



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**

**Facultad de Psicología**

**TRABAJO FINAL DE GRADO**

---

**EL TDAH Y EL USO DE LA RITALINA PARA SU TRATAMIENTO**

**Estefanía Larrobla**

**C.I.: 3.131.860-8**

**Tutor: Prof. Lic. Mag. Juan E. Fernández Romar**

**28 de Octubre, 2016**

## ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	
❑ TDAH: ¿Qué es? ¿Cuáles son sus características diagnósticas? Una mirada desde la psiquiatría y la psicología	5
❑ Medicalización y patologización	13
❑ Metilfenidato (Ritalina)	14
❑ La incidencia de los laboratorios	18
❑ Situación en Uruguay	19
ANÁLISIS Y CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFIA	31

## **RESUMEN**

Se aborda el TDAH y el uso de Ritalina para su tratamiento. Se plantean diferentes miradas hacia este diagnóstico, específicamente desde el área de la psiquiatría y de la psicología. Se enmarca este trastorno dentro de un contexto socio-histórico, resultando ineludible destacar los fenómenos de “medicalización” y “patologización”, dando cuenta de los intereses económicos que lo atraviesan. Asimismo se hace referencia a la situación de Uruguay con respecto al tema en cuestión. Se concluye que el TDAH es una entidad compleja que requiere un abordaje multimodal y singularizado, en el cual debe priorizarse la escucha clínica para poder comprender la sintomatología de cada niño en particular y en el contexto de su situación. Se propone evitar caer en el biologicismo que pondera a la medicación como único tratamiento posible. En el caso de que la misma sea necesaria, es fundamental apelar a la ética del profesional para su prescripción y seguimiento. Por último, en lo que a Uruguay refiere, se observa una clara dificultad en obtener datos actualizados sobre el consumo de Ritalina en relación al TDAH, con la consecuente preocupación por la falta de control en el consumo de dicha sustancia. Finalmente se apuesta a sortear las limitaciones existentes a través de la desnaturalización de las entidades diagnósticas, apelando al pensamiento crítico y problematizador para lograr un abordaje integral. Se subraya la importancia que reviste el seguir investigando sobre el tema.

**PALABRAS CLAVE:** TDAH en Uruguay, Metilfenidato, Medicalización infancia.

## **ABSTRACT**

ADHD and the use of Ritaline for treatment are addressed. Different views towards this diagnosis arise specifically from the area of psychiatry and psychology. This disorder is part of a social and historical context, resulting inevitable to highlight the phenomenon of “medicalization” and “pathologizing”, and therefore the economic interests involved. Besides, the Uruguayan’s situation is also taken into account. It is concluded that ADHD is a complex matter that requires a multimodal but individualized approach, in which should be prioritized clinical listen to understand the symptoms of each individual child and in the context of their situation. It advises to avoid falling into it ponders biologicism to medication as the only possible treatment. As needed, it is essential to appeal to professional ethics for prescription and monitoring. Finally, in what refers to Uruguay, there is difficulty in obtaining updated data on consumption of Ritalin in relation to ADHD. Thus, there is a consequent concern about the lack of control in the use of the substance. Finally, it is imperative to overcome existing

restrictions through the denaturation of diagnostic entities, appealing to critical thinking to attain a holistic approach. The importance of further research on the subject is emphasized.

KEY WORDS: ADHD in Uruguay, Methylphenidate, Medicalization of Childhood

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo refiere a la relación existente entre el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (en adelante TDAH) y el uso del metilfenidato (conocido comercialmente como Ritalina).

El interés en relevar información sobre esta temática en cuestión, proviene desde mi ámbito laboral. Hace casi cuatro años que trabajo en una institución educativa privada, donde me ha llamado poderosamente la atención la cantidad de niños que están diagnosticados con este trastorno y en directa consecuencia, medicados con Ritalina para su tratamiento. En varias oportunidades, los padres llaman para informar que olvidaron administrarle el medicamento al niño por la mañana, solicitando por favor que avisen a la maestra de esto, de modo de que esté prevenida en caso de que la conducta del alumno no sea la adecuada.

