

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
Infancia medicalizada y Trabajo Social.

Melisa Paolino Rocca
Tutora: Elizabeth Ortega

2021

Agradecimientos

A mis padres y mi hermana! Las personas más importantes. Quienes desde el primer día atravesaron conmigo este proceso, de cerca y a distancia. Sin su apoyo constante e incentivo, no hubiera sido posible llegar a este logro. Son todo!

A mi tía Mariana, que por su forma de ser tan especial y graciosa, hizo de este trayecto algo disfrutable, hasta en los momentos de estrés y presión.

A mis amigos y amigas de siempre y a los que me dio la facu. Todos ellos me alentaron en todo momento y se encargaron de que mis distracciones, en esta última etapa, fueran de lo mejor!!!

Especialmente a Silvi, mi amiga incondicional, que en los momentos en los cuales colapsé, ella me hizo ver lo cerca que estaba del final y el valor del esfuerzo!

A Carlita, quien me apoyó desde el inicio y en esta última instancia de nervios y ansiedad, aguantó mis estados emocionales mediante videollamadas eternas!.

A Ely, por su enseñanza y dedicación. Tengo que admitir que en los momentos en que sentí que el tiempo era acotado, su exigencia generó en mí un cambio de actitud y dedicación frente a este trabajo.

Introducción.....	1
Capítulo I: Medicalización e Infancia	
1.1. Definiendo la Infancia.....	7
1.2 Infancia medicalizada y patologización de los cuerpos	11
1.3. Visualizando etiquetas en la infancia	16
Capítulo II: Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales como dispositivos que clasifican y ordenan: Un análisis sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.	
2.1. Historia y Función de los DSM como instrumento de la Psiquiatría clínica	19.
2.2. Conductas denominadas como TDAH: Concepto y evolución socio histórica desdemediados del S.XX.....	24
Capítulo III: TDAH, Trabajo Social y debates del Grupo de Estudios de Discapacidad.	
3.1. Un abordaje contemporáneo del TDAH desde los debates del GEDIS	33
3.2. La visión desde el Trabajo Social en el equipo GEDIS	37
Reflexiones finales	41
Referencias bibliográficas.....	44
Fuentes consultadas.....	47

Glosario

AMA: Asociación Médica Americana

AMPA: Asociación Americana de Psicología Médica

APA: Asociación de Psiquiatría Americana

CDN: Convención de los Derechos del Niño

CDNU: Convención de los Derechos del Niño del Uruguay

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FCS: Facultad de Ciencias Sociales

GEDIS: Grupo de Estudio sobre Discapacidad

INDDHH: Institución Nacional de los Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo

JIFE: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

OMS: Organización Mundial de la Salud

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

UDELAR: Universidad de la República

Introducción

El presente trabajo constituye la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social bajo el marco del plan 2009, de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS), Universidad de la República (UdelaR).

El tema que se abordará refiere a las conductas de la infancia que fueron agrupadas a partir de la segunda mitad del siglo XX con la denominación Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), en las diversas publicaciones de los cinco Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM). Se establecerá una relación con los procesos de medicalización y patologización instalados en la sociedad, incluyendo la visión contemporánea del Trabajo Social sobre la temática.

Se entiende fundamental para la profesión, tanto como objeto de estudio, como desde el punto de vista de la intervención, a la infancia y sus condiciones en el marco familiar. Entre ellas encontramos el punto de vista de la defensa de sus derechos, inclusión en el sistema de protección social, la escolarización, las estrategias sanitarias que los han abarcado y otros.

La temática seleccionada refleja preocupación en los discursos contemporáneos de la sociedad, ya que en la infancia se prioriza la medicalización frente a comportamientos que están por fuera de lo socialmente esperado. Se considerará a la medicalización referida a la infancia como la categoría eje de análisis para esta monografía.

A lo largo del siglo XX varias son las instituciones que se crean para dar cuenta de niños que presentaban ese tipo de comportamientos.

El contexto de este estudio conlleva a explicar la relación que se establece entre medicalización e infancia. Entre diversos autores que han analizado este binomio, se

destacan los aportes de Míguez, quien desarrolla los conceptos referidos a la medicalización de la infancia haciendo énfasis en el ámbito social, educativo y económico.

Desde su óptica Míguez (2012) visualiza el crecimiento de la medicalización en la infancia por medio del uso de psicofármacos, como una posible y emergente solución frente a “conductas inapropiadas”, que son denotadas como patologías o trastornos.

La medicina aborda determinadas conductas que contempla como desviadas plasmando una delgada línea entre lo que considera y clasifica como normal o como patológico, dando paso a una serie de intervenciones desde la propia medicina o desde disciplinas que se relacionan con el niño y su familia en diferentes espacios de la vida cotidiana.

Mediante el orden establecido por los DSM bajo el marco de categorías diagnósticas, los niños/as pasan a ser objeto de intervención de la Psiquiatría, Psicología, Pedagogía, Trabajo Social, entre otras disciplinas, debido a que tales conductas se comienzan a asociar con síntomas que definen a diversos trastornos.

De esta forma, interesa estudiar las consecuencias de los diagnósticos frente a comportamientos que demuestran hiperactividad, inatención o impulsividad, sin atender con precisión e integralidad lo complejo de las situaciones.

En base a aportes de autores tales como Untoiglich, Míguez y Sánchez (2015), se manifiesta preocupación por las temáticas de la medicalización y patologización, analizando los efectos que los procesos ya definidos generan en la infancia, poniendo énfasis en términos como etiquetas y estigma, que contribuyen a la vulneración y sufrimiento del niño, niña o adolescente.

Si bien en el desarrollo de la monografía se coloca a la infancia tanto en la sociedad como en la familia, se considera pertinente también ubicarlo bajo el marco de la creación de la Convención de los Derechos del Niño (CDN, 1989), señalando la relevancia del niño visualizado como sujeto de derecho; esto implica un cambio en la atención y el cuidado del niño/a.

Ante la problemática del binomio medicalización-infancia, así como los procesos de medicalización y patologización, se exponen aportes que presenta el Grupo de Estudios sobre Discapacidad (GEDIS) de la FCS, con el propósito de estudiar sus aportes desde la interdisciplina como mecanismo favorable para abordar tales cuestiones.

Para realizar este documento se llevó a cabo un estudio exploratorio-descriptivo, y de carácter cualitativo, mediante el uso de tres fuentes de investigación.

Es exploratorio-descriptivo porque se indaga y se describe sobre determinado fenómeno y sus características en un contexto y tiempo específico. (Batthianny y Cabrera, 2011). Los estudios de este tipo se caracterizan por su metodología flexible, y tienen como objetivo estudiar un tema que no ha sido abordado con frecuencia.

En este caso, se propone como objeto de análisis la evolución que ha tenido la conceptualización socio histórica del TDAH en los DSM, desde mediados del siglo XX hasta la actualidad, y su relación con los procesos de medicalización de la infancia, incluyendo la visión contemporánea que el Trabajo Social ha tenido al respecto.

Como objetivo general, en este documento se plantean analizar desde el Trabajo Social las conductas de la Infancia que fueron agrupadas con la denominación del TDAH, en las diversas publicaciones de los DSM en el período ya mencionado.

En tanto, como objetivos específicos se propone analizar la conceptualización del TDAH y

sus variaciones en las distintas ediciones de los DSM y su relación con los procesos de medicalización de la vida social, e identificar y describir el punto de vista que el Trabajo Social ha construido frente al TDAH en la infancia.

Las fuentes a utilizar son los cinco DSM, un Informe Institucional avalado por el Consejo Directivo de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH)¹, y los debates titulados “Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias en el Uruguay”², realizados por el GEDIS de la FCS de la Udelar.

Los manuales son editados por la American Psychiatric Association (APA), Asociación Estadounidense de Psiquiatría y sus publicaciones se ubican entre los años 1952 (DSM- I) y 2013 (DSM-5). Son utilizados por la Psiquiatría clínica y consisten en la presentación de la clasificación de trastornos mentales mediante determinadas categorías diagnósticas, las cuales tienen el fin de crear grupos homogéneos de individuos que comparten ciertas características. Se tomarán como objeto de análisis en el sentido de estudiar si se amplían o no los comportamientos de la infancia que se incluyen en esas categorías.

Para brindar una mirada social sobre el objeto de análisis propuesto y visualizar los procesos mencionados, se analizarán los debates realizados en el año 2020 por el GEDIS, y el Informe Institucional contemplado por la INDDHH.

¹ La INDDHH fue creada en el año 2008 “(...) con el fin de otorgar mayores garantías a las personas en el goce de sus derechos humanos y para que las leyes, las prácticas administrativas y políticas públicas se desarrollen en consonancia con los mismos”. (gub.uys/f) Recuperado de: <https://www.gub.uy/institucional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/medicalizacion-patologizacion-infancias-adolescencias-informe-final>

Desde un enfoque interdisciplinario estos debates apuntan a informar, sensibilizar y concientizar acerca de la situación actual de la medicalización en la infancia. Por su parte, el Informe Institucional da cuenta tanto de datos cualitativos sobre los procesos de medicalización y patologización, como cuantitativos en relación al consumo de psicofármacos en la infancia. Los procesos de patologización atraviesan todos los grupos etarios, y la infancia no es una excepción.

Esta monografía se conforma de tres capítulos, el primero se denomina “Medicalización e Infancia”. En una primera parte se realiza un breve recorrido histórico del concepto de infancia tomando aportes de Barrán (1990), apuntando al rol del niño en el Uruguay del 1900, y a la relevancia de la escuela como institución reguladora del disciplinamiento. Se pone énfasis en la protección que se establece sobre la infancia, específicamente desde la salud y la promoción de los derechos humanos.

Luego se hace referencia al problema actual relacionado a la infancia medicalizada. Al finalizar el capítulo se alude a la relevancia de las etiquetas que son atribuidas por diagnósticos en la infancia.

En segundo lugar, se pone el foco en las conductas que se denominan como TDAH. Se realiza la evolución socio histórica del concepto desde mediados del siglo XX, analizando el surgimiento y modificaciones de éste en cada uno de los DSM, su diagnóstico y tratamiento.

² Los debates se dividen en tres instancias que tuvieron lugar en el año 2020 bajo el marco de la medicalización y patologización de las infancias y adolescencias en el Uruguay. Fueron organizados por elGEDIS y contaron con la presencia de la INDDHH y profesionales de diversas disciplinas. Recuperado de: Debate 1: <https://www.facebook.com/1045843892145428/videos/394696121668513>
Debate 2: <https://www.facebook.com/1045843892145428/videos/356105962128953>
Debate 3: <https://www.facebook.com/1045843892145428/videos/1255834404784764>

Por último, el tercer capítulo, “TDAH, Trabajo Social y debates del Grupo de Estudios sobre Discapacidad” consta en una primera instancia de un abordaje contemporáneo del trastorno, teniendo en cuenta los debates realizados por el GEDIS durante el año 2020.

En un segundo y último apartado se analiza la visión desde el Trabajo Social en dichos debates, con el fin de comprender la relevancia y el punto de vista de la profesión, acerca de los crecientes diagnósticos de TDAH.

CAPÍTULO I - MEDICALIZACIÓN E INFANCIA

1.1. Definiendo la Infancia

El concepto de infancia ha ido variando en la historia, y se debe advertir que no existe la posibilidad de una sola infancia, por lo cual se hará referencia a ésta como constructo social que parte de la sociedad. Se realizará un breve recorrido histórico sobre la consideración de la infancia para dar un marco general a la temática abordada.

Es así que en 1990 Barrán, en su libro “Historia de la sensibilidad en Uruguay” refiere a la época del Novecientos como “civilizada”, donde la sociedad se vio disciplinada incorporando nuevas conductas y valores y por la presencia de figuras, los “nuevos dioses”, que regían y contribuían al orden de dicha sociedad.

En relación a la infancia, puntualmente, este nuevo orden trajo consigo a un (...) “niño que fue objeto de una particular atención por su naturaleza “bárbara” primero, y luego porque si se lograba inculcar en él control del cuerpo, se obtendría un adulto disciplinado y respetuoso” (Barrán, 1990, p.213)

Los “nuevos dioses” de la época, el trabajo, el orden, la salud e higiene dan sentido al disciplinamiento. Bajo la deificación del trabajo, figuras como el médico, el maestro, el cura y el policía se encargaban de establecer el cuidado sobre la niñez.

Por medio de la educación se procuraba generar en la infancia hábitos, conocer límites y reglas que se mantendrían a futuro. La escuela constituía la institución donde el objetivo era disciplinar al niño, el maestro enseñaba modales, a respetar, a cumplir con normas establecidas, con un determinado modelo de conducta corporal donde se evitaran los movimientos bruscos, los sonidos fuertes, el cabello despeinado.

En el transcurso del siglo XX surge la importancia de reconocer al niño desde su

constitución como persona, hasta la adquisición de sus derechos y políticas sociales que le son inherentes.

El 29 de noviembre de 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas da por aprobada la Convención de los Derechos del Niño (CDN), creada con el fin de que la infancia se encuentre bajo el amparo de un conjunto de derechos que garanticen su bienestar en general.

Cillero (1999) ha descrito en sus trabajos a la infancia, teniendo como base la implementación de los derechos humanos planteados en la CDN y remarcando, en la estructura de ésta, la noción de “interés superior del niño”.

Según aportes del autor,

La CDN (...), opera como un ordenador de las relaciones entre la infancia, el Estado y la familia, que se estructura a partir del reconocimiento de derechos y deberes recíprocos. (...) la CDN es profundamente respetuosa de la relación niño-familia, enfatizando el papel de las políticas sociales básicas y de protección y limitando la intervención tutelar del Estado a una última instancia que supone que han fallado los esfuerzos de la familia y los programas sociales generales. (p.2)

La CDN se caracteriza por tomar a la infancia desde un abordaje integral, colocándola tanto en la familia, como en la sociedad y en el Estado.

Desde estos tres pilares se contemplan deberes y derechos hacia la infancia para contribuir a su desarrollo y protección.

La integralidad, el pasaje de las necesidades a los derechos, y la idea de percibir al niño como sujeto de derecho, constituyen la estructura de la Convención, implicando a su protección

integral y su consideración como unidad bio-psico-social. Desde esta perspectiva prevalece el bienestar en la infancia abarcando lo social, lo afectivo y su entorno físico.

Desde la protección integral se apunta a que el niño alcance un desarrollo adecuado y satisfactorio por medio del amparo de sus derechos en todas las dimensiones de su vida.

Por su parte, pasar de necesidades a derechos en la infancia alude a la figura del niño frente a la asistencia social, es decir, deja de ser receptor para ser tomado como sujeto de derecho. Percibir al niño como tal refiere a la igualdad jurídica que pretende la CDN, dando posibilidad de que la infancia se posicione ante la ley de igual forma que la etapa de la adultez.

Sin embargo, Cillero (1999) plantea que,

(...) surge la paradoja de que si bien el niño es portador de derechos y se le reconoce capacidad para ejercerlos por sí mismo, el propio ordenamiento jurídico no le adjudica una autonomía plena, debido a consideraciones de hecho -que tienen que ver con su madurez- y jurídicas, referidas a la construcción jurídica tradicional de las niñas y los niños como personas dependientes de sujetos adultos, en particular, de los padres. (p.4)

Por lo tanto se remarca nuevamente el rol que ocupan la familia y el Estado, ya que ante la carencia de autonomía en la infancia, éstos son los responsables de preservar el desarrollo integral del niño, con el fin de que durante su crecimiento adquiriera las herramientas necesarias para ser autónomo.

Ahora bien, el concepto de infancia se ha definido dependiendo del contexto socio histórico, y en base a derechos humanos, sin embargo es necesario concebir esta categoría dejando de lado la relación de subordinación y dependencia entre maestros-alumnos, padres-hijos.

Asimismo, aportes de Casas (2006) colocan a la infancia en relación a las representaciones sociales, específicamente como “representación positiva”, “negativa”, “ambivalente y cambiante”. Lo positivo en este grupo deviene de asociarlo a la inocencia, pureza y felicidad; la representación negativa refiere a modificar el estado de rebeldía que se presenta en la infancia. Por último, la ambivalencia del concepto se debe a la etimología de éste, el cual proviene

Del latín in-fale, no hablan, los bebés. De esta idea se pasó a la de que «aunque hablen, aún no razonan bien», y aparecen a lo largo de la historia (no sólo social, sino también del derecho) nociones para diferenciar un «antes» y un «después»: uso de razón, discernimiento, raciocinio, responsabilidad, madurez, capacidad, competencia, imputabilidad, minoridad de edad, etc. (p.30)

Para concluir este apartado, la infancia queda bajo protección, cuidado y atención de la CDN, considerando los derechos humanos como prioridad.

Los procesos normalizadores de medicalización, que se abordarán en el siguiente punto, se relacionan y a su vez trasciende la mirada desde los derechos humanos que plantea la Convención.

1.2 Infancia medicalizada y patologización de los cuerpos

La medicalización en la infancia es una de las temáticas que se ha colocado como tema central de discusión en las prácticas interdisciplinarias. Desde mediados del siglo XIX, ésta atraviesa a la sociedad e interviene en la vida cotidiana de las personas, por medio de procesos que se relacionan con cambios sociales, políticos y científicos de la época.

Desde fines del siglo XIX y principios del XX (Barrán, 1990), para alcanzar el orden se vigila a las personas por medio de instituciones de encierro como los asilos psiquiátricos, hospitales, sistemas penitenciarios, entre otros. Por lo tanto, es aquí donde la medicina remarca su expansión, su dominio frente a la cotidianidad.

Así mismo, “El saber médico también insistió en dudar de las percepciones del paciente y preferir las propias. Las sensaciones de dolor, los estados de bienestar o malestar, fueron devaluados como síntomas. La salud pasó a ser un hecho certificable por su oficiante” (Barrán citado en Berenguer, 2013, p.223).

Ahora bien, Beltrán (2018), realiza un estudio socio histórico que abarca las primeras décadas del siglo XX, donde aparece la noción del niño visualizado como “peligroso”, quien pasa a ser el centro del discurso y la intervención tanto de la medicina como de otros dispositivos de la sociedad del momento.

En palabras de la autora esos niños se consideran “niños difíciles”, con esta denominación

(...) remite a un conjunto de comportamientos de aquellos niños que reunían las siguientes características: no lograban incorporar la disciplina ni en la escuela ni en el hogar, cuestionaban la autoridad familiar y la escolar, tenían dificultades de aprendizaje o distorsionaban el aprendizaje del resto y no lograban adaptarse a las pautas morales. (Beltrán, 2018, p. 30)

Ante esta “peligrosidad” Beltrán resalta la importancia del rol y del cuidado de la familia hacia el niño/a durante su crecimiento, ya que es el contexto en el cual los individuos, desde su nacimiento, aprenden modos de ser y estar, a interactuar y relacionarse con los demás.

Existe una relación entre familia y salud, ya que mientras desde la familia se brinden condiciones adecuadas se obtiene una buena salud. Por lo tanto, desde la medicina,

específicamente desde la Psiquiatría, se comienzan a atender comportamientos de la infancia que generan peligro y que difieren de lo normal. Los “niños difíciles”, son los que por falta de atención, conducta molesta o inadecuada, inquietud e hiperactividad, pasan a ser reconocidos con la etiqueta de TDAH.

Estudiar el binomio medicalización-infancia conlleva a atender cuestiones actuales como lo son los crecientes procesos patologizadores, el aumento de diagnósticos y los tratamientos farmacológicos.

Crawford entiende por medicalización un

(...) espectro de problemas sociales que son codificados en términos de salud y enfermedad. Se destaca aquí el carácter de norma invasora que los mismos representan para la vida cotidiana de los individuos, a medida que la mayor parte de las facetas de la misma (alimentación, ocio, trabajo, etc.) pasan a ser juzgadas desde ese ángulo. (citado en Mitjavila, 1998, p.7)

Es decir, problemas de orden social se ven intervenidos por el campo y poder médico, obstaculizando la constitución de las subjetividades. Frente a la medicalización el higienismo³ fue el “principal pilar” que dio lugar a la atribución de conceptos médicos para referir a problemas sociales.

Por su parte, los procesos de patologización aluden a la asociación de estados o conductas manifestadas por el niño/a y una patología, al decir de Untoiglich (2014), las características como la hiperactividad, timidez, tristeza, rebeldía, entre otras, pasan a ser catalogadas como patologías, colocando al sujeto como persona enferma, que posee un trastorno.

Mitjavila (2020) en su artículo “Sobre la medicalización de la infancia socialmente

problemática: objetos y trayectorias de la psiquiatría”, expresa que a fines del siglo XX, los comportamientos de la infancia que se identifican con patologías, repercuten en el orden social, y la psiquiatría interpela con el fin de implementar estrategias que den solución al problema. Señala que,

(...) si observamos la trayectoria histórica de la psiquiatría infantil desde sus orígenes como especialidad médica hasta nuestros días, encontraremos momentos de inflexión conceptual y su materialización en nuevas categorías nosológicas y estrategias terapéuticas que no surgen como un mero resultado de la dinámica misma del conocimiento psiquiátrico y sí, posiblemente, como respuestas biomédicas a cuestiones que se convirtieron en focos de preocupación a escala societal. (p.96-97)

Aquí se hace referencia a la presencia de diagnósticos desde la salud mental a partir de trastornos mentales identificados con categorías, y resalta al TDAH como relevante entre otras. A medida que los trastornos marcan a la infancia, las responsabilidades recaen sobre las familias

Los procesos medicalizadores resultan de observar conductas en la infancia que se presentan mayoritariamente en el ámbito escolar, ya que se espera una adaptación al sistema educativo establecido.

Por lo tanto, los problemas de concentración y aprendizaje pasan a representar una enfermedad, donde

(...) se sostiene una concepción ontológica de la enfermedad: no solo se le otorga existencia como algo autónomo sino que se cae en un razonamiento

³ “El higienismo novecentista (...) generalmente localizaba los peligros para la salud en situaciones concretas (el ambiente físico, la condición social de conjuntos humanos, etcétera) consideradas como totalidades en sí mismas e integradas a grandes y generalizadoras estrategias discursivas” (Mitjavila citado en Ortega, 2003, p.42)

tautológico: si un niño se mueve mucho, es hiperactivo, entonces todo lo que haga (a partir de que se lo denomine de ese modo) va a ser interpretado como efecto de la supuesta enfermedad: hiperactividad (Janin citado en Míguez, 2015, p.58)

Por otro lado, la autora Caliman en su capítulo sobre infancias medicalizadas al referirse a la medicalización analiza el creciente uso de psicoestimulantes para el tratamiento del TDAH. La autora resalta el uso de metilfenidato, conocido comúnmente como ritalina.

Expresa que:

(...) surgia como a única tecnologia de cuidado em uma rede de apoio extremamente fragilizada. interessante pensar que o processo de individualização em voga na psiquiatrização e psicofarmacologização da vida e também alimentado pelo individualismo e isolamento vivido pelos familiares, profissionais da saúde e da educação. (Caliman citado en Caponi, 2016, p.55)

Así mismo, Moreno (2009), señala que en la psicofarmacología de la niñez y adolescencia ésta es la técnica más adecuada. Asevera que genera una mejoría en el rendimiento, concentración, aceptación de normas establecidas y reducción de impulsividad y agresividad.

El tema se torna clave para la perspectiva de Derechos Humanos, por lo cual Javier Palummo (2015), expresa la postura de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) frente a dicha problemática.

Desde la JIFE se solicitó “a todos los gobiernos que ejerzan la más estricta vigilancia a fin de impedir el “diagnóstico excesivo” del Trastorno de Déficit Atencional por Hiperactividad (TDAH) en niños y el tratamiento médicamente injustificado con metilfenidato y otros

estimulantes”. Y, a su vez, desde la OMS (citado en Palummo, 2015, p.82), se menciona la presencia de una “Epidemia del uso de estimulantes tipo anfetamina (ETA)”, cuestión que remarca el aumento del uso de psicofármacos como mecanismo abusivo en relación a los derechos de la infancia.

En relación al aumento del uso de medicamentos para tratamientos de patologías se plasman datos cuantitativos (INDDHH, 2019). Tomando como población a niños/as hospitalizados en el Hospital Pereira Rossell durante el año 2014, se observa que el consumo de psicofármacos es más alto en varones que en niñas (71%), y se expresa que: “En relación a los psicofármacos suministrados, se destacan los antipsicóticos (64,8%), estabilizantes del humor (16,2%) y estimulantes (6,8%); predominando el uso de Risperidona. Concluye este informe que existe una escasa frecuencia de tratamientos con enfoque multimodal (Mastroianni citado en INDDHH 2019, p.29)

Ante este contexto, se señala que, frente a los procesos ya mencionados que atraviesan la infancia, debe instalarse un cambio de perspectiva y de atención desde la salud mental y desde disciplinas como Psicología, Trabajo Social y Psiquiatría, entre otras, para prevenirlos, utilizando herramientas que contribuyan a abarcar situaciones de forma integral, poniendo el foco en los contextos e historias de niños y niñas que son diagnosticados. Entender y atender de forma conjunta la complejidad que abarcan dichos procesos reduciría el crecimiento de los actos de medicar⁴ como estrategia más emergente. El impacto de estos procesos en la infancia se define por la dualidad normalidad- anormalidad, conceptos que se abordarán en el siguiente apartado.

⁴ “El acto de medicar hace a la acción concreta de suministrar medicación, en este caso específico, en la infancia que dista de “lo ideal” según la mirada adulta”. (Míguez, 2015, p.41)

1.3. Visualizando etiquetas en la infancia.

Controlar conductas desviadas en la infancia refleja, por un lado, la diferencia establecida entre lo normal y lo patológico instalada en la sociedad, y la generación de etiquetas a niños/as que transgreden esa normalidad por ser diagnosticados con TDAH.

Canguilhem (1971) da cuenta de estos conceptos a partir de una crítica epistemológica, tomando puntos de vista de varios filósofos, entre los que se encuentra Lalande, quien manifiesta que

(...) es normal etimológicamente, (...) aquello que no se inclina ni hacia la derecha ni hacia la izquierda; por lo tanto, lo que se mantiene en un justo medio; de aquí surgen dos sentidos derivados: es normal aquello que es tal como debe ser; es normal, en el sentido más usual de la palabra, aquello que se vuelve a encontrar en la mayoría de los casos de una especie determinada, o aquello que constituye ya sea el promedio, ya sea el módulo de un carácter mensurable. (p.91)

Se alude a lo normal como “aquello que es tal como debe ser” y aquí se visualiza el rol hegemónico del concepto, aseverando como anormal o patológico a lo que difiere de ese estado.

Mientras que los patrones de comportamiento en la infancia están sujetos a la clasificación según parámetros, los niños/as comienzan a ser etiquetados y marcados en la sociedad, específicamente en el contexto familiar y educativo. Etiquetar durante esta etapa conlleva a omitir sentimientos, emociones e historias que forman parte de su identidad, crecimiento y desarrollo.

Las etiquetas se asignan desde el mundo adulto con el fin de obtener una infancia uniforme, que responda al sistema educativo estructurado impuesto por la sociedad. De este modo el

niño/a podría inclusive perder una característica identitaria, como lo es el nombre, para ser nombrado afín con su trastorno.

(...) diagnósticos que llevan a que un niño sea catalogado por los síntomas que presenta perdiendo así su identidad. Así, se pasa de: “tiene tics”, a “es un Gilles dela Tourette” o de: “tiene conductas compulsivas y reiteradas” a “es un TOC”, o en vez de un niño triste, hablamos de un trastorno bipolar... El más conocido es el Trastorno por déficit de atención, título con el que son catalogados niños que presentan diferentes características. (Janin, 2006, p.85-86)

Por su parte, Goffman en su libro “Estigma: la identidad deteriorada” afirma que las etiquetas se instalan en los cuerpos infantiles generando estigmas sociales, concepto sobre el cual profundiza. Considerando al mismo como “un atributo profundamente desacreditador”, “una clase especial de relación entre atributo y estereotipo” (Goffman, 2006, p.13-14), es decir, nuevamente de parte de la sociedad se clasifica a niños/as por medio de supuestos, dependiendo de sus características y comportamientos.

Bajo este marco, el autor manifiesta preocupación por la presencia de individuos normales y estigmatizados, en un mismo tiempo y espacio, lo que perjudica y deja expuestos a los últimos. Esta situación genera exclusión social hacia los estigmatizados, y afecta en la construcción de su identidad, evitando que expresen sus formas de ser, pensar y hacer, en determinado contexto.

Ya se ha mencionado que el ámbito escolar es el contexto en el cual se procura que niños/as se adapten al sistema educativo impuesto, por lo tanto es aquí donde surgen las diferencias entre los que acatan lo prescrito (normales) ,y quienes no lo logran (estigmatizados).

Míguez y Sánchez (2017) en base a aportes de Scribano, expresan que la asignación de etiquetas en los cuerpos infantiles se relacionan con los “mecanismos de soportabilidad social”⁵ y “dispositivos de regulación de las sensaciones”⁶. Estos suceden durante la interiorización y exteriorización, de parte de los niños/as, de lo establecido por la sociedad.

Afirman que la infancia atraviesa un “dolor social” que surge entre lo impuesto como deber ser y el ser. Los comportamientos en la infancia son controlados tanto por las instituciones como por las familias, instalando así dicho dolor social mediante los procesos patologizadores, medicalizadores y las etiquetas.

En palabras del autor, el dolor social se presenta “(...) como desplazamiento de la identidad posible, con la restricción de la mirada atenta del otro (Scribano, 2007). La naturalización de esta mirada, que pareciera ser tal, es interiorizada con indignación, desvalorización, conflicto, frustración, generando exteriorizaciones que se manifiestan en dichos y hechos.” (Míguez, 2012, p.131)

Tanto el TDAH como diversas categorías diagnósticas, se encuentran conformando los DSMI, II, III, IV y V, donde se clasifica, ordena y organiza una serie de trastornos mentales según la presencia de determinados síntomas. Se profundizará sobre esto en el siguiente capítulo.

⁵ “Estos entendidos como un conjunto de prácticas tendientes a evitar el conflicto social” (Míguez y Sánchez, 2015, p.36)

⁶ “(...) predeterminan lo socialmente habilitado a ser distribuido como verdad en las sociedades, en tanto sensaciones y percepciones.” (Míguez y Sánchez, 2015, p.36)

CAPÍTULO II: MANUALES DIAGNÓSTICOS Y ESTADÍSTICOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES COMO DISPOSITIVOS QUE CLASIFICAN Y ORDENAN: UN ANÁLISIS SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

2.1 Historia y Función de los DSM como instrumento de la Psiquiatría clínica

Los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales son cinco manuales editados y publicados por la Asociación Americana de Psiquiatría que consisten en la presentación de la clasificación de trastornos mentales mediante determinadas categorías diagnósticas, las cuales tienen el fin de crear grupos homogéneos de individuos que comparten ciertas características y orientar los diagnósticos médicos.

Psiquiatras, psicólogos e investigadores de las ciencias de la salud hacen uso de estos manuales, como herramienta útil y precisa que fomenta la comunicación entre las disciplinas con el objetivo de compartir un lenguaje uniforme a la hora de realizar diagnósticos.

Referir a la historia de estos manuales conlleva a tener presente hechos y publicaciones que marcaron a la Psiquiatría desde fines del siglo XX y principios del XXI.

Por parte de la Asociación Americana de Psicología Médica (AMPA) y de la Asociación Médica Americana (AMA), se remarca la influencia de la Segunda Guerra Mundial como hecho histórico que apoyó a las iniciativas de clasificación de enfermedades que trajo consigo la emergencia de un *lenguaje común*, necesario para agrupar los diagnósticos y sus posibles tratamientos.

En este contexto surge el DSM I⁷ publicado en 1952, con la participación de psicólogos y psiquiatras para su elaboración y con la influencia de Adolf Meyer. Este manual se

compone de 106 categorías diagnósticas en cuanto a trastornos mentales, y se remarca en su desarrollo el concepto de “*reacción*”⁸, donde los factores psicológicos, sociales o biológicos, se encuentran sobre los genéticos y metabólicos.

En 1968 es publicado el DSM II (APA, 1968) constituido por 134 páginas y 182 categorías diagnósticas. Esta edición se caracteriza por referir a los diagnósticos de trastornos mentales con definiciones poco específicas. Tiene el objetivo de generar seguridad ante el “*lenguaje psiquiátrico común*”. (Widakowich, 2014)

La APA impulsa la elaboración y publicación del DSM III en el año 1980, conformado por 495 páginas y 265 categorías de trastornos mentales.

En su introducción se señala que, (...) includes such new features as diagnostic criteria, a multiaxial approach to evaluation, much-expanded descriptions of the disorders and many additional categories (some with newly-coined names); and it does not include several time-honored categories”. (APA, 1980, p.1)⁹

Si bien estos cambios fomentaron el pasaje de la dualidad normalidad-patología hacia trastornos definidos por síntomas, y transformaron nuevamente a las categorías, no proporcionaban una definición de trastorno mental que contemple específicamente dicho concepto.

⁷ Se debe aclarar que no se obtuvo como fuente el DSM I, por lo tanto no se abordó un desarrollo sobre su estructura y aspectos relevantes, ni se estableció diferencias entre conceptos planteados en la elaboración de los siguientes manuales.

⁸ Recuperado de: [https://www.sintesis.com/data/uploads/files/Anexo%20I%20\(cap_%202\).pdf](https://www.sintesis.com/data/uploads/files/Anexo%20I%20(cap_%202).pdf)

Por lo tanto,

In DSM-III each of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is typically associated with either a painful symptom (distress) or impairment in one or more important areas of functioning (disability). In addition, there is an inference that there is a behavioral, psychological, or biological dysfunction, and that the disturbance is not only in the relationship between the individual and society. (APA, 1980, p.6)¹⁰

En relación a esto, se alude a desviación social, y no a trastorno mental, cuando el problema o alteración se desprende de la relación entre individuo y sociedad.

Posteriormente, en 1987 el DSM III se expone a una revisión de su contenido pasando a ser llamado DSM III-R, con el propósito de llevar a cabo un modelo dimensional abarcativo en relación a diferencias individuales, y organizar así categorías referidas a hiperactividad y afectividad.

Dadas estas modificaciones y limitaciones surge la propuesta de incluir diagnósticos nuevos que permitieran ubicar al paciente bajo el marco de una categoría.

Así mismo, la APA publica la cuarta edición de los DSM en 1995, DSM IV, apuntando a generar una guía concreta que permita a los profesionales trabajar tanto individual como grupalmente, y que el material sea utilizado en diversas situaciones.

⁹ Traducción propia: incluye características nuevas como criterios de diagnóstico, un enfoque multiaxial de evaluación, descripciones muy ampliadas de los trastornos y muchas categorías adicionales (algunas con nombres recién acuñados); y no incluye varias categorías tradicionales.

¹⁰ Traducción propia: En el DSM-III, cada uno de los trastornos mentales se conceptualiza como un síndrome o patrón psicológico o conductual clínicamente significativo que ocurre en un individuo y que típicamente se asocia con un síntoma doloroso (angustia) o deterioro en una o más áreas importantes de funcionamiento (invalidez). Además, hay una inferencia de que existe una disfunción conductual, psicológica o biológica, y que la alteración no es solo en la relación entre el individuo y la sociedad.

Se compone de 410 categorías de trastornos mentales y por sus respectivos subtipos.

La elaboración de éste constó de tres niveles, en primer lugar de revisiones sistemáticas de la literatura hasta ahora publicada, luego de un reanálisis de los datos obtenidos, y por último estudios de campo. (APA, 1995, p.14).

Por medio de este proceso se logró brindar información acerca de la connotación de criterios diagnósticos, se alcanzó la confección de dichos criterios, teniendo en cuenta los incluidos en el DSM III-R, y gracias a los estudios de campo, se atendió al funcionamiento de éstos, contribuyendo al lazo entre investigación y práctica clínica.

El concepto de trastorno mental mantiene su significado de los manuales DSM III y DSM III-R, por lo que determinados comportamientos se asocian a un patrón de implicancia clínica. En el desarrollo de dicho manual se señala que,

Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen. Por esta razón, el texto del DSM-IV (al igual que el texto del DSM-III-R) evita el uso de expresiones como «un esquizofrénico» o «un alcohólico» y emplea las frases «un individuo con esquizofrenia» o «un individuo con dependencia del alcohol» (APA, 1995, p.21)

Caponi (2016), en su libro “Vigiar e Mediar: estratégias de medicalização da infância”, señala la relevancia de estos diagnósticos en las infancias y adolescencias, y pone énfasis en el DSM IV, donde surge una sección destinada a enfermedades o trastornos que son diagnosticados por primera vez en esa etapa de la vida.

La autora plantea que entre la publicación del DSM III y DSM IV, comenzó a abordarse la

infancia en la misma medida en que se venía realizando con los adultos mayores, brindándoles prioridad a los niños/as.

Dentro de estos manuales, Caponi resalta la presencia de una misma categoría identificada como “Trastornos generalmente evidentes por primera vez en la primera infancia, infancia o adolescencia”, con el objetivo de observar su influencia en las publicaciones siguientes.

Con el propósito de ser más precisos en los trastornos de la infancia, surge en el año 2000 el DSM IV-TR, elaborado por un grupo de trabajo a cargo del psiquiatra Allen Francés.

La categoría mencionada anteriormente (Caponi, 2016), se modifica pasando a llamarse “Trastornos generalmente diagnosticados por primera vez en la infancia, infancia o adolescencia”, y es esta diferencia la que da lugar a la quinta y última elaboración, el DSM-5 (2013).

Esta edición fue publicada en 2014 con el objetivo de,

(...) satisfacer mejor la necesidad que tienen clínicos, pacientes, familias e investigadores de contar con una descripción clara y concisa de cada trastorno mental, organizada por criterios diagnósticos explícitos y complementada, cuando sea conveniente, con medidas dimensionales que crucen los límites diagnósticos, un breve resumen del diagnóstico, los factores de riesgo, las características asociadas, los avances de la investigación y las diversas manifestaciones. (APA, 2014, p.5)

La definición de trastorno mental (APA, 2014), se torna compuesta, en comparación a la desarrollada en los DSM anteriores, poniendo énfasis en la idea de que los trastornos no deben relacionarse con el estrés laboral, social, pérdida de un ser querido, entre otros; y asegurando que sí se habla de trastorno cuando existe una anomalía psicológica o biológica.

Se dan modificaciones en la sección de los “Trastornos del neurodesarrollo” en la infancia, sumándose el trastorno del espectro autista, el TDAH, los referidos al lenguaje, la fluidez, la comunicación social, entre otros. En el TDAH específicamente, se generaron cambios en los criterios para su diagnóstico en relación a la edad en la que surgen los síntomas en niños y niñas, tema que se abordará en el siguiente capítulo.

Dado que en la revisión para la publicación de este DSM participaron tanto familias, como pacientes, abogados, etc.; se considera relevante aclarar (APA, 2014), que si bien el DSM-5 se llevó a cabo para el uso clínico, también es utilizado por abogados y juzgados, a la hora de analizar lo que traen aparejado los trastornos en relación a lo forense de determinadas situaciones.

Esta participación fue propuesta por sus propios creadores con el fin de “mejorar la comprensión, reducir el estigma y avanzar en el tratamiento y la posible curación de estos trastornos”. (APA, 2014, p.6)

2. 2 Conductas denominadas como TDAH: Concepto y evolución socio histórica desde mediados del siglo XX.

Desde mediados del siglo XX el concepto del TDAH en la infancia ha ido variando de forma significativa. Estos cambios se rigieron por los procesos de desarrollo de cada DSM, el diagnóstico, las características y las conductas asociadas a dicho trastorno.

La atribución de este trastorno en conjunto con los procesos de patologización y medicalización de la vida social, influyen cada vez más en la vida de los niños, niñas y adolescentes.

Al no encontrar causantes biológicas, orgánicas sobre la patología se llega a la conclusión de que el TDAH es meramente conductual. (Parellada, 2009)

Es en 1968, con la publicación del DSM II que comienza a analizarse la etiología de este trastorno identificándolo con el nombre “*reacción hiperquinética de la infancia (o adolescencia)*”. “This disorder is characterized by overactivity, restlessness, distractibility, and short attention span, especially in young children; the behavior usually diminishes in adolescence”. (APA, 1968, p.50)¹¹

Dos años después, Virginia Douglas (citado en Fernandes, Piñón y Vázquez, 2017), señala que el eje de atención en estos trastornos se encuentra en la difícil resolución de la impulsividad y la atención.

Estas dos últimas se presentan cuando el niño/a muestra dificultades para poner en práctica su aprendizaje, para organizar y culminar una tarea, dada esta situación, la reacción de parte del niño/a puede llegar a ser impulsiva en un ambiente donde se espera una atención y dedicación continua.

Afirmando que el déficit de atención es el síntoma principal del trastorno, y que en la adolescencia no se presentan mejorías, la autora promociona el nombre TDAH para referir al trastorno en cuestión, con el fin de que la APA tome en cuenta sus investigaciones.

Parellada (2009) realizó un análisis socio-histórico del concepto del trastorno y señaló que, los trabajos de Douglas tuvieron influencia en la elaboración del DSM-III y DSM-III-R, contribuyendo a la inclusión de la inatención como síntoma principal, y al nuevo término para identificar dicho trastorno.

¹¹ Traducción propia: Este trastorno se caracteriza por hiperactividad, inquietud, distracción, y poca capacidad de atención, especialmente en niños pequeños; el comportamiento suele disminuir en la adolescencia.

Afirmando esto, en este manual el TDAH se caracteriza por,

The essential features are signs of developmentally inappropriate inattention and impulsivity. (...) Attention Deficit is the name given to this disorder, since attentional difficulties are prominent and virtually always present among children with these diagnoses. In addition, though excess motor activity frequently diminishes in dolescence, in children who have the disorder, difficulties in attention often persist. (APA, 1980, p.41)¹²

Cabe agregar que a partir de esta definición (APA, 1980) se distinguen tres subtipos de trastornos, dos que se caracterizan por la presencia o no de hiperactividad, y un tercero residual que es diagnosticado cuando se observan síntomas que producen cambios drásticos.

La hiperactividad por su parte, se alcanza por medio de la inquietud, el niño/a no logra mantenerse quieto, ni prestar atención sostenidamente.

Cuando la hiperactividad, inatención e impulsividad se manifiestan por parte de niños, niñas y adolescentes depende del tiempo y espacio donde se encuentren. Estos signos suceden tanto en los hogares como en el ámbito educativo, impidiendo la aceptación y acceso a órdenes impuestas por los adultos, y la continuidad en la realización de tareas.

De forma contraria, cuando no se hace presente la hiperactividad, los síntomas se observan en menor grado.

¹² Traducción propia: Las características esenciales son signos de falta de atención e impulsividad inadecuadas para el desarrollo. (...) Déficit de Atención es el nombre que se le da a este trastorno, ya que las dificultades de atención son prominentes y prácticamente siempre presentes entre los niños con estos diagnósticos. Además, aunque el exceso de actividad motora con frecuencia disminuye en la adolescencia, en los niños que padecen el trastorno a menudo persisten las dificultades de atención.

Retomando aportes de Parellada (2009), se considera pertinente agregar que en la composición del DSM-III-R se presenta la categoría “Trastorno de déficit de atención indiferenciado”, con el fin de atribuirlo en casos de que se presente solamente y que trascienda como categoría en el siguiente DSM.

Ahora bien, en el desarrollo del DSM-IV y su continuidad DSM-IV-TR, se señala que,

La característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (...). Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad. (APA, 1995, p.82)

En el desarrollo de dicho manual (APA, 1995), se agregan acciones que dan cuenta a la presencia de desatención, hiperactividad e impulsividad, y por ende a la presencia del TDAH.

Además de no mantener continuidad en la realización de tareas impuestas, el niño/a puede presentar disgusto ante trabajos que implican un fuerte trabajo mental. Los errores pueden hacerse recurrentes por el descuido frente a las actividades.

Con respecto a la hiperactividad, se manifiesta mediante movimientos persistentes, cuesta concentrarse en juegos u otras actividades de distracción. Por su parte la impulsividad se visualiza cuando el niño/a intenta interrumpir conversaciones en las que no está incluido, en determinadas situaciones no controla la espera. Más allá de que los signos en el niño/a se presenten antes de los 7 años, se expresa (APA, 1995), que en niños/as menores a 4 o 5 años se torna difícil asignar este trastorno, debido a que los más pequeños se caracterizan

por tener una conducta cambiante.

Interesa aludir a la división del trastorno según el predominio de determinado síntoma. En primer lugar se mantiene la nueva categoría basada en la inatención denominada “TDAH tipo con predominio del déficit de atención”, luego está la que se rige exclusivamente por la hiperactividad e impulsividad, llamada “TDAH tipo con predominio hiperactivo-impulsivo”, y por último la categoría que combina a estas dos, identificándose como “TDAH tipo combinado” y como el más grave. La manifestación de síntomas debe observarse en dos espacios que frecuente el niño/a.

En relación a esto, la presencia del TDAH en la infancia, precisamente en el ámbito escolar, genera diferencias notorias en el aprendizaje y rendimiento de estos niños y niñas, posicionándolos en un nivel bajo respecto a los demás.

En lo que refiere al DSM-5, “La característica principal del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo”. (APA, 2014, p.61)

Se observa que el concepto del trastorno no presenta modificaciones a destacar, permanece asociado a los mismos estados ya presentados, y en el desarrollo de su concepto se remarca que la hiperactividad es el primer síntoma notorio, y que la inatención se observa en niveles educativos más avanzados.

Más (2009), señala que

Durante el periodo de asistencia a la escuela infantil, padres y educadores se suelen referir a estos niños como demasiado inquietos y con marcada propensión al accidente y a la pendencia. (...). Nos dicen también que tienen dificultades para seguir las normas, incluidas las de los juegos; aceptan mal

perder e intentan imponer su criterio mediante el enfrentamiento. (p.252)

Aquí también se menciona que el TDAH puede acarrear problemas de tolerancia a la frustración, de irritabilidad e inestabilidad en el carácter, problemas cognitivos, entre otros.

En lo que respecta al género, este trastorno es más frecuente en niños que en niñas (Parellada, 2009), esto se debe a que los niños tienden a exteriorizar la realidad por medio de conductas agresivas frente a determinadas situaciones, sin embargo, en el aula las niñas se caracterizan mayoritariamente por la inatención.

Realizar el diagnóstico del TDAH conlleva a atender ciertos puntos que reflejan la mirada desde diferentes perspectivas sobre la complejidad de un mismo problema. El tipo de diagnóstico que se aplica es diferencial, con el fin de identificar enfermedades o trastornos mediante el corrimiento de otras causas que generan síntomas similares.

Nuevamente Parellada (2009), explica al diagnóstico en base a la hiperactividad y la inatención situacional, los trastornos de conducta y los trastornos emocionales y adaptativos para comprender que en algunas ocasiones se puede confundir un problema con la presencia del TDAH, colocando como espacios comunes de la infancia al ámbito educativo y al hogar.

Por ejemplo, la hiperactividad e inatención situacional pueden referir estar frente a problemas de aprendizaje por un lado, y por otro ante la manifestación de dilemas internos o familiares que estén afectando, y no precisamente ante un diagnóstico de TDAH. Por su parte, los trastornos de conducta se relacionan al trastorno ya que comparten algunos síntomas, sin embargo cuando hay inatención e hiperactividad en todos los

ámbitos, el diagnóstico se aleja de lo que es un trastorno disocial y se asocia directamente al TDAH. Pero, contrariamente cuando el niño/a actúa con impulsividad y tiene una conducta agresiva, se habla de trastorno disocial y no de TDAH.

Por último, los trastornos relacionados a las emociones se asocian al trastorno en cuestión en el sentido de que en la infancia, a través de la conducta se expresan dolores o malestar. Sin embargo, el trastorno se atribuye a cambios significativos e impulsividad.

Como consecuencias funcionales del TDAH, en el DSM-V (APA, 2014) se presenta la posibilidad de que niños y niñas con dicho trastorno sean más expuestos a ser diagnosticados durante la adolescencia con un trastorno de conducta y en la adultez con un trastorno de la personalidad antisocial. A raíz de ello, se remarca el consumo de sustancias, el cual aumenta dependiendo de la presencia de trastornos.

Dicho esto, Sipos (2009), realiza un estudio en el que plantea las razones de un tratamiento psicológico para el diagnóstico del TDAH. Este tratamiento se hace necesario dadas las consecuencias y cambios negativos que genera dicho trastorno en el funcionamiento físico y mental de niños, niñas y adolescentes.

Las nuevas modalidades de intervención, terapia psicomotriz, pedagógicas, familiares, entre otras, han aportado considerablemente al problema en cuestión. La autora señala que establecer vínculos con la familia del niño/a y conocer el contexto y naturaleza del trastorno, son puntos claves para llevar a cabo la intervención. Así mismo, la terapia cognitivo- comportamental se caracteriza por generar cambios positivamente ante la presencia del TDAH, según indica la autora

La finalidad del tratamiento es conseguir que el niño sea capaz de alcanzar

por sí mismo una total autonomía, propiciando su adaptación y su desarrollo psicológico; por tanto, el primer objetivo de estas intervenciones es que el niño adquiera conciencia de su falta de atención, de su conducta hiperactiva y de las dificultades para reconocer o diferenciar sus emociones. p.247)

Se pretende que durante este proceso el acompañamiento por parte de la familia, maestros y profesores sea constante atendiendo y reconociendo cambios favorables en su conducta.

Aunque este tipo de terapia se destaque para el tratamiento, interesa mencionar nuevamente el uso de psicofármacos como solución emergente ante la presencia del trastorno.

Frente a la sintomatología (Moreno, 2009), estos psicofármacos mejoran el comportamiento en general del individuo pero generan efectos secundarios, estos son pérdida de apetito y de peso, dolor de cabeza, irritabilidad, entre otros.

Incluso quienes elaboraron los manuales reconocen la importancia de abordar la influencia de la cultura frente a la presencia del TDAH en la infancia, tema que es considerado en el desarrollo del DSM-5.

La cultura proporciona marcos interpretativos que dan forma a la experiencia y expresión de los síntomas, signos y comportamientos que constituyen criterios para el diagnóstico. La cultura se transmite, se revisa y recrea dentro de la familia y de otras instituciones y sistemas sociales. (APA, 2014, p.14)

Al momento de realizar la evaluación diagnóstica, las normas socioculturales instaladas en la sociedad son tomadas en cuenta, por lo que en el DSM-5 se integran áreas

fundamentalmente culturales, con el fin de observar que niños, niñas y adolescentes no difieran de éstas. En el manual se establece que el alcance de la cultura es significativo ya que afecta a la vida de los individuos cuando sus conductas son catalogadas como anormales y requieren de ayuda clínica.

Se podría afirmar que la clasificación de trastornos en la infancia fue aumentando en cada edición de los DSM y que también se fueron detallando los síntomas y signos que propiciaban un diagnóstico de TDAH.

CAPITULO III: TDAH, TRABAJO SOCIAL Y DEBATES DEL GRUPO DE ESTUDIOS SOBRE DISCAPACIDAD

3.1 Un abordaje contemporáneo del TDAH desde los debates del GEDIS

El GEDIS¹³ de la FCS está formado por estudiantes, egresados de la UdelaR y por docentes. Por medio de esa colectividad apuntan a generar espacios donde pensar, dialogar e intercambiar saberes, realizar proyectos de extensión, crear documentos institucionales y ejecutar debates, entre otras. Se ubica el foco de estudio en la temática de discapacidad con el fin de sensibilizar e informar desde las Ciencias Sociales.

Durante octubre y noviembre del año 2020, GEDIS organizó tres conversatorios titulados “Medicalización y Patologización de las Infancias y Adolescencias en Uruguay. Dichos conversatorios están publicados en el perfil de Facebook correspondiente al GEDIS.

En cada uno de los debates participaron profesionales de diversas disciplinas y representantes de instituciones, con el fin de generar un espacio de aprendizaje interdisciplinario e interinstitucional.

Por lo tanto, desde el Trabajo Social, Psicología, Pediatría, Psiquiatría, el Comité de los Derechos del Niño del Uruguay (CDNU) y la INDDHH, se realizaron abordajes interdisciplinarios que se manifiestan hoy en día para llevar a cabo tal modalidad de trabajo. Se denota preocupación ante la problemática del aumento de diagnósticos de TDAH en niños, niñas y adolescentes, el uso excesivo de psicofármacos para su tratamiento, y las formas de intervención en estas situaciones.

En un primer encuentro¹⁴, los profesionales señalan que desde el mundo adulto, las conductas que transgreden lo establecido como normal, son categorizadas cada vez más como una patología, y que frente a esto se deben proponer nuevas formas de acción,

intervención y abordaje. Por lo tanto, se hace énfasis en la interdisciplinariedad y en la intersectorialidad como las modalidades que abarcan a las situaciones en su integralidad.

Canetti y Da Luz (citado en Gandolfi y Cortázar, 2006) entienden que,

El aspecto esencial de la interdisciplina radica en la posibilidad de superar la separación entre las disciplinas, evitando la visión fragmentada, la toma de decisiones unilaterales y/o la duplicidad de funciones. El trabajo se asume, no de acuerdo a la función de cada especialista, sino atendiendo a las necesidades de la persona, grupo o población. (p.3)

Dicho esto, se remarca el valor de atender ciertas cuestiones al momento de diagnosticar; el contexto del niño o adolescente en su totalidad, su entorno familiar, calidad de vida, ámbito educativo, protección de sus derechos, entre otros. (Debates, 2020)

Desde la psicología se plantea que al asignar un diagnóstico suelen quedar “exentas de responsabilidad” las fallas presentes, tanto en el sistema educativo como en la salud, y en los problemas de pobreza, entre otros.

Para contribuir al abordaje integral que se propone, es necesario que los profesionales cuenten con tiempo y espacio donde llevar a cabo el trabajo, donde cada disciplina debe aportar sus puntos de vista, sus pensamientos y saberes, a la misma vez que deben atender a las conceptualizaciones de cada uno.

¹³ Recuperado de: <https://cienciassociales.edu.uy/departamento-de-trabajo-social/investigacion/gedis/>

¹⁴ Recuperado de: Debate 1: <https://www.facebook.com/1045843892145428/videos/394696121668513>

En relación a esto, se plantea el desarrollo de la intersectorialidad, la cual se da por la presencia de acciones políticas, y a medida que las situaciones se tornan complejas y requieren de atención integral, se comienzan a buscar soluciones desde lo intersectorial.

A continuación, el segundo debate¹⁵ enfatiza en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de trastornos mentales, se tratan cuestiones acerca de qué se entiende por tales conceptos, sus alcances y limitaciones.

Se presentan aportes que devienen de la Pediatría, la Psicología y el Trabajo Social; desde la Pediatría se señala que el diagnóstico es el primer paso a partir del cual se recoge la información para entender lo que le sucede al sujeto. Ya que en este caso se trabaja con niños y adolescentes, se debe tener presente la noción de construcción, son sujetos que están en continua transformación, desarrollo y crecimiento.

A partir de esta perspectiva, realizar el diagnóstico conlleva a utilizar el DSM-5 (mencionado en el capítulo anterior) que ordena los trastornos mentales según características y síntomas. Sin embargo, existen dos limitaciones, la primera refiere a que no contempla la individualidad ni los factores contextuales, y la segunda remarca que la valoración de las situaciones es subjetiva, por lo tanto depende de qué profesional las analice.

Ahora bien, desde el Trabajo Social se expresa preocupación acerca de los manuales que se utilizan, ya que se rigen por efectividad y rapidez; se plantea que los diagnósticos generan tranquilidad. Surge la cuestión sobre si dichos manuales están pensados para nuestras sociedades. (Debates, 2020)¹⁶

¹⁵ Recuperado de: Debate 2: <https://www.facebook.com/1045843892145428/videos/356105962128953>

¹⁶ Aportes profesionales que se conjugaron bajo la nomenclatura *Debates, 2020*.

No obstante, a partir de la práctica psicológica se expresa que el diagnóstico se realiza antes de señalar la categoría, por lo tanto ésta es consecuencia del proceso diagnóstico. Durante éste interesa obtener la palabra del sujeto para comprenderlo y conocerlo, tal es así que la limitación del diagnóstico en este caso es el pronóstico en sí mismo, ya que éste se rige por los cambios contextuales que atraviesa dicho sujeto.

Desde las disciplinas se pone énfasis en realizar las prácticas de intervención teniendo como base el ejercicio y garantía de los derechos de los niños y adolescentes. Se expresa que en determinadas situaciones el sufrimiento del sujeto se relaciona con la vulneración de sus derechos, por esto debe prevalecer su participación.

En el tercer y último debate¹⁷ se realiza una reflexión acerca de las prácticas de intervención vulneradoras de derechos del niño y adolescente en la salud mental. Se destacan los aportes de integrantes de la CDNU y de la INDDHH.

Más tarde se alude a la posición de la infancia y la adolescencia frente a su imposibilidad de autorrepresentación, lo que conlleva a que los adultos sean portavoz de situaciones y derechos de dichos grupos.

Parece pertinente agregar que,

A pesar de que la CDN desde hace 30 años reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, esto con frecuencia no se ve reflejado en las prácticas sanitarias ni en el diseño de las políticas de salud. Frecuentemente los profesionales tienen dificultades para darle participación en los procesos de atención de salud, permitiendo que tomen las decisiones de acuerdo a su nivel de madurez y desarrollo. (p.38)

¹⁷ Recuperado de: Debate 3: <https://www.facebook.com/1045843892145428/videos/1255834404784764>

La preocupación por diagnósticos erróneos en relación al TDAH, por aumento de administración de psicofármacos y por la falta de información sobre la situación sanitaria, dan paso a la atención de derechos de infancia y adolescencia.

En relación a la vulneración de derechos aparecen como sistema de protección los sistemas de encierro, clínicas de salud mental en las cuales permanecen niños, niñas y adolescentes donde prevalece el tratamiento con psicofármacos, los sujetos están bajo vigilancia evitando así su libre expresión de pensamiento, sentimientos y movimientos. (Debates, 2020)

En contraposición a la modalidad de estas clínicas desde el CDNU (Debates, 2020), se plantea que el encierro y la privación de libertad no es la solución a problemas de salud mental. Por lo tanto se debe apuntar a que las prácticas de intervención se basen en un cuidado colectivo, respetuoso, efectivo y que contribuyan al desarrollo y crecimiento de los niños y adolescentes.

Se concluye que ante la problemática actual de la medicalización y patologización en infancias y adolescencias, se deben considerar la implementación de prácticas de intervención basadas en la interdisciplina y la intersectorialidad, fomentando así la integralidad y promoviendo el ejercicio de derechos humanos.

3.2 La visión desde el Trabajo Social en el equipo GEDIS.

En el presente capítulo se denotan aportes desde el Trabajo Social acerca de la medicalización y patologización de trastornos mentales en la infancia, y su visión acerca del TDAH, presentados en cada uno de los debates¹⁸ mencionados.

Desde la profesión, se realiza un encuadre sobre acciones y mecanismos que deberían tenerse en cuenta ante los procesos medicalizadores y patologizadores en la infancia. Se presenta preocupación por el aumento de diagnósticos y por lo que esto trae aparejado en niños y niñas, abarcando desde la sobre intervención hasta lo generado por las etiquetas en este grupo.

Estos procesos generan una línea divisoria entre normalidad y anormalidad, cuestión que preocupa a los profesionales y que resalta el poder de lo hegemónico establecido en la sociedad. (Debates, 2020)

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, estados de inquietud o rebeldía son catalogados como patologías, generando etiquetas en niños y adolescentes, colocándolos en el lugar de enfermos, y condicionándolos para su futuro. (Debates, 2020)

Se hace alusión a aportes de Beatriz Janin (2006) para explicar que,

(...) diagnosticar es otra cosa a rotular de acuerdo a lo manifiesto. Para llegar a un diagnóstico (imposible de cerrar con una sola palabra) hay que escuchar, observar, analizar, a través de todos los elementos que tengamos a nuestro alcance, para poder ubicar cuáles son los conflictos predominantes (...). (p.91)

Ahora bien, en relación al diagnóstico del trastorno, (Debates, 2020) que el sujeto puede manifestar el sufrimiento de una problemática a través de ciertas conductas, ya que muchas veces se torna difícil expresarlo en palabras.

¹⁸ Recuperado de: Debate 1: <https://www.facebook.com/1045843892145428/videos/394696121668513>
Debate 2: <https://www.facebook.com/1045843892145428/videos/356105962128953>
Debate 3: <https://www.facebook.com/1045843892145428/videos/1255834404784764>

Por lo tanto, la exteriorización de la realidad de niños y adolescentes, se visualiza como un síntoma patológico por no abarcar la complejidad de la situación.

También se traen aportes del autor Vassen (Debates, 2020) en primer lugar por la presencia de “una nueva epidemia de nombres impropios” para referirse a las categorías que constituyen al DSM-5.

Por investigaciones se dedujo que en escuelas en las que se realizaban actividades recreativas, era bajo el número de niños/as a los cuales se les administraba medicación, es decir, generar espacios de creatividad produce cambios significativos en las conductas, rendimiento y aprendizaje de los niños y niñas. (Míguez, 2020)

En situaciones de esta índole que se vienen presentando favorecen las prácticas interdisciplinarias, es fundamental contar con profesiones como la Psiquiatría, Pedagogía, Psicología, Trabajo Social, y tener en cuenta el ejercicio y promoción de los derechos humanos. Se menciona que, desde un principio, estas prácticas deberían llevarse a cabo desde todas las Facultades para continuar así aplicando esta modalidad a la hora de trabajar con tales situaciones. (Debates, 2020)

En estos conversatorios, se manifiesta nuevamente la preocupación por el lugar en el que quedan niños/as o adolescentes cuando se acude como “solución” a las clínicas de salud mental pertenecientes al Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. Estos espacios se han ido extendiendo y se identifican por llevar el control de niños y adolescentes mediante el encierro y la administración de psicofármacos.

Como se mencionó en el capítulo anterior, en este escenario se vigila a los sujetos en todos los espacios, hasta en sus momentos de consultas, no dejando lugar a la expresión de sus inquietudes, pensamientos, sentimientos, etc. Bajo este marco de estigmatización, se pone

énfasis en la importancia del acompañamiento en la vida de los sujetos por fuera de la atención y protección en salud que brindan los espacios. Esto debido a que no hay planes de egreso que permitan un avance satisfactorio para el crecimiento y desarrollo de niños, niñas y adolescentes.

El tema infancia ha sido relevante para el Trabajo Social, sus condiciones en el marco familiar, su situación desde el punto de vista de la defensa de sus derechos, su inclusión en el sistema de protección social, la escolarización, las estrategias sanitarias que los han abarcado, y otros.

REFLEXIONES FINALES:

Este documento pretendió analizar la problemática de los procesos de medicalización y patologización en la infancia, las conductas que definen al TDAH desde mediados del S XX, y la visión construida al respecto desde el Trabajo Social.

Desde un enfoque socio histórico se pretendió analizar el papel del niño y su contexto en la época del “disciplinamiento” y la presencia de los “nuevos dioses”, para comprender cómo surgen los mecanismos de cuidado instalados en la sociedad, y la forma en la que hoy se llevan a cabo con el fin de alcanzar una infancia que se adapte a las normas establecidas en la sociedad.

Se resaltó el avance del poder médico frente a los procesos ya mencionados que penetran la vida social de niños, niñas y adolescentes, con el propósito de analizar el aumento de diagnósticos de trastornos mentales ante conductas que se apartan de lo hegemónico.

Con el objetivo de ordenar individuos de acuerdo a categorías diagnósticas, se presenta a los DSM como manuales útiles a la hora de abordar situaciones complejas, donde prevalece el punto de vista de la Psiquiatría.

Mediante este estudio se observó que a medida que las ediciones de los DSM se identificaban por ser cada vez más extensas, se generó un aumento en las conductas y comportamientos en la infancia que constituyen al TDAH, y que por lo tanto, son objeto de intervención de la medicina. Esto denotó un mayor proceso de medicalización y patologización en la infancia.

Cabe mencionar aquí, que en cada elaboración y publicación de estos manuales, aumentó considerablemente el grupo de profesionales que podían -y pueden- hacer uso de éstos,

abarcando desde psiquiatras, hasta abogados en el empleo forense.

Conforme a esto, se remarcó la presencia de nuevas profesiones, específicamente la del Trabajo Social, para intervenir en aspectos que quedan por fuera de la Medicina.

Habiéndose adjudicado -o no- un trastorno, estas profesiones operan analizando manifestaciones y expresiones, ya que se deja en claro que algunas veces, niños y niñas pueden presentar problemas como, comportamiento antisocial, abandono, rendimiento académico, entre otros; y no incorporar un trastorno.

Frente a estos diagnósticos en la infancia, la sociedad tiene una visión generalizadora y estigmatizante que afecta emocional, anímica y psicológicamente a la vida del niño/a. Espacios como el hogar y la escuela dan lugar tanto a la observación y seguimiento de situaciones, como a la atribución de etiquetas.

Por lo tanto, si dentro del aula un niño/a se muestra inquieto, inatento, agresivo, pasa a ser quién impide que se mantenga el orden y conocido como el “insoportable”, obstaculizando el aprendizaje de todos. Si las conductas se manifiestan dentro del hogar esto genera preocupación en los adultos, y por ende la búsqueda de atención y soluciones.

Mediante aportes de Beltrán (2018), se consideró pertinente reflexionar acerca del término “niños difíciles” para referir a niños/as con las características ya mencionadas ya desde inicios del siglo XX, cómo fueron estudiadas sus conductas, los tratamientos de los que fueron objeto y su relación con la categoría de peligrosidad.

Ante estas conductas la administración de psicofármacos se torna solución emergente y visualizada como efectiva. Para dar cuenta de esto, se plasman datos cuantitativos que presenta el GEDIS en el Informe final, en el año 2019.

Se señaló que frente a dicha problemática se propone poner el foco en la implementación de

la interdisciplina para abordarla.

Los profesionales participantes de los tres debates presentados, cuyos discursos fueron analizados expresaron que trabajar interdisciplinariamente contribuye al hecho de “no generar pisadas” entre ellos, es decir, se evita intervenir desde diferentes programas institucionales, y se obtiene un trabajo organizado y pensado desde diversos puntos de vista que lo enriquecen.

En concordancia con planteos de Míguez (2020), la interdisciplina debería implementarse desde la Facultad bajo el marco de las prácticas pre profesionales.

Para el abordaje se propuso al mismo tiempo la intersectorialidad, ya que las acciones políticas presentes en nuestro país promueven el diálogo al momento de intervenir.

En relación al enfoque interdisciplinar e intersectorial no puede existir falta de información para los profesionales. Esta cuestión preocupa por la ausencia de conocimientos sobre violencia, abandono, la conformación del grupo familiar, entre otros. Esto repercute al momento de abordar las situaciones y no permite analizar la integralidad de las conductas.

Por último, la temática desarrollada incita a replantearse modos de ser y estar en la sociedad, conductas establecidas como socialmente aceptables, instituciones regidas por un orden específico, de encierro, etc.

Los procesos medicalizadores y patologizadores atraviesan de forma creciente a la categoría infancia, constituyéndola como objeto de estudio para la intervención de las disciplinas emergentes de la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrán, J. P (1990). El disciplinamiento. En José Pedro Barrán, *El nacimiento de la sensibilidad “civilizada” y su entorno*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental
- Batthyány, K. Cabrera, M. (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial*. Uruguay: Departamento de Publicaciones, Unidad de comunicación de la Universidad de la República. (UCUR).
- Beltrán, M. (2018). La intervención de la psiquiatría en el tratamiento de los niños difíciles en Uruguay (1930-1950). *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 29-49. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v8n2/1688-7026-pcs-8-02-25.pdf>
- Berenguer, A. (2013). Barrán y el poder médico. *Revista de la Biblioteca Nacional* N° 8. pp. 217-229. Recuperado de: http://bibliotecadigital.bibna.gub.uy:8080/jspui/bitstream/123456789/31065/1/Barran_poder_medico.pdf
- Caliman, L. (2016). Infâncias Medicalizadas: para quê psicotrópicos para crianças e adolescentes?. En Caponi, S., Vásquez, M., Verdi, M., *Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância*. (pp. 47-60). São Paulo: LiberArs.
- Canguilhem, G. (1971) *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo veintiuno argentina editores SA.
- Caponi, S., Vásquez, M., Verdi, M. (2016). *Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância*. São Paulo: LiberArs.

- Casas, F. (2006). Representaciones sociales e infancia. *Política y Sociedad*, vol.43, 27-42. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/27591450_Infancia_y_representaciones_sociales
- Cillero, M. (1999). Infancia, autonomía y derechos: una cuestión de principios. En: *Derecho a tener derechos, tomo 4: Infancia, derecho y políticas sociales en América Latina*. Montevideo, Uruguay: Fundación Ayrton Sena.
- Del Barrio, V. (2009) Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*. Vol.30, pp.81-90.
- Fernandes, S. Piñón, A. Vázquez, E. (2017). Concepto, evolución y etiología del TDAH. *TDAH y Trastornos asociados*. Recuperado de:
<http://repositorio.uportu.pt/jspui/bitstream/11328/2091/1/Concepto%20evolucion%20y%20etiologia%20del%20TDAH.pdf>
- Gandolfi, A. Cortázar, M. (2006) El desafío de la Interdisciplina en la formación de los Profesionales de la Salud.1-9. Recuperado de:
https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_El%20desafio-de-la-interdisciplina.pdf
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires : Amorrortu, Editores España S.L
- Janin, B. (2006) El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*. pp. 83-110. Recuperado de:
<https://www.seypna.com/documentos/articulos/janin-adhd-diagnosticos-infancia.pdf>
- Mas Pérez, C. (2009). El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica. *Clínica y Salud*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613881006>

- Míguez, M. (2012). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- Míguez, M. (2015). *Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- Míguez, M. Sánchez, L. (2017) *Cuerpos y emociones. Etiquetas en la infancia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Estudios Sociológicos
- Mitjavila, M. (1998). *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Departamento de Sociología. Documento de trabajo N 33. Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo.
- Mitjavila, M. (2020). *Sobre la medicalización de la infancia socialmente problemática: objetos y trayectorias de la psiquiatría*. *Revista Política & Sociedade*, v.19, 95-114. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-7984.2020.e75356>
- Moreno, D. (2009). Tratamiento psicofarmacológico. En M. Parellada. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la infancia a la edad adulta*. (pp. 177-237). Madrid, España: Alianza Editorial, S.A.
- Ortega, E. (2003) *El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. (Tesis de maestría). Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo.
- Palummo, J. (2015) *Coerción farmacológica y derechos humanos*. En M. Míguez. *Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- Parellada, M. (2009). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta*. Madrid, España: Alianza Editorial, S.A.
- Sipos, L. (2009). Tratamiento psicológico. Individual. Familiar. En M. Parellada. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la infancia a la edad adulta*. (pp.241-277). Madrid, España: Alianza Editorial, S.A.

- Untoiglich, G. (2014). *Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en Latinoamérica*. doi: <http://dx.doi.org/10.14572/nuances.v25i1.274>
- Widakowich, C. (2014) Según pasan los años: el DSM a través de las épocas. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Vol.18, pp.259-262)

FUENTES CONSULTADAS:

- Asociación Americana de Psiquiatría (1968) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM II*. Washington D. C, Estados Unidos: Copyright
- Asociación Americana de Psiquiatría (1980) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM III*. Washington D.C, Estados Unidos: Copyright.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV*. España: Masson S.A.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Debates. Grupo de Estudios sobre Discapacidad. (2020) *Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias en Uruguay*.
Recuperado de:
<https://www.facebook.com/1045843892145428/videos/394696121668513>
<https://www.facebook.com/1045843892145428/videos/356105962128953>
<https://www.facebook.com/1045843892145428/videos/1255834404784764>
- Evolución de los criterios diagnósticos en los sistemas DSM y CIE. Recuperado de:
[https://www.sintesis.com/data/uploads/files/Anexo%20I%20\(cap_%202\).pdf](https://www.sintesis.com/data/uploads/files/Anexo%20I%20(cap_%202).pdf)

Grupo de Estudios sobre Discapacidad. Recuperado de:

- <https://cienciassociales.edu.uy/departamento-de-trabajo-social/investigacion/gedis/>
- Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. Grupo de trabajo (2019). *Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/medicalizacion-patologizacion-infancias-adolescencias-informe-final> - <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/institucional/creacion-evolucion-historica>