, los cuales muchas veces son desordenados. Estos niños dan la impresión de estar “pasados de revolución” (p.60), no paran un instante. Lo que no pueden hacer de otra forma lo expresan a través de una descarga motriz.

La escuela es de suma importancia en la vida del pequeño, y en la construcción subjetiva del mismo, por lo cual se considera pertinente tomar a Untoiglich (2004) quien sostiene que:

La escuela podría funcionar como un “detector” temprano de dificultades —en ocasiones ocurre—, pero esto no significa que la escuela deba diagnosticar, sino en todo caso alertar a sus padres de que algo no está andando como se espera. Algunas escuelas pueden acompañar, esperar y sostener a un niño que está atravesando diferentes situaciones vitales que a veces sólo necesita un tiempo de reacomodamiento (...). (p.137)

Antes de diagnosticar o etiquetar un niño como desatento, hiperactivo, y/o impulsivo, se debe tener presente todos los factores que fueron mencionados anteriormente con respecto a la educación. Además, se considera pertinente tener en cuenta el tiempo socio-cultural actual y sus características, ya que ello influye de forma significativa en la conducta del niño.

2.4 Cuando se ve la medicación como única solución

Frizzera y Heuser (2004), denuncian que cuando se realiza un diagnóstico de ADD y se emplea una medicación, ésta se encuentra dirigida al síntoma, pues la causa no se ha especificado. Janin (2013), sostiene que cuando se realiza un diagnóstico muchas veces se basa en lo observable, sin tener presente el sufrimiento del niño, y en la búsqueda de una modificación

conductual se suministra la medicación como única solución, silenciando así el síntoma. Entonces, ¿Qué se acalla realmente cuando se lo medica?

Tomando los planteos de Janin (s/f), en el artículo "*Los niños desatentos y/o hiperactivos: algunas reflexiones*", se concluye que existen diferentes motivos que pueden causar la desatención de los niños en la escuela. Hay niños que son diagnosticados con ADD, que buscan el cariño de la maestra, puesto que su investidura está dirigida a capturar la atención de la misma y por ello no logran atender las tareas que son propuestas en clase. También hay niños que son víctimas de violencia, abuso sexual. Niños que se contentan con sentirse mirados o ser el centro de atención, lo que se denomina polo exhibicionista, dado que la investidura libidinal de éstos se encuentra en esa actividad. Otros se encuentran o han pasado por un proceso de duelo y esto requiere una disponibilidad de investidura total o casi total, por lo cual todo aquello que no esté relacionado con el objeto que se ha perdido, suele estar fuera de la atención del niño. Los niños que crecieron en un ambiente de abandono, migraciones, o que han sufrido privaciones importantes, es común que estén desatentos en clase, dado que algunos suelen estar en un estado de anestesia, de sopor, otros de alerta permanente y en otras ocasiones, parecen estar como esperando un golpe, o, por lo contrario, se les nota casi dormidos y que reaccionan demasiado tarde y a destiempo a los estímulos.

En la misma línea, Muniz (2013), tomando los planteos de Untoiglich, manifiesta que a los niños que son diagnosticados con TDA-H les resulta difícil poner en palabras lo que realmente sienten y debido a ello se expresan por medio de una descarga motora. Untoiglich (2011) siguiendo los aportes de Borges sostiene que, en un niño, la motricidad reemplaza a aquellas palabras que no tuvieron lugar. Lo que no se ha expresado por medio del lenguaje, se expresa por la acción.

Sumado a esto, están los secretos familiares, las situaciones traumáticas o mentiras que fueron silenciadas a lo largo de varias generaciones. Estas historias parentales a veces esconden abusos o violencia, que no lograron ser tramitadas y tienen efectos inconscientes sobre el psiquismo del niño, lo cual lo

obtura y le genera dificultad para abrir su psiquismo a situaciones nuevas, siendo esto necesario para aprender y atender (Untoiglich, 2011).

Miguez et al. (2006), revela que la institución educativa, en búsqueda de homogeneidad amenazan a algunas familias (en los casos que consideran necesarios) a medicar a sus hijos: “si no le doy ritalina, no me lo dejan entrar en la escuela” (p. 53). Y en otros casos son los propios padres que solicitan al médico una medicación que responda *rápida y eficazmente* a la conducta desviada. Consecuentemente, padres que no están totalmente de acuerdo con lo que en la escuela se les indica, buscan a un médico y acceden a un tratamiento para sus hijos, el cual es en base a la medicación y a drogas psicoactivas en pos de un “adiestramiento conductual”.

No se debe omitir que existen casos en los cuales el diagnóstico y la medicación deben ser pertinentes para trabajar y llevar adelante un tratamiento oportuno, cuando el niño así lo necesite, sin embargo es necesario entender, que el suministro de drogas psicoactivas, lleva a que el síntoma del TDA-H sea silenciado y el niño pierda la única oportunidad de ser escuchado, como lo sostiene Dueñas (2013): “El saber está en él, su historia, las experiencias, las palabras que comprometieron su aprendizaje están en él. Aunque se trate de un saber inconsciente, del que el síntoma es sólo una expresión” (p. 13).

A partir de aquí surge un problema de gran importancia, debido a que “se confunde una dificultad con una enfermedad de por vida, se biologiza el problema y se supone que se tiene todas las respuestas” (Janin, 2013, p. 59). No se trata ya de un niño que posee ciertas manifestaciones, las cuales requieren ser descubiertas para saber qué es lo que nos está diciendo a través de las mismas, sino que ahora se trata de que sus conductas totalizan su identidad y se transforman en la principal causa de todo lo que le sucede, lo que lo deja en un callejón sin salida. Es decir, una categoría descriptiva toma carácter de explicativa (Janin, 2013).

Continuando con los aportes de Janin (2013), el niño queda estigmatizado para siempre; ya no es el “niño inquieto” o “el que no aprende”, sino que la categorización del diagnóstico suplanta hasta su propio nombre y anula la posibilidad de cambio, pues ahora “es ADD, por eso no atiende en clase se

mueve mucho y desordenadamente. Es inquieto e impulsivo” (p.59). Ya no existen interrogantes. Se dejan por fuera los determinantes intra e intersubjetivos, sin tener en cuenta que los síntomas se dan en un sujeto que tiene conflictos internos y que se encuentra en un determinado contexto. Lo mencionado, puede influir en la identidad del niño, dado que se espera de él dichos comportamientos, por lo cual se lo trata y se le da un lugar distinto a los demás. De esta forma cuando el niño menciona que es “ADD”, el mismo puede sentirse en un lugar de privilegio, un lugar especial, tal lugar, es mejor que no tener ninguno.

Por otra parte, se considera de suma importancia tomar a Elías (2003) quien ha llevado adelante la investigación llamada “*Establecidos y Forasteros*”, en la cual expone problemas comunitarios. En la misma se destaca que cuando un grupo social es estigmatizado por un grupo social que se considera “superior”, esto afecta la identidad del grupo estigmatizado y considerado inferior, dado que los sujetos que lo conforman internalizan dicho estigma, lo que puede llegar a producir un sentimiento de inferioridad en estos y como consecuencia, que se sientan excluidos y marginalizados comportándose como tal. Llevando esto al plano de niños que son diagnosticados con TDA-H, se podría hacer una analogía donde el “grupo superior” son los padres y la institución educativa, y el “grupo estigmatizado”, son los infantes. La etiqueta impuesta sobre este grupo de niños, puede llegar a generar una apropiación de ésta por parte de los mismo, los cuales tenderán a actuar y comportarse como niños inquietos y desatentos, de la misma manera que en el ejemplo de la investigación, el grupo estigmatizado se comportaba como excluido y marginalizado.

En la actualidad, se espera y se exige normalidad, y a todo sujeto que se demuestre como diferente, se lo deja vulnerable, se lo excluye, puesto que no se tolera la diversidad en cuanto a las conductas.

3. Niños medicados, futuro en peligro

3.1 El problema de la medicación a temprana edad

Untoiglich et al. (2013), siguiendo los aportes de Míguez sostiene que en Uruguay aproximadamente el 30% de los niños están siendo medicados con

psicofármacos. Las autoras señalan que el Ministerio de Salud Pública no tiene información cuantificada del consumo de psicofármacos, si bien es el encargado de proporcionar la medicación por medio de planes de salud. Además, se revela que el consumo de medicación en niños de contexto crítico se encuentra entre el 15% y el 20%, y en la escuela especial en el 80%. También, sostienen que en estas escuelas los alumnos comienzan a ser medicados cada vez desde más temprana edad, con dosis más fuertes. Luego se comienza con la reducción horaria, y finalmente se le realiza un pase y el pequeño acaba en una institución especial, por problemas de conducta, sin tenerlos. Por otra parte, en las instituciones educativas privadas, lo que ocurre es distinto, ya que hay algunos alumnos que no responden a las sobre-exigencias académicas, por lo que la medicación es utilizada para que estos niños continúen productivos y de esa forma reproducir la lógica del mercado.

En Argentina, el aumento del uso del metilfenidato también llama la atención, dado que en el período de entre 1994 y 2005 el aumento fue de 900%. Y la importación tuvo un incremento de 47,91 kg en 2007 a 81.75 kg en 2008. En Chile la importación subió de 24.2 kilos en 2000 a 297,4 kilos en 2011. En Brasil la venta de metilfenidato, fármaco conocido como “la droga de la obediencia” (p.32), aumentó de forma exacerbada, dado que de 71.000 cajas en 2000 pasó a 2 millones de cajas en 2011 (Untoiglich et al., 2013).

Estas estadísticas se consideran sumamente preocupantes y más aún cuando la droga administrada tiene efectos de riesgo sobre la salud de los niños. Vasen (2011), sostiene que cuando se consume un medicamento de este tipo, es pertinente tomar los planteos de León Benasayag, quien manifiesta que “nadie aceptaría en la actualidad como tratamiento médico la utilización de una anfetamina. Sin embargo, el metilfenidato, que actúa como una anfetamina y produce sus mismos efectos y riesgo de dependencia, es aceptado por numerosos colegas, padres y maestros” (p.80). Actualmente existen diversos estimulantes. Además del metilfenidato se encuentra la dextro-anfetamina, la D-enantiómeros, atomoxetina, y muchos de éstos tienen una preparación más prolongada para poder facilitar su dosificación. También están los antidepresivos, bupropión y la venflaxina, entre otros. Estos tienen efectos adversos frecuentes como: náuseas, insomnio, cefaleas, además de tics que

pueden ser realmente importantes. Otro de los efectos que puede causar el metilfenidato es la detención del crecimiento, aunque esto puede recuperarse cuando se suspende la medicación por un tiempo.

Continuando en la misma línea Janin (2013), tomando los aportes del Dr. Nissen, alerta sobre los efectos cardíacos que pueden llegar a producir las drogas utilizadas para tratar el ADHD: aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la presión arterial. Además, describe que existieron casos donde niños y adultos que tomaban dichos estimulantes, sufrieron infartos de miocardio, y accidentes cerebrovasculares.

Cuando se suministra metilfenidato en un niño, no quedan dudas que su conducta cambia, dado que se tranquiliza y su atención mejora. Según Amado (2014), el niño se vuelve un “robot sin emociones”, tomando los aportes de Affonso Moysés, el autor menciona que “corremos riesgo de hacer un genocidio del futuro” (párr.3), se están impidiendo futuros diversos. Como toda droga química, la administración de este medicamento puede causar dependencia, alucinaciones y existe un alto riesgo de que quienes la consumen puedan cometer suicidio.

Por lo tanto, la niñez se va construyendo y a su vez “resquebrajando” (Miguez, 2009, p.5). La autora manifiesta que “las instituciones del mundo adulto diagnostican un presente difícil y auguran un futuro oscuro, sin posibilidades de incluirse en un ‘nosotros normalizado’ ” (p.5).

Por último, cabe destacar, los aportes de Vasen (2011) quien menciona que cuando se realiza un diagnóstico de ADHD, en el caso de los niños la medicación debe ser tomada por años, y en el caso de los adultos, de por vida. Tal como se interroga el mismo autor: ¿hace falta correr tantos riesgos? (p. 81).

4. Desde una perspectiva de derecho

4.1 Infancia Invisible durante décadas y su evolución hacia ser reconocida como sujetos de Derecho

La niñez es la etapa evolutiva donde el ser humano se encuentra en su mayor vulnerabilidad biológica, psicológica y social, y es dependiente de adultos, quienes deben velar por sus necesidades y brindar el acceso a ellas. El concepto de niñez es una construcción socio-histórica que ha cambiado a través del tiempo, y ha tomado diferentes significados para la cultura y la sociedad.

Giorgi (2012a), sostiene que, desde los principios de la humanidad, ésta se ha relacionado con el infante en base a una estructura conformada por tres partes: “la indefensión propia del infante, la necesidad de disciplinamiento, y la asimetría de poder” (p. 204). Indefensión propia del infante, en tanto que el niño, como ser recién llegado al mundo necesita del adulto para sobrevivir y depende de éste en un sentido biológico. El adulto es consciente de esta dependencia que el niño tiene de él y hace uso de ella para formarlo acorde a la cultura, valores y leyes implícitas, que predominan en su sociedad mediante el disciplinamiento. Esto crea una relación asimétrica de poder, es decir, el poder se distribuye de sobremanera hacia el adulto, colocándolo en una posición de superioridad y dejando al niño en una posición de inferioridad y de objeto.

La niñez como hoy la entendemos surge en el siglo XIX junto al nacimiento de los aparatos sociales e institucionales de la modernidad, altamente influenciada por el positivismo de la época, que conforma un paradigma en el cual predomina el niño “abandonado”, y de “potencial peligrosidad” (Giorgi, 2012a, p. 205).

Tomando los aportes de Barrán (2011), en Uruguay antes y durante el siglo XIX, el niño era considerado como un adulto pequeño, objeto de numerosos castigos corporales, que se utilizaban como forma de corrección. Toda la ciudadanía de la época era partícipe de esta cultura denominada bárbara.

Con el advenimiento de la época civilizada y los valores modernos las antiguas prácticas culturales son abandonadas. Los niños pasan a usufructuar derechos y contraer deberes acordes a su edad. Es pertinente mencionar que la escuela será meramente para los niños. Además, se separarán adultos y niños, estos ya no compartirán los dormitorios, y los ámbitos de la enseñanza, los espectáculos y recreaciones (Barrán, 2011).

Si bien la época civilizada logra romper con la indiferenciación que existía entre niños y adultos, tiene como efecto adverso excluir, aislar, hacer invisible al niño, no se lo integra debido a dos aspectos: temor a la sexualidad (tema tabú de la época) y sentido de inferioridad causado por la reverencia que había logrado la vida adulta. A la escuela primaria deberían concurrir aquellos niños que fueran mayores de 6 años y menores a 14, ya que los adolescentes eran considerados peligrosos. (Barrán, 2011).

Aunque eran amados, los niños debían ser vigilados y culpabilizados, pues aún eran considerados bárbaros. La escuela los quería sumisos, inferiores, trataba de reprimir sus sentimientos, y la Iglesia tomando las palabras del excelentísimo Monseñor Mariano Soler sostenía que era necesario controlar los malos instintos. Además, se les prohíba el juego y el ocio, pues estos eran considerados como una desatención de la lectura del catecismo, así como una estimulación a la imaginación, que podía llevar a un interés temprano por la sexualidad y/o a conductas que eran consideradas viciosas. Se buscaban niños dóciles, obedientes y respetuosos (Barrán, 2011)

En esta misma época Foucault (2005) sostiene que nació la psiquiatría moderna como la “contracara” (p. 110) de la familia, es decir, si un individuo escapaba de la “soberanía familiar” (p.110), el primer recurso al que se acudía para la necesaria corrección era al poder psiquiátrico. Los primeros en sufrir esta psiquiatrización fueron los niños, dado que en la escuela podían ser observados y clasificados.

El Estado Moderno Uruguayo del siglo XX expresó su preocupación por la problemática de la infancia, desarrollando y fortaleciendo dos instituciones elementales en donde el niño fue posicionado: la escuela y la familia. Cuando estas no lograban cumplir con sus roles surgían las llamadas “situaciones

irregulares” (p.205), en las cuales el Estado se veía en la obligación de intervenir. (Giorgi, 2012a).

Giorgi (2003), sostiene que durante el siglo XX cohabitaron en la sociedad y en la cultura dos visiones antagónicas de lo que representaba la infancia. Una categorizaba al “niño”, como “sujeto en desarrollo, con potencial de futuro, con derecho a la protección y al disfrute de su infancia, que debe ser preservado, de los problemas propios del mundo adulto, al que se apuesta como futuro ciudadano” (p. 2). Por otro lado, se visualiza al “menor” “representante y portavoz de una problemática social, potencial transgresor de normas y códigos, amenaza latente hacia una sociedad que debe protegerse” (p.2). Con respecto a lo mencionado el autor agrega:

Durante todo el siglo XX las políticas públicas han estado marcadas por la tensión entre tendencias integradoras que enfatizaron el derecho del menor a ser niño y las tendencias represivo-punitivas con énfasis en el control y la preservación de la armonía social. (p. 2)

Si bien en las últimas décadas ha prevalecido el discurso integrador y los Estados que en 1989 se adhirieron a la Convención sobre Derechos del Niño (CDN) han creado un marco jurídico e institucional acorde a los estatutos de la misma, se puede observar que el compromiso asumido en la Convención ha quedado reducido a lo discursivo, sin poder aún arraigarse en lo práctico. Pues el discurso integrador propio de la CDN no ha podido penetrar en el sentido común de la sociedad, en la vida cotidiana, es decir, en el colectivo imaginario. Esto se debe en gran parte a que quienes se suscribieron a la CDN fueron los Estados, los cuales una vez integrados los marcos jurídicos, delegan en las instituciones la función del cumplimiento para la cual muchas veces éstas no están capacitadas, formadas o no cuentan con los recursos necesarios (Giorgi, 2012c).

Entonces: ¿A qué se quiere referir cuando se habla de Convención sobre Derechos del niño? ¿Qué expresa la CDN con respecto a los niños que son acallados, silenciados sin tener en cuenta su sufrimiento?

4.2 Convención sobre Derechos del Niño y la Psicología Comunitaria

Los derechos humanos no surgen de la noche a la mañana, sino que son una síntesis de un proceso dialéctico y de luchas contra conservadurismos y tradiciones arcaicas a través del tiempo. La conquista de un derecho humano significa que una necesidad universal pase a ser reconocida como derecho y se establezca como obligación para los Estados, lo que le permite a la sociedad civil reclamar su cumplimiento.

El 20 de noviembre de 1959 se aprueba la Declaración de los Derechos del Niño, y luego, en 1989 La Convención Sobre Derechos del Niño es declarada oficialmente como tratado internacional donde se encuentran explicitados los Derechos Humanos que son específicos para niños y adolescentes de 0 a 18 años de edad; y se los reconoce como sujeto de derecho y con capacidad de usufructuar dignidad, respeto y libertad, y se sitúa a los Estados como garantes de su desarrollo físico, mental y social, pues la CDN establece derechos y deberes recíprocos entre las relaciones niñez, Estado y familia, y a partir de esto reordena la estructura social y la función a cumplir de cada una de las partes.

Giorgi (2012b) conjuntamente con Baratta, Pilotti, y Bustelo, sostiene que dicha convención:

(...) constituye la síntesis más acabada de un nuevo paradigma para interpretar y enfrentar la realidad de la infancia. Su carácter vinculante unido al hecho de que combina en un solo cuerpo legal, derechos civiles y políticos con derechos económicos, sociales y culturales, considerándolos como componentes indivisibles para construir un nuevo lugar de los niños en la sociedad, la convierten en una herramienta fundamental para la transformación de las relaciones adulto céntricas que hegemonizan nuestra cultura. (p. 60)

Cabe destacar que dicha Convención establece que el niño ya no es incapaz de tomar decisiones por sí solo, se prioriza que los mismos no son propiedad de sus padres, sino que son sujetos que tienen sus propios derechos, es decir, son seres humanos activos socialmente. Con respecto a ello Polummo (2007) manifiesta que a partir del nacimiento de la CIDN surge un nuevo marco jurídico para la protección del niño en cuanto a reconocimiento de su personalidad y de la libertad, entendida esta última, como ausencia de interferencia y de dependencia; protección en tanto sujeto de derecho para la autorrealización y la totalidad de condiciones para ejercer sus derechos en completa protección.

Además, se sostiene que el niño tiene pleno derecho a manifestar sus opiniones ya sea oralmente, por escrito o por el medio que elija. Derecho a ser oído, derechos a libertad de pensamiento, a la participación, además, de poder opinar sobre asuntos que lo afectan y de tener acceso a la información propicia para su bienestar (CDN, Arts. 12, 13, 14,15 y 17).

En cuanto a lo mencionado Giorgi (2012a) afirma:

A partir de la Convención de los Derechos del Niño - que reconoce el derecho de opinión (art.12), la libertad de expresión (art.13), la libertad de pensamiento, conciencia y religión (art.15) y el derecho al acceso a una información adecuada (art.17) - se instituye un nuevo paradigma en el que el niño es reconocido como sujeto de derecho adquiriendo así ciudadanía. (p. 223)

Si bien, según lo establecido en la Convención el niño tiene derecho a que su palabra sea escuchada y a que se lo tenga en cuenta, esto no sucede cuando se trata del TDA-H, puesto que con éste se acalla al niño, se lo silencia, se lo deja en un lugar pasivo, y se le suministra la *pastilla mágica: Ritalina*. Entonces: ¿la medicalización es una nueva forma de ejercer violencia?

Cuando no se escucha, se aísla o se acalla a un niño por medio de una medicación, se lo deja vulnerable, sin recursos para defenderse o expresar lo que siente. Affonso Moysés y Collares (2013), sostienen que la medicalización

tiene gran incidencia en la deconstrucción de los derechos, dado que ejerce violencia contra el sujeto, tratando de encubrir problemas y silenciar conflictos en búsqueda de una sociedad homogénea, la cual se encuentra edificada sobre un discurso de igualdad, pero su fundamento se encuentra en la desigualdad.

En la época de la barbarie (anteriormente mencionada) los niños eran sometidos a rigurosos castigos de forma explícita, muchas veces en público, se dejaba marcas en sus cuerpos, se buscaba un buen comportamiento y una disciplina rígida. En la sociedad actual el castigo, la violencia y los nuevos modos de vigilar y castigar, esto es, el control social, se ejerce de manera implícita, y una de sus formas es por medio de la medicalización. Al contrario de la época de la barbarie la violencia hoy ha tomado carácter de invisibilidad y se encuentra oculta a través de *máscaras naturalizadas*, ejercida por lo que Bourdieu (1973), denomina *poder simbólico* al:

(...) poder de constituir lo dado por la enunciación, de hacer ver y de hacer creer, de confirmar o de transformar la visión del mundo (...) en la estructura misma del campo donde se produce y se reproduce la creencia (...) es la creencia en la legitimidad de las palabras y de quien las pronuncia. (pp. 4,5)

Este *poder simbólico* ha establecido en el colectivo imaginario la idea de que toda conducta que contraste con el statu quo de las instituciones sociales, sean estas, la familia, la escuela u otras, debe ser considerada patológica y por lo tanto tratada y ajustada mediante medicación.

Teniendo en cuenta lo mencionado es pertinente referir a la Psicología Comunitaria, y como a través de ésta la niñez puede recuperar su voz, y mediante un proceso dialéctico de construcción hacer valer sus derechos, como plantea Giorgi (2012a): capacidad de poder decir y ser escuchado; dar opiniones; generar mecanismos de autoprotección ante el maltrato, abuso sexual y explotación; contar con ambientes propicios para el fortalecimiento de la autoestima y el sentimiento de pertenencia; convivir con los adultos a través de la comunicación intergeneracional y el respeto mutuo, desarticulando así

comportamiento discriminatorios; y ser capaces de ejercer sus plenas facultades como ciudadanos.

Para ello es necesario referir que, en la década del ochenta en América Latina, comienza a expandirse el neoliberalismo como política económica y social, en la mayoría de los Estados patentado por los regímenes dictatoriales. El Estado neoliberal significó una ausencia de éste en la economía y en la sociedad, esto es, un no intervencionismo propio de la doctrina neoliberal. En este contexto cuando los sectores más vulnerables de la sociedad quedaron desamparados y a merced de la lógica del mercado, la Psicología Comunitaria uruguaya, que se venía consolidando desde los años sesenta como una subdisciplina teórico-crítica, tomó un papel preponderante en la sociedad como defensora de la dignidad humana mediante un fuerte compromiso social y militante en alianza con las corrientes del pensamiento crítico latinoamericano (Giorgi, 2012a).

Continuando con los aportes del autor, en la década del noventa la pérdida del Estado como garante de derechos y protección, llevó a una decadencia en las estructuras familiares debido al declive de la igualdad social, de la redistribución de la riqueza, y de las fuentes laborales, lo cual afectó principalmente a la infancia y adolescencia, a través de lo que se denominó “fragilización del mundo adulto”. (Giorgi, 2012a, p.207).

Por esto es necesaria la labor de la Psicología Comunitaria, como agente de cambio, en tanto que fomenta la participación de la ciudadanía para romper con la pobreza, revertir la exclusión y comenzar procesos que restituyan derechos, mediante la deconstrucción de imágenes sociales que operan a favor del sometimiento de la sociedad (Giorgi, 2012a).

El autor sostiene que en cuanto a la conquista de derechos por parte de niños y adolescentes el papel de la Psicología Comunitaria debe ser el fortalecimiento y la autonomía a través de la participación, esto es, reflexionar, concientizar y actuar dentro de los colectivos, para lo cual se requiere una concesión de espacios por parte del mundo adulto que permitan al niño y al adolescente expresar sus opiniones, emociones, puntos de vista en determinadas situaciones, aunque esto no implica un desligamiento de las

responsabilidades de los adultos en cuanto a la protección de los derechos de la niñez.

Consideraciones finales

A partir del recorrido bibliográfico utilizado en la presente monografía, se puede decir que los procesos de patologización y medicalización de la infancia se encuentran ligados a dos conceptos que han permanecido a lo largo de la historia: “normalidad y “anormalidad”. Estos han permeado la cultura en diferentes épocas, con el fin de establecer un orden social, mediante la homogeneización del comportamiento, de manera opuesta a las características de la sociedad actual, donde la inmediatez, lo fugaz, las familias con vínculos frágiles, la diversidad, y la heterogeneidad, son productoras y constructoras de niños con subjetividades distintas.

De esta forma, se producen conductas muy diferentes a las de hace un par de décadas. En el caso del TDA-H, la inatención, hiperactividad, e impulsividad. Hoy no es difícil visualizar niños inquietos, que estén de un lado a otro, o niños que se encuentren desatentos, dado que nos encontramos en una cultura de “zapping” y es difícil soportar el ocio, estrechamente ligado a la angustia existencial que caracteriza a nuestros tiempos.

Padres se ven incapaces de enfrentar este tipo de situaciones, por lo cual buscan y anhelan soluciones a corto plazo, puesto que si un niño no es productivo representa el fracaso, pues en la cultura contemporánea se ha instalado el ideal de que para ser feliz y llegar a un estatus social preeminente hay que ser productivo. Por otra parte, los maestros se encuentran desbordados al tener que enseñar en aulas llenas de alumnos con conductas diversas que no se ajustan a lo que la institución educativa pretende, puesto que no están capacitados para lidiar con dicha situación. Por lo cual, se estigmatizan y excluyen las conductas que están fuera de la normativa.

Es así que padres, bajo la demanda de la institución educativa, salen en la búsqueda de una solución rápida y eficaz, en lugar de preguntarse qué es lo que está pasando con el niño, dónde se encuentra su atención o cuál es la

verdadera causa de su conducta. Si no se tienen en cuenta estas interrogantes, se cae en una individualización del niño, poniéndolo en la posición de único culpable o responsable de sus conductas, dando lugar a diagnósticos alienantes, donde el niño queda descontextualizado y concebido como un ser ahistórico, enajenado de su propia historia, y estigmatizado por medio de un rótulo, que muchas veces toma el lugar del propio nombre, y opaca la identidad del niño que se encuentran en plena construcción de su subjetividad, es decir, en pleno crecimiento y movimiento.

Además, ni siquiera se tiene en cuenta su dolor o sufrimiento ya sea por un duelo, desamparo o alguna otra situación por la que el niño esté atravesando. Aparece la medicación como única respuesta, se obtura y se acalla al niño por medio de la utilización de un psicofármaco, se lo vulnera en cuanto a sus derechos, no se lo reconoce como sujeto de derecho, no se tiene en cuenta su opinión, lo que piensa, lo que siente, sus deseos, o sus necesidades. Todo ello queda aplanado por medio de la administración de un medicamento sin tener en cuenta el riesgo que esto conlleva para su bienestar y salud.

Cuando se intenta homogeneizar una conducta, no se piensa ni se tiene en cuenta las singularidades de los niños, sino que se da la misma solución a diferentes subjetividades, y lo que realmente sucede es que los niños quedan desatendidos por las instituciones, pues a pesar de que los Estados Partes que se adhirieron a la CDN se comprometieron a cumplir con la proclama de la misma, no se ha visto un avance significativo en materia de derechos de la niñez, mayormente porque una vez concluida la Convención, los Estados delegaron la responsabilidad asumida a sus instituciones gubernamentales, que en la mayoría de los casos no cuentan con los recursos necesarios para realizar esta tarea.

Con respecto a lo antedicho, se considera a la Psicología Comunitaria como un pilar fundamental en la promoción de cambios y transformaciones a nivel social y personal, pues ésta realiza su labor en la comunidad misma, es decir, en donde emergen las problemáticas sociales, y donde se encuentran las mayores vulnerabilidades.

Es importante entender que los niños poseen un potencial creador dentro de sí mismos, y que al formar parte de una comunidad y además ser protagonistas de la misma, puede convertirse en un posible factor de transformación social. La Psicología Comunitaria a través del fomento de la participación, permite que el niño pueda tener autonomía, reflexionar, expresarse, dar cuenta de sus deseos y de lo que quiere y necesita, y de lo que no, lo que lo lleva a concientizarse del hecho de que debe ser reconocido como sujeto de derecho y ciudadano.

A modo de cierre considero pertinente mencionar a Giorgi (2012a) quien sostiene que:

Promover cambios implica procesar conflictos, esto es, enfrentar resistencias, asumir fracasos y regresiones, manteniendo la convicción de aquello que fue siempre de un modo puede ser diferente y que, en ese proceso de cambio, los psicólogos comunitarios tienen mucho que aprender y no poco que aportar. (p. 225)

Referencias Bibliográficas:

- Affonso, M. y Collares, C. (2013). Medicalización y patologización en la Infancia nuevas máscaras de violencia. *Objetos Caídos. Revista magister en psicología mención teoría y clínica psicoanalítica*. 1-10. Recuperado de: <http://www.objetoscaidos.cl/wp-content/uploads/2013/10/Maria-Aparecida-Moyses-y-Cecilia-Lima-Collares.-Medicalizacion-y-patologizacion-en-la-infancia..pdf>
- Affonso, M. Collares, C. y Untoiglich, G. (2013). La maquinaria medicalizadora y patologizadora en la infancia. En G. Untoiglich (comp.), *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación* (pp.25-44). Buenos Aires: Noveduc libros.
- Amado, R. (2014). *Ritalina, a droga legal que ameaça o futuro*. Biblioteca Virtual da Antroposofía. Recuperado de: <http://www.antroposofy.com.br/wordpress/ritalina-a-droga-legal-que-ameaca-o-futuro/>
- Araújo, A. (2013). *Todos los tiempos el tiempo: trabajo, vida e hipermodernidad*. Montevideo: Psicolibros
- Bafico, J. (2015). Los niños no atienden pero hablan ¿los escuchamos? En M. N. Miguez (coord.) *Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar*. (pp.93-102). Buenos Aires: Estudios sociológicos. Recuperado de: http://estudiosociologicos.org/-descargas/eseditora/patologizacion-de-la-infancia_maria-noel-miguez-coordinadora.pdf
- Barrán, J. (1993) Aspectos de la Medicalización de la sociedad uruguaya. En: J. Barrán, R. Bayce, A. Cheroni, T. De Mattos, A. Labisch, A., H. Moreira, ..., M. Viñar, *La Medicalización de la sociedad*. (pp. 145-174) Montevideo: Nordan.
- Barrán, J. (1994) *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos 2. La ortopedia de los pobres*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J. (2011). *Historia de la Sensibilidad en el Uruguay*. Montevideo: Banda Oriental.
- Bauman, Z. (2002) *Modernidad Líquida*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Bauman, Z. (2007) *Vida de Consumo*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.

- Bourdieu, P. (1973) *Sobre el Poder simbólico*. Recuperado de:
http://sociologiac.net/biblio/Bourdieu_SobrePoderSimbolico.pdf
- Cristóforo, A. (2013). Medicalización y déficit atencional. Construcción social de la subjetividad desatenta. En: M. Muniz, A. Kachinovsky (comp). *Itinerario de la psicología clínica: avances notas y encuentros de norte a sur*. (pp 105-118). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- DSM IV– TR. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson
- Dueñas, G. (marzo,2013). Patologización y medicalización en la educación. Intervenciones subjetivas sobre las problemáticas con las que nos interpelan hoy las infancias y adolescencias en las escuelas. *Actualidad Psicológica*, 416() pp.11-14. Buenos Aires
- Elias, N. (2003). Ensayo acerca de las relaciones entre establecidos y forasteros. *Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, () 219-251.
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99717903010>
- Faraone, S., Barcala, A., Torricelli, F., Bianchi, E., Ballesteros, I., López, V., ... Tamburrino, C. (2009). *Medicalización/medicamentación de la infancia. Políticas públicas, actores sociales y nuevos escenarios*. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología. Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.aacademica.org/000-062/1874.pdf>
- Fernández, A. (1987). *La inteligencia Atrapada: abordaje psicopedagógico clínico del niño y su familia*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y Castigar, nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la Medicalización*. Recuperado de:
<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4839.pdf>
- Foucault, M. (2005) *El poder Psiquiátrico*. Bueno Aires. Fondo de cultura económica.
- Frizzera, O. y Heuser, C. (2004) El niño desatento e inquieto en la escuela. En B. Janin (comp.), *Niños desatentos e Hiperactivos. Reflexiones críticas del trastorno por déficit con o sin hiperactividad*. (pp.147-161). Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas

- Giorgi, V. (2003). *Niñez, subjetividad y políticas sociales en América Latina. Una perspectiva desde la psicología comunitaria*. Conferencia dictada en el 29 Congreso Interamericano de Psicología-SIP-Lima-Perú. Julio 2003
- Giorgi, V. (2012a). Entre el control tutelar y la producción de ciudadanía: aportes de la Psicología Comunitaria a las políticas de infancia. En: Alfaro, J. Sánchez, A. Zambrano (Comp). *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales: Reflexiones y Experiencias*. (pp. 201-226). Buenos Aires: Paidós.
- Giorgi, V. (noviembre-diciembre 2012b). Niños y niñas: ¿sujetos de derechos o mercancía? Una mirada psicopolítica sobre la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Política* 10(29).
Recuperado de: <http://www.psicopol.unsl.edu.ar/2012-12-Articulo4.pdf>
- Giorgi, V. (2012c). Primer Encuentro Internacional "Educación y Psicología en el Siglo XXI" Recuperado. Puentes y brechas entre Educación Inicial y Derechos de Infancia.
Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=CIZLYSTTPbA>
- Giorgi, V. (s/f). Niños, Niñas, Adolescentes y Educadores. Entre dos siglos. Algunas reflexiones acerca de escenario de nuestras prácticas educativas. 5° Encuentro Nacional de Educadores y Educadores Sociales. (pp. 37-48).
Recuperado de: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/giorado.pdf>
- Janin, B. (comp.). (2004). *Niños desatentos e Hiperactivos. Reflexiones críticas del trastorno por déficit con o sin hiperactividad*. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.
- Janin, B. (2011). *El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y construcción subjetiva*. Buenos Aires: Noveduc.
- Janin, B. (2013). La desatención y la hiperactividad en los niños como modo de manifestar el sufrimiento psíquico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 3(2), 55-79.
Recuperado de:
<http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/162/153>
- Janin, B. (s/f). *Los niños desatentos y/o hiperactivos: algunas reflexiones*.
Recuperado de:
http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/desatentos_hiperactivos.pdf
- Lipovetsky, G. Charles S. (2004). *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona. Editorial Anagrama.

- Lyotard, J.F. (2008). Apostilla a los relatos. En: *La posmodernidad (explicada a los niños)*. (pp. 29-32). Barcelona: Gedisa.
- Kant, I. (2004). *¿Qué es la Ilustración?* La Plata: Terramar.
(Trabajo original publicado en 1784)
- Michanie, C. (2004). Diferencias del Trastorno por Déficit de Atención en el niño y el adulto. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas. En: *"Psicofarmacología Psicomotriz IV" Actualizaciones 2004*. (pp 59- 82). Buenos Aires. Recuperado de:
http://fundopsi.com.ar/publicaciones/libros/files/actual_2004.pdf
- Míguez, M. Alzati, L. Bedat, P. Belén, F. Furtado, N. Silva, C., ... & González. L. (2006). *Los hijos de Rita Lina: grupo de estudio sobre discapacidad (GEDIS)*. Recuperado de:
<https://anamaitebustamente.files.wordpress.com/2011/04/los-hijos-de-rita.lina-extenso-gedis.pdf>
- Míguez, M. (2009). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva en la niñez de contexto crítico. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.aacademica.com/000-062/2180.pdf>
- Míguez, M. y Sánchez, L. (2015). Etiquetas infantiles. En M. N. Míguez (coord) *Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar*. (pp.29-60). Buenos Aires: Estudios sociológicos. Recuperado de:
<http://estudiosociologicos.org/-descargas/eseditora/patologizacion-de-la-infancia-maria-noel-miguez-coordinadora.pdf>
- Morin, E. (2011). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Muniz, A. (2013). Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 135-154. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/165/156>
- Naciones Unidas. Asamblea General (1989). *Convención Internacional sobre los Derechos de Niño*. Recuperado de:
<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>
- Palummo, J. (2007). *Los Derechos del Niño en el marco de la evolución del Derecho Internacional de los Derechos Humanos*. Recuperado de:
<http://ipes.anep.edu.uy/documentos/unicef/materiales/palummo/presentacion.pdf>

- Ruiz, J. (s/f). *El metilfenidato, una droga de moda* (III). Recuperado de: <http://www.drogasinteligentes.com/metilfenidato3.html>
- Techera, A., Borges, C., y Apud, I. (2009). *La sociedad del olvido, un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en el Uruguay*. Montevideo: CSIC
- Tubert, S. (2010). *La medicalización de los niños. Observaciones sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Centro Psicoanalítico de Madrid. (20). Recuperado de: <http://www.centropsicoanaliticomadrid.com/index.php/revista/47-numero-20/70-medicalizacion-ninose-trastorno-deficit-atencion-hiperactividad-tdah>
- Untoiglich, G. (2004). Intersecciones entre la clínica y la escuela. En B. Janin (comp.), *Niños desatentos e Hiperactivos. Reflexiones críticas del trastorno por déficit con o sin hiperactividad*. (pp.125-145). Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas
- Untoiglich, G. (2011). *Versiones Actuales de Sufrimiento infantil: una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad*. Buenos Aires. Noveduc libros
- Untoiglich, G. (comp.). (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz.. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Buenos Aires: Noveduc libros.
- Vasen, J. (2011). *Una nueva epidemia de nombres impropios. El DSM-V invade la infancia y las aulas*. Buenos Aires: Noveduc libros
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jakson D. (1985). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Editorial Herder