El indagar sobre esta temática también remite a una inquietud profesional, dado que este trastorno es un fenómeno que ha ido creciendo en nuestras sociedades, así como su medicalización. Se estima que la prevalencia del TDAH a nivel mundial oscila entre el 5% y el 10% de la población infantil y específicamente en Uruguay, se manejan cifras muy dispares como más adelante se expondrá. Considero que este es un hecho que como futura psicóloga no es posible desatender, por lo cual se torna importante poder aprehenderlo en toda su complejidad, siendo esta una oportunidad para hacerlo.

La presente monografía está organizada de la siguiente forma. En primera instancia se desarrolla el concepto de TDAH y las características diagnósticas utilizadas para detectarlo por parte de los profesionales. Asimismo se discuten los fundamentos de la patologización de TDAH y su tratamiento con metilfenidato. En esta misma línea, se presentan las características específicas de esta sustancia, así como los beneficios y efectos secundarios que provoca. También se hace referencia a la realidad uruguaya en lo que a esta temática refiere. Por último, se realiza un análisis general de todo lo señalado, apostando a una reflexión crítica sobre el tema.

Para el logro de estos objetivos, se realiza un estado del arte sobre el tema, tomando en cuenta artículos, investigaciones, conferencias y entrevistas lo más recientes posibles, ya sea de Uruguay así como también de otros países.

## MARCO TEÓRICO

### TDAH: ¿Qué es? ¿Cuáles son sus características diagnósticas?

#### Una mirada desde la psiquiatría y la psicología.

El trastorno de déficit atencional con o sin hiperactividad es considerado mayoritariamente como un problema en el neurodesarrollo, de alta prevalencia en niños y adolescentes, el cual produce principalmente inatención, hiperactividad e impulsividad. Esto causa en el niño dificultades tanto en sus relaciones familiares y con sus pares, como en la escuela. Principalmente son los docentes quienes alertan sobre estas cuestiones, con el fin de “corregir” su comportamiento para lograr un mejor desempeño académico.

Si bien los antecedentes del TDAH se remontan a comienzos del siglo XVIII, existe una unificación de criterios a partir de que la Academia Americana de Psiquiatría (en adelante APA) realizó una descripción del trastorno en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* Tercera Edición (DSM III) en 1980.

Actualmente, para realizar el diagnóstico, los psiquiatras y neuropsiquiatras infantiles se basan además de la entrevista clínica, en el DSM IV y V y la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE 10). A continuación se detallan los criterios y la diferencia entre estos manuales.

Según la APA, el TDAH es un trastorno donde persisten la desatención, la hiperactividad y la impulsividad. Los síntomas aparecen antes de los 12 años y deben presentarse en forma mantenida al menos por un lapso de seis meses. Los mismos se

expresan en el DSM V, en el capítulo de “Trastornos del neurodesarrollo” de la siguiente manera:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Criterio A1.</b> Seis o más de estos <b>síntomas de déficit de atención</b> persisten desde hace más de 6 meses (para mayores de 17 años, al menos 5 síntomas) <ul style="list-style-type: none"> <li>– A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades</li> <li>– A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (conferencias, lectura larga...)</li> <li>– A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente</li> <li>– A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (inicia tareas, pero rápidamente pierde el foco)</li> <li>– A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (desordenados, desorganizados, mala gestión del tiempo...)</li> <li>– A menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos, revisar documentos largos, preparar informes...)</li> <li>– A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas, carteras, gafas, móviles...)</li> <li>– A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (en jóvenes y adultos, pueden pensar, por ejemplo, en cosas no relacionadas)</li> <li>– A menudo es descuidado en las actividades diarias (tareas, mandados, faltar a citas, pagar facturas...)</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Criterio A2.</b> Seis o más de estos <b>síntomas de hiperactividad-impulsividad</b> persisten desde hace más de 6 meses (para mayores de 17 años, al menos 5 síntomas) <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Síntomas de hiperactividad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento</li> <li>– A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado</li> <li>– A menudo corre o salta en situaciones en las que es inapropiado (en adultos pueden mostrar intranquilidad)</li> <li>– A menudo no puede jugar o participar en actividades de ocio en voz baja</li> <li>– A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor (en restaurantes, reuniones)</li> <li>– A menudo habla en exceso</li> </ul> </li> <li>– <b>Síntomas de impulsividad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– A menudo precipita respuestas antes de haber sido formuladas las preguntas (completa las frases de los demás, no puede esperar adecuadamente su turno en una conversación)</li> <li>– A menudo tiene dificultades para guardar turno</li> <li>– A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (se entromete en conversaciones o juegos, utiliza cosas de otros sin esperar permiso, invade y se apropia de lo que otros están haciendo)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Criterio B.</b> Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causan alteraciones están presentes antes de los 7 años de edad</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Criterio C.</b> Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más entornos (casa, escuela...)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Criterio D.</b> Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Criterio E.</b> Los síntomas no aparecen en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental</li> </ul>

Nota. Fuente: APA (2013) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Quinta Edición, DSM-V. San Francisco.

Para el CIE 10, el TDAH se encuentra dentro de los trastornos hipercinéticos, a su vez dentro de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. Los trastornos hipercinéticos son clasificados en el manual como F90 y tienen las siguientes características:

- ❑ Comienzo temprano (por lo general durante los cinco primeros años de la vida).

- ❑ Combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas, y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo.
- ❑ Falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos.
- ❑ Tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva.
- ❑ Las dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención
- ❑ Descuidados e impulsivos, propensos a accidentes.
- ❑ Plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas, por una falta de premeditación.
- ❑ Su relación social con los adultos suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales.
- ❑ Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados.
- ❑ Frecuente presencia de un déficit cognoscitivo y retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.
- ❑ Acompañan frecuentemente problemas de lectura o del aprendizaje.

Nota. Fuente: Fundación CADAH

La evaluación CIE-10 requiere que el paciente presente al menos seis síntomas de inatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad (6+3+1), los que deben provocar disfunción en al menos dos ambientes.

Entre las similitudes, podemos afirmar que ambas clasificaciones tienen 18 síntomas descritos, implican la presencia de síntomas durante más de seis meses, requieren que los síntomas afecten a varios ámbitos de la vida del niño, consideran que debe haber un deterioro funcional causado por el trastorno y coinciden en que la sintomatología no pueda explicarse por otro trastorno.

En cuanto a las diferencias, el DSM-5 plantea que los síntomas deben estar presentes antes de los 12 años, no tienen por qué darse los tres síntomas en el paciente, el TDAH puede coexistir con alteraciones de ansiedad y/o estados de ánimo comórbidos.



Sin embargo, en el CIE-10 los síntomas deben estar presentes antes de los siete años, deben estar presentes los tres síntomas en el paciente y la ansiedad u otros trastornos del estado del ánimo excluye el diagnóstico del trastorno hiperactivo.

Teniendo en cuenta estas diferencias, se constata que los criterios de diagnóstico del Trastorno Hiperactivo por el CIE-10 son más restrictivos que los criterios diagnósticos del DSM-5 para el TDAH.

Complementando la perspectiva de la psiquiatría, el Dr. Ariel Gold (2010) plantea que el TDAH es un cuadro de causa neurobiológica, donde se ven involucradas las habilidades ejecutivas, las que dividen en “Sistema Atencional” y “Función Ejecutiva”. El “Sistema Atencional” es quien permite, a través de redes neuronales, diferenciar un estímulo entre muchos y así absorber información aunque no sea de interés para el niño, lo que resulta fundamental para el aprendizaje escolar. Por otra parte, la “Función Ejecutiva” organiza la conducta hacia un fin, permite planificar antes de ejecutar una acción realizando una evaluación del entorno antes de ir a la acción. Para ello el niño debe desarrollar herramientas como el control de la espera y de los impulsos. Con el TDAH se ven afectadas estas habilidades y como consecuencia aparecen los síntomas de desatención, hiperactividad y desorganización. Gold (2010) señala que las dificultades que el niño vive a causa de su trastorno, provocan una constante frustración, la que conlleva a la existencia de problemas emocionales.

A nivel biológico, se señala que la dopamina es el neurotransmisor más importante que trabaja en la conexión de neuronas que apuntalan el sistema motor y las funciones cognitivas. El sistema dopaminérgico es el que se ve fundamentalmente alterado en sus niveles en estos niños.

Al momento de diagnosticar el TDAH, se torna fundamental tener presente los posibles diagnósticos diferenciales que pueden existir, tanto de tipo neurológico como los hallados en la clínica, ya que existen alteraciones neurológicas que presentan síntomas propios del TDAH. Entre estos, siguiendo a Barkley (1998), se destacan ciertas alteraciones genéticas cromosómicas, como el síndrome de Turner; el síndrome de X frágil; el síndrome de Klinefelter; que suelen cursar con trastornos de aprendizaje, e inatención. Asimismo es importante descartar el hiper o hipotiroidismo; la enfermedad de Cushing y procesos

infecciosos debidos al VIH, encefalitis y meningitis, que son excluyentes del diagnóstico. También es fundamental distinguirlos de procesos como neoplasias e hidrocefalia que presentan alteraciones conductuales en la primera infancia y de enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Wilson o la Corea de Huntington juvenil.

En cuanto a las entidades clínicas, éstas se tornan más difícil de distinguir del TDAH, pueden coexistir o estas pueden ser diagnósticos diferenciales. Siguiendo al mismo autor, se destacan:

1. Trastornos de ansiedad.
2. Trastorno de estado de ánimo.
3. Trastornos de conducta
4. Trastornos de aprendizaje

Por otra parte, es importante hacer alusión a este trastorno desde el área de la psicología. Se considera que no hay evidencia clara de que las causas del TDAH estén ligadas a disfunciones orgánicas, sino que es fundamental que el trastorno sea abordado como un fenómeno multicausal, marcado por una sociedad, una familia y un cuerpo específico insertos en un momento sociohistórico determinado. En este sentido, se considera relevante citar las palabras de Gergen (1997) en Ramos Galarza (2016), quien señala que:

toda verdad adquiere su validez en el marco de la comunidad que la construye y la legitima como tal, la verdad parece ser una cuestión de perspectivas, producto de intercambios y consensos sociales, la realidad es un conglomerado de significados conversaciones que son socialmente compartidos. (p.233)

Teniendo en cuenta esto, la sociedad considera que son “normales” ciertos estándares cognitivos y comportamentales. Ramos Galarza (2016) a través de un estudio realizado acerca de los significados edificados alrededor de un sujeto diagnosticado con TDAH, da cuenta que estos son entendidos como desviados y la medicación se torna necesaria para que este sujeto sea funcional a la misma.

Según López Castilla (2015), en el año 2000 el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos intentó llegar a un consenso entre los investigadores de TDAH, quienes venían estudiando las causas de la etiología desde hacía años y llegaron a la conclusión de que aún no se había encontrado evidencia orgánica que se relacionara con dicho trastorno. Por este motivo, él plantea que se está prescindiendo de una lógica científica al afirmar que determinadas alteraciones neurológicas son la causa del TDAH. En este sentido afirma:

Detectada una sintomatología, se obvia la etiología contextual, sistémica y ecológica que podría explicar el estado del menor, así como las claves emocionales implicadas y su historia psico-evolutiva. Se deduce, en un salto lógico erróneo, una alteración orgánica de la mera presencia de un cuadro sintomatológico valorado en función de parámetros sociales. (p.177)

Continuando con esta mirada, López Castilla (2015) entiende que si no existe un déficit neurológico, no existe un motivo por el cual este cuadro debiera tratarse con psicofármacos.

Gabriela Dueñas (2013) también suscribe esta interpretación, ya que considera que el entender la conducta del niño hiperactivo como producto de una cuestión neurológica, deja de lado el papel de la sociedad y del sujeto como productores de subjetividades. Ello implica para la autora “una doble operación a partir de la cual ejerce una suerte de violencia simbólica sobre ellas, mientras que los adultos como sociedad se desresponsabilizan de su suerte.” (p.55)

Los discursos existentes en la sociedad hoy, tanto de la mano de educadores y profesionales de la salud, llevan a ver a la escuela y a la sociedad como

víctima de niños inadecuados, anormales, enfermos, sin cuestionarse si existe alguna relación entre la creciente cantidad de niños con “supuestos trastornos” y la inadecuación del sistema escolar (Moyses, Collares, 2011) o la vida cotidiana que llevamos los adultos, sin tiempo para la crianza, con muchas dificultades para estar en disponibilidad en ese período de gran demanda que es la infancia, debido a las feroces exigencias a las que nos encontramos sometidos en el afán de sostenernos en un sistema que

reclama altísimos niveles de productividad para poder subsistir en él.  
(Untoiglich, 2014, p. 23)

En relación a esto, desde el psicoanálisis Janin (2013) resalta la importancia de cuestionarnos qué tipo de atención le estamos exigiendo a los niños en estos tiempos en los cuales predomina la cultura del “zapping”, donde los estímulos son intensos, cortos y de poca conexión entre sí. La autora considera que es difícil compatibilizar esto con la atención que se exige en un aula tradicional, donde la maestra es la que habla y los niños deben permanecer horas sentados. Si bien hay niños que se adaptan, hay otros que sufren esta contradicción, expresando su malestar a través del movimiento, satisfaciendo a través “del despliegue motriz lo que no satisface el otro significativo”. (p.60) Esto también se relaciona con el valor preponderante que se le da en la actualidad al rendimiento académico y a la eficiencia.

Sumado a ello, Janin (2013) destaca que tanto los diagnósticos como el querer cambiar la conducta del niño, es apuntar a eliminar las diferencias, haciendo foco en lo sintomático sin trabajar con el sufrimiento que ello conlleva. En la escuela actual, se centra el problema en el síntoma y la biologización del mismo, excluyendo otras cuestiones y tratamientos posibles. Eso lleva a que no se tome en cuenta la singularidad de cada situación, y queden englobados diferentes casos bajo el mismo diagnóstico con un mismo tratamiento. Por el contrario, sería importante que aquellos niños diagnosticados con TDAH puedan ser contenidos de otra forma (a través de la palabra o del gesto del otro, etcétera), no reduciendo la problemática a eliminar el síntoma “molesto”.

Tomando en cuenta los aportes de Freud (1950) en relación a la estructura psíquica del sujeto, éste en “Psicología para neurólogos” consideró dos tipos de atención: una atención refleja, ligada a lo biológico, a lo más automático, a la conciencia primaria y por otro lado, la atención secundaria o psíquica. Esta última necesita para su funcionamiento la inhibición de los procesos primarios, está relacionada con la conciencia y la preconsciousia. En este sentido Janin (2013) señala que “la atención se vincula con la percepción, la conciencia, el yo y el examen de realidad (en tanto el yo envía periódicamente investigaciones exploratorias hacia el mundo externo).”(p.67) Desde el psicoanálisis, para que un niño preste atención a algo en particular, deberá transitar por los siguientes procesos: la diferenciación del mundo interno del externo, la identificación con un otro que pueda libidinizar el mundo de tal manera que el bebé pueda investir el mundo exterior y por último

dar freno a lo pulsional. Para ello es fundamental la imagen de sí mismo que el sujeto construye a partir de lo que los otros le devuelven. Si se siente amenazado de perder el amor, difícilmente pueda atender a otro estímulo que no sea ese. Sin duda, esto complejiza las cuestiones y amplía la forma de comprender este trastorno. Si existen fallas en la estructuración del psiquismo del niño es cuando aparece lo desligado, lo desinvertido, es cuando al decir de Winnicott, no se conforma el “espacio transicional”, el cual permite un entremedio entre el mundo interno y el externo. Así se confunden los límites, los bordes del adentro y afuera y el despliegue motriz aparece como única vía de evacuar la energía traumáticamente desencadenada. En este sentido Untoiglich, Forer y Paganini (2012) señalan que “el *infans* quedará entonces sometido al intento constante de evacuación de un malestar, que al no poder simbolizarse, tampoco puede terminar de drenarse”. (p.206) De esta forma, siguiendo a Levin (2007) “el territorio de la infancia (...) queda habitado por el movimiento indiscriminado, donde ni siquiera el propio cuerpo opera como borde. Los niños, sin demandar, actúan. Se mueven, actúan su no lugar.” (Untoiglich et. al.i, 2012, p.207).

Por estas cuestiones consideradas, la terapia psicoanalítica no se centra en buscar una etiología orgánica al déficit atencional. Por el contrario, lo que se pondera en el trabajo analítico es construir con el sujeto ese espacio psíquico no constituido, relacionado con delimitar los bordes, ligar lo desligado, ligar la pulsión a representaciones palabras.

Por otro lado, la misma autora resalta la importancia de considerar que la estructura del niño está en desarrollo, por lo cual no es correcto tratarlo como a un adulto en lo que a la psiquiatría refiere, ya que la infancia se caracteriza por el devenir y el cambio constante, donde evidentemente no hay un cuadro establecido y determinante. Afirma además que “los niños suelen no someterse tan fácilmente a los chalecos de fuerza de los adultos.” (p.62).

Con esta diversidad de opiniones, es importante resaltar que desde lo psicológico el trastorno es visualizado de un modo más complejo, priorizando la multideterminación del fenómeno y las determinaciones socio históricas. Así también los abordajes del mismo desde esta perspectiva rescatan la singularidad de cada paciente. Por el contrario, el punto de vista psiquiátrico prioriza las clasificaciones antes vistas de la mano del tratamiento medicamentoso de este trastorno como se irá exponiendo a continuación.

## Medicalización y patologización

Hace décadas que se viene gestando un proceso de “medicalización” a nivel global, del cual Uruguay no está ajeno. En el siglo XX, debido a los avances científicos y tecnológicos, la medicina se extendió por áreas en las que antes no incidía. La subjetividad ha sido tomada por ella. Asuntos que antes no eran médicos, ahora sí lo son: la tristeza, la soledad, el enojo, la vejez y también la inquietud y las dificultades de aprendizaje, entre tantos. Dueñas (2013) plantea:

Como señalaba Foucault en 1974, la existencia, la conducta, el comportamiento y el cuerpo se incorporan así en una red de medicalización cada vez más densa y amplia. El cuerpo enfermo pasó a ser considerado como objeto de mercancía, producto de la invasión de concepciones ideológicas del capitalismo en los diversos ámbitos del quehacer social. (p.20)

La autora (2013) considera que la “medicalización” es funcional a la época, la cual se recrea incesantemente a través de los discursos institucionales y los recetarios médicos, condicionando la existencia de los sujetos. Así es que la medicina actual, como parte del mercado neoliberal, conforma una industria de la salud, donde se corre el riesgo de que la enfermedad se base en el lucro y no en el derecho a la salud. En este sentido, es interesante la referencia que realiza Bafico (2015) hacia lo que Henry Gadsden, director de la compañía Merck, expresaba hace treinta años acerca de su sueño de producir medicamentos para las personas sanas y así vender a todo el mundo. Del mismo modo que se crean necesidades para el consumidor, también se crean enfermedades para las personas sanas.

De la mano de la “medicalización”, surge entonces la “patologización” de todo aquello que no sea lo esperable. Prueba de ello es el aumento de trastornos descritos en el año 1952 en el *Diagnostic and Statistical Mental Disorder* (DSM I) con un total de 106, mientras que en 1994 el DSM IV describió 357. Muchos autores se cuestionan si el TDAH no es producto de estas cuestiones.

Esto conlleva a la creación de nuevos dispositivos de control. El TDAH se caracteriza, como se ha planteado, por niños desatentos e hiperactivos, que se salen de la

conducta esperable y por lo tanto, entra en la línea de cuestiones a controlar. ¿Cómo se trata este trastorno? ¿Cuál es el tratamiento más utilizado?

### **Metilfenidato. Ritalina.**

En relación al tratamiento farmacológico en sujetos diagnosticados con TDAH, Pascual-Castroviejo (2008), explica que son los estimulantes, los fármacos que provocan la disminución de los síntomas, mientras que los tranquilizantes producen mayor inquietud.

La prescripción de estimulantes a niños con alteraciones del comportamiento comenzó hacia 1937, cuando el psiquiatra americano Charles Bradley describió los efectos en niños y adolescentes en tratamiento. En esa oportunidad se suministró sulfato de anfetamina (benzedrina) y se observó que aumentaba el nivel académico de los alumnos y también lograban aplacar su actividad. En 1944 se sintetizó el metilfenidato por primera vez, como derivado de la anfetamina.

Actualmente es esta sustancia la que se utiliza en la mayoría de los casos para tratar el TDAH. Según información de la Universidad de Valparaíso, su prescripción asciende al 90% de los casos que padecen dicho trastorno. Míguez Passada (2012) señala que el metilfenidato es un psicoestimulante, que ha adquirido notoriedad y expansión en su uso en la década de 1990 con el diagnóstico de TDAH. Es conocido comercialmente con el nombre de Ritalina.

La Ritalina viene en dos presentaciones, una de liberación rápida (se mantiene en sangre por un tiempo corto, por lo que exige dos o tres tomas diarias) y otra de liberación prolongada (se mantiene el nivel de la sustancia en sangre durante todo el día, requiriendo

una única toma diaria). Míguez Passada (2012) plantea que la más utilizada es la fórmula de liberación inmediata que hace efecto a los 30 a 45 minutos después de ingerida, y se extiende por un máximo de cuatro horas.

Dicha droga actúa sobre el Sistema Nervioso Central, regulando la disponibilidad de la dopamina, sustancia que como se ha planteado, se ve alterada en sus niveles, en los sujetos con TDAH.

El metilfenidato logra “aquietar” al niño y mejorar su atención, por lo que suele ser considerada la solución hacia ese alumno desatento en el medio escolar, o hacia ese niño inquieto de la familia. Sin embargo, mientras muchos defienden su uso, existen autores, tales como Janín (2013) que cuestionan fuertemente la medicación del TDAH, en el entendido que el sujeto con el fármaco logra cambios conductuales, pero no realiza ninguna elaboración psíquica como se ha planteado, generando de esta manera una dependencia psicológica a la pastilla.

Se observa así que existen diferencias de opinión en cuanto al uso de la Ritalina y también en relación a los efectos secundarios que genera.

En relación a esto último, por un lado, hay investigadores tales como el Dr. Pascual-Castroviejo (2008) que afirman que los efectos colaterales son mínimos, siempre y cuando haya un control estricto del médico tratante.

Sin embargo, es interesante transcribir los efectos secundarios adversos que se describen en el prospecto de la Ritalina, los cuales pueden ser: “Nasofaringitis, sinusitis, infección de la parte alta del tracto respiratorio, anorexia, disminución del apetito, reducción moderada del aumento de peso y altura (uso prolongado en niños), insomnio, nerviosismo, tics, agresividad, ansiedad, labilidad emocional, agitación, depresión, comportamiento



anormal, irritabilidad, cambios de humor; cefalea, mareos, discinesia, hiperactividad psicomotora, somnolencia, parestesia, cefalea tensional, arritmia, taquicardia, palpitaciones, hipertensión arterial, tos, dolor faringolaringeal, dolor abdominal, vómito, náusea, diarrea, malestar gástrico, boca seca, dispepsia, alopecia, prurito, erupción, urticaria; artralgia, tensión muscular, espasmos musculares, irritabilidad, pirexia, retraso de 36 crecimiento (uso prolongado en niños); disminución de peso, cambios en la presión sanguínea y frecuencia cardiaca; trastornos en la acomodación, vértigo, aumento de alanino aminotransferasa.

Tomando la experiencia clínica, el Dr. Gold (2010) señala como efectos secundarios más frecuentes el insomnio, disminución del apetito, trastornos gastrointestinales y cefaleas. También hace mención a la aparición de tics y problemas cardíacos, los cuales considera que son evitables haciendo un exhaustivo estudio de los antecedentes familiares del niño. Gold (2010) afirma que no hay evidencia científica que avale la teoría de que la Ritalina pueda causar un uso problemático de sustancias en el futuro, por el contrario advierte que su no prescripción cuando corresponde, sí puede ocasionar un vínculo problemático con las sustancias a largo plazo. En el Congreso Internacional de TDAH realizado el mes pasado en Maldonado, el Dr. Gold (2016) afirma que el metilfenidato tiene “mala prensa” y que existen razones para que las tenga, debido quizás al mal uso que se ha hecho del mismo. Asimismo hace hincapié en el hecho de contemplar los principios éticos al momento de prescribirla, siendo fundamental un seguimiento constante y continuo del paciente para evaluar sus efectos.

Es interesante destacar que en Estados Unidos, la DEA (Administración para el Control de Drogas) entiende que el metilfenidato es una sustancia muy peligrosa y propicia para que se dé lugar al abuso, motivo por el cual fue declarada -según lo mencionado por Sauvagnat (2015)- como una droga de tipo II al igual que la morfina. Las drogas que entran en esta categoría tienen un alto potencial de abuso, pero a la vez pueden servir para algún fin médico en específico. Asimismo, el metilfenidato también está incluido en el listado de

drogas de alto control por parte de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

En otros países como Francia y Suecia, la prescripción de metilfenidato es prácticamente nula, dado que existe un exhaustivo control sobre ella.

Cabe mencionar que en el 2013, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha planteado que muchas veces es utilizada la medicación psiquiátrica hacia niños y adolescentes en las instituciones de protección en diferentes regiones de América con el fin de tener un control sobre ellos, sin que haya algún diagnóstico ni con fines terapéuticos. Considera que esto supone una forma de violencia y abuso hacia los derechos de los niños (Palummo, 2015).

Si bien se señala que la mayoría de los niños diagnosticados con TDAH son sometidos a tratamiento farmacológico, autores como Gold (2010) señalan que en algunos casos se recomienda apoyo psicológico como complemento. Este autor (2010) considera que lo más apropiado es una terapia de tipo conductista, donde se apunta a cambiar las ideas y las conductas del niño. En una entrevista realizada el mes pasado a la Dra. Viola (2016), coincide con él al plantear que las terapias de corriente cognitivo-comportamental tienen más literatura y sostén para el tratamiento de este trastorno. Es interesante destacar que ambos autores coinciden en la importancia que requiere que el abordaje del TDAH se inicie con la “psicoeducación”, