

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA  
**Tesis Licenciatura en Sociología**

**Construcción de subjetividades y control:**  
el uso del TDAH como dispositivo de  
disciplinamiento de la niñez uruguaya

**Daniel Cuitiño Volpe**  
Tutora: Nilia Viscardi

**2018**

## Índice

Resumen.....	2
1. Introducción.....	2
1.1 Problema social.....	2
1.2 Pertinencia sociológica.....	3
2. Marco contextual.....	4
2.1 Descripción del problema de investigación.....	4
2.2 Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM).....	5
2.2.1 DSM III. Consensos.....	6
2.3 Diagnóstico y tratamiento.....	7
3. Estado del arte.....	9
3.1 Uruguay en la Modernidad.....	9
3.1.1 Estado de situación en el Uruguay contemporáneo.....	12
3.2 La epidemia de los trastornos mentales.....	13
3.3 Alternativas a la medicalización.....	15
4. Revistas de Psiquiatría del Uruguay.....	16
5. Marco teórico.....	20
5.1 Mecanismos de control.....	20
5.2 Psiquiatrización de las sociedades.....	22
5.3 Control sobre los cuerpos.....	24
5.4 Riesgo e inseguridad social.....	26
5.5 Inclusión, conflicto y resistencia.....	28
6. Problema de investigación.....	31
6.1 Objetivo general.....	31
6.2 Objetivos específicos.....	31
6.3 Preguntas de investigación.....	31
7. Metodología de la investigación.....	31
8. Análisis.....	35
8.1 Introducción al análisis.....	35
8.2 Abriéndose caminos: proceso de legitimación del TDAH.....	35
8.2.1 Antecedentes y aparición del término.....	38
8.2.2 Lógicas explicativas del fenómeno.....	39
8.2.3 Manifestaciones conductuales.....	40
8.2.4 Gestión del riesgo.....	41
8.3 El saber experto y el poder psiquiátrico.....	43
8.3.1 El saber como poder colonizador: intervención en la educación familiar.....	44
8.3.2 Disciplinamiento, control y normalización en las prácticas educativas.....	46
8.3.3 Niños incapaces vs niños ineducables.....	51
8.4 Redes de divulgación.....	54
8.4.1 Hegemonía de un discurso (más allá del diagnóstico).....	54
9. Principales hallazgos.....	58
10. Consideraciones finales.....	60
10.1 Posibles líneas a seguir.....	62
Bibliografía.....	64
Anexos.....	68

## **Resumen.**

El presente trabajo constituye un acercamiento sociológico a la problemática conocida en términos psiquiátricos como “Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH)” y su impacto a nivel de las relaciones escolares en el Uruguay. A través del mismo, se buscó analizar la utilización del diagnóstico de TDAH como mecanismo de normalización, disciplinamiento y control de los cuerpos de niños y niñas en edad escolar. Se abordó la problemática a partir del análisis de los discursos procedentes de tres espacios diferentes, que permitieron aproximarse a la globalidad del fenómeno social. A) El discurso científico, específicamente el promovido por el poder psiquiátrico, a través del análisis de los artículos publicados en la Revista de Psiquiatría del Uruguay. B) Cómo el saber-poder médico es aplicado en la realidad cotidiana de los centros educativos. Para ello se analizó el discurso de técnicos que trabajan con niños y niñas en el diagnóstico y/o tratamiento del TDAH. C) Retomando los aportes de Martinhago (2017) para el caso de Brasil, se estudiaron las redes de divulgación de información a la sociedad referida al TDAH como trastorno y a su tratamiento. Los tres principales dispositivos de disciplinamiento de las sociedades (familia, escuela y medicina) que plantea Foucault, adquieren un rol protagónico en esta problemática. El saber-poder médico, es ejercido en el ámbito escolar y familiar, estableciendo pautas de comportamiento y patologizando conductas infantiles.

**Palabras claves:** Trastorno por Déficit Atencional, disciplinamiento, psiquiatrización de la sociedad.

## **1. Introducción.**

### **1.1 Problema social.**

Si abordamos la temática desde el punto de vista social, el TDAH puede ser definido como una alteración en la conducta que se destaca por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad y que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo. Debido a estas características, impacta particularmente en el ámbito educativo ya que las dinámicas en las aulas demandan del “normal” desempeño de estas funciones (los alumnos deben estar quietos, deben atender durante un período prolongado, participar de la cultura de la oralidad y la escritura, etc.).

Es así que es posible identificar una serie de factores por los que el estudio de la presente temática se vuelve relevante. En primer lugar, debido al constante debate sobre el modelo educativo que se desarrolla año tras año en nuestro país. Bajo algunas posturas, este sistema se visualiza con problemas de adaptación a los cambios externos y de inclusión a la diversidad de sujetos. En este marco, las características sintomatológicas del TDAH (inatención, impulsividad, hiperactividad), trascendiendo la explicación neurológica, se pueden tomar como manifestaciones de esa incapacidad que tiene la educación, de generar la atención de los alumnos.

Por otro lado, resulta necesario analizar los nuevos mecanismos de control social dentro de la institución escolar, aportando una visión que interpele a las brindadas por otras disciplinas y enfoques, como puede ser el del saber médico.

En tercer lugar, y relacionado con lo anterior, la significativa medicalización de la infancia uruguaya<sup>1</sup> muestra una necesidad de estudiar los factores por las que se genera y las consecuencias que de ella se derivan.

Asimismo, como ya se manifestó, en los últimos años el diagnóstico de TDAH ha sido un tema sumamente tratado por la opinión pública y de ahí que se hayan realizado múltiples estudios al respecto<sup>2</sup>. Es así que se considera importante aumentar los aportes desde la sociología entendiéndola como una disciplina útil para el estudio de la problemática.

Para finalizar, es la intención de este estudio generar un aporte para la comprensión del fenómeno y potencialmente ser un insumo para la reflexión y la problematización de la temática.

## **1.2 Pertinencia sociológica.**

En cuanto a la pertinencia sociológica, la temática presenta aristas relevantes a ser analizadas desde la sociología. La idea central que se encuentra de forma transversal en la problemática, es la de los diferentes mecanismos de control de las sociedades. Tanto el diagnóstico como el tratamiento del TDAH, estructurado por la medicación, pueden ser analizados como nuevas formas de disciplinamiento que han adquirido especial preponderancia en la contemporaneidad. A su vez, es necesario vincular este fenómeno con

---

<sup>1</sup> Según datos aportados por María Noel Míguez a través de su Tesis de Doctorado, el 30% de los niños y niñas uruguayos están siendo medicados con psicofármacos. Mientras que a nivel mundial el promedio ronda entre el 5% y el 7%. (Míguez, 2012)

<sup>2</sup> Algunos de los cuales serán expuestos en esta investigación.

los nuevos desarrollos de las sociedades, para acercarse a una explicación de cuáles son las causas que hacen necesarias la existencia de estos dispositivos y la ampliación de su utilización. Es así que a partir de esta temática, se pueden explorar algunos de los mecanismos a través de los cuales opera el poder.

Desde las ciencias sociales, en los últimos años se han llevado a cabo investigaciones vinculadas con el TDAH, centradas en la excesiva medicación que se utiliza en la actualidad, así como en las implicancias del diagnóstico. Los resultados de estas investigaciones se tomaron como insumos para el presente trabajo y se exploraron nuevas dimensiones, dentro de las que se destacan el análisis histórico del término, así como el enfoque explicativo que existe detrás de las enfermedades mentales.

En suma, se propuso partir de un enfoque sociológico para analizar la utilización del diagnóstico y tratamiento del TDAH como mecanismo de normalización, disciplinamiento y control de los cuerpos de niños y niñas uruguayas, considerando el discurso científico, su aplicación y su divulgación.

## **2. Marco contextual.**

### **2.1 Descripción del problema de investigación.**

El caso del Trastorno por Déficit Atencional (TDAH) es el que más prevalece dentro de las alteraciones en conducta de los escolares. Mientras que a nivel mundial se sitúa entre el 5% y 10%, se calcula que en Uruguay su prevalencia es del 7,6% de niñas y niños en edad escolar. (Bitancur et. al.:2015)

En los últimos años ha habido un notorio aumento de la información referida al TDAH a nivel mundial, debido en parte a los cada vez más numerosos diagnósticos<sup>3</sup>. A pesar de este reciente aumento en la información, en el ámbito profesional se puede observar que su estudio se remonta a décadas anteriores.

En cuanto a los primeros antecedentes que se encuentran en relación a lo que actualmente se denomina TDAH, se destaca su procedencia desde el campo de la pedagogía. En 1887 Desiré J. Bourneville habla de “niños inestables” para referir a quienes tienen una

---

<sup>3</sup> Un ejemplo que da cuenta de ello es el siguiente caso presentado por la psicóloga Adriana Cristóforo (2015): “el Observatorio del Sistema de Justicia (OSJ) de la Fundación Justicia y Derecho de Uruguay mantuvo entre los años 2007 y 2009 una serie de litigios con el Ministerio de Salud Pública, para que evite el diagnóstico excesivo del TDA/TDAH, y en consecuencia implemente mecanismos de control sobre los profesionales que realizan el diagnóstico e indican metilfenidato como tratamiento.” (Cristóforo, 2015: 1)

inquietud física y psíquica exagerada y una actitud destructiva. (Bourneville, 1887 apud. Parellada, 2009)

Hacia la segunda mitad del siglo XX toman fuerza las lecturas psicoanalíticas que conceptualizaban el trastorno como puramente conductual. En 1937, Bradley presenta el descubrimiento del efecto positivo de la benzedrina<sup>4</sup> en niños hiperactivos, lo que constituye un hito en la historia del TDAH.

En 1967 La Organización Mundial de la Salud incluyó el síndrome hiperkinético de la infancia como categoría diagnóstica, un trastorno cuyas características esenciales eran la falta de atención y la distracción. (Parellada, 2009)

Desde el punto de vista médico, se afirma su origen biológico y se argumenta en base a la aparición del trastorno en varias y diferentes culturas, existiendo variaciones que son atribuidas a las metodologías utilizadas para el diagnóstico. (Parellada, 2009)

## **2.2 Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales (DSM).**

Para introducirse en la evolución que el término ha tenido y cómo se ha ido legitimando internacionalmente, resulta pertinente atender a las diferentes ediciones del DSM, manual elaborado con la finalidad de unificar criterios internacionales e interdisciplinarios relativos a los trastornos mentales. En 1952 el American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics publicó la primera edición del DSM como respuesta a la CIE-6<sup>5</sup>. Actualmente, el manual cuenta con cinco ediciones, la última data de 2014 (DSM V).

Eugenia Bianchi<sup>6</sup> (2012), en su artículo “Problematizando la noción del *trastorno* en el TDAH e influencia del manual DSM”, plantea un quiebre a partir de la tercera edición del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales (1980) observando que:

Previo a la publicación del DSM-III, la psiquiatría carecía de consenso interno, debido a la diversidad de doctrinas vigentes. Con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial las perspectivas psicodinámicas y psicosociales se erigían como las preeminentes (Wilson, 1993), y la psiquiatría resultaba el blanco de críticas desde diversos frentes (Mayes & Horwitz, 2005), que horadaban sus criterios de verdad. (Bianchi, 2012: 1027)

---

<sup>4</sup> Benzedrina o anfetamina. Droga estimulante del sistema nervioso central.

<sup>5</sup> Sexta edición de la Clasificación internacional de enfermedades, publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

<sup>6</sup> Socióloga por la Universidad de Buenos Aires.

Se afirma, entonces, que con anterioridad a la tercera edición del manual, la visión psiquiátrica era criticada por diversos actores. En primer lugar, se encontraban movimientos “antipsiquiátricos”, quienes iban en contra del concepto de enfermedad mental. A su vez, se le criticaba a la psiquiatría su falta de efectividad demostrable clínicamente. Por otro lado, impulsada por la desinstitucionalización de la posguerra, existía una demanda de pacientes alejados de una terapia prolongada dentro de instituciones. A este hecho se le suma la aparición de la clorpromazina<sup>7</sup> en 1954 y el auge del Estado de Bienestar, con sus políticas orientadas a una ética igualitaria y no coercitiva. Se observa en este período una pérdida de poder de las instituciones psiquiátricas. En tercer lugar, un frente de crítica provenía de los mismos investigadores en psiquiatría, quienes reclamaban la necesidad de ampliar la investigación científica relacionada con los desórdenes mentales y establecer un criterio de demarcación más claro. Los avances informáticos y el uso de modelos cuantitativos contribuyeron a sistematizar la clasificación de los desórdenes mentales y le permitieron a la psiquiatría, con la aparición de lenguajes congruentes con la industria farmacológica, diferenciarse de otras disciplinas como la psicología, el trabajo social u otros tipos de terapeutas. Por último, surge también en la década de 1950, una crítica proveniente de la sociología, con investigaciones sobre el hospital psiquiátrico, la epidemiología social, y la identificación de la enfermedad mental. (Bianchi, 2012)

Teniendo en cuenta esta situación, el DSM-III surge para unificar criterios y generar consensos relacionados con un lenguaje común. Esto limitará la importancia del juicio personal del profesional, que hasta entonces jugaba un rol fundamental debido a las diferentes orientaciones psicoterapéuticas existentes. (Bianchi, 2012)

### **2.2.1 DSM-III. Consensos.**

Con el objetivo de generar este consenso, el DSM-III se proclamó como a-teórico para superar las diferencias entre las múltiples teorías etiológicas existentes. Se concentró en principios de testeo y verificación, desarrollando la observación y medición empírica para identificar los trastornos. Se subraya el carácter descriptivo del manual, abocado especialmente a exponer de manera precisa las manifestaciones sintomáticas. (Bianchi, 2012)

Es así que, como se señaló anteriormente, la tercera edición de este manual significó un hito en la consolidación de la psiquiatría como disciplina autorizada en el estudio de los

---

<sup>7</sup> Medicamento neuroléptico útil para calmar los síntomas de la psicosis.

trastornos de salud mental. El DSM-III significó la consolidación de la visión de la salud mental que se basaba en los síntomas, el paradigma psicosocial perdió lugar frente a este nuevo paradigma que presentaba criterios estandarizados. La psiquiatría estandarizada, entonces gana lugar frente a posturas de índole más social, vinculadas con la palabra y las particularidades del paciente. (Bianchi, 2012)

En cuanto a la evolución del término, el TDAH en 1968 a través del DSM-II, es clasificado como una reacción hiperquinética de la infancia relacionándolo con el entorno familiar mientras que se sostenía de forma mayoritaria, la idea de que desaparecía en la adolescencia. (Valiño & Casarotti, 2007)

Sobre 1976 surge un estudio<sup>8</sup> que afirma el carácter genético del trastorno y la existencia de defectos en la función de transmisión dopaminérgica. En las siguientes ediciones del DSM ya era considerado como un trastorno mental con fuertes componentes hereditarios. (Valiño & Casarotti, 2007)

### **2.3 Diagnóstico y tratamiento.**

La última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-V, fue publicada en el año 2014. En dicho manual, el TDAH está considerado como un trastorno del neurodesarrollo. La principal característica que se destaca es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo. La inatención se manifiesta en la desviación de las tareas, problemas para mantener la atención y una desorganización que no deriva de la falta de comprensión; la hiperactividad refiere a una actividad motora excesiva en momentos que no es apropiado; la impulsividad se muestra como acciones apresuradas, sin reflexión y con el riesgo de dañar al individuo. A su vez, se puede observar una tendencia a la interrupción a otras personas o inmiscuirse socialmente y a tomar decisiones sin fijarse en las consecuencias. (APA, 2014)

A su vez, se señala el inicio en la infancia (antes de los doce años de edad) y la necesidad de que los síntomas sean observables en más de un entorno, como puede ser la casa, la escuela, el club, etc. Los síntomas varían dependiendo de cada contexto. De esta forma, es posible que no se presenten signos del trastorno en caso de que el niño o niña reciba recompensas por buen comportamiento, esté bajo una supervisión cercana,

---

<sup>8</sup> “Minimal Brain Disfunction in Child” Paul Wender

practicando actividades interesantes o tenga estimulaciones externas de forma constante. (APA, 2014)

Se puede observar una notoria flexibilidad en el diagnóstico ya que los síntomas varían de acuerdo con el entorno y con las situaciones que se presentan. Como lo muestra Bianchi (2012), dentro de las características mismas del TDAH, existe una laxitud científica que podría mostrarse como una debilidad pero que sin embargo posee una fortaleza asociada a su eficacia circulatoria, cuestión que será retomada en el análisis. (Bianchi, 2012)

En relación con las características sintomáticas en los diferentes períodos de la vida de niños y niñas, el manual señala que es en la escuela primaria cuando frecuentemente se identifica el TDAH ya que existe un deterioro del rendimiento. Durante la etapa preescolar, se manifiesta principalmente el síntoma de hiperactividad. En la etapa escolar, se destaca la inatención como síntoma más observable. En la adolescencia disminuyen los signos de hiperactividad pudiendo limitarse a un nerviosismo interior o impaciencia. (APA, 2014)

Otro aspecto del diagnóstico que es señalado en el DSM es la diferencia existente entre géneros. El género masculino presenta una prevalencia mayor de diagnósticos, siendo la relación de 2:1 en niños y de 1,6:1 en adultos. (APA, 2014) Sin embargo, cabe destacar que el género femenino tiende a presentar síntomas de inatención sin hiperactividad, lo que hace que sea más difícil de diagnosticar.

Dentro de las principales consecuencias del TDAH, se destaca en primer lugar la tendencia al bajo rendimiento escolar sumado al rechazo social. A su vez, se afirma que los niños y niñas diagnosticados con TDAH son más propensos a desarrollar un trastorno de conducta en la adolescencia y un trastorno de la personalidad antisocial en la adultez. Esto genera, se afirma en el manual, una mayor probabilidad de presentar trastornos por consumo de sustancias. La relación general con su entorno presenta dificultades:

Las relaciones familiares pueden caracterizarse por la discordia y las interacciones negativas. Las relaciones con los compañeros muchas veces están afectadas por el rechazo, la negligencia o las burlas hacia el individuo con TDAH. Normalmente, los individuos con TDAH tienen menor educación escolar, menores logros vocacionales y puntuaciones intelectuales más bajas que sus compañeros, aunque hay mucha variabilidad. En su forma grave, el trastorno causa un gran deterioro, afectando a la adaptación social, familiar y académica/laboral. (APA, 2014: 63)

Sumando las especificidades del diagnóstico con las características del TDAH, se observa que existe una dificultad para realizar el diagnóstico de forma certera. Esto se destaca en trabajos realizados por psiquiatras, donde sostienen que se debe principalmente a que presenta síntomas que se encuentran presentes, en algún grado, en cierto momento en particular de la vida tanto de niños como de adultos. (Valiño & Casarotti, 2007)

El tratamiento que se les brinda a las personas diagnosticadas con TDAH es lo que genera más controversia. Por parte de los psiquiatras, existe una marcada tendencia a establecer que la administración de psicofármacos no debe constituir la única etapa del tratamiento. Sin embargo, estudios dan cuenta del uso indiscriminado de psicofármacos que se le brinda a la infancia en nuestro país. A su vez, se señala que es de suma importancia que, tanto el diagnóstico como el seguimiento, sea realizado por un psiquiatra pediátrico o un neuropediatra (quienes son los habilitados para hacer el diagnóstico). (Gold, 2010) La primera etapa del tratamiento, una vez que se diagnosticó con certeza, es la entrevista explicativa al niño y a su entorno. “Se plantea un entrenamiento en puesta de límites adecuados y un plan de rutinas ya sea para la vida diaria como específicamente para las tareas vinculadas a lo académico.” (Gold, 2010: 6) El psiquiatra, mediante la entrevista, marca cómo debe ser la educación de los niños por parte de las familias. Una vez realizada la entrevista y dependiendo de las características del individuo, se opta por realizar el tratamiento con fármacos, o de lo contrario, se aguarda a la evolución luego de implementar las medidas señaladas. (Gold, 2010)

Uno de los hechos a tener en cuenta es que la medicación no tiene un carácter curativo sino que actúa como estimulante del Sistema Nervioso Central, mitigando los principales síntomas del TDAH. Hace que el paciente actúe de una forma distinta, controlando sus características hiperactivas, impulsivas e/o inatentas.

### **3. Estado del arte.**

#### **3.1 Uruguay en la Modernidad.**

En los estudios sobre la temática desarrollados en nuestro país, se destacan los aportes de Míguez (2012) en su tesis denominada “La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya”. Míguez (2012) señala que no ha sido el “progreso” del conocimiento científico sino determinados factores sociales y culturales, los que ubicaron a la Psiquiatría infantil en un lugar de relevancia en las últimas

décadas en el Uruguay. Retomando a Foucault (1992), se sostiene que la importancia adquirida por la disciplina psiquiátrica a partir del siglo XIX no deriva únicamente de la aplicación de una racionalidad médica vinculada a la conducta; surge de la necesidad de una nueva forma de higiene pública. Vino a controlar un “problema social” consecuencia de los cambios demográficos en las ciudades. La ampliación del número de habitantes en ciudades que no se encontraban económicamente ni estructuralmente preparadas, traía diversos “problemas sociales” (alcoholismo, promiscuidad, etc.) que debían ser controlados. La Psiquiatría del siglo XIX fue, entonces una medicina tanto individual como colectiva. (Foucault, 1992 apud. Míguez, 2012)

Hacia los comienzos del siglo XX la medicina fue trascendiendo los límites de su especialidad y cobrando cada vez más importancia. Ya no se trata de la demanda particular del enfermo, la medicina busca su imposición al individuo, enfermo o no como un “acto de autoridad”, de búsqueda de enfermedades en la sociedad que se encuentran alejadas de las demandas de los sujetos enfermos. Los objetos de intervención médica van más allá de las enfermedades concretas para ejercer un poder con funciones normalizadoras. A su vez, la introducción de la infancia como principal campo de acción de la Psiquiatría, hizo posible que se amplíe el espectro de acción de la disciplina en un nuevo territorio. La infancia significó una importante condición para que el saber de la Psiquiatría se generalice dentro del campo médico. A diferencia de la época de la medicina de las enfermedades mentales, afirma la autora, en los tiempos de la Psiquiatría infantil toda conducta infantil podrá ser sometida a análisis, no es necesario inscribirla dentro de una enfermedad. (Míguez, 2012)

Junto con la medicina y su trascendencia de la enfermedad para abarcar la vida social en su conjunto, a partir del siglo XVIII tomaron importancia otras dos instituciones que resultan clave en este proceso disciplinario que da cuenta la autora: La educación y la familia.

La educación, con la expansión de la alfabetización y el nucleamiento de los estudiantes en espacios concretos, será la excusa más factible para la consolidación de un deber ser, de una hegemonía propia de una racionalidad que se estaba apropiando hasta de los micro espacios moleculares de los individuos. La familia, debía seguir los lineamientos de la familia burguesa, donde la producción y reproducción de la vida cotidiana permitía la continuidad del modelo de sociedad imperante, en la confluencia de cada unidad doméstica. (Míguez, 2012: 224)

Particularizando en el Uruguay, Míguez retoma a Barrán (1992) para realizar un análisis histórico del proceso de disciplinamiento en el país. Se señala el siglo XIX como el momento en el que se produjo el pasaje del Uruguay “de la barbarie” al Uruguay “civilizado”, pasaje que fue realizado a través de “un profundo proceso de medicalización que lo transversalizó” (Barrán, 1992 apud: Míguez, 2012: 231). El período denominado como de la barbarie es enmarcado entre los años 1800 y 1860, a partir de este año comenzará un proceso de reformas que van a presenciar su momento cúlmine en las primeras décadas del siglo XX con el Primer Batllismo. El período bárbaro se caracterizó (frente a los ojos civilizatorios) por la extrema libertad física, la insubordinación, la independencia. La forma en la que el Estado, la cultura y la sociedad ejercían el poder en esa época era principalmente a través del uso de la violencia física por sobre la “represión del alma”. Los encargados de ejercer ese poder eran la policía, el ejército, el maestro, el cura, el patrón y el padre de familia; eran los niños, las mujeres, los delincuentes y las clases populares los cuerpos y almas a corregir. (Míguez, 2012)

Es a partir de la década del 60 del siglo XIX, con las primeras reformas del Estado, que se da comienzo al proceso civilizatorio. Los primeros aspectos en los que se orientó el disciplinamiento fue en la superación de la violencia física, el poder se ejercía ahora más en la “represión del alma” que en el castigo corporal. El positivismo adopta un papel civilizador central en el Uruguay a fines del siglo XIX. Las ideas positivistas, con la separación de la filosofía de la religión, sentaron las bases para el futuro proceso de secularización del Estado uruguayo. A su vez, dotaron de legitimidad y poder al saber médico posibilitando la trascendencia de su accionar más allá de lo clínico. “Se impuso así un nuevo saber dominado por un nuevo sujeto cargado de conocimientos: el médico.” (Míguez, 2012: 240)

Como se ha señalado, en el primer gobierno de José Batlle y Ordóñez se consolida el proceso de medicalización en la sociedad uruguaya. Si a este proceso de higienismo se le suma la anterior Reforma Vareliana de la educación (1879), se observan dos momentos claves en la modernización del país, llevados a cabo por dos instituciones medulares en la vida del mismo: Educación y Salud, instituciones que hoy en día continúan siendo ejes fundamentales del disciplinamiento de la sociedad:

Que la sociedad uruguaya hoy día responda con absoluta naturalidad a un 30% de medicación con psicofármacos de su niñez, es porque ha interiorizado la medicalización

como proceso constitutivo e inherente a su condición de ser particular y ser genérico. Que dos de las instituciones que marcaron los puntos de inflexión más relevantes en el traspaso de la barbarie a la civilización sean justamente las que como dispositivos disciplinarios se han venido analizado hasta el momento no es azaroso. (Míguez, 2012: 241)

En la década del 40 del siglo XX, en el país se empiezan a instrumentar una serie de políticas públicas orientadas a la salud dando lugar a un modelo de salud pública. El período se caracteriza por la creación y masificación de los Centros de Salud en Montevideo lo que creó una nueva figura vinculada a la promoción y prevención en materia de salud en el ámbito público. Se destaca la gran relevancia que toman en ese período las interpretaciones que responsabilizan de las enfermedades al ambiente familiar y al individuo, por sobre las explicaciones macro de responsabilización social y política. (Míguez, 2012)

### **3.1.1 Estado de situación en el Uruguay contemporáneo.**

Tal como expone Míguez (2012), la niñez en nuestro país se encuentra atravesando un período de complejidad en las formas de disciplinamiento. Tanto en la Salud Pública como en la Privada el saber médico se ha impuesto por sobre los valores propuestos desde la Salud Mental, la psiquiatría infantil ha relegado a las intervenciones psicosociales. El poder psiquiátrico marca una dirección de comportamientos y formas que seguir, quienes se aparten de esas formas deben ser direccionados, la medicación resulta esencial para ampliar los procesos disciplinares, para lograr calmar los cuerpos. Se identifica esta, como la razón principal del aumento de la medicación con psicofármacos en la niñez uruguaya al que se asiste en las últimas décadas. (Míguez, 2012)

Mientras que en el resto del mundo el diagnóstico de Déficit Atencional con Hiperactividad tiene un promedio de entre 3% y 5% en la niñez y patologías como la depresión infantil alcanzan un 2%, en Uruguay la suma promedio llega a un 30%, donde bajo la denominación de “problemas conductuales” o “déficit atencional” entran diversos padecimientos psíquicos que no siempre significan una patología. Resulta necesario cuestionar la subjetividad que encierran los diagnósticos apelando a la objetividad científica. Estos dispositivos de disciplinamiento son los que permiten la subordinación del ser por el deber ser. “En esta diversidad de técnicos, estrategias, tecnologías, relaciones de saber/poder, dispositivos, instituciones, se llega hoy día a lo que se entiende una patologización abusiva de la niñez uruguaya.” (Míguez, 2012: 78)

Mediante sus conductas, la niñez del siglo XXI presenta mecanismos de resistencia frente a los dispositivos encargados de transmitir y reproducir las pautas y valores hegemónicos. Si bien estas pautas están cada vez más interiorizadas por los niños y niñas, es en la externalización donde se identifica la resistencia. Actitudes y conductas que se apartan de la norma y son catalogadas por el saber como “peligrosas”, “indisciplinadas”, “violentas”. Estas actitudes o resistencias son las que busca controlar el saber científico a través del diagnóstico o la medicación. (Míguez, 2012: 78)

Este proceso de medicación de la niñez genera resultados beneficiosos, en lo inmediato, para el entorno: calma la ansiedad, reduce la tristeza, concilia el sueño. Sin embargo no se relaciona con el origen del padecimiento, la causa de fondo del padecimiento del niño o niña queda solapada en la máscara de buena conducta que presenta luego de que sus cuerpos sean medicados. (Míguez, 2012)

En suma, Míguez (2012) parte de la idea de que estos procesos de medicalización de la infancia se enmarcan en la búsqueda de soluciones a “problemas sociales” a través de políticas de salud. Se crea en la sociedad la necesidad de la medicación como solución a sus males. A su vez, se plantea que mediante el discurso de la inclusión, se excluye a los individuos que no se adapten a las pautas y valores que hacen a la normalidad hegemónica. (Míguez, 2012)

### **3.2 La epidemia de los trastornos mentales.**

Fernanda Martinhago<sup>9</sup> (2017) estudia la realidad del TDAH para el caso de Brasil. La autora señala que, así como por más de un siglo las sociedades han aceptado la internación involuntaria de las personas etiquetadas como “enfermas mentales”, en los últimos años las personas están siendo inducidas al consumo de medicamentos psiquiátricos. Junto con esto, se ejerce una presión hacia padres y madres para que mediquen a sus hijos e hijas debido a sus dificultades familiares o escolares. Es así que se identifica a este período histórico como “épocas de neuro” con una preocupación que surge desde el campo de la salud mental: asistimos a una epidemia de trastornos mentales. (M Martinhago, 2017)

El proceso de medicalización puede ser entendido como la práctica de biologización de la educación llevada a cabo por la medicina. En la actualidad, ese proceso se vio

---

<sup>9</sup> Tesis de Doctorado en Ciencias Humanas titulada “Contágio social de transtornos mentais: análise das estratégias biopolíticas de medicalização da infância” Fernanda Martinhago. Florianópolis/ Taragona, 2017.

ampliado como consecuencia de la creación y el desarrollo de otras áreas de conocimiento y la participación de otros profesionales que acompañan a los médicos en este proceso. Se asiste, de este modo a una ampliación del proceso de medicalización llegando a los que la autora señala como “patologización”. Martinhago retoma a Collares (1994) para describir los problemas que conlleva el proceso de medicalización. Se sostiene que este proceso se caracteriza por transformar cuestiones de origen social en asuntos médicos. Es una manera de individualizar los conflictos sociales, propia del avance de los límites de la intervención del saber médico en las sociedades. (Collares, 1994 apud. Martinhago, 2017) En palabras de la autora:

Na medida em que o comportamento é medicalizado, o seu significado naquele momento e em um determinado contexto deixa de existir. Medicalizar é uma maneira de ignorar o que o comportamento está buscando falar. (Martinhago, 2017: 70)

Particularizando en el TDAH, la autora da cuenta de la evolución que ha tenido el diagnóstico. Mientras que en las décadas de 1980 y 1990 se trataba de un fenómeno observable mayoritariamente en los Estados Unidos, en las décadas venideras el diagnóstico del TDAH se fue expandiendo al resto de países, quienes tuvieron un considerable aumento en el número de diagnósticos. La principal causa de este aumento se deriva del éxito que venía teniendo la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), a través de los DSM, en el aumento de los diagnósticos de enfermedades mentales en poblaciones infanto-juveniles y su vinculación con compañías farmacéuticas.

(...) Alemanha, onde os diagnósticos aumentaram 381% dos anos de 1989 a 2001; no Reino Unido, onde as prescrições de medicamentos para o TDAH aumentaram 50% entre 2007 e 2012; em Israel, onde as prescrições duplicaram entre os anos de 2005 a 2012. Em países fora dos Estados Unidos, o uso mundial de Ritalina em 2007 era de 17%, passando para 34% em 2012. (Martinhago, 2017: 81)

Otro de los aportes principales de la investigación de Martinhago (2017), es el estudio de los medios y redes sociales como mecanismos de transmisión de las estrategias biopolíticas, para diseminar las enfermedades mentales en la infancia. Estas redes sociales tienen el objetivo de la divulgación de informaciones que lleven a las personas a identificarse ellas mismas o identificar a otras personas con algún trastorno mental. Esto sucede ya que muchos de estos trastornos son comportamientos cotidianos patologizados.

La autora sostiene que la divulgación de información sobre los trastornos mentales, no tiene como principal objetivo informar a la población sino que se busca la identificación

de trastornos mentales en las personas, identificación personal o de individuos de su entorno. La razón principal que mueve esta divulgación, afirma Martinhago, es el aumento de la medicación para los tratamientos y de esta forma, el beneficio de la industria farmacéutica, quien es señalada como la impulsora de este mercado. (Martinhago, 2017) Estos conceptos sobre las redes de divulgación serán retomados en el análisis de caso particularizando en la situación que se observa en el Uruguay.

### **3.3 Alternativas a la medicalización.**

Desde la psicología se encuentra el trabajo de Adriana Cristóforo<sup>10</sup> (2015) que busca alternativas al tratamiento hegemónico del TDAH, vinculado con un enfoque psiquiátrico. Se propone una conceptualización psicoanalítica del problema, entendiendo que los procesos psíquicos son modificables mediante un trabajo sobre las significaciones inconscientes de los síntomas y conductas de las niñas y niños, atendiendo las historias personales de sus singularidades y sus relaciones con los otros. (Cristóforo, 2015)

Cristóforo toma los datos de una investigación de los Archivos de Pediatría del Uruguay<sup>11</sup> (Speranza et. al., 2008), para indicar que entre los años 2001 y 2006 se denuncia un aumento en la indicación de Metilfenidato de un 62%, a su vez, el 59% de las niñas y niños medicados presentaron efectos secundarios a pesar de que se les administraron dosis bajas. A pesar de estos resultados obtenidos, no hubo suspensión de la medicación, cambio de fármaco ni indicación de otro tratamiento posible. Se señala, una vez más, que el uso de psicofármacos (Metilfenidato en este caso), si bien genera una “mejora” en las conductas de las niñas y niños, esta desaparece al retirar la administración del medicamento. Es así que la autora sostiene la importancia de nuevas estrategias terapéuticas con efectos más duraderos, que minimicen los riesgos de la medicación, proponiendo tratamientos psicológicos. (Cristóforo, 2015)

La autora presenta un tratamiento alternativo a la medicación con psicofármacos a través de la “psicoterapia psicoanalítica en situación de grupo con niños que presentan dificultades en la atención”. Se parte de la idea de que la atención es una función que necesita de soportes intersubjetivos para su desarrollo para, a partir de esto, generar mediante un grupo terapéutico basado en premisas psicoanalíticas, “un re-apuntalamiento

---

<sup>10</sup> Tesis de Doctorado titulada “Eficacia de la psicoterapia psicoanalítica en situación de grupo para niños con dificultades en la atención” Psi. Adriana Cristóforo. Buenos Aires, 2015.

<sup>11</sup> Obsérvese “Uso de metilfenidato en niños y adolescentes usuarios de servicios de asistencia pública de Montevideo” Speranza et. al.; 2008

del psiquismo que mejore la capacidad atencional, definida desde el psicoanálisis como una función yoica”. (Cristóforo, 2015: 223) Se observa un planteo más amplio del problema, trascendiendo la responsabilización individual para introducir al entorno como un factor a tener en cuenta:

Recordemos en este sentido que la atención se constituye con la presencia del otro, es con el otro que se va a decidir a qué se atiende y cómo se atiende, puesto que surge de la función de investidura y significación del mundo por parte del adulto, en primer lugar la madre o quien cumpla la función de sostén y cuidado. (Cristóforo, 2015: 229)

Se plantea también que el uso extendido que ha tenido el diagnóstico de TDAH generó una naturalización de la relación desatención-trastorno y quedan invisibilizados otros componentes que pueden estar implicados en la desatención como ser el contexto educativo, diversas situaciones familiares o características de la subjetividad de la niña o niño implicado. (Cristóforo, 2015)

Tal es así que el resultado de la investigación de Cristóforo arrojó datos que permiten complejizar la problemática:

En los niños de la investigación se constató que las dificultades atencionales no refieren a una dificultad limitada a lo atencional, sino a un particular funcionamiento que responde a las peripecias de la historia personal y familiar., por lo que la desatención puede considerarse un indicio de dificultades en su constitución subjetiva. (Cristóforo, 2015: 232)

La importancia de los aportes de Cristóforo radica en la búsqueda de una alternativa al tratamiento del TDAH caracterizado por la medicalización abusiva de la niñez uruguaya. Sin embargo, es necesario problematizar acerca de si su propuesta trasciende la lógica disciplinadora. Cuestión que será plasmada en el análisis.

#### **4. Revistas de Psiquiatría del Uruguay.**

La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay fue fundada en el 1923, como la asociación de médicos psiquiatras del país, con el objetivo de desarrollar análisis científicos de los diversos aspectos prácticos y teóricos de la Psiquiatría. Dicho objetivo es llevado a cabo mediante la realización de congresos, sesiones científicas y publicaciones. Dentro de las publicaciones se encuentra la Revista de Psiquiatría del Uruguay que funciona como el medio de difusión de la Sociedad de Psiquiatría, donde se plasman investigaciones científicas en torno a temas de interés de la disciplina. (spu.org.uy, 1979)

Dada la ya mencionada importancia que posee en la temática del diagnóstico de TDAH el poder psiquiátrico, y tomando a la Revista de Psiquiatría del Uruguay como una búsqueda y producción de hegemonía por parte del saber psiquiátrico en diversos asuntos de importancia social, se procederá a realizar una genealogía<sup>12</sup> del tratamiento del TDAH en estas revistas. Para ello, se han examinado las publicaciones desde su comienzo para dar cuenta de la evolución que ha tenido el término así como los períodos de producción de la temática.

Si bien el término Trastorno por Déficit Atencional surgió en las últimas décadas, es posible establecer conexiones con diferentes patologías, enfermedades, trastornos o formas de denominar problemas de importancia psiquiátrica relacionados con la atención y la conducta. Martinhago (2017) retoma a Conrad y Schneider (1992) para dar cuenta de nombres de patologías anteriores al término TDAH como hiperquinesia, disfunción cerebral mínima, síndrome hiperactivo o desorden hiperquinético de la infancia que presentaban una prevalencia similar a la del TDAH en la actualidad (entre el 3% y el 10%). (Conrad & Schneider, 1992 Apud: Martinhago, F.; 2017)

Es así que hacia 1946 el Dr Heuyer presenta en la Revista de Psiquiatría la investigación “La colaboración médico-pedagógica en la recuperación de los niños difíciles” donde se describen los tratamientos que deben llevarse a cabo en los “niños deficientes de la inteligencia y del carácter”. En el texto se aboga por la unión del tratamiento médico con los métodos pedagógicos y se señala que tanto los problemas del carácter como los de la inteligencia tienen su origen en cuestiones hereditarias, se identifica al alcoholismo, sífilis y tuberculosis como algunos de los causantes de las anomalías mentales del niño. A su vez, se habla de “niños turbulentos” y dentro de estos, se presenta a los “inestables” como los más característicos. Se caracteriza al “débil inestable” como: “agitado, sin cesar en su movimiento, incapaz de fijar su atención.” Y se observa que “su inestabilidad es causa más importante de inadaptación que la debilidad en sí misma.” Por otra parte, se le denomina “débil apático” a aquellos niños que no despiertan gran interés por el trabajo o el juego. (Heuyer, 1946)

---

<sup>12</sup> En palabras de Foucault, la genealogía pretende “(...) percibir la singularidad de los sucesos, fuera de toda finalidad monótona; encontrarlos allí donde menos se espera y en aquello que pasa desapercibido por no tener nada de historia (...) captar su retorno, pero en absoluto para trazar la curva lenta de una evolución, sino para reencontrar las diferentes escenas en las que han jugado diferentes papeles.” (Foucault, 1989:7)

Unos años más adelante, en 1949, se publican dos investigaciones que vuelven a poner en el centro a los comportamientos de los niños. Por un lado, el Dr. Fortunato Ramírez habla de “anomalías de la conducta infantil” y amplía el concepto de conducta con la intencionalidad como carácter principal. Por otro lado, el Dr. Carlos Vaz Ferreira presenta un estudio sobre la “escuela hogar”, lugar donde se trata a los “irregulares del carácter”. Una vez más se retoma el asunto de las conductas que se apartan de la norma en la infancia. La escuela hogar se presenta como una solución para apartar y encausar a los niños que presenten conductas irregulares. Estas conductas pueden tener que ver con acciones ilegales con intervención de la policía y los jueces, hasta “anormalidades sexuales” o niños que dan trabajo a sus maestros por “su escaso interés en el estudio.” (Ferreira, 1949)

A comienzo de la década del 50, se introduce la temática de la atención, María Esther Domínguez presenta un estudio sobre la exploración de la modalidad atencional donde se aplica un test de lectura denominado Test de Radecki donde se estudian los mecanismos de la atención. (Domínguez, 1951)

En 1972 la Dra. Elsa Barros de Fernández y la Psic. Violeta Aldabe de Franchi unen los problemas emocionales y de la conducta con las dificultades en el aprendizaje escolar. Se establece una relación entre las alteraciones emocionales y los problemas en el aprendizaje, se sostiene que existen problemas emocionales previos que se hacen notorios o se incrementan una vez que el niño llega a la actividad escolar. También señalan el importante papel que juega el clima familiar en la problemática. Dentro de los motivos principales de las consultas que reciben, las autoras nombran, entre otros tres grupos, a las alteraciones en la conducta, donde se observan conductas nerviosas, inquietud psicomotriz, movimientos anormales, hábitos anormales, entre otras. (Barros de Fernández & Aldabe de Franchi, 1972) Un año más tarde, en 1973, los Dres. Luis Prego Silva y Enriqueta Bertran y las Psicólogas Silvia Belbuzzi y Yolanda F. de Angulo realizan un estudio denominado “Violencia y ansiedad, fenómeno actual en psiquiatría infantil”. Se observa un vínculo, una búsqueda de relacionar las conductas ansiosas de los niños con características violentas. Se los cataloga como psíquicamente enfermos a pesar de establecer una relación (dada las circunstancias coyunturales) entre los acontecimientos de las estructuras sociales y las conductas individuales. (Prego Silva, et al, 1973)

En 1987 el Dr. Daniel Murgía introduce el tema de la medicación para los casos de ansiedad. Se señala el valor que van adquiriendo los medicamentos benzodiazepínicos en

dicho tratamiento y los presenta como imprescindibles para el uso terapéutico. A su vez, se abre la puerta al ensayo e introducción de otras drogas para el tratamiento de la ansiedad. (Murgía, 1987)

Es en el año 2007 donde aparece el término trastorno por déficit atencional e hiperquinesia para estudiar el caso de los adultos. Los psiquiatras Gonzalo Valiño y Humberto Casarotti afirman que un 4.4% de la población general presenta este trastorno trayéndoles problemas sociales, laborales y familiares tanto al sujeto como a su entorno. Se resalta la importancia de que sea detectado y tratado lo más tempranamente posible ya que es un trastorno que surge en la niñez. A su vez, se da cuenta de la relevancia del tratamiento farmacológico para mejorar la calidad de vida del paciente y “para darle la oportunidad de saber lo que es vivir sin ese trastorno” y se reclama “actuar sin prejuicios ni preconceptos”. (Valiño & Casarotti, 2007)

En el año 2009 continúa la producción sobre la temática del TDAH con dos investigaciones de carácter diverso. Por un lado, el médico psiquiatra pediátrico Gabriel Rossi trata el TDAH en población de usuarios problemáticos de drogas. Se sostiene que existe una alta prevalencia entre el trastorno por abuso de drogas (TAS) y el TDAH. A través de una investigación con población de consumidores de drogas atendidos en el Hospital Maciel, se llega al resultado de que un 27,5% de la muestra presenta TDAH. Para finalizar, el autor señala la importancia de estudiar el tema en población de usuarios problemáticos de drogas. (Rossi, 2009)

Por otro lado, el mismo año se publica el trabajo de las psiquiatras pediátricas Laura Viola y Gabriela Garrido denominado “Características epidemiológicas del trastorno por déficit atencional en los escolares uruguayos”. En esta investigación se destaca la relevancia del trastorno por déficit atencional por ser el trastorno neuropsiquiátrico más común en la infancia, por su comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, por su repercusión en los aprendizajes y por la asociación que tiene con comportamientos antisociales y trastorno por abuso de drogas. Las autoras afirman que es importante para la salud pública el diagnóstico y el tratamiento oportuno del TDAH, así como conocer las características epidemiológicas del trastorno en los diferentes países de América Latina, a fin de profundizar en sus particularidades y cotejar con datos de investigaciones internacionales. (Garrido & Viola, 2009)

Para finalizar, en el último año que se registra producción sobre el TDAH en la Revista de Psiquiatría del Uruguay, es en el 2015. En momentos donde existe una discusión acerca de la medicalización de la infancia a través del diagnóstico de TDAH<sup>13</sup>, las médicas psiquiatras Ema Bitancur, Carolina Lessa y Laura Viola publican la investigación “Repercusión del metilfenidato en el perfil de reconocimiento de las expresiones faciales de emociones en escolares con tdah”. Partiendo de la base de que los niños con TDAH presentan deficiencias en las competencias emocionales y en el reconocimiento facial de emociones, se evalúa el impacto de la medicación con metilfenidato en ese aspecto. Como principal resultado de la investigación, se destaca que la respuesta clínica a la medicación con metilfenidato además de un incremento en la atención y mejoras en síntomas conductuales, parece mejorar también la decodificación de emociones, tan importante, se señala, para evitar el fracaso en las relaciones interpersonales. (Bitancur, et al, 2015)

## **5. Marco Teórico.**

Los fundamentos teóricos de la investigación, que se desarrollarán a continuación, se inician con una contextualización histórica del desarrollo de los mecanismos de control de las sociedades a través de la medicina y la educación, así como de la tutela estatal y el papel de la psiquiatría. Para ello se tomarán los conceptos teóricos de Jaques Donzelot (1998). Seguidamente, se retomará a Michel Foucault para identificar las formas en que el poder opera sobre los cuerpos y el proceso de psiquiatrización de las sociedades modernas. Luego, se utilizará las ideas de “inseguridad social” y “reindividualización” del sociólogo Robert Castel para identificar las transformaciones de las sociedades a partir de 1970 y cómo estas repercuten en el objeto de investigación. Por último, los conceptos de Viscardi y Habiaga (2017) permitirán realizar un estado de situación de las prácticas educativas en el Uruguay, así como un análisis del escenario en el que las mismas se llevan a cabo.

### **5.1 Mecanismos de control.**

En el texto “La policía de las familias” Jacques Donzelot (1998) muestra los cambios sucedidos a partir del siglo XVIII en relación con la educación de los hijos. Sobre

---

<sup>13</sup> Una de las manifestaciones de ese debate es la denuncia por parte de un movimiento social que retoma Míguez (2012) en su trabajo: “(...) desde una organización de base social como lo es el Movimiento Nacional Gustavo Volpe, a través de su Observatorio del Sistema Judicial. Tal como se expresara en el título del periódico que daba a conocer la noticia: ‘Tribunal de familia obligó a Ministerio de Salud Pública a ejercer más control sobre un medicamento con efectos neurológicos en niños’.” (Míguez, 2012:282)

mediados de dicho siglo, se alzan críticas a las costumbres educativas centrándose en los hospicios, la crianza de niños con nodrizas domésticas y en la educación artificial de los niños ricos. Las críticas en el extremo pobre del cuerpo social, referían a los pocos beneficios que el Estado obtenía de la crianza de una población que excepcionalmente alcanza una edad en la que puede devolver los gastos ocasionados. Se denunciaba, en suma, la ausencia de una economía social. En el extremo rico, se denuncia la organización del cuerpo con vistas a un uso estrictamente derrochador por el refinamiento de modales que hacen de él un puro principio de placer. Es decir, la ausencia de una economía del cuerpo. (Donzelot, 1998)

Es así que se pregonaba la conservación de los niños por parte del pensamiento social y médico, ya que este veía en los domésticos los causantes de muchos de los daños. Mediante esta conservación de los hijos se buscaba promover nuevas condiciones de educación, que contrarresten los efectos nocivos de la domesticidad sobre los niños que se les confía, y por el otro lado, obligar a que eduquen a sus hijos todos los individuos con tendencia a abandonarlos al cuidado del Estado o a la industria de las nodrizas. (Donzelot, 1998)

Durante el siglo XVIII, la doctrina médica y los consejos educativos se exponían simultáneamente. En el siglo XIX se ve una separación entre la medicina y la práctica educativa. El autor señala que en dicho siglo “la concepción maquínica” del cuerpo ya no es válida; con ella desaparece la perfecta congruencia entre doctrina médica y moral educativa. Los médicos ya no disponen de un discurso homogéneo, sino de un saber en pleno cambio, y se ven obligados a separar tácticamente el registro de los preceptos higiénicos del de la difusión de un saber.” (Donzelot, 1998: 20) Es así que se establece una nueva relación entre la medicina y la familia a través del desarrollo del médico de familia. Se crea una alianza entre el médico y la madre, donde el primero juega el rol de preparar y prescribir mientras que la madre ejecuta, ser una enfermera perfecta. (Donzelot, 1998)

En el siglo XX surgen las ayudas familiares que permiten disminuir el abandono de los hijos tanto como controlar la situación de las madres. Existe un nuevo modelo familiar basado en protagonismo del factor educativo. Sin embargo, este modelo familiar no obedece a la misma lógica en todas las clases sociales, en el caso de las familias burguesas, la pedagogía familiar responde a lo que el autor denomina “liberación protegida”. A partir de los aportes de la psicopedagogía, se controla a los niños con una “discreta vigilancia”, potenciando su desarrollo pero dentro de un campo delimitado. Por el otro lado, la familia

obrero desarrolla el modelo de “libertad vigilada”. Se busca mitigar el exceso de libertad, reducir los espacios del niño a fin de una mayor vigilancia. La escuela y la vivienda familiar funcionan como ámbitos de control. (Donzelot, 1998)

Es así como llegamos a la época actual en donde la educación (la institucional y la familiar) constituye una puerta de entrada al disciplinamiento y control de los sujetos. Vinculándolo con el problema de investigación, esta característica de las sociedades contemporáneas encuentra en el diagnóstico médico (que como en el caso del TDAH suele aparecer en el acto educativo), una fuente de transmisión del proceso disciplinario de las sociedades.

## **5.2 Psiquiatrización de las sociedades.**

Continuando con los aportes de Donzelot (1998), se desarrollarán algunos conceptos referidos a la temática de la tutela del Estado. Surgen hacia finales del siglo XIX profesiones como “asistentes sociales”, educadores y animadores que forman lo que el autor denomina como el “trabajo social”. El trabajo social surge como un apéndice de los aparatos judiciales, educativos y asistenciales previamente existentes y su principal novedad es la mayor atención que se le brinda a los problemas de la infancia. Se busca la comprensión de los mismos más que la sanción judicial. (Donzelot, 1998)

Donzelot plantea como hecho medular, la creación del Tribunal de Menores en 1912, que representa la sustitución del patriarcado familiar por un patriarcado de Estado, donde el juez cumple la función que antes tenía el padre. Significa una forma del Estado-Familia en esta sociedad tutelar. (Donzelot, 1998)

Continuando con el funcionamiento del Tribunal de Menores, se observa una disminución de las penas, las que son sustituidas por medidas educativas, ampliando así el ámbito judicial. Este Tribunal se centra en la examinación de los individuos y no en las penas por los delitos: “Desmaterialización del delito, que sitúa al menor en un dispositivo de instrucción interminable, de sentencia perpetua”. (Donzelot, 1998: 113) Psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales son los encargados de la examinación de la personalidad del niño o niña y de su entorno.

Se desarrolló una vocación educativa dentro del aparato judicial debido a que el sistema penal ya no era suficiente para contener a los “niños irregulares”, se debía buscar otra solución, la que se encontró en la educación con mandato judicial. Cobra fuerza la

psiquiatría en Los Tribunales de Menores como forma de control de las actividades educativas. (Donzelot, 1998)

Existe una transformación, entonces, de la psiquiatría que deriva en la ampliación de su función social. Esto es consecuencia, además de sus críticas internas, de una demanda que surge de los diferentes aparatos sociales que se encuentran en crecimiento. La ampliación del sistema escolar, que surge de su nueva obligatoriedad y gratuidad, hace que en él ingrese una masa de individuos sin mucha disposición a la aceptación de la disciplina escolar. Es allí donde juega su papel la psiquiatría con el diagnóstico y la orientación de los “inadaptados escolares”. La psiquiatría, junto con el aumento de los equipos interdisciplinarios y la importancia de los técnicos en los centros educativos, ha sido la disciplina a través de la cual se asentó la actual ampliación del diagnóstico de enfermedades mentales tales como el TDAH.

Es así que: “Después de haber sido una simple técnica de gestión de reclusos, la disciplinarización, extendida a los grandes dominios de la vida social, se convierte en la principal superficie de emergencia de la locura y de la anormalidad” (Donzelot, 1998: 130)

A continuación, el autor describe el surgimiento del psicoanálisis en el tribunal de Menores. Supone de gran utilidad para los defensores de prevenir la inadaptación infantil debido al interés que muestra por la organización familiar y por su vocación pedagógica. Surge así una “psiquiatría corregida por el psicoanálisis”. Se produce una discusión entre psiquiatras y educadores en relación al proceso educativo. Los primeros, se basan en la definición de “perverso” como individuo ineducable, incorregible, mientras que los educadores, a través del psicoanálisis, sostienen la educabilidad a priori de todos los niños. El psicoanálisis lleva al educador hacia una posición privilegiada, a través de su relacionamiento con el delincuente, controla sus identificaciones y proyecciones. “He aquí en su totalidad el nuevo paisaje de la educación vigilada”. (Donzelot, 1998: 145)

Así, de rival del juez que era, el psiquiatra, con el psicoanálisis, se convierte en su indispensable aliado, en el paso necesario para controlar a través de un código homogéneo el encadenamiento infinito de las prácticas de prevención. Proporciona a la acción educativa una técnica de intervención que limita la imprevisibilidad de la benevolencia y los azares del deseo educativo (Donzelot, 1998: 149)

El papel de la “encuestadora social” toma preponderancia a través de una evaluación dinámica familiar, la conversación con la familia adopta un carácter fundamental. Se

modifican las experiencias de asistencia, de represión y el “complejo tutelar” borra sus fronteras internas y hace imperceptible las externas. (Donzelot, 1998)

En el proceso de diagnóstico y tratamiento del TDAH se puede visualizar una importancia de los técnicos que tratan tanto con los niños como con sus familias, estableciendo pautas de educación a partir del control de las conductas y la vigilancia de las dinámicas familiares. Estos técnicos (psicopedagogos, psicólogos, neuropediatras, etc.) forman parte de lo que Donzelot llama “trabajadores sociales” y son los encargados de ampliar el radio de acción de las instituciones judiciales y educativas. Es por esto que, en esta investigación, se los consideró como actores protagónicos de los que resulta importante relevar su discurso y problematizar sus prácticas.

### **5.3 Control sobre los cuerpos.**

Los aportes de Michel Foucault resultan de gran utilidad para introducirse en un eje teórico central en el trabajo: el estudio de cómo el poder opera sobre los cuerpos. A partir de ahí, surgen conceptos claves como disciplinamiento, control y normalización, que funcionan como elementos estructurantes de la investigación.

En primer lugar, el autor plantea que en el saber transmitido se encuentra una manifestación del poder. A pesar de su apariencia positiva, el conocimiento que se brinda en la institución de enseñanza, funciona a través de un mecanismo de represión tanto como de exclusión: “exclusión de aquellos que no tienen derecho al saber, o que no tienen derecho más que a un determinado tipo de saber; imposición de una cierta norma, de un cierto filtro de saber que se oculta bajo ese aspecto desinteresado, universal, objetivo del conocimiento” (Foucault, 1992: 32). En todo acto de enseñanza institucional se encuentra, entonces, un poder oculto operando. En este sentido, se distingue a las instituciones educativas de las prisiones, en el entendido de que en estas últimas el poder puede manifestarse abiertamente, sin necesidad de ocultarse y se justifica de una forma moral. (Foucault, 1992) Sin embargo, en el ámbito de la enseñanza, no es posible que se manifieste de esa manera, debe pasar inadvertido. De esta forma, uno de los escenarios protagónicos de la investigación, las prácticas educativas y las instituciones de enseñanza, constituyen una fuente y mecanismo de transmisión del poder.

Al mismo tiempo, Foucault presenta a la psiquiatría como otra disciplina central de esta transmisión, de la que es necesario visualizar y problematizar sus prácticas. El

manicomio constituye un mecanismo de represión y de normalización de los individuos, pero el poder no se manifiesta únicamente allí:

la psiquiatría se prolonga en ramificaciones que van mucho más lejos, que se encuentran en los asistentes sociales, los orientadores profesionales, los psicólogos escolares, los médicos que hacen psiquiatría de sector - toda esta psiquiatría de la vida cotidiana que constituye una especie de tercer orden de la represión y de la policía-. (Foucault, 1992:40)

La psiquiatrización de la sociedad constituye un mecanismo de poder que se da también en el exterior del manicomio, en la vida cotidiana, con intervenciones orientadas a la normalización de los individuos. El autor plantea que: “Cuando un juicio no puede enunciarse en términos de bien y de mal se lo expresa en términos de normal y de anormal” (Foucault, 1992: 41). Es así que, a través de disciplinas como la psiquiatría, aparece el valor de la norma como una nueva ley de las sociedades modernas. Se delimita la frontera exterior de lo anormal, se compara, jerarquiza, homogeniza y excluye, es decir, se normaliza. Desde la enseñanza, la normalización está dada por la condena a ciertos comportamientos que quedan por fuera de las pautas establecidas. Desde la psiquiatría y el poder médico, diagnósticos como el del TDAH pueden relacionarse con una penalización a la ruptura de las normas generales de la salubridad. (Foucault, 2008)

Foucault (2008) señala que desde la edad clásica, el cuerpo se presenta como un objeto y blanco de poder. Se resalta la importancia que tiene el cuerpo en la transmisión de poder, “cuerpo que se manipula, al que se da forma, que se educa, que obedece, que responde, que se vuelve hábil o cuyas fuerzas se multiplican.” (Foucault, 2008: 125) A través de ese control, es que se buscan cuerpos dóciles, es decir: “un cuerpo que puede ser sometido, que puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado.” (Foucault, 2008: 125) Pero el poder, manifestado en el control sobre los cuerpos, necesita de ciertos mecanismos que permitan una coerción ininterrumpida, estos mecanismos son las disciplinas.

A estos métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad, es a lo que se puede llamar las "disciplinas". (Foucault, 2008: 126)

De esta forma, el cuerpo humano es penetrado y manipulado por la disciplina, con la finalidad de que el poder ingrese en las subjetividades, y se desarrolle a partir de los conceptos de utilidad tanto como de obediencia.

La disciplina fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos "dóciles". La disciplina aumenta las fuerzas del cuerpo (en términos económicos de utilidad) y disminuye esas mismas fuerzas (en términos políticos de obediencia). En una palabra: disocia el poder del cuerpo; de una parte, hace de este poder una "aptitud", una "capacidad" que trata de aumentar, y cambia por otra parte la energía, la potencia que de ello podría resultar, y la convierte en una relación de sujeción estricta. (Foucault, M.; 2008: 127)

Los procesos disciplinarios van moldeando las características de los sujetos, partiendo de una demarcación de lo normal. Se crean nuevas subjetividades con un doble propósito: utilidad y obediencia.

Junto a esto, y vinculando los conceptos con el objeto de estudio, resulta pertinente destacar la importancia que adquiere en este sentido, el proceso de aumento del diagnóstico de enfermedades mentales, como proceso disciplinario, y la medicalización de la niñez en el Uruguay, funcionando como un control sobre los cuerpos. Ambos procesos significan dos caras de la misma moneda, a través del diagnóstico es que opera una disciplina que moldea las subjetividades, por su parte el proceso de medicalización puede ser visto como una forma de manipular, sujetar y perfeccionar el cuerpo. Es así que control y disciplinamiento funcionan juntos como sujeción de las voluntades.

#### **5.4 Riesgo e inseguridad social.**

Partiendo de los aportes teóricos del sociólogo Robert Castel (2003), es posible dar cuenta del proceso a través del cual las sociedades han ido incrementando su sensación de peligro e inseguridad social fruto de la aparición de una nueva generación de riesgos. Castel define riesgo como "un acontecimiento que compromete la capacidad de los individuos para asegurar por sí mismos su independencia social" (Castel, 2003: 35). A su vez, el autor sostiene que el riesgo, en su concepción clásica, refiere a un acontecimiento previsible del que puede estimarse la probabilidad de que ocurra.

La existencia de una marcada percepción de riesgo social por parte de las poblaciones, no quiere decir que nos encontremos efectivamente en una sociedad sin protecciones; puede significar, en cambio, que esas protecciones se encuentren amenazadas. A partir del debilitamiento de los Estado-nación social y el aumento de los poderes

transnacionales, los individuos y grupos sociales se encuentran en una mayor situación de vulnerabilidad, producto de los cambios socioeconómicos producidos desde mediados de la década de 1970 y su incapacidad por dominarlos. Esta situación deriva en un estado de inseguridad frente al porvenir, es decir, un aumento de la sensación de riesgo. A su vez, en la actualidad existe una mayor demanda de seguridad, lo que genera mayor sensibilidad al riesgo debido a la imposibilidad de satisfacer dicha demanda.

Las sociedades contemporáneas presentan una nueva generación de riesgos o peligros que tienen un carácter imprevisible, no siguen patrones lógicos y generan daños incalculables. Para enfrentarlos, no es posible actuar de la misma forma que se hacía con los riesgos clásicos, es necesario prevenir en base a anticipar lo peor y aplicar medidas para evitarlo. (Castel, 2003) Sumado al concepto de riesgo social, el autor plantea la importancia de la idea de población de riesgo, es decir de grupos de personas de la sociedad que son vistos como peligrosos. Castel se refiere al “retorno de las clases peligrosas” para dar cuenta del proceso actual mediante el que se cristalizan las amenazas de una sociedad en grupos particulares. (Castel, 2003) La respuesta de encierro en cárceles o en instituciones psiquiátricas para personas que representaban peligro en la sociedad no presenta funciones preventivas, es por eso se utiliza el concepto de grupos o poblaciones peligrosas para intervenir sobre ellos antes que el delito o la locura se produzcan. En términos del autor:

Otra cosa sucede si se razona en términos de población de riesgo, porque no tenemos que esperar que se produzca un acto indeseable, no se constata un peligro sino que se construye una combinatoria de factores, susceptibles de producirlo, que lo hacen más o menos probable. Así se observan grupos que uno puede sospechar que van a producir problemas, gente sin trabajo, personas que tienen una familia disociada, que viven en un barrio muy pobre, muy carenciado o que en algún momento cometieron un delito, que pueden ser de origen extranjero, pueden ser todos estos factores de riesgo. (Castel, 2008: 3)

El concepto de riesgo tiene una vital importancia en las sociedades contemporáneas, a través de él se logran estructurar y moldear los comportamientos de las personas. El ámbito médico también responde al concepto de población de riesgo: a través de una patologización de la vida cotidiana se penalizan las conductas peligrosas.

En cuanto a la inseguridad social, Castel afirma que a la vez de mantener viva la pobreza, funciona como principio de desmoralización y disociación social, disolviendo lazos sociales y socavando las estructuras psíquicas de los individuos. El Estado en su rol

social, es un reductor de riesgos. A través de las obligaciones y los derechos que garantiza, el Estado constituye un vasto de seguro. A partir de los comienzos de la década de 1970, el proceso de mundialización por el que atraviesa el sistema capitalista, redundando en una pérdida de poder del Estado-nación, que cada vez es menos capaz de mantener el equilibrio social. A través de la movilidad y flexibilización de las relaciones laborales, se profundiza en una dinámica de descolectivización, reindividualización y de aumento de la percepción de inseguridad. (Castel, 2003) Las nuevas formas de desarrollo del sistema capitalista, requieren nuevas formas de control social. A su vez, estos procesos de descolectivización y de reindividualización llevan a explicaciones individuales de los fenómenos.

La medicalización de la niñez, además de una nueva forma de control, puede ser vista como un ejemplo de pérdida de perspectiva social a la hora de enfrentar los problemas de las sociedades. Como señala Martinhago (2017), la medicación es una forma de ignorar aquello que el comportamiento está intentando decir. La medicalización pretende transformar los problemas sociales en problemas individuales. El niño, siguiendo esta idea, es el único responsable de su comportamiento. (Martinhago, 2017)

### **5.5 Inclusión, conflicto y resistencia.**

A partir de Viscardi y Habiaga (2017), resulta pertinente particularizar en el Uruguay, identificando las dinámicas pedagógicas y los escenarios en los que se desarrollan las prácticas educativas en nuestro país. Se parte de la base de que aún hoy, la finalidad que se le asigna a la educación formal es la de actuar como un dispositivo de integración social, a través de la transmisión de determinados conocimientos y valores. De esta forma, las prácticas pedagógicas, las rutinas dentro de las aulas, la organización institucional del sistema educativo y los resultados obtenidos son valorados de acuerdo a la capacidad que tengan los sistemas educativos para favorecer la integración de los sujetos en la sociedad. (Viscardi & Habiaga, 2017)

Esta visión integradora e inclusiva de la educación, tuvo en el Uruguay a José Pedro Varela como su máximo defensor y exponente. El ideal vareliano forma parte medular del imaginario colectivo que rodea a la educación formal de nuestro país. Sin embargo, en la actualidad esos valores de universalidad se encuentran en conflicto con las circunstancias coyunturales características de un cambio de época. Se observan cambios generacionales así como transformaciones socioculturales, que se reproduce en la cotidianeidad de los centros educativos donde prima la segmentación, haciendo tambalear a los valores fundantes de la

escuela pública uruguaya de finales del siglo XIX. He aquí uno de los desafíos de la educación en la actualidad. (Viscardi & Habiaga, 2017)

Es posible detectar una pérdida de eficacia de los mecanismos disciplinares dentro de los centros educativos. Determinadas normas y valores que son exigidos en estas instituciones se encuentran con la barrera de una pérdida de legitimidad simbólica, generando conflictos y frustraciones en los sujetos participantes del acto educativo. El respeto, como categoría analítica, supone uno de esos valores que docentes reclaman y denuncian su incumplimiento. Ese respeto es entendido como respeto a la autoridad docente y está sostenido desde la importancia que se le atribuye al saber y al lugar del cargo. Se busca la legitimación de las jerarquías, valorando como negativa toda actitud que vaya contra la autoridad, priorizando la no acción:

El silencio como símbolo de orden y escucha que conlleva al “elogio a la invisibilidad”, la condena del conflicto y su mirada desde un enfoque de seguridad y la relación comunidad/estado en términos de exclusión de la primera en aras de la primacía de una “razón universal” que la segunda representaría. (Viscardi & Habiaga, 2017)

A través de este proceso, se refuerza la distancia entre alumnos y docentes, gana protagonismo la visión del joven como un “otro ineducable” derivada de la contradicción entre los antiguos mecanismos disciplinarios y las nuevas normas existentes. Es así que esta tensión y estos conflictos que caracterizan las últimas décadas, son el resultado de la defensa de ciertos valores, a veces autoritarios, que no acompañan a las particularidades del mundo social de los jóvenes. (Viscardi & Habiaga, 2017)

Se sostiene que la defensa de la inclusión como valor fundamental de la educación formal, da cuenta de la existencia de una educación excluyente. El problema principal no es la falta de acceso sino las dinámicas de exclusión que se dan dentro de esa inclusión educativa. Se señala la década del 90 como crucial, donde se observan estas dinámicas y junto con ellas, la consolidación de un discurso conservador acerca de la naturaleza de los jóvenes. A partir de allí, existe un crecimiento y una consolidación de los diagnósticos sociales, que influenciaron fuertemente en los imaginarios acerca de la capacidad integradora de la educación. Es así que los reclamos de integración surgen y se desarrollan en épocas donde menos se creía en las posibilidades de integración social de las poblaciones más pobres. Es a mediados de esta década, donde se intenta llevar a cabo la reforma educativa impulsada por Germán Rama, que se consolidan medidas orientadas a un modelo

de control social relacionado con la defensa de la institución y aumentando las tendencias disciplinarias. Es allí donde se instalan los equipos multidisciplinarios en varios centros educativos, prolifera la vigilancia policial y la instalación de alarmas y rejas en los centros. (Viscardi & Habiaga, 2017)

En cuanto al panorama de la educación de nuestro país en la actualidad, se afirma que nos encontramos en un período donde la educación se encuentra atravesando “una vertiginosa necesidad de redefinición de sus objetivos, y prácticas.” (Viscardi & Habiaga, 2017: 134) En los comienzos del Estado uruguayo, la educación jugaba un papel político vinculado a la consolidación del ciudadano. Más adelante, se relacionaba a la economía y la preparación para el mercado laboral. Por su parte, en la actualidad la educación está abocada a una reconfiguración que permita la funcionalidad, la subjetividad, la participación y la inclusión, todas ellas atravesadas por una fuerte fragmentación social. (Viscardi & Habiaga, 2017)

Las autoras establecen una relación entre este estado de situación de la educación uruguaya en la actualidad y la creciente importancia de los diagnósticos. Estos desafíos actuales y los conflictos que de ellos surgen, sostienen, se han simplificado en una demonización de los estudiantes y una victimización de los docentes que deriva en una imposibilidad de educar. La expansión de la matrícula escolar es tomada como causante de los crecientes problemas en la educación, instalándose en el docente el discurso de que es imposible trabajar con otro caracterizado por la carencia, la ineducabilidad, la enfermedad. A través de ese proceso, señalan, se construye una patologización de los alumnos, se crea la necesidad de especialistas que señalen la carencia de los otros. De esta forma “la relación pedagógica es atravesada por el diagnóstico, la medicalización y la derivación de aquellos que no se ajustan a las formas de lo escolar.” (Viscardi & Habiaga, 2017: 143) Estas prácticas están signadas por la apelación a la normalidad. Existen prácticas de conocer que son lineales y homogéneas y aquellos que se alejen de estas normas significarán un conflicto que deberá ser resuelto a través de la utilización de instrumentos tales como el diagnóstico, es decir, de “dar cuenta de la otredad de la manera más exacta posible” (Viscardi & Habiaga, 2017: 146).

## **6. Problema de investigación.**

Este trabajo se propone indagar acerca del diagnóstico de TDAH considerándolo como un dispositivo de disciplinamiento de la niñez uruguaya. A partir de allí, se busca estudiar su proceso histórico y sus manifestaciones actuales.

### **6.1 Objetivo general.**

Analizar la utilización del diagnóstico y tratamiento del TDAH como mecanismo de normalización, disciplinamiento y control de los cuerpos de niñas y niños uruguayos, considerando el discurso científico, su aplicación y su divulgación.

### **6.2 Objetivos específicos.**

- Describir el proceso histórico que se ha dado en nuestro país, de construcción y legitimación del TDAH como término médico, centrándose en el uso dado por la Revista de Psiquiatría del Uruguay.
- Analizar de qué forma se manifiesta el poder psiquiátrico en el proceso educativo, a partir del discurso de los técnicos.
- Estudiar la divulgación científica de la temática a través de redes sociales, como proceso de construcción de hegemonía por parte del saber-poder médico, en la sociedad.

### **6.3 Preguntas de investigación.**

- ¿Cuándo surge y cómo se ha ido legitimando el término de TDAH en el Uruguay?
- ¿Cómo se representa actualmente en la educación uruguaya, el poder que ha adquirido la psiquiatría a partir del siglo XIX?
- ¿De qué forma las informaciones divulgadas a través de redes sociales buscan legitimar el diagnóstico y tratamiento del TDAH en la niñez uruguaya?

## **7. Metodología de la investigación.**

A continuación se pasará a explicar las estrategias metodológicas que se utilizaron para la recolección y el análisis del material empírico, a fin de cumplir con los objetivos planteados en la investigación.

Para llevar a cabo el proyecto se utilizó un diseño cualitativo. Teniendo en cuenta el marco conceptual, se consideró este diseño como el adecuado para llevar adelante la investigación, ya que permite realizar un acercamiento a las percepciones de los protagonistas de la temática, observar su visión sobre el fenómeno estudiado y analizar cuál

es el significado que le atribuyen a sus acciones. En la investigación cualitativa se pondera la visión del investigado por sobre la del investigador o la literatura que exista al respecto. (Batthyány & Cabrera, 2011) A su vez, tal como señala Alonso (2003) la investigación cualitativa tiene la finalidad de “interpretar las estructuras del mundo de la intersubjetividad, o mundo social, que constituye la experiencia cotidiana.” (Alonso, 2003:52)

Fue la intención de este trabajo, abordar la problemática a partir del análisis de los discursos expertos procedentes de tres espacios diferentes que permitieron aproximarse a la globalidad del fenómeno social.

En primer lugar, se buscó relevar el discurso científico, específicamente el promovido por el poder psiquiátrico, a través del análisis de los artículos publicados en la Revista de Psiquiatría del Uruguay.

En segundo lugar, se creyó pertinente centrarse en cómo este saber-poder médico es aplicado en la realidad cotidiana de los centros educativos. Es así que se analizó el discurso de técnicos que trabajan con niños y niñas de la zona metropolitana en edad escolar, en el diagnóstico y/o tratamiento del TDAH. En este punto, es necesario aclarar que se optó por el análisis del discurso tanto de técnicos con la potestad de realizar un diagnóstico, como es el caso de psiquiatras y neuropediatras; como de aquellos que no poseen esa posibilidad de diagnosticar pero sí cumplen una función importante en la detección y en llevar a cabo el tratamiento, por ejemplo psicólogos, psicopedagogos o maestros con especialidades en la temática. La importancia de relevar el discurso de los técnicos surge de identificarlos como la vía de transmisión, a través del saber, del poder médico en la educación de los niños. Vale aclarar que por razones de tiempo y recursos (económicos y humanos), no fue posible relevar en mayor medida el discurso de los maestros. Considerándolos como uno de los actores principales, que brindarían información de primera mano acerca de la manifestación de la problemática en el proceso educativo, se plantea la posibilidad de relevar su discurso en una futura investigación que amplíe los objetivos y los resultados obtenidos en el presente trabajo.

Por último, a través de los aportes de Fernanda Martinhago (2017) para el caso de Brasil, se creyó pertinente aplicar en esta investigación, la idea de estudiar las redes de divulgación mediante las que se brinda información a la sociedad acerca del trastorno en nuestro país. De esta forma, se analizaron las redes sociales y eventos de divulgación como mecanismos de legitimación del saber médico.

La técnica de investigación utilizada para relevar tanto el discurso de las publicaciones de la Revista de Psiquiatría, como de las redes de divulgación fue el análisis documental. Se creyó pertinente trabajar con fuentes de datos secundarios en ambos casos, a fin de recolectar el discurso institucional. La técnica de investigación documental, tal como sostiene Valles (2000) permite relevar información a partir de materiales producidos en contextos naturales, es decir sin la presencia del investigador que pueda generar un cambio en las reacciones de los grupos investigados. A su vez, el estudio de documentos logra dar historicidad al problema de investigación ya que los archivos perduran en el tiempo. (Valles, M.; 2000)

Tal como se señaló anteriormente, se optó por las Revistas de Psiquiatría del Uruguay por ser el órgano de producción oficial de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y como tal, una fuente de producción de hegemonía en el ámbito científico. Las publicaciones seleccionadas serán analizadas a partir de los principales conceptos teóricos que guían la investigación, centrándose específicamente en la idea de poder que presenta Foucault y en dos conceptos teóricos fuerza: disciplinamiento y normalización.

Para el caso del estudio de las redes de divulgación, se tomó la página web del Núcleo de Innovación e Investigación TDAH- Uruguay junto con sus publicaciones en redes sociales a través de tres páginas distintas. Esta selección fue dada tras una búsqueda a través de internet de las principales fuentes de información sobre el TDAH, obteniendo como resultado esta página como la más referenciada en Uruguay.<sup>14</sup> Se realizó un análisis documental tanto de las publicaciones en Facebook como de las informaciones presentes en la página web, a través de los conceptos teóricos que transversalizan la investigación, prestando mayor interés en los términos expuestos por Donzelot de complejo tutelar y de educación vigilada. A su vez, se retomó el concepto de hegemonía del teórico Antonio Gramsci (1981) entendida como la capacidad que tienen los grupos dominantes de que sus intereses particulares de clase, sean adquiridos por el conjunto de la sociedad como valores universales. De esta forma, se observó cómo se manifiesta la búsqueda de hegemonía en la

---

<sup>14</sup> Las páginas de Facebook que se tomaron en la muestra son, por un lado “Déficit de Atención e Hiperactividad. TDAH Uruguay” ([https://www.facebook.com/deficitdeatencionuy/?ref=br\\_rs](https://www.facebook.com/deficitdeatencionuy/?ref=br_rs)) con 814 seguidores hasta la fecha de relevamiento. Por otro lado se seleccionó la página “Consultorio Psicólogo Fernando Bryt - TDAH Uruguay” (<https://www.facebook.com/TDAH.Montevideo.Uruguay/>) que cuenta con 1798 seguidores hasta la misma fecha. Por último se tomó la página “Psicólogos en Montevideo” (<https://www.facebook.com/PsicologosenMontevideo/>) a la que siguen 24336 usuarios de Facebook. Las tres cuentas están administradas por el Psicólogo especialista en TDAH Fernando Bryt.

sociedad civil a través de la divulgación de los conocimientos científicos en redes sociales. (Gramsci, 1981)

Por su parte, con el fin de relevar el discurso de los profesionales se optó por la técnica de entrevista. Corbetta (2007) define a la entrevista cualitativa como una conversación provocada por el entrevistador a sujetos seleccionados en la investigación, con un esquema de preguntas flexible y no estandarizado. (Corbetta, 2007) Esta técnica permite una interacción con el entrevistado con el fin de acercarse a su discurso. (Valles, M., 2000) Dentro de las diferentes modalidades de entrevistas, se optó por la entrevista semi-estructurada, es decir realizada a través de una pauta de preguntas que se fue modificando tanto en el orden, como en la formulación, teniendo en cuenta las respuestas del entrevistado. Esta técnica permite que el entrevistado hable con más libertad y genera mayor flexibilidad en la realización de las preguntas. Los principales ejes que transversalizaron la pauta de entrevista fueron: cómo es el proceso de detección y diagnóstico del TDAH, qué implicancias tienen en la vida de los niños dentro y fuera de las prácticas educativas, cuál es el rol que juega la familia y cómo es el tratamiento que se les brinda.

El universo de estudio está formado por profesionales que trabajan en el ámbito de la salud y/o la educación en el Uruguay, que se encuentran vinculados al proceso de detección, diagnóstico y/o tratamiento del TDAH.

La población seleccionada son los documentos publicados en los archivos de la Revista de Psiquiatría del Uruguay, las publicaciones en Internet encargadas de la divulgación del conocimiento científico sobre el TDAH y los profesionales en el área metropolitana que trabajan en la detección, el diagnóstico y el tratamiento del TDAH.

Para cada población se generó una determinada muestra. Para el caso de las Revistas de Psiquiatría la muestra está delimitada por las publicaciones vinculadas a la temática desde su año de creación hasta diciembre de 2017 (última publicación realizada hasta el momento). Para la selección de la muestra de los técnicos se tomó en cuenta que esta sea aleatoria y diversificada, realizando ocho entrevistas a diferentes profesionales (psiquiatras, psicopedagogos, maestros, psicólogos). El período de estudio para el caso de las entrevistas, fue el comprendido entre los años 2015 y 2016. Por último, se optó por las publicaciones escritas por el “Núcleo de Investigación e Innovación sobre TDAH y Adicciones: TDAH Uruguay” tanto en su página oficial como en sus redes sociales desde su creación hasta setiembre del 2018.

En cuanto al criterio de corte de la muestra, tanto para las entrevistas como para los datos obtenidos a través de los análisis documentales, se utilizó el criterio de saturación teórica, donde se dejan de recabar datos una vez que estos ya no significan un aporte nuevo para el análisis. (Aguilar, 1999)

## **8. Análisis.**

### **8.1 Introducción al análisis.**

El análisis surge a partir de los datos recabados a través de las técnicas de investigación desarrolladas anteriormente (entrevistas y fuentes documentales), estructuradas por los conceptos teóricos que guían la investigación y pretendiendo responder a los principales objetivos que se plantearon en el trabajo. Es así que el análisis se presentará a continuación en una serie de apartados que dan cuenta de los hallazgos obtenidos a partir de los objetivos, así como los emergentes que han surgido de este proceso. El primer apartado refiere a una contextualización histórica del proceso de legitimación del TDAH como término médico, resultado del análisis de las Revistas de Psiquiatría del Uruguay. Se tomaron en cuenta términos médicos que referían a trastornos con características similares al TDAH, hasta llegar a la utilización del término en cuestión. Los siguientes sub capítulos refieren a los hallazgos obtenidos en las entrevistas realizadas a técnicos, basándose en las manifestaciones del poder psiquiátrico, a partir de las prácticas educativas. Por último, se desarrolla un análisis de la implicancia que tiene la divulgación científica en la legitimación de los procesos que rodean al diagnóstico y tratamiento del TDAH como una enfermedad mental característica de esta época.

### **8.2 Abriéndose caminos: proceso de legitimación del TDAH.**

Las publicaciones seleccionadas de las Revistas de Psiquiatría del Uruguay<sup>15</sup> presentan diferentes abordajes, puntos de partida y conclusiones, a la vez que no siempre comparten la temática central; sin embargo cuentan con algo en común, la patologización de ciertas conductas observables en la infancia. El surgimiento y uso mismo del término TDAH deriva de un proceso histórico atravesado por el estudio de características “anormales” en los sujetos con el foco puesto principalmente en la (falta de) atención y los

---

<sup>15</sup> Si bien la Revista de Psiquiatría es el órgano oficial de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, es posible encontrar otras publicaciones y artículos que traten sobre la temática con diferentes perspectivas y escritos en épocas distintas. El siguiente análisis se limitará a los artículos publicados en la mencionada revista.

problemas de comportamiento. Características que, si bien abarcan una amplitud de “patologías” en la actualidad, están presentes de manera protagónica dentro de la sintomatología del TDAH. Es por ello que se tomaron los estudios publicados que atendían estas dos temáticas, de forma conjunta o separada, como antecedentes de lo que hoy conocemos como TDAH.

A través del estudio de cuatro componentes principales y de su evolución a lo largo de las diferentes publicaciones, es que se analiza cómo ha sido el proceso de legitimación del TDAH. Estos son: nombre de la “patología” (8.2.1), cómo es explicada (8.2.2), cómo se manifiesta (8.2.3) y cuál es el tratamiento recomendado (8.2.4). El siguiente cuadro de análisis incorpora estos elementos para cada una de las revistas seleccionadas como fuente de información.

<b>Año</b>	<b>Cómo nombra la “patología”</b>	<b>Cómo es explicada</b>	<b>Cómo se manifiesta</b>	<b>Tratamiento recomendado</b>
1946	Niños difíciles/niños deficientes de la inteligencia y del carácter	Problemas del carácter y de la inteligencia tienen origen en cuestiones hereditarias. Se identifica al alcoholismo, sífilis y tuberculosis como algunos de los causantes de las anomalías mentales del niño	“Débil inestable”: “agitado, sin cesar en su movimiento, incapaz de fijar su atención.” “Débil apático”: niños que no despiertan gran interés por el trabajo o el juego.	Se aboga por la unión del tratamiento médico con los métodos pedagógicos
1949 A	Anomalías de la conducta infantil	Amplía el concepto de conducta con la intencionalidad como carácter principal. Influencia del estado físico, nivel mental y factores emocionales y traumatismo sexual.	a) Espontaneidad de movimientos; b) Persistencia de movimientos fuera del estímulo provocador; c) variación de dirección en los movimientos persistentes (...)	Sesiones psicoterápicas. Tratamiento con un psicoterapeuta
1949 B	Irregulares del carácter	Conductas que se apartan de la norma en la infancia.	Conductas relacionadas a: acciones ilegales con intervención de policía y jueces, “anormalidades sexuales” o niños que dan trabajo a maestros por “su escaso interés en el estudio.”	La escuela hogar se presenta como una solución para apartar y encausar a los niños que presenten conductas irregulares
1951	Exploración de la modalidad atencional (Test)	Test de lectura denominado Test de Radecki donde se estudian los mecanismos de la atención.	Problemas con la elaboración intelectual, sensorial, con la utilización pensante, con la eficiencia mnemónica, afectivos y activos de la personalidad.	Dada la importancia que la modalidad acomodativa atencional tiene, toda técnica que ayude a explorar sutilmente sus mecanismos, será igualmente valiosa.
1972	Problemas emocionales y de la conducta junto con las dificultades en el aprendizaje escolar.	Relación entre las alteraciones emocionales y los problemas en el aprendizaje. Problemas emocionales previos que se hacen notorios una vez que el niño llega a la actividad escolar. Importancia del clima familiar.	Alteraciones en la conducta, donde se observan conductas nerviosas, inquietud psicomotriz, movimientos anormales, hábitos anormales, entre otras.	
1973	Violencia y ansiedad,	Se relacionan las conductas ansiosas de los niños con	Conductas ansiosas. Características violentas.	Atención puesta en el acontecimiento o en el hecho

	fenómeno actual en psiquiatría infantil.	características violentas. Se los cataloga como psíquicamente enfermos a pesar de relacionar los acontecimientos de las estructuras sociales con las conductas individuales.		social y desde allí, con las repercusiones propias de cada individuo, se irá hacia ese niño psíquicamente enfermo de nuestro tiempo.
1975	Trastornos de conducta/ Irregulares del Carácter/ Inadaptados familiar y/o escolar.	Niño como inadaptado familiar y/o escolar. Habiendo sufrido experiencias familiares negativas, posee una bajísima tolerancia frente a situaciones frustrantes. No ha cumplido las etapas normales de la evolución del Yo. Las relaciones madre-padre-hijo, están profundamente deterioradas o no existen; esta situación se repite en la relación Escuela-alumno	Graves trastornos de conducta. Relación con la calle. Hurtos y juegos sexuales. Bajísima tolerancia frente a situaciones frustrantes. Menor capacidad para enfrentar responsabilidades, percibir la realidad y prever las consecuencias de sus actos. Agresividad	Dentro de la Escuela Hogar: 1) Maestros especializados 2) Talleres donde se sublima su agresividad transformándolos en elementos constructivos 3) Clínica; médico psiquiatra y maestra psicóloga, realizan tratamiento medicamentoso y psicoterápico de los niños y de sus padres.
1987	Ansiedad			Valor adquirido por los medicamentos benzodiazepínicos en el tratamiento, imprescindibles para el uso terapéutico. Plantea el estudio del uso de otras drogas..
2007	Trastorno por déficit atencional residual (TDA-R)	Un 4.4% de la población general presenta este trastorno. Problemas sociales, laborales y familiares tanto al sujeto como a su entorno. Importancia de que sea detectado y tratado lo más tempranamente posible ya que es un trastorno que surge en la niñez.	Comienza en la edad infantil, En adultos puede no aparecer con sus “características sintomáticas” sino con fenotipos. Tarea diagnóstica difícil; por esa razón, sus diagnósticos diferenciales son fundamentales. Es esencial la experiencia del clínico.	Tratamiento farmacológico. Importante para mejorar la calidad de vida del paciente y para darle la oportunidad de saber lo que es vivir sin este trastorno. Actuar sin prejuicios ni preconcepciones, con responsabilidad sobre lo que informamos y hacemos.
2009 A	Trastorno por déficit atencional con hiperactividad	trata el TDAH en población de usuarios problemáticos de drogas	Alta prevalencia entre el trastorno por abuso de drogas (TAS) y el TDAH. 27,5% de la muestra presenta TDAH.	Relevancia del diagnóstico de TDAH y su necesaria incorporación en la semiología del paciente con abuso de drogas.
2009 B	Características epidemiológicas del trastorno por déficit atencional en los escolares uruguayos	El TDA es el trastorno neuropsiquiátrico más común en la infancia. Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. Repercusión en aprendizajes. Frecuente asociación con comportamientos antisociales y trastorno por abuso de drogas. Impacto social.	Importancia para la salud pública del diagnóstico y el tratamiento oportuno del TDAH. Profundizar en sus particularidades y cotejar con datos de investigaciones internacionales.	
2015	Trastorno por déficit atencional e hiperactividad	Partiendo de la base de que los niños con TDAH presentan deficiencias en las competencias emocionales y en el reconocimiento facial de emociones, se evalúa el impacto de la medicación con metilfenidato en ese aspecto	Los resultados evidencian un perfil descendido de reconocimiento, y con el uso de metilfenidato hay un mejor desempeño.	La medicación con Metilfenidato: incrementa la atención, mejora los síntomas conductuales y la decodificación de emociones (importante para evitar el fracaso en las relaciones interpersonales).

**Fuente: Elaboración propia.**

### **8.2.1 Antecedentes y aparición del término.**

La terminología utilizada para referir a “patologías” observadas dentro del aula, ha ido evolucionando y perfeccionando su precisión conforme la psiquiatría fue ganando terreno en la sociedad. En 1946, en la primera publicación que se tiene referencia acerca del tema, se habla de “niños difíciles” para referir a aquellos que presentan problemas de inteligencia o de carácter. Años más tarde, se comienza a hablar de “anomalías de la conducta infantil” y de niños “irregulares del carácter” basándose en la intencionalidad del desarrollo de una conducta que se aparta de la norma establecida. Ya a comienzos de la década del 50 se plantea la necesidad de un test de lectura que explore la “modalidad atencional” y los “mecanismos de atención” de los sujetos. Es así como a los estudios vinculados con la conducta en la infancia, se le suman los referidos a la atención, siendo la práctica educativa el escenario principal para observar estas actitudes. Entrando en la década de los 70, se encuentran publicaciones que comienzan a utilizar terminologías tales como “dificultades en el aprendizaje” estableciéndose vínculos con los problemas emocionales y de conducta. También surge el término “ansiedad” vinculándolo a comportamientos violentos en la niñez. Es en 2007 donde por primera vez se publica un estudio donde aparece el término de Trastorno por Déficit Atencional Residual (TDA-R) ya como una patología propia con características y tratamientos determinados.

Resulta necesario establecer una conexión entre las diversas denominaciones que han surgido en los años anteriores y la aparición del término tal cual hoy es conocido. El TDAH surge como un término nuevo pero su sintomatología fue tratada, en las diferentes revistas, como un problema principal en la infancia a lo largo del tiempo. El término viene a denominar y agrupar en un concepto médico, una serie de características que se muestran y se han mostrado como indeseables en los niños. Los “irregulares del carácter”, los “inatentos”, aquellos que presentaban “ansiedad”, tienen en la actualidad un diagnóstico que da cuenta de su enfermedad mental y establece de manera clara su otredad. (Viscardi & Habiaga, 2017) Esta evolución en los términos y en la patologización de los comportamientos, viene de la mano con la ampliación de la función social de la psiquiatría; de la respuesta a una creciente demanda disciplinadora por parte de un sistema educativo que fue ampliando cada vez más el ingreso de nuevos sectores de la población, antes excluidos de las aulas. Quienes como señala Donzelot (1998) no tienen “disposición a la

aceptación de la disciplina escolar. Es allí donde juega su papel la psiquiatría con el diagnóstico y la orientación de los ‘inadaptados escolares’.” (Donzelot, 1998: 130)

### **8.2.2 Lógicas explicativas del fenómeno.**

El origen de estos comportamientos patológicos ha sido identificado de manera variante a lo largo de los años y dependiendo del contexto. En las primeras publicaciones correspondientes a las décadas de 1940 y 1950, existe una explicación que se puede caracterizar como biologicista de los comportamientos patológicos en la niñez. Es decir, las explicaciones de las conductas anormales se centraban en factores congénitos vinculados a la biología del individuo. Como se señala en una de las publicaciones de esos años: “Si la inteligencia de un niño está en atraso, si hay trastornos de carácter que no le permiten adaptarse espontáneamente en el medio escolar, es a menudo porque lleva sobre él la pesada carga de una herencia patológica” (Heuyer, 1946: 27). De esta forma, se observa una sobredeterminación del componente hereditario en los problemas atencionales y de conducta. En otra publicación de ese período se identifica al alcoholismo, sífilis y tuberculosis como algunos de los causantes de las anomalías mentales del niño. Bajo estas lógicas explicativas, no se toma en cuenta el papel que juega el entorno social en la construcción de las subjetividades y en el desarrollo de las “patologías”.

Es a partir de la década de 1970 donde se comienza a hablar del entorno social como uno de los componentes que explican estos problemas de conducta y de aprendizaje. Esto se relaciona con el panorama internacional donde, como se dijo anteriormente, el período anterior a la publicación del DSM III estaba caracterizado por la influencia del Estado de Bienestar, que pregonaba la desinstitutionalización y donde existía una pérdida de poder de las instituciones psiquiátricas. (Bianchi, 2012) En estas publicaciones se ve principalmente una responsabilización al entorno familiar de las conductas que los niños llevan al clima escolar. Una publicación de esos años, describe a los niños de la siguiente manera: “Este niño es, por tanto, un inadaptado familiar y/o escolar, que, habiendo sufrido experiencias familiares negativas, posee una bajísima tolerancia frente a situaciones frustrantes” (Peña & Moreno, 1975). A su vez, sobre los convulsionados principios de los años 70 en nuestro país, surge la necesidad de tomar en cuenta los factores coyunturales en el estudio y análisis de las conductas infantiles. A pesar de denominarlos como “psíquicamente enfermos”, se establece una relación entre los acontecimientos de las estructuras sociales y las conductas individuales en las aulas. (Prego et al, 1973) En suma, el factor psicosocial se encontraba

presente a la hora de abordar la problemática y se tomaban en cuenta las particularidades de cada caso.

El surgimiento del término TDAH significó la consolidación del retorno a explicaciones de carácter más biológico, así como también representó la importancia adquirida por la psiquiatría en la sociedad. A nivel internacional, después de la aparición del DSM III en 1980, se estandarizaron criterios de diagnóstico que dieron como resultado la ampliación del alcance del poder psiquiátrico. Es así que en nuestro país se comienza a utilizar el término TDAH como un concepto que, por un lado, engloba una multiplicidad de características, pero que presenta también una sintomatología específica y un tratamiento determinado que estandariza su uso. La importancia de su utilización se puede observar en que funciona como una etiqueta médica que invisibiliza los factores sociales y jerarquiza la visión médico-psiquiátrica. También se resalta la importancia del diagnóstico psiquiátrico a temprana edad: “Esto y las dificultades sociales, laborales y familiares que produce en la vida del sujeto y el entorno, implican que debe ser reconocido y tratado lo más precozmente posible.” (Valiño, & Casarotti, 2007: 171) Entre la primera publicación del 2007 y el último estudio sobre el TDAH que apareció en una publicación del 2015 se muestra una idea clara de búsqueda de legitimación tanto del término como del tratamiento farmacológico, resaltando las consecuencias positivas que generan en los pacientes medicados. Esto no es de extrañar si se tiene en cuenta los debates alrededor de esas décadas, entorno a la existencia misma del trastorno y del uso y abuso de la medicación en el tratamiento.

### **8.2.3 Manifestaciones conductuales.**

Las características conductuales a través de las que se manifiesta la “patología”, aunque con algunas variantes, tienen conexiones a lo largo de todas las publicaciones. La presencia del excesivo movimiento en estos niños, es decir la hiperactividad, y la falta de interés y atención, tanto en las prácticas pedagógicas como en otros contextos, son los comportamientos que se encuentran presentes en la sintomatología de todas las “patologías” estudiadas en dichas publicaciones. La preocupación y el estudio de estas características pudieron haber sentado las bases para la legitimación del TDAH como término médico. Es decir, la sintomatología del TDAH ya era estudiada con preocupación por la psiquiatría. La inatención y principalmente la hiperactividad e impulsividad aparece desde las primeras publicaciones en la temática, por lo que la aparición del trastorno fue una novedad en cuanto al término pero no relacionado a sus características. En una publicación de 1946, por

ejemplo, se señala a los niños difíciles diferenciándolos entre los débiles inestables, definidos como agitados, sin cesar en su movimiento e incapaces de fijar su atención, y a los débiles apáticos como aquellos que no despiertan interés por el trabajo o el juego. (Heuyer, 1946) De esta forma, a través de una etiqueta médica se busca por un lado el control sobre el cuerpo y por otro se penaliza la falta de interés por las actividades impuestas en el medio escolar.

Las manifestaciones sintomáticas también son utilizadas para demarcar los comportamientos peligrosos. Existe una intencionalidad, que transversaliza temporalmente las publicaciones, de establecer un vínculo entre comportamientos de hiperactividad y/o inatención dentro del contexto escolar, y actividades delictivas o tendencia hacia hábitos “anormales”. Es así que en 1949, para referir a las conductas que se apartan de las normas de la infancia, se afirma que estas conductas pueden tener que ver con acciones ilegales con intervención de la policía y los jueces, hasta “anormalidades sexuales” o niños que dan trabajo a sus maestros por “su escaso interés en el estudio.” (Vaz Ferreira, 1949) Por su parte, en 1975 se señalan dentro de las manifestaciones conductuales de los “inadaptados familiares y/o escolares”, graves trastornos de conducta, relación con la calle, hurtos y juegos sexuales, bajísima tolerancia frente a situaciones frustrantes, menor capacidad para enfrentar responsabilidades, percibir la realidad y prever las consecuencias de sus actos. (Peña & Moreno, 1975) A su vez, siguiendo esta lógica, en el año 2009 se publica un artículo que estudia la relación entre el TDAH y el consumo de drogas. A través de esta investigación se concluye que existe una alta prevalencia entre el trastorno por abuso de drogas (TAS) y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Estas tres publicaciones son ejemplos de cómo la psiquiatría utiliza el diagnóstico como fuente de normalización de la infancia llegando a criminalizar a niños o niñas porque sus conductas no son las esperadas. Estas características conductuales entran dentro de las catalogadas como peligrosas, por lo que se le abre camino a la intervención (cualquiera fuere su expresión).

#### **8.2.4 Gestión del riesgo.**

Junto con la normalización de las conductas que supone la patologización de ciertos comportamientos, surge el tratamiento que se le asigna al diagnóstico. El tratamiento recomendado por parte del poder psiquiátrico, ha ido teniendo cambios a lo largo de las publicaciones dando cuenta de las transformaciones sociales. Siguiendo a Castel (2003)

sobre las décadas finales del siglo XX se llevan a cabo transformaciones sociales que modifican las perspectivas de los individuos acerca de las protecciones y los peligros. El riesgo, antes de los cambios sociales de la década de 1970, refería a un acontecimiento cuyas probabilidades de que ocurriera podían estimarse, a la vez que los daños que el mismo provocaría. De esta forma, dice Castel, es que se realizaba la “mutualización” de los riesgos. El seguro se configuraba como la gran tecnología para el control de esos riesgos. (Castel, 2003) Es así que los individuos que representaban un peligro para la sociedad (delincuentes, locos, etc.) eran institucionalizados. El tratamiento que se les brindaba a los “irregulares del carácter”, se cuenta en una publicación de 1949, estaba relacionado a la internación en la Escuela Hogar. Esta institución se presenta como una solución para apartar y encausar a los niños que presenten conductas irregulares. (Vaz Ferreira, 1949) De la misma manera, en 1975 también se sostiene la importancia de la Escuela Hogar para el tratamiento de los “inadaptados familiares y/o escolares” que presentan “trastornos de conducta”. Se señala que dentro de esta institución atienden a los niños en la clase, maestros especializados. Existen talleres donde se sublima su agresividad, transformándolos en elementos constructivos. Así como una clínica atendida por un psiquiatra y una psicóloga, en la que se realiza el “tratamiento medicamentoso” y “psicoterápico” de los niños y de sus padres. (Peña & Moreno, 1975) A través de la institucionalización es que se busca reducir el riesgo de las conductas peligrosas y disciplinar a los sujetos.

Con el nuevo desarrollo de las sociedades han surgido una “nueva generación de riesgos” caracterizados por su imprevisibilidad y la imposibilidad de medir previamente sus consecuencias. La lógica de los seguros clásicos ya no es capaz de afrontar las demandas de seguridad en la actualidad. Castel define a estos nuevos riesgos como peligros, amenazas o eventualidades nefastas que no se pueden anticipar y expresa que no se cuenta con tecnologías necesarias como para enfrentarlas. (Castel, 2003) Es así que para responder a la demanda de seguridad de las sociedades en la actualidad, se debe anticipar a los riesgos en base de esperar lo peor. De esta forma, ya no se recurre en mayor medida a la institucionalización sino que surge el concepto de poblaciones peligrosas, que permite intervenir en los individuos, basándose en determinadas conductas, antes de que se produzcan los problemas. (Castel, 2008) La creciente importancia del tratamiento farmacológico en las sociedades, es una muestra de una respuesta preventiva a comportamientos peligrosos. Si bien la medicación ha estado presente en el tratamiento de

estos problemas, es recién a partir de una publicación de 1987 donde adquiere principal relevancia. Se señala el valor que van adquiriendo los medicamentos benzodiazepínicos en dicho tratamiento presentándolos como imprescindibles para el uso terapéutico. De la misma forma, se abre la puerta al ensayo e introducción de otras drogas para el tratamiento de la ansiedad. (Murgía, 1987) A partir de la aparición del término TDAH en las Revistas de Psiquiatría, aparece el tratamiento a través de la medicación como el indicado para utilizar en estos casos. El aumento de la producción de publicaciones que hablan de los beneficios de la medicación, da cuenta de la búsqueda de legitimación de su uso en momentos donde la medicalización de la sociedad uruguaya recibía críticas desde diversos frentes<sup>16</sup>. Es así que en el 2007 aparece una publicación que sostiene que el tratamiento farmacológico es importante para aumentar la calidad de vida del paciente y para que se tenga la oportunidad de saber lo que es vivir sin el trastorno. A su vez, se destaca la necesidad de actuar sin prejuicios ni preconcepciones en este tema. (Valiño & Casarotti, 2007) Por su parte, una publicación de 2015 investiga los resultados que se obtienen de la medicación de metilfenidato en niños, destacando que además de un incremento en la atención y mejoras en síntomas conductuales, parece mejorar también la decodificación de emociones (tan importante para evitar el fracaso en las relaciones interpersonales). (Bitancur et al, 2015)

Se consolida el proceso de psiquiatrización de las sociedades (Foucault, 1992) y, a través de la utilización del concepto de poblaciones de riesgo (Castel, 2003), se logra intervenir en los cuerpos sin la necesidad de la institucionalización. A su vez, existe una ampliación de la población que requiere ser intervenida, cualquier individuo se convierte en potencial enfermo mental, si presenta características que siguen el patrón normal de la anormalidad denunciada. La psiquiatría sale de los muros del manicomio, la institución, como tal, se transforma en una excusa, en un espacio necesario para no percibir que el conjunto de la sociedad se maneja dentro de la misma lógica. (Baudillar, 1978)

### **8.3 El saber experto y el poder psiquiátrico.**

Anthony Giddens (1995) afirma que en la modernidad (a diferencia de la época pre moderna) hay una fuerte tendencia hacia la mayor dependencia de los saberes expertos. Los sistemas expertos funcionan como uno de los “mecanismos de desenclave”<sup>17</sup> que rigen

---

<sup>16</sup> Los trabajos de Míguez (2012) desde el trabajo social, Cristóforo (2015) desde la psicología y Viscardi y Habiaga (2017) desde la sociología son un ejemplo de ello.

<sup>17</sup> “despegar las relaciones sociales de sus contextos locales de interacción y reestructurarlas en indefinidos intervalos espacio-temporales.” (Giddens, 1999: 32)

todos los aspectos de la vida social de los individuos y se extienden hacia la “intimidad del yo”. El discurso de psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, así como las consultas con estos especialistas constituyen un factor clave en los saberes expertos, de la misma forma que el científico o ingeniero. (Giddens, 1995) En lo relacionado a la infancia, es posible destacar una notoria y especial amplitud de disciplinas que se encuentran involucradas en la temática. Psicólogos, psiquiatras infantiles, neuropediatas, psicopedagogos, etc. representan una multiplicidad de discursos expertos referidos a la infancia. (Leopold, 2014) En este capítulo se analiza el discurso de los técnicos entendiéndolos como portadores del saber experto y vehículos del poder psiquiátrico. (Donzelot, 1998)

A fin de responder el segundo objetivo específico, referido al estudio de las manifestaciones del poder psiquiátrico, se realizó un análisis del discurso de los técnicos relevado a través de las entrevistas. Este análisis está dividido en dos capítulos principales. Uno referido a la intervención sobre las familias, a través del poder psiquiátrico posicionándose como saber experto (8.3.1); y un siguiente capítulo que refiere a las manifestaciones del poder psiquiátrico en cuerpos y almas de niños y niñas en la educación uruguaya (8.3.2). Por último, surge un capítulo como emergente de la investigación que busca analizar cómo son concebidos los alumnos dentro de las prácticas educativas (8.3.3).

### **8.3.1 El saber como poder colonizador: intervención en la educación familiar.**

En este apartado se realiza un análisis referido a los mecanismos a través de los cuales el poder psiquiátrico, mediante los técnicos y con la utilización del diagnóstico médico del TDAH, ingresan en las familias a través del acto educativo.

El papel de las familias resulta un aspecto importante dentro del estudio de la temática. En primer lugar, al ser el principal agente de socialización del niño, es la encargada de reproducir los valores de la sociedad oficiando como primer espacio disciplinador. Es necesario a su vez tener presente, siguiendo a Donzelot, que a partir del siglo XX la familia como una institución hermética, le dio paso a una mayor intervención del Estado en la esfera familiar. En palabras del autor, se sustituyó un patriarcado familiar por un patriarcado de Estado. A partir de allí se crea una nueva forma de Estado-Familia en la sociedad tutelar. La educación se convierte en un dispositivo clave y se le pide a las viviendas que cumplan una función complementaria a la escuela en el control de los niños, “que los elementos móviles sean eliminados a fin de poder inmovilizarlos” (Donzelot, 1998: 45)

El vínculo entre familias y técnicos ocurre, principalmente en el proceso de diagnóstico y tratamiento del TDAH. Son ellos, específicamente los psiquiatras y neuropediatras, los que poseen la capacidad/legitimidad de realizar el diagnóstico clínico.

En el discurso de los técnicos el papel de la familia es destacado de forma recurrente. En primer lugar, se puede observar una responsabilización a las familias en cuanto a los avances o estancamientos del niño en el tratamiento, debido al apoyo que se le brinda. Un ejemplo de ello puede ser visto en las palabras de un técnico:

Si yo me mejoro determinada cosa, mi familia no puede estar igual que cuando estaba enferma, porque entonces se sigue un círculo que se vuelve otra vez a estar enfermo. Como que la familia espera que el movimiento va a ser la respuesta de él, entonces eso hay que variarlo. (Entrevistado 4)

Se deja en claro que en el éxito o el fracaso del tratamiento juega un papel clave las acciones de las familias, acciones que lograrán mejor resultado cuanto más se siga las recomendaciones de los técnicos.

Los tres principales dispositivos de disciplinamiento, como se planteó anteriormente, participan de este proceso. Es en el ámbito escolar donde se da inicio al proceso de diagnóstico. En las prácticas educativas son relevadas conductas anormales que luego serán explicitadas mediante el diagnóstico médico que harán los técnicos. Esta denuncia de conductas inapropiadas será llevada a las familias con el objetivo de inmiscuirse en la educación familiar. El poder médico ingresa a las casas estableciendo sus pautas de educación. Como señala un técnico:

El padre que le exige o que pretende que funcione de determinada manera: “y este niño que no funciona”. Entonces les damos herramientas como para que puedan trabajar en casa determinadas cosas. O sea, que busquen un espacio solo para eso. Lo mismo que aplicamos acá pero llevado a la casa (...) (Entrevistado 8)

De esta forma es que, a través del diagnóstico y del tratamiento, la educación de las familias está vigilada. Se definen normas y comportamientos que se deben seguir en la educación familiar afirmándose en la legitimación del poder médico y su visión como saber experto.

La legitimación del poder médico en la sociedad se vincula con la dependencia de los saberes expertos en la modernidad de la que habla Giddens. Estos saberes expertos forman parte de la vida social de las personas e intervienen sus subjetividades y acciones personales. (Giddens, 1995) La educación de los hijos en la modernidad se encuentra

estrechamente relacionada e influenciada por el discurso de los saberes expertos. El TDAH se erige como un término médico incomprensible para el común de las personas ya que se encuentra dentro del ámbito del conocimiento científico. De ahí que la utilización del término, junto con la estandarización de los diagnósticos y tratamientos, derive en una intervención en la educación familiar. Es decir, niños que son diagnosticados por el saber experto, con un trastorno determinado, por tener comportamientos determinados y que deben seguir un tratamiento determinado.

Pero como se señaló, es a través de la legitimación de ese saber experto que se logra llevar a cabo este proceso de intervención en la educación familiar. Es así que el poder psiquiátrico, como todo poder, no funciona de forma exclusivamente represiva ni mucho menos autoritaria, sino que, siguiendo a Foucault: “produce cosas, induce placer, forma saber, produce discursos; es preciso considerarlo como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social más que como una instancia negativa que tiene como función reprimir” (Foucault, 1992: 182).

### **8.3.2 Disciplinamiento, control y normalización en las prácticas educativas.**

A continuación, se desarrollarán los procesos de exclusión y violencia institucional que se observan en la cotidianeidad de los centros educativos, relevados a través del discurso de los técnicos.

La transmisión de conocimientos es el escenario donde se llevan a cabo todos estos procesos sociales alrededor del diagnóstico y tratamiento. Por un lado, se encuentra el saber transmitido en las dinámicas educativas dentro del aula. Siguiendo a Foucault (1992), aunque este saber tenga una apariencia positiva, su funcionamiento se basa en lógicas de represión y de exclusión (Foucault, 1992). Por otro lado, es necesario identificar otra transmisión de saber, la del saber médico, particularmente el de la psiquiatría con su marcada influencia en la vida cotidiana de niños y niñas. La psiquiatría ejerce poder más allá de la actuación concreta de los psiquiatras infantiles: “se prolonga en ramificaciones que van mucho más lejos, que se encuentran en los asistentes sociales, los orientadores profesionales, los psicólogos escolares” (Foucault, 1992: 40). Estos mecanismos derivan en una psiquiatría de la vida cotidiana como otra forma de la represión.

La transmisión de saberes se da en el marco de un proceso de normalización de los comportamientos de los niños y niñas que asisten a la educación formal. La escuela continúa siendo un dispositivo disciplinatorio de la sociedad uruguaya, a través de ella se enaltecen y

reproducen ciertas prácticas y se penalizan y corrigen otras. Todo esto se lleva a cabo a través de la demarcación entre lo que es normal de lo que no lo es, como señala Foucault (1992), “cuando un juicio no puede enunciarse en términos de bien y de mal se lo expresa en términos de normal y anormal” (Foucault, 1992:41). Es así que niños y niñas son penalizados diariamente por no respetar los parámetros de comportamientos establecidos, un técnico señala:

Tienen un cuerpo que no, no, no, que no se queda quieto y dentro de la clase son realmente molestos. Entonces tienen esa cosa de “ay, quédate quieto”, hacen chistes y nadie se ríe, interrumpe, entonces son disruptivos. (Entrevistado 3)

A su vez, junto con la delimitación de los comportamientos aceptados, también se imponen las formas de aprender y qué tipo de conocimiento debe ser adquirido:

O sea, si sus intereses están bien marcados y ellos saben lo que quieren, a veces pueden sostener la atención, en los que les interesa. Pero imagínate que esto en el aprendizaje es un problema, porque no hay niño que quiera adquirir determinados conocimientos básicos de la escuela. ¿Qué niño se va a sentar y va a decir: “bueno, quiero aprender a multiplicar”? (Entrevistado 8)

Dentro de las características del TDAH, tanto técnicos como manuales señalan que los comportamientos relacionados con la inatención se observan cuando el niño no presenta interés en la actividad que está haciendo. Es por eso que, aunque es posible encontrarlos en todos los ámbitos, se manifiestan con más intensidad en el contexto escolar, donde las dinámicas de educación difieren en mayor medida de sus intereses y donde existe un fuerte control sobre el cuerpo. Un técnico, al ser preguntado por la importancia del diagnóstico a temprana edad, plantea que el diagnóstico del TDAH únicamente es necesario para la educación formal:

Porque en realidad si los niños no estuvieran escolarizados no se precisaría. El problema es que para poder aprender necesitás todas tus funciones cognitivas más o menos bien. (...) El sistema educativo no permite esto... no hay lugar para esto, ni para muchas otras patologías, ¿No? Esto no es una patología, es un trastorno neurológico. Hay algo en la función de la atención que no logra el desarrollo que en los demás logra. (Entrevistado 3)

A su vez, se establece una diferencia con las dificultades de aprendizaje, ya que en el caso del TDAH no existe dificultad para aprender en sí, sino que su manera de aprender difiere de la esperada. En términos de un entrevistado:

No tiene ningún problema de aprendizaje ese niño, tiene un problema de que el tiempo en el cual puede estar atento a aprender es menor que el de los otros. (Entrevistado 3)

A través de este proceso, el diagnóstico en primer lugar y luego el tratamiento, funcionan como dispositivos de disciplinamiento de los cuerpos, mecanismo a través del cual se los sujeta y se los transforma, como afirma Foucault “es dócil un cuerpo que puede ser sometido, que puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado”. (Foucault, 2008:140)

El diagnóstico viene a marcar la anormalidad del comportamiento del niño, a señalar que sus formas no son adecuadas. Este diagnóstico es la última etapa de un proceso que comienza con la normalización dentro del aula y finaliza con el sello de “niño TDAH” puesto por el poder médico. Un técnico señala este proceso de la siguiente forma:

La maestra le dice a los padres que el nene es insoportable, esto es así, que si no lo hacen ver, no sabe qué hacer con él, y empiezan a peregrinar (...) y se lo llevan para allá y la madre con la idea de que “porque fue la maestra la culpable, porque la maestra no lo entendió”, se lo lleva con la idea de que en otra escuela sí va a encontrar a alguien que lo atienda bien. Y en otra escuela pasa lo mismo, y así empezamos a peregrinar, hasta que la madre termina por entender que tiene que hacerlo ver. (Entrevistado 7)

Pero no todas las conductas por fuera de la normalidad se penalizan y son señaladas de la misma forma. Como se dijo anteriormente, los síntomas que caracterizan al TDAH son la inatención y/o la hiperactividad e impulsividad. En algunos casos el TDAH se manifiesta únicamente a través de la inatención y estos casos son menos tenidos en cuenta, ya que no alteran de forma explícita las dinámicas dentro de las aulas.

Lo que genera más disrupción a nivel del aula no es el déficit atencional, es la hiperactividad. Lo que genera más ruido y más molestia para el grupo y para el docente, ¿ta? No para el niño, es la hiperactividad (...) y es muy distinto porque en el caso de sin hiperactividad, al contrario, mucha quietud lo hace más invisible, y generalmente también, este... menos considerado como dificultad porque como no jode es como que no se preocupa, no es tan grave como cuando hay una hiperactividad que de verdad es muy difícil para ser maestra y tener un niño con hiperactividad dentro del aula. (Entrevistado 3)

A su vez, el diagnóstico psiquiátrico está caracterizado por una visión homogénea y estandarizada de los comportamientos y actitudes esperadas y aquellas señaladas como anormales. Esto surge en primer lugar desde el Manual de Enfermedades Mentales (DSM), en el que cada vez se han ido incorporando nuevas y más específicas enfermedades

presentes en las sociedades. Cada enfermedad viene acompañada de una serie de características observables en la cotidianeidad y a partir de la cual, los psiquiatras determinan si una persona es enferma y cuál es su enfermedad mental. No se pretende llevar la discusión al plano médico ni poner en tela de juicio los diagnósticos específicos de los profesionales, de lo que se trata es de señalar que el DSM se ha ido convirtiendo en un catálogo de enfermedades mentales, contribuyendo a la patologización de la vida cotidiana, donde resulta muy difícil que cada persona, si busca, no encuentre su enfermedad mental. Resulta recurrente que aquellos que lean el manual o tengan información sobre los síntomas que definen al TDAH se identifiquen con ellos. Un técnico da cuenta de esto:

O sea, sí, el déficit atencional es algo de lo cual ahora maneja todo el mundo, ¿verdad? “¿Y no tendrá?” Adultos que te dicen... “yo tengo”. En mi familia personas que me dicen “yo creo que tengo”, “yo creo que tuve”... con esa dificultad en la concentración... con la focalización, o sea, todo lo que hace al déficit atencional. Entonces no te sé decir si es que hay más o que se ve más. No lo sé. (Entrevistado 8)

También es necesario dar cuenta de la rigidez con la que se realizan estos estudios, test estandarizados en los que a través de un sistema de “check list” se diagnostica a un niño repercutiendo así en su subjetividad. Se observa una homogeneidad en el estudio que no tiene en cuenta la heterogeneidad del comportamiento humano:

La cosa es así... vos tenés una clasificación psicopatológica que está en el libro, vos hacés la evaluación psicológica y psiquiátrica y ves que tiene el síntoma a, b y c. Te vas a fijar en ese librito y te fijás cuál es el cuadro psicopatológico que contiene a, b y c: “Ah, es déficit atencional”, entonces ese chiquilín tiene déficit atencional porque cumple con los síntomas del déficit atencional. Por lo tanto le tengo que dar esta medicación, está todo estandarizado. (Entrevistado 7)

La última sujeción en este proceso, la forma final de control sobre el cuerpo está dada por la medicación. Esta funciona a su vez como una disciplina, como uno de los mecanismos que “permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad”. (Foucault, 2008:141) La medicación, Ritalina en la mayoría de los casos, transforma rápidamente a esos cuerpos inquietos e ingobernables en dóciles y útiles:

(...) el cambio con la medicación es muy notorio. Es instantáneo O sea, cuando realmente lo necesita, es instantáneo. Es una medicación que hace efecto enseguida y se ven los resultados te diría... en cuestión de horas... de días... (...) Hay niños que sin medicación

no pueden funcionar, no pueden consigo mismo, no pueden controlarse, no tienen lo que se llama autorregulación, o sea, no se regula, no pueden. Es un tema biológico. (Entrevistado 8)

Los cuerpos de niños y niñas se convierten en recipientes de pastillas con la finalidad de que sea posible controlar su movimiento, normalizarlos. Finalidad que se lleva a cabo sin importar las consecuencias que tiene la medicación en sus subjetividades:

El psiquiatra va probando, va viendo a ver qué sirve y qué no. Y a veces nos pasa que cuando un niño... le dan determinada medicación viene a la escuela y se empieza a dormir, está muerto, ya no rinde como antes, no es él, pareciera como que no es él. Y bueno, en ese caso se le habla a la familia y se le dice que la medicación no está haciendo el efecto que debiera, que por favor consulte y bueno, ahí a veces re-consultan y a veces no. (Entrevistado 6)

A su vez, de los discursos de los técnicos se puede extraer que si bien se intenta establecer algunas estrategias pedagógicas adaptadas a la especificidad de los niños diagnosticados con TDAH, en la práctica se observa una utilización de la medicación como única estrategia existente. Asistimos, por lo tanto, a un control de la infancia a través de la medicalización promovida por el saber médico y sus ramificaciones. Ante esto, en ocasiones son las familias las que constituyen un núcleo de resistencia oponiéndose a estas prácticas que adulteran las personalidades de sus hijos:

La mayoría de las familias se niegan a la medicación. Eso es como lo general. Lo que pasa es que cuando un niño tiene una actividad importante, que se hace imposible y además tiene un componente psicótico (...) ahí la familia a veces lo ve necesario, porque muchas veces estos niños, es imposible la convivencia en la casa también. Es muy complicado, entonces al ver que la medicación les hace algún efecto que a ellos les permite también hacer otras cosas en la casa, ahí lo aceptan de otra forma. Y hay de todo, hay padres que lo aceptan y padres que no. (Entrevistado 6)

Sin embargo, la mayoría de las veces, es el poder médico el que se impone. A través de una patologización de la vida cotidiana se normaliza las personalidades y se disciplinan los cuerpos. Medicalización que busca niños quietos y encuentra como resultado, una infancia sin alma.

En síntesis, se puede señalar que el proceso que deriva en el diagnóstico del TDAH, comienza en mayor medida dentro de la institución escolar y está marcado por un fuerte componente disciplinario y de control de los sujetos. Por un lado, el diagnóstico de TDAH

funciona como un dispositivo de disciplinamiento de la infancia, normalizando las conductas e interviniendo en las subjetividades. A su vez, el tratamiento, a través de la medicación, se impone como un mecanismo de control de los cuerpos. Se parte de una visión homogénea de la práctica educativa y del comportamiento adecuado para participar de la enseñanza institucional, no se tiene en cuenta la heterogeneidad de los individuos y a través de esta estandarización, se penalizan las conductas por fuera de la norma.

### **8.3.3 Niños incapaces vs niños ineducables.**

El siguiente sub capítulo es el resultado del análisis de la visión que poseen los técnicos, de los alumnos que son diagnosticados con TDAH. A través de los datos recabados en las entrevistas, surgió a modo de emergente en la investigación, la idea de dar cuenta desde qué concepciones se parte a la hora de trabajar con estos niños. Se retomaron los conceptos de Martinis & Falkin (2017), identificando dos lógicas nocivas a través de la que se construye el vínculo en los centros educativos: la construcción autoritaria del vínculo y la construcción asistencialista del vínculo. De esta forma, se incorporaron estos conceptos al análisis, particularizando en el caso de la demanda del diagnóstico y tratamiento del TDAH en las instituciones educativas.

A través del discurso de los técnicos relevados en las entrevistas, es posible extraer una visión hacia el otro (niña o niño diagnosticado con TDAH) que se mueve de forma compleja entre dos principales posturas. Antes de mencionarlas, es necesario tener en cuenta que el acto educativo es el principal escenario donde se desarrollan las subjetividades de estos niños y para que se pueda hablar de educación, se debe tener en cuenta la capacidad de los sujetos de transformarse a través de las relaciones de conocimiento. (Martinis & Falkin, 2017) Por un lado, se encuentra la postura referida a la “construcción autoritaria del vínculo” que se centra en la exigencia hacia el niño, olvidándose de una perspectiva de cuidado. Por otro lado está la postura que presenta una “construcción asistencialista del vínculo”, en donde se observa un énfasis en el cuidado pero un olvido de la exigencia. (Martinis & Falkin, 2017)

Partiendo de ambas visiones, se puede explicar un proceso que deriva de forma lógica en la denuncia de existencia de TDAH en los alumnos de las instituciones educativas. Por un lado, la perspectiva donde prima la visión autoritaria del vínculo, requiere de una etiqueta médica para sostener y explicitar, de la forma más precisa, la diferenciación y patologización del niño. El diagnóstico permite situar al alumno en el plano del otro

ineducable, ya que presenta comportamientos que no son adecuados para propiciar el acto educativo. Por otro lado, la construcción asistencialista del vínculo, también encuentra en el diagnóstico médico, un sostén científico que da cuenta de la incapacidad del niño para desarrollarse de la mejor manera dentro de la institución educativa. Aquel niño diagnosticado con TDAH presentará características que no le permitirán aprender las enseñanzas de la escuela.

Es así que desde una postura, se resalta el papel de ineducables de los niños que presentan características propias del TDAH. Se sostiene que por su constante movimiento, su falta de atención o su carácter hiperactivo, los maestros no pueden tratar con ellos. Uno de los técnicos que trabaja con estos niños y se encuentra en contacto con maestros afirma:

(..) el maestro común no está preparado como para atender a un niño que tiene ese problema. Se para a cada rato, que pega, que conversa, que se le caen las cosas, que se le cae la goma, que pone la goma prendida del lápiz y está molestando. Las mochilas, si vos las mirás, son un desorden tan impresionante, papeles todos arrugados. (Entrevistado 1)

Por su parte, uno de los entrevistados que se desempeña como docente, describe el proceso educativo diario con un niño con diagnóstico de TDAH de la siguiente forma:

Y yo intento, dentro de lo posible, poner propuestas que le interesen a él para aprovecharlo, porque si no es un caso perdido. Que no solo perdido él, porque se pierde en las clases completamente, sino que se empiezan a perder los demás porque el loco se aburre y sale... está parado conversando. Y estrategias más... en ese sentido...sí. Se podría decir que sinceramente, hay momentos que tengo que sacarlo de la clase porque no me queda otra, por eso mismo que te digo, llega un momento que perjudica al grupo y no está bueno. (Entrevistado 2)

De este modo, apoyándose en una construcción autoritaria del vínculo, se penalizan las conductas particulares de los alumnos y se los excluye del proceso de enseñanza. En ocasiones directamente expulsándolos del aula (como en el caso señalado), pero en otras la exclusión se traduce en no hacerlos partícipes del acto educativo debido a su comportamiento indeseado.

Desde la otra postura, que fomenta la construcción asistencialista del vínculo, se promueve una visión del niño como incapaz, sin la potencialidad de adquirir conocimientos a través del acto educativo. Por su característica particular, el niño que presenta estos comportamientos no se encontraría capacitado para aprender dentro de la homogeneidad de prácticas en el aula. A través de esta postura, se le quita toda responsabilidad al niño no

reconociéndolo como un sujeto de derecho. En este sentido, un técnico entrevistado describe la situación por la que pasan estos niños:

(...) cuando, a ver, cuando uno no sostiene la atención es re grave, para mí es re grave. Y es re grave porque el mundo se les escapa, porque no pueden, este... no pueden cumplir con lo que otros esperan que ellos cumplan ni con lo que ellos mismos saben que sus compañeros cumplen. (Entrevistado 3)

Se puede observar una notoria voluntad de resaltar las conductas de los niños como por fuera de la normalidad y se destaca el papel del otro “normal” que representa las conductas deseables en la infancia. El “no poder” se presenta como una de las principales características señaladas, “no pueden”, son incapaces de adaptar su comportamiento a la estandarización y homogeneidad de voluntades que reclaman las instituciones educativas.

En suma, como sostienen Martinis y Falkin, ninguna de estas dos posturas señaladas habilitan la práctica educativa ya que ambas se centran en la imposibilidad tanto del maestro de enseñar (debido al comportamiento de los niños), como de los niños de aprender (fruto de sus propias “carencias”). (Martinis & Falkin, 2017)

Las mismas no son contrapuestas ni representan la totalidad de la visión de los técnicos, sino que es posible encontrar las dos posturas dentro de un mismo protagonista. A su vez, se observa que ambas perspectivas son utilizadas como justificación de la medicación en el tratamiento, ya que se sostiene que el uso de fármacos corrige el comportamiento de los niños. En voz de un técnico hablando de los efectos de la Ritalina:

Pero cambia... la letra, yo quisiera que vos vieras cómo cambia la letra. Una letra que era desorganizada, toda tachada, pasa a ser una letra organizada y hermosa. Ellos en clase pueden estar sentados, sino no están sentados, están moviendo los brazos, las piernas, pierden las cosas, desorganizan la mochila. (Entrevistado 1)

En suma, cualquiera de estas perspectivas, fomentan la utilización del diagnóstico y del tratamiento del TDAH ya que se sustentan en la demarcación de las conductas anormales. Es en la escuela, principalmente, donde aparece la denuncia del diagnóstico de TDAH. Sea desde una postura autoritaria o asistencialista, las relaciones de fuerza del sistema escolar derivan en que se ataque primero a la conducta del alumno, mostrándolo como un incapaz o ineducable, antes que realizar una transformación de las dinámicas escolares y sus prácticas.

Es necesario replantearse las prácticas educativas para mantener un equilibrio que no caiga en ninguna de estas posturas y que se pueda llevar a cabo el acto educativo de forma que se respeten las subjetividades de los educandos.

#### **8.4 Redes de divulgación.**

En este capítulo, se tratará el tema de la divulgación del conocimiento científico en la sociedad civil. Tomando como base el trabajo desarrollado por Martinhago (2017) para el caso de Brasil, se relevaron los mecanismos de divulgación del saber experto en el Uruguay, centrándose en las páginas más referenciadas en internet. A partir del estudio de las redes de divulgación del TDAH, se analizó de qué manera el saber-poder psiquiátrico busca la legitimación del diagnóstico en la sociedad y amplía su influencia.

Una función principal para que el TDAH, como término y como diagnóstico, alcance legitimidad en la sociedad, es la cantidad de información que tienen las personas acerca de la existencia de este trastorno. La existencia de redes de divulgación del conocimiento científico permite que ciertos conceptos, propios de la disciplina, se den a conocer en la sociedad civil así como también constituye un intento por ganar el discurso hegemónico en caso de existir discusiones referidas a la temática. Particularizando en la psiquiatría, las redes de divulgación pueden dar a conocer ciertos comportamientos y conductas patologizadas por el poder médico, ampliando así su eficacia circulatoria.

##### **8.4.1 Hegemonía de un discurso (más allá del diagnóstico).**

El proceso de medicalización (entendido como control) y de disciplinamiento de la niñez en nuestro país, a través de su dispositivo más importante en las últimas décadas: el diagnóstico de TDAH; debe contar con un discurso que legitime las prácticas médicas y que se instale en la cotidianeidad de las sociedades. Esto se realiza a través de las redes de divulgación del conocimiento científico. A decir de Martinhago (2017) las sociedades en la actualidad se encuentran atravesando un tiempo caracterizado por la relevancia adquirida por la psiquiatría, nos encontramos en “épocas de neuro” y de estas transformaciones en la sociedad deriva un problema central relacionado a la salud mental: una epidemia de trastornos mentales. (Martinhago, 2017) Como señala la autora, las redes de divulgación constituyen un mecanismo clave para la transmisión de información sobre las enfermedades mentales en la infancia. A través de las publicaciones en redes sociales y la divulgación de información en general sobre las características de determinadas enfermedades mentales, las personas pueden identificarse ellas mismas o identificar a otra persona con algún trastorno

mental. Esto sucede ya que muchos de los trastornos son comportamientos cotidianos patologizados. (Martinhago, 2017)

En el Uruguay las principales fuentes de información, que cuentan con mayor alcance en la población, están dadas por tres páginas de Facebook que se encuentran nucleadas en la página web del Núcleo de Innovación e Investigación TDAH- Uruguay quien las administra. En estas páginas es posible observar publicaciones que refieren a la importancia y las características del TDAH, a discusiones acerca de la existencia misma y las causas del trastorno, a las implicancias del tratamiento y a la divulgación de cursos relacionados con el TDAH que son brindados hacia maestras, profesionales y familias en general.

Las redes de divulgación constituyen una de las formas a través de las que el saber experto amplía su presencia en las sociedades generando dependencia de sus consejos e instrucciones. A partir de ellas, se establecen criterios e indicaciones referidas a cómo proceder en caso de que existan determinados comportamientos en los hijos.

Los cursos promovidos, tanto presenciales como a distancia, están dirigidos a todas aquellas personas que tengan interés en la temática. De esta forma la información es transmitida tanto a maestras y profesionales que trabajan diariamente con niños, como a familias de niños con TDAH o potenciales portadores de una enfermedad mental. A través de un método científico, se busca transformar conductas, normalizar comportamientos de los niños sean o no diagnosticados con TDAH:

Los participantes tendrán la oportunidad de trabajar en base a conductas concretas de sus hijos o alumnos que consideren necesario transformar en comportamientos adecuados, luego de un análisis de las necesidades existenciales que las conductas inadecuadas puedan estar manifestando. Lo harán aprendiendo a utilizar un método de transformación de conductas –MTC. (Página Facebook: Psicólogos en Montevideo)

El proceso de normalización trasciende el diagnóstico médico, los comportamientos que se crean necesarios modificar, cualquiera fueren, serán transformados a través de la aparición del saber científico. La mayor dependencia del saber experto en la vida cotidiana, que Giddens destaca como característica prominente de las nuevas formas de la modernidad, produce que no sea necesaria la comprensión de los diagnósticos técnicos o de las conductas patologizadas, tanto como la necesidad de seguir al pie de la letra las indicaciones referidas al tratamiento que se debe llevar a cabo. El conocimiento científico, a través de los

especialistas, brinda guías de acción para evitar o corregir conductas indeseables en la infancia. Si bien el diagnóstico continúa siendo una puerta de entrada a la intervención del individuo y de la familia, el saber-poder experto logra ir más allá. (Giddens, 1995)

Dentro de los contenidos de los cursos, específicamente el denominado: “TDAH, alteraciones emocionales y construcción de identidad”, se puede destacar el punto referido al “papel de la familia en la prevención de los trastornos de ansiedad” ([www.psicologos-montevideo.com](http://www.psicologos-montevideo.com)). Esta idea de prevención, que se encuentra a lo largo de las descripciones de cursos y seminarios así como en diferentes publicaciones, resulta clave para entender las nuevas manifestaciones del control de las sociedades en la modernidad. La prevención se asocia al término “poblaciones de riesgo” que menciona Castel (2008), para dar cuenta de los mecanismos que tienen las sociedades contemporáneas para combatir la nueva generación de riesgos. El papel que se les asigna a las familias para la prevención de los trastornos, busca intervenir antes de que se genere el acto, estar alerta a los factores de riesgo que advierten un futuro peligro. La sensación de inseguridad también llega al plano de las enfermedades mentales y todo comportamiento que pueda ser el prelude de un acto peligroso, debe ser señalado. (Castel, 2008)

A su vez, a través de seminarios exclusivos sobre el TDAH, que tienen el objetivo de brindar información específica a maestros y familias sobre el trastorno; los técnicos buscan que su discurso se convierta en hegemónico ingresando tanto a las aulas, a través de las maestras, como a las casas, a través de las familias. De esta forma, estos dos actores son los primeros encargados en detectar conductas anormales, la psiquiatría busca penetrar en el acto educativo tanto en las instituciones formales de educación como en la familiar.

Las prácticas educativas constituyen dispositivos fundamentales en la actualidad para contener a esos “niños irregulares”, y es allí donde se involucra la psiquiatría para controlar dichas prácticas. (Donzelot, 1998) La divulgación de estrategias educativas, que deben ser aplicadas a niños cuyas conductas se quieren modificar, da cuenta de esto. Como promoción de las virtudes de la terapia, se comparte en la red, la opinión de una de las madres participantes:

La terapia para chicos con TDAH es muy importante, no solo lo digo por experiencia, sino porque lo dicen grandes profesionales. Mi Pequeño Gran Genio, comenzó la terapia con el Psicólogo Ferando Bryt hace aproximadamente dos meses y medio. El primer objetivo fue cambiar sus conductas inadecuadas, principalmente en casa, y aumentar su autoestima.

Fernando nos enseñó estrategias, una de ellas y muy importante es eliminar la palabra NO, la negación ante un llamado de atención por una conducta incorrecta. La otra estrategia fue mediante el juego de premiación. Aún estamos jugando, Mi Pequeño Gran Genio, está muy motivado con el mismo (...). (Página de Facebook: Déficit de Atención e Hiperactividad. TDAH Uruguay)

A través de estos diferentes medios de información y divulgación, se da una batalla por legitimar tanto la existencia del trastorno como su tratamiento:

(...) Es importante y viene al caso no "comerse la pastilla" de toda la info que corre por internet sin ir a las fuentes. El TDAH fue descrito muchos años antes de existir la Ritalina. Las políticas de los laboratorios o la mala praxis de algunos médicos no tiene nada que ver con la existencia o no del TDAH. Seguramente quien niegue la existencia del TDAH tiene su cerebro funcionando en perfecto estado, su memoria, su capacidad de atención, de seleccionar el estímulo relevante a la tarea, de inhibir los estímulos irrelevantes. Seguramente logre controlar muy bien sus impulsos y su cerebro gerencial funciona a la perfección. Por ello piensa que todos los cerebros son iguales y la descripción de un síndrome o un trastorno le es ajeno a su interés y experiencia. Tampoco sabe lo que es tener un hijo con alteración en su atención o hiperactivo-impulsivo. No sabe que el principal sufrimiento no es el trastorno mismo sino las barreras que le pone la sociedad, por desinformación, a los niños, adolescentes y adultos con TDAH (...). (Página de Facebook: Déficit de Atención e Hiperactividad. TDAH Uruguay)

En esta defensa y búsqueda de legitimación del TDAH, se puede observar una similitud con las lógicas explicativas del fenómeno relevadas en las Revistas de Psiquiatría del Uruguay. Se presenta al TDAH como un trastorno marcadamente neurológico y no se da cuenta de un componente social. Esto coincide con el enfoque biologicista que ha vuelto a ganar terreno a partir de la consolidación del TDAH como término. Es posible identificar en este discurso, el proceso de reindividualización del que habla Castel (2003). Las explicaciones colectivas del fenómeno le dejan paso a las individuales, se afirma que cada cerebro presenta particularidades diferentes, es así que se analiza a cada individuo de forma aislada y, por lo tanto, cada sujeto presenta una estrategia individual para la solución de sus problemas. (Castel, 2003)

Se establece también, una diferenciación entre aquellos que no presentan el trastorno y tienen su "cerebro funcionando en perfecto estado" y quienes tienen TDAH y, por lo tanto un cerebro con imperfecciones en su funcionamiento. Existe una búsqueda por llevar la

discusión al plano científico, donde el saber experto presenta ventajas frente a los “profanos” que no son capaces de comprender los términos propios de la disciplina y las particularidades de los sistemas abstractos. (Giddens, 1995)

Las redes de divulgación, entonces, están para hacer conocer y defender los conocimientos científicos y los intereses del poder médico. Se utiliza el saber como poder y se deslegitima todo conocimiento que no sea “conocimiento científico”. Es así que se brindan charlas explicativas y largas publicaciones informando sobre un trastorno mental que presenta comportamientos observables en gran parte de la niñez. Esto redundaría en un “contagio social” de las enfermedades mentales. (Martinhago, 2017) La falta de formación en la temática por parte de los maestros, que fue señalada en las entrevistas a los técnicos, es compensada por un exceso de información que le permite al diagnóstico del TDAH ganar terreno en la sociedad.

Existe un doble juego, entre la “fiabilidad” que reclama para sí el saber experto al manejar términos técnicos, y por otro lado, una expansión creciente de la información a la que accede la población general referida a los síntomas del TDAH y a su tratamiento. Este hecho, sumado a la ya mencionada característica de la sintomatología del trastorno (son comportamientos que suelen observarse en la infancia), redundaría en un disciplinamiento que excede, en parte, la necesidad de establecer un diagnóstico médico para remarcar la otredad del individuo. El dispositivo de disciplinamiento ingresa a la conciencia de los individuos previamente a que un técnico calificado confirme el diagnóstico. Se activan las alertas ante cada conducta, propia o de cercanos, que se salga de los parámetros normativos.

## **9. Principales hallazgos.**

Fue idea del presente trabajo, abordar la temática del diagnóstico del TDAH desde tres espacios diferentes aunque conectados entre sí, para acercarse de forma global a la comprensión del fenómeno. Por un lado, se desarrolló un análisis de contextualización histórica del uso y legitimación del término médico, aproximándose en primer lugar al plano internacional para luego adentrarse en las particularidades del caso en nuestro país, a través de la Revista de Psiquiatría del Uruguay como fuente de información. Por otra parte, el discurso de los técnicos permitió relevar las prácticas actuales en el ámbito educativo analizando el proceso de detección, diagnóstico y tratamiento del TDAH y observando las manifestaciones del poder psiquiátrico. Por último, a través del estudio de la información

obtenida en las redes referida a la temática, se relevó la divulgación científica y sus implicancias en la búsqueda de legitimación y construcción de hegemonía, por parte del saber experto, en la sociedad.

A continuación se responderán de manera sintética los tres principales objetivos que tuvo la investigación, basándose en el análisis de los datos recolectados, que fue desarrollado anteriormente.

En cuanto a la contextualización histórica del término, se observó que la sintomatología del TDAH se encontraba presente desde los primeros estudios acerca de los comportamientos inadecuados de la infancia, tanto a nivel internacional (con el DSM) como nacional (en las Revistas de Psiquiatría del Uruguay). Esto llevó a que la aparición del término haya tenido gran repercusión y alcance. A su vez, se destaca que en las Revistas de Psiquiatría del Uruguay, la aparición del término está acompañada con una vuelta a las explicaciones de las conductas y “patologías” caracterizadas por un enfoque biologicista, donde se invisibilizan los factores sociales. Por último, en cuanto al tratamiento recomendado desde la psiquiatría para enfrentar estos diagnósticos, se observó a lo largo de las publicaciones, un pasaje que va de la institucionalización de los niños (destacándose la Escuela Hogar) hacia el tratamiento farmacológico. Esta desintitucionalización acompañó el cambio observado en las sociedades modernas para enfrentar la nueva generación de riesgos. (Castel, 2003)

En lo referido a la manifestación del poder psiquiátrico en el proceso educativo, se observó que los técnicos que participan del proceso de detección, diagnóstico y/o tratamiento del TDAH funcionan (con sus particularidades) como vehículos del poder psiquiátrico dentro de la escuela. Las prácticas educativas se encuentran marcadas por el diagnóstico médico, que funciona como un dispositivo que disciplina a los niños dentro de las aulas. Este proceso se lleva a cabo bajo una normalización de las prácticas que parte de una estandarización del comportamiento deseado y, por lo tanto, del diagnóstico médico y del tratamiento. A su vez, a través de su intervención en el acto educativo, el poder psiquiátrico logra ingresar en las familias y ejercer un control de la educación familiar.

Por último, del estudio de las redes de divulgación, se concluyó que estos mecanismos de información del saber experto, buscan generar la legitimidad de sus prácticas, a la vez que contribuyen (en términos de Martinhago) al “contagio social” del TDAH. La gran cantidad de información referida a la temática y la circulación de los

síntomas del diagnóstico en la sociedad, generan un disciplinamiento que excede el diagnóstico médico. A través de estas redes de divulgación, a la vez que se construyen subjetividades que facilitan la concreción del diagnóstico y la utilización del tratamiento, también buscan el control y la normalización de las conductas sin la necesidad de explicitarlo en un diagnóstico médico.

## **10. Consideraciones finales.**

El diagnóstico y tratamiento del TDAH ha sido identificado, a lo largo del presente trabajo, como un dispositivo de disciplinamiento y control de los sujetos. A través de un proceso histórico tanto en el Uruguay como en el resto del mundo, el término ha ido ganando terreno en las sociedades hasta convertirse en quizá, el dispositivo disciplinatorio por excelencia de las sociedades contemporáneas. Ante esto, cabe hacerse dos preguntas fundamentales: ¿Qué es lo que hizo que sea el TDAH y no otro trastorno, el utilizado para intervenir en las subjetividades de los individuos? ¿A qué responde esta creciente necesidad de disciplinamiento (a través del diagnóstico de TDAH) y de control (mediante la medicación) en las sociedades?

Como se observó a través del estudio de las diferentes Revistas de Psiquiatría del Uruguay, las características conductuales que hoy son agrupadas dentro de la sintomatología de este trastorno, han sido relevadas desde las primeras publicaciones como comportamientos indeseables de la infancia. La hiperactividad en mayor medida, pero también la impulsividad y la inatención fueron y son en la actualidad factores “disruptivos” de la niñez existiendo la necesidad de ser señalados y tratados. En este sentido, la utilización del TDAH logró incorporar en un trastorno médico, estas características vistas como anormales y problemáticas en la infancia, y de ahí parte de la explicación de su éxito.

Por otra parte, el TDAH constituye un trastorno observable principalmente en el acto educativo. Su capacidad de penetrar en los centros de educación formal facilita la intervención de la psiquiatría en la educación de los niños. En alianza con técnicos y maestros, esta disciplina sale de los consultorios e ingresa a las aulas y a las casas a través del diagnóstico y del tratamiento del TDAH, contribuyendo de esta forma, al proceso de psiquiatrización de las sociedades. (Donzelot, 1998)

Otra de las particularidades relevadas del TDAH, es la laxitud del diagnóstico. Como se sostiene en una publicación de las Revistas, los atributos del TDAH no son raros o

inusuales; muchos de los síntomas están presentes en todos los niños o adultos en algún grado en un momento particular de sus vidas. (Valiño & Casarotti, 2007) Esta característica, como se vio, deriva en que el trastorno presenta una gran capacidad circulatoria dentro de la población. A su vez, y sumado a la importancia que ha adquirido la prevención de riesgos en las sociedades modernas, se genera una alerta ante las conductas peligrosas en la infancia, logrando en ocasiones un “autodiagnóstico”, es decir un “autodisciplinamiento”. (Castel, 2003) Un ejemplo de esto se relevó en una de las entrevistas a técnicos: “O sea, sí, el déficit atencional es algo de lo cual ahora maneja todo el mundo, ¿verdad? ‘¿Y no tendrá?’ Adultos que te dicen... ‘yo tengo’. En mi familia personas que me dicen ‘yo creo que tengo’, ‘yo creo que tuve’.” (Entrevistado 8). En suma, el TDAH tiene la suficiente especificidad en el diagnóstico como para demarcar la frontera de lo normal y a la vez, la suficiente apertura como para abarcar a un amplio sector de la población.

Por último, como señala Foucault (2008) las disciplinas constituyen los mecanismos para que el control del cuerpo sea ejercido de forma ininterrumpida. (Foucault, 2008) Pero en caso de que esos mecanismos fallen, que las resistencias (en este caso entendidas como los comportamientos “anormales” de los niños) se alcen frente al poder, es necesario ejercerlo a través del control más directo, a través de la intervención de los cuerpos. En el caso del TDAH, este control está dado por la medicación. El diagnóstico trae consigo, en la mayoría de los casos, el tratamiento farmacológico que ejerce de control del cuerpo de la niñez. La medicación no busca ingresar en las conciencias e intervenir las subjetividades de los individuos, no genera deseos sino que aplasta las voluntades. El proceso de medicalización que está atravesando la infancia en nuestro país encuentra, de esta forma, al TDAH como un vehículo que legitima su accionar.

Para responder a la pregunta de a qué se debe la creciente necesidad de estos mecanismos de disciplinamiento y control en nuestra sociedad, se pueden realizar algunas consideraciones. Para comenzar, como sostienen Viscardi & Habiaga (2017), las instituciones educativas se encuentran en una crisis de legitimación y, por ende, de eficacia de los mecanismos disciplinares. Existen ciertas normas que son manejadas en las instituciones, que no alcanzan una legitimidad simbólica en los estudiantes. Valores que se reclaman desde los centros educativos, que no se adecúan a las expectativas de los alumnos, generando así conflictos, frustraciones y resistencias. (Viscardi & Habiaga, 2017) Bajo este panorama, es que surge con gran impulso la necesidad de posicionar al diagnóstico y la

medicación en el centro del acto educativo, apelando a la normalización de los sujetos y patologizando sus prácticas. Estos mecanismos de disciplinamiento y control se expanden, entonces, por la incapacidad que tiene el sistema educativo de adecuar sus normas a las de los principales protagonistas: los alumnos. (Viscardi & Habiaga, 2017)

Sin embargo, el análisis de este proceso no puede limitarse a la institución educativa, de hecho, podría decirse que estas transformaciones en los mecanismos disciplinares encuentran en la educación una de sus múltiples manifestaciones. Las sociedades occidentales atravesaron grandes transformaciones a partir de las últimas décadas del siglo XX y, como se vio, el Uruguay no fue ajeno a ese proceso. La pérdida del equilibrio social fruto de los procesos de mundialización, flexibilización, descolectivización y reindividualización, de la que habla Castel (2003), redundaba en la necesidad de establecer nuevas formas de disciplinamiento y de control de los sujetos. Nuevas formas de capitalismo requieren nuevas formas de control. (Castel, 2003)

Dejando atrás la institucionalización de los riesgos, las nuevas sociedades necesitan de mecanismos que, a la vez de prevenir, individualicen las soluciones. Los factores sociales dejan de ser explicativos de los problemas y la individualización gana terreno tanto en la explicación como en la solución a los males de las sociedades. Es así que los trastornos psiquiátricos se imponen en la cotidianeidad de los individuos invisibilizando responsabilidades colectivas. A la vez, las pérdidas de garantías sociales de los individuos son sustituidas por un aumento exponencial en la demanda de seguridad civil, lo que se traduce en la implantación de sociedades de control con el objetivo de dar respuesta a dicha demanda. El TDAH funciona como dispositivo que identifica las “conductas peligrosas” e individualiza el control. (Castel, 2003)

### **10.1 Posibles líneas a seguir.**

Al ser este trabajo una aproximación a la problemática sin pretensión de ser un análisis exhaustivo sobre el tema, se plantean ciertas posibles continuidades del trabajo en futuras investigaciones.

En primer lugar, tal como se señaló anteriormente, sería pertinente pensar en un futuro estudio que releve el discurso y las prácticas de maestros, considerándolos protagonistas fundamentales del acto educativo con posibilidad de transformar las lógicas existentes a través de su accionar. Considerando también, la posibilidad de realizar

observaciones dentro de las aulas que permitan acceder de forma directa a las dinámicas escolares.

Por otro lado, teniendo en cuenta la prevalencia del diagnóstico del TDAH en niños en comparación a las niñas, se abre la posibilidad a realizar un estudio con perspectiva de género, que indague en las manifestaciones y en el abordaje del trastorno para el caso de las niñas, así como los motivos de dicha diferenciación cuantitativa y cualitativa.

A su vez, otra de las posibles líneas de investigación a seguir, lo constituye un análisis de clase del fenómeno social. Un estudio que se adentre en las diferencias en las manifestaciones, en el diagnóstico y en el tratamiento del TDAH dependiendo del contexto socioeconómico del niño. Se plantea también, la posibilidad de observar el papel que se les asigna a las familias dependiendo de su contexto.

Por último, surge la necesidad de ahondar en el estudio de las nuevas formas de control en las sociedades, sus manifestaciones en la actualidad y las consecuencias en la vida cotidiana de los sujetos.

## **Bibliografía.**

- Aguilar, J. M. (1999). “Entrevista en profundidad.” Argentina: Editorial Lumen/Hvmanitas.
- Alonso, L. E. (2003). “La mirada cualitativa en sociología. Una mirada interpretativa.” España: Editorial Fundamentos Colección Ciencia.
- Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Barros, E. & Aldabe, V. (1972) “Dificultades de Aprendizaje escolar y problemas emocionales” En “Revista de Psiquiatría del Uruguay”; pp.35-42 mayo-junio 1972.
- Batthyány, K. & Cabrera, M. Coordinadoras. (2011). “Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial.” Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Baudillar, J. (1978) “Cultura y simulacro” Editorial kairós, Barcelona.
- Bianchi, E. (2012). Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 10 (2), pp. 1021-1038.
- Bitancur, E.; Lessa, C. & Viola, L. (2015) “Repercusión del metilfenidato en el perfil de reconocimiento de las expresiones faciales de emociones en escolares con tdah.” En “Revista de Psiquiatría del Uruguay” pp. 110-121 Diciembre 2015
- Castel, R. (2003) “La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?” Manantial, Buenos Aires.
- Castel, R. (2008) “La Sociedad Contemporánea ¿es una sociedad de riesgo?” Sede: Secretaría de Gabinete y Gestión Pública. Buenos Aires
- Corbetta, P. (2007). Metodología y técnicas de investigación social. Madrid, España.
- Cristóforo, A. (2015) “Eficacia de la psicoterapia psicoanalítica en situación de grupo para niños con dificultades en la atención” Universidad del Salvador, Buenos Aires.
- Domínguez, M. E. (1951) “Nuestra experiencia en la exploración de la modalidad atencional.” En “Revista de Psiquiatría del Uruguay” pp.19-36 Julio-agosto 1951
- Donzelot, J. (1998) “La policía de las familias”. Pre-textos. Segunda Edición en castellano: 1998. Valencia, España.
- Foucault, M. (1992) “Microfísica del poder” La piqueta, Madrid.

- \_\_\_\_\_ (1989). “El ojo del poder.” In: BENTHAM, Jeremías (1989). El panóptico. Genealogía del Poder No 2. Madrid: La Piqueta, pp. 3-26.
- \_\_\_\_\_ (2000). “La verdad y las formas jurídicas” Editorial Gedisa, España.
- \_\_\_\_\_ (2008). “Vigilar y castigar” Editorial Siglo XXI, México.
- Giddens, A. (1995). “Modernidad e identidad del yo” Península, Barcelona.
- \_\_\_\_\_ (1999). “Consecuencias de la modernidad” Alianza Editorial, Madrid.
- Gramsci, A. (1981) “Cuadernos de la cárcel”. Ediciones Era, México D.F.
- Gold, A. (2010) “Alumnos desatentos, inquietos... ¿Qué les pasa? ¿Cómo ayudarlos?” En Uruguay ciencia, Febrero 2010.
- Heuyer (1946) “La colaboración médico-pedagógica en la recuperación de los niños difíciles”. En “Revista de Psiquiatría del Uruguay”, pp. 27-40 Mayo-junio 1946
- Leopold, S. (2014) “Los laberintos de la infancia. Discursos, representaciones y crítica.” Ediciones Universitarias. Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR). Montevideo, Uruguay.
- Martinhago (2017) “Contágio social de transtornos mentais: análise das estratégias biopolíticas de medicalização da infância.” Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis
- Martinis & Falkin (2017) “Aspectos pedagógicos y de política educativa involucrados en los procesos de universalización del derecho a la educación” En “Derecho de educación y mandato de obligatoriedad en la Enseñanza Media. La igualdad en cuestión.” Universidad de la República, Uruguay.
- Míguez, M. (2012) “La sujeción de los cuerpos dóciles: medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya.” Estudios Sociológicos Editora.
- Murgía, D. (1987) “Psicofarmacología de la ansiedad” En “Revista de Psiquiatría del Uruguay”, pp.206-218 Julio-diciembre 1987
- Parellada, M. (2009) “TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: de la infancia a la edad adulta” Alianza Editorial.
- Peña, Y. & Moreno, M. (1975) “Análisis de respuestas vindicativas con los padres en niños con problemas de conducta. Una experiencia realizada en la escuela hogar.” En “Revista de Psiquiatría del Uruguay”, pp.19-26. Marzo-abril 1975

- Prego, L. E., Bertran, E., Belbuzzi, S. & F. de Angulo, Y. (1973) “Violencia y ansiedad, fenómeno actual en psiquiatría infantil.” En “Revista de Psiquiatría del Uruguay”, pp.34-38. Noviembre-diciembre 1973.
- Ramírez, F. (1949) “Anomalías de la conducta infantil.” En “Revista de Psiquiatría del Uruguay”, pp.33-52. Abril 1949
- Rossi, G. (2009) “Evaluación del trastorno por déficit atencional con hiperactividad en población de usuarios problemáticos de drogas.” En Revista de Psiquiatría del Uruguay; pp.109-118. Agosto 2009.
- Speranza et. al. (2008) “Uso de metilfenidato en niños y adolescentes usuarios de servicios de asistencia pública de Montevideo” En “Archivos de pediatría del Uruguay”
- Valiño, G. & Casarotti, H. (2007) “Trastorno por déficit atencional e hiperquinesia en el adulto.” En Revista de Psiquiatría del Uruguay, pp.171-189. Diciembre 2007.
- Valles, Miguel S. (2000). “Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional.” España: Proyecto Editorial Síntesis Sociología.
- Vaz Ferreira, C. (1949) “La escuela hogar para irregulares del carácter.” En “Revista de Psiquiatría del Uruguay”, pp.41-48. Mayo-junio 1949
- Viola, L. & Garrido, G. (2009) “Características epidemiológicas del trastorno por déficit atencional en los escolares uruguayos.” En “Revista de Psiquiatría del Uruguay”, pp.157-168. Diciembre 2009.
- Viscardi & Habiaga (2017) “EL derecho a la educación en disputa: dinámicas de resistencia y dinámicas de exclusión” En “Derecho de educación y mandato de obligatoriedad en la Enseñanza Media. La igualdad en cuestión.” Universidad de la República, Uruguay.

### **Sitios web.**

- [https://www.facebook.com/deficitdeatencionuy/?ref=br\\_rs](https://www.facebook.com/deficitdeatencionuy/?ref=br_rs)  
(Última consulta realizada el 31/10/2018)
  
- <https://www.facebook.com/TDAH.Montevideo.Uruguay/>  
(Última consulta realizada el 31/10/2018)
  
- <https://www.facebook.com/PsicologosenMontevideo/>  
(Última consulta realizada el 31/10/2018)
  
- <http://spu.org.uy/>  
(Última consulta realizada el 31/10/2018)
  
- <https://www.psicologos-montevideo.com/deficit-atencion-tdah-uruguay.html>  
(Última consulta realizada el 31/10/2018)

## **Anexos.**

### **Anexo I. Ficha de los artículos seleccionados para el análisis de la Revista de Psiquiatría del Uruguay.**

**Fecha de publicación:** 1946 mayo-junio

**Título:** La colaboración médico-pedagógica en la recuperación de los niños difíciles

**Autor:** Dr. G. Heuyer

**Resumen:** “En la recuperación de los niños deficientes de la inteligencia y del carácter, es necesario unir el tratamiento médico a los métodos pedagógicos. (...) Si la inteligencia de un niño está en atraso, si hay trastornos de carácter que no le permiten adaptarse espontáneamente en el medio escolar, es a menudo porque lleva sobre él la pesada carga de una herencia patológica. (...) Sífilis, alcoholismo, tuberculosis, son las principales causas de una anomalía mental del niño. (...) Es imposible que el maestro comprenda el estado del niño en el período escolar si el médico no lo ha puesto al corriente de los trastornos presentados por el niño en el curso del primer desarrollo. (...) Clases de perfeccionamiento. (...) Entre los niños turbulentos, los más característicos, los que más se presentan son los inestables. (...) La inestabilidad da a la debilidad intelectual un tipo particular. El débil inestable es agitado, sin cesar en su movimiento, incapaz de fijar su atención. A menudo tiene memoria, imaginación; pero es tonto, vanidoso, mitómano y su inestabilidad es causa más importante de inadaptación que la debilidad en sí misma. Tal tipo de débil inestable se opone netamente al débil apático, en el cual no se puede despertar, más que con gran dificultad, un interés para el trabajo o el juego.”

**Fecha de publicación:** 1949 Abril.

**Título:** Anomalías de la conducta infantil.

**Autor:** Dr. Fortunato Ramírez

**Resumen:** “Tomamos la conducta o comportamiento no en su sentido restringido ‘Behaviourista’ (Waston, etc) sino en su significado más amplio siguiendo a Mc Dougall y le asignamos los caracteres establecidos por este autor, entre los cuales se destaca su intencionalidad: a) cierta espontaneidad de movimientos; b) persistencia de movimientos fuera del estímulo provocador; c) variación de dirección en los movimientos persistentes (...) d) búsqueda de un fin o meta; e) anticipación en el sentido de lograr un fin; f) cierto

grado de superación en el rendimiento de la conducta cuando la situación se repite en parecidas circunstancias.”

**Fecha de publicación:** 1949 mayo-junio

**Título:** La escuela hogar para irregulares del carácter

**Autor:** Dr Carlos Vaz Ferreira

**Resumen:** “Las anormalidades de la conducta de estos chicos son de grado muy variable: desde las que han dado motivo a la intervención de los Jueces y la Policía y las graves anormalidades sexuales, hasta las que se limitan solamente a dar trabajo a los maestros por su escaso interés en el estudio.”

**Fecha de publicación:** 1951 Julio- Agosto.

**Título:** Nuestra experiencia en la exploración de la modalidad atencional.

**Autora:** María Esther Domínguez

**Resumen:** “Test taquitoscópico de Radecki” (test de lectura) “Dada la importancia que la modalidad acomodativa atencional, tiene en el juego de captación, sensorial, elaboración intelectual, eficiencia mnemónica y utilización pensante, y la influencia que dicha modalidad ejerce también en los sectores afectivo y activo de la personalidad, toda técnica que ayude a explorar sutilmente sus mecanismos, será inigualmente valiosa.”

**Fecha de publicación:** 1972 mayo-junio

**Título:** Dificultades de Aprendizaje escolar y problemas emocionales

**Autores:** Dra. Elsa Barros de Fernandes y Psic. Violeta Aldabe de Franchi.

**Resumen:** “Esta es una comunicación previa de un trabajo que estamos realizando en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital de”Dr. Pedro Visca”. Está dedicado a la investigación de la relación entre la dificultad de aprendizaje escolar y los trastornos emocionales. (...) Tuvimos en cuenta que de hecho está demostrado que el origen de los problemas emocionales en las dificultades de aprendizaje escolar radica:

En la propia dificultad de aprendizaje unida o no a una reacción inadecuada del medio.

En problemas de desarrollo emocional previos, que al llegar a la actividad escolar aparecen o se incrementan, expresándose además o únicamente por la dificultad escolar.

En problemas de organización y clima emocional familiar. (...) En cuanto a los motivos de consulta debemos aclarar que en el Servicio de Psiquiatría Infantil se ha clasificado tentativamente en cuatro grupos: (...)

DÉFICIT EN EL DESARROLLO Y ESFERA INTELECTIVA (Retardo o déficit en el desarrollo de sus aptitudes, dificultades en el aprendizaje, alteración intelectual)

ALTERACIONES EN LA CONDUCTA. En este ítem pueden agruparse todas aquellas formas de alteraciones en la conducta, valorada en función de la edad del paciente, ya sea porque exhibe formas de conducta correspondientes a una edad inferior, o superior y/o anormales. a) Alteraciones de los hábitos b) aparición de hábitos anormales c) Alteraciones de la conducta del lenguaje d) Alteraciones de la conducta del sueño e) Alteraciones de la conducta social (dificultades de adaptación, rabietas, fugas y agresividad. f) Alteraciones de la conducta sexual g) Inquietud psicomotriz, nerviosismo, tics, movimientos anormales en general.

MANIFESTACIONES PSÍQUICAS. (Síntomas o trastornos de carácter psíquicos.

MANIFESTACIONES SOMÁTICAS. (Síntomas o signos somáticos con o sin expresión psíquicas).”

**Fecha de publicación:** 1973 noviembre-diciembre

**Título:** Violencia y ansiedad, fenómeno actual en psiquiatría infantil.

**Autores:** Dres. Luis E. Prego Silva y Enriqueta Bertran Psic. Silvia Belbuzzi y Yolanda F. de Angulo.

**Resumen:** “Sin embargo, hay momentos en los que la naturaleza de los acontecimientos que conmueven a la estructura social son tan intensos y de tal brusquedad, que adquieren de hecho un primerísimo lugar ante toda otra consideración. (...) Casi impensadamente, nos encontramos con la atención puesta en el acontecimiento o en el hecho social y desde allí, con las repercusiones propias de cada individuo, se irá hacia ese niño psíquicamente enfermo de nuestro tiempo.”

**Fecha de publicación:** 1975 marzo-abril

**Título:** Análisis de respuestas vindicativas con los padres en niños con problemas de conducta. Una experiencia realizada en la escuela hogar.

**Autoras:** Dra. Yolanda Peña Ocampo y Psic. Mabel Moreno de Giorgi (Peña, Y. & Moreno, M.; 1975:)

**Resumen:** “La escuela: Esta experiencia, cuyos resultados vamos a analizar, la realizamos con una muestra, 45 de los 80 alumnos de la Escuela Hogar, o Escuela para Irregulares del carácter, como la llamara Emilio Verdesio. Única en su género en nuestro país, se haya ubicada en una vieja casa quinta de la Avenida Luis A. de Herrera.

Creada en 1934, funciona, actualmente, con un régimen de semi-internado, atendiendo un total de 80 niños distribuidos en clases de 1° a 6° y Recuperación Pedagógica. Maestros y profesores especializados, imparten enseñanza académica y de taller, en las aulas y talleres de entrenamiento y productividad. (...) Con un taller más dentro de la escuela, funciona una Clínica atendida por un médico psiquiatra y una maestra psicóloga, en la que se realiza el tratamiento medicamentoso y psicoterápico de los niños y de sus padres.

Los alumnos: Los alumnos varones pertenecen en su mayoría, a hogares desestructurados, carenciados económica, moral y afectivamente.

Tan solo un 11.5% viven en condiciones humanas, diríamos basales: tienen alimentos, casa con más de una habitación y vestido.

En este medio, las relaciones madre-padre-hijo, están profundamente deterioradas o no existen; esta situación se repite en la relación Escuela-alumno; y así, llegan a nuestra Escuela después de haber recorrido varios centros docentes de los cuales fueron sucesivamente expulsados por graves trastornos de conducta. (...) Este niño es, por tanto, un inadaptado familiar y/o escolar, que, habiendo sufrido experiencias familiares negativas, posee una bajísima tolerancia frente a situaciones frustrantes; en definitiva, es un individuo que no ha cumplido las etapas normales de la evolución del Yo.”

**Fecha de publicación:** 1987 julio-diciembre

**Título:** Psicofarmacología de la ansiedad

**Autor:** Profesor Dr. Daniel L. Murgía

**Resumen:** El autor destaca el valor que han adquirido los medicamentos benzodiazepínicos para el tratamiento farmacológico de la ansiedad, lo que unido al conocimiento exacto de su

modo de acción sobre el sistema límbico, les hacen imprescindibles en el uso terapéutico. - Pero señala que el conocimiento de otras estructuras y sistemas neuronales que también actúan en la fisiogénesis de la ansiedad ha abierto una perspectiva para el ensayo de nuevas drogas. Se puede destacar el siguiente fragmento: “a continuación haré referencia a nuevas moléculas introducidas para el tratamiento de la ansiedad así como el horizonte que se descubre respecto al uso de otros compuestos aún en experimentación clínica.”

**Fecha de publicación:** 2007 Diciembre.

**Título:** Trastorno por déficit atencional e hiperquinesia en el adulto.

**Autores:** Gonzalo Valiño (psiquiatra) Humberto Casarotti (psiquiatra)

**Resumen:** “El TDA-R (trastorno por déficit atencional residual) es muy frecuente en la población general (4,4%). Esto y las dificultades sociales, laborales y familiares que produce en la vida del sujeto y el entorno, implican que debe ser reconocido y tratado lo más precozmente posible. Dado que comienza en la edad infantil, suele ocurrir que en los adultos no aparezca con sus “características sintomáticas” sino con fenotipos que constituyen una tarea diagnóstica difícil; por esa razón, sus diagnósticos diferenciales son fundamentales. En ese sentido, como no hay una prueba diagnóstica paraclínica patognomónica es esencial la experiencia del clínico. El tratamiento farmacológico del TDA-R es importante para mejorar la calidad de vida del paciente y para darle la oportunidad de saber lo que es vivir sin este trastorno. Por eso es necesario actuar sin prejuicios ni preconcepciones, es decir, con responsabilidad sobre lo que informamos y lo que hacemos.”

**Fecha de publicación:** 2009 Agosto.

**Título:** Evaluación del trastorno por déficit atencional con hiperactividad en población de usuarios problemáticos de drogas.

**Autor:** Gabriel Rossi (Médico Psiquiatra Pediátrico)

**Resumen:** “Estudios internacionales muestran la alta prevalencia entre trastorno por abuso de drogas (TAS) y trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH). El presente trabajo estudia una población de consumidores de drogas (N= 40, 3 de sexo femenino, la media de edad fue de 25,5 años.) asistidos en el Hospital Maciel, determinando la prevalencia del TDAH en los mismos. Es un estudio cuali-cuantitativo que tiene un diseño

no experimental. El diagnóstico se realiza con la entrevista clínica y la aplicación del ‘Conners Continuos Performance Test II’; se llega al diagnóstico definitivo a través del cruzamiento de los dos instrumentos utilizados. En cuanto a los resultados, un 27,5% de la muestra es diagnosticada como TDAH, donde la prevalencia encontrada es mayor que la esperada en la población general. Solo uno de estos pacientes está tratado por este trastorno. El presente estudio muestra la relevancia del diagnóstico de TDAH y su necesaria incorporación en la semiología del paciente con abuso de drogas.”

**Fecha de publicación:** 2009 Diciembre.

**Título:** Características epidemiológicas del trastorno por déficit atencional en los escolares uruguayos.

**Autoras:** Laura Viola (Psiquiatría pediátrica) Gabriela Garrido (Psiquiatría pediátrica)

**Resumen:** “El trastorno por déficit atencional es el trastorno neuropsiquiátrico más común en la infancia. Su alta prevalencia, su comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, su repercusión en los aprendizajes y frecuente asociación en la adolescencia y adultez con comportamientos antisociales y trastorno por abuso de sustancias, explican el impacto social que este trastorno conlleva. Es relevante para la salud pública su diagnóstico y tratamiento oportuno, así como la obtención de datos de prevalencia y las características con que se presenta en los niños/ as uruguayos. En este artículo se analiza los datos obtenidos para el trastorno por déficit atencional en el estudio epidemiológico sobre salud mental en escolares en el Uruguay. Se utilizó un instrumento global de screening para problemas emocionales y comportamentales, la Child Behavior Checklist (CBCL), que en lo referente al trastorno por déficit atencional ha demostrado una buena capacidad discriminante. Los resultados obtenidos en escolares uruguayos muestran una buena consistencia interna para la subescala orientada DSM para problemas atencionales, y una sensibilidad y especificidad en el sexo masculino de 0.75 y 0.90 y en el sexo femenino de 0.80 y 0.85, respectivamente, para los puntos de corte seleccionados. Sobre esta base se establece una prevalencia del trastorno en los escolares uruguayos de 7,6% y se examina su asociación con otros trastornos psiquiátricos y resultados académicos. Por último, el estudio brinda información sobre las características de la atención especializada recibida por esa población. El conocimiento de las características epidemiológicas de este tipo de trastorno en los distintos países de América Latina es fundamental para poder profundizar en sus particularidades y cotejar con

datos de investigaciones internacionales, lo que permitirá juzgar en forma más veraz la aplicabilidad de los conceptos nosográficos y la eficacia de los tratamientos.”

**Fecha de publicación:** 2015 Diciembre

**Título:** Repercusión del metilfenidato en el perfil de reconocimiento de las expresiones faciales de emociones en escolares con tdah.

**Autoras:** Ema Bitancur (Médica psiquiatra pediátrica), Carolina Lessa (Médica residente avanzada de Psiquiatría Pediátrica), Laura Viola (Médica psiquiara),

**Resumen:** “Los niños con trastorno por déficit atencional e hiperactividad (tdah) presentan deficiencias en las competencias emocionales y en el reconocimiento facial de emociones. Las regiones diana implicadas en tareas de contenido emocional son objetivo del tratamiento farmacológico con estimulantes, pero los posibles efectos en estos aspectos no son bien conocidos. Este trabajo analiza el perfil de reconocimiento de las expresiones faciales de emociones y evalúa el impacto del tratamiento con metilfenidato (mfd). Cuarenta niños con tdah, con edades entre 6-11 años, en tratamiento con mfd, son comparados con un grupo control de 25 niños no referidos. Se utiliza como instrumento una selección de fotografías de ‘The NimStim set of facial expressions’. Los resultados evidencian un perfil descendido de reconocimiento, y con el uso de metilfenidato hay un mejor desempeño. Lo que sugiere que el sistema dopaminérgico podría estar implicado en el reconocimiento de las emociones.”

**Conclusión:** “Los presentes hallazgos, a pesar de sus limitaciones, parecen sustentar que la respuesta clínica al mfd se extiende más allá de un incremento en la atención y mejoras en síntomas conductuales. Por la importancia que esto reviste para el abordaje terapéutico se debe continuar avanzando en estos aspectos, teniendo en cuenta que, más allá de la impulsividad y la hiperactividad, la deficiencia en la decodificación de emociones debe ser considerada como un factor de riesgo para el fracaso en las relaciones interpersonales.”

## **Anexo II. Pauta de entrevistas.**

### **1. Importancia del fenómeno:**

- 1.1 ¿Cuántos niños son diagnosticados con TDAH en el Uruguay?
- 1.2 ¿Cuál es la influencia que tiene el trastorno en las dificultades para atravesar el sistema educativo (repetición, abandono, etc.)?
- 1.3 ¿Cuáles son las particularidades del TDAH? Similitudes y diferencias con respecto a otros trastornos.

### **2. Proceso de detección:**

- 2.1 ¿Cuál es el proceso que atraviesa un niño para llegar a ser diagnosticado con TDAH?
- 2.2 ¿Qué profesionales participan de este proceso y qué papel juegan?
- 2.3 ¿Cómo son los métodos de evaluación para el diagnóstico del TDAH?
- 2.4 ¿A qué edad suele diagnosticarse el trastorno?
- 2.5 ¿Cuáles son las diferentes manifestaciones del trastorno?

### **3. Estrategias pedagógicas:**

- 3.1 ¿Cuáles son los pasos que se siguen una vez que se diagnostica el TDAH?
- 3.2 ¿Existe un cambio en las estrategias pedagógicas con el niño una vez que fue diagnosticado con TDAH?
- 3.3 ¿Existe una coordinación entre maestros y técnicos para desarrollar una estrategia común? ¿Cuál es el vínculo entre ellos?
- 3.4 ¿Existe un seguimiento personalizado por parte del maestro hacia el niño diagnosticado?

### **4. Competencias de los maestros:**

- 4.1 ¿Cómo es la formación de los maestros en relación a esta temática?
- 4.2 ¿Existe algún tipo de capacitación dirigida hacia ellos referida a la temática del TDAH y de los trastornos de aprendizaje en general?
- 4.3 ¿Cómo se relacionan los maestros con los técnicos que participan en el diagnóstico y tratamiento del TDAH?
- 4.4 ¿Se encuentran preparados para tratar con un niño con TDAH?

### **5. Socialización del niño:**

- 5.1 ¿Cuál es el papel que juegan las familias en este proceso?
- 5.2 ¿Cómo es el relacionamiento de las familias con técnicos y maestros?

**5.3** ¿Cómo es el relacionamiento entre los niños con TDAH y sus pares? ¿Y con su entorno en general?

**5.4** ¿Cómo es visto el fenómeno por sus compañeros?

**6. Tratamiento y resultados:**

**6.1** ¿Qué rol juega el tratamiento con medicación en este proceso?

**6.2** ¿Cuáles son los tratamientos que se les brindan a los niños con TDAH?

**6.3** ¿Existe una mejoría en los rendimientos académicos cuando se comienza con el tratamiento?

**6.4** ¿Cómo enfrentan los niños y las familias el diagnóstico y el tratamiento del TDAH?

**7. Cierre de la entrevista:**

**7.1** ¿Deseas agregar algún comentario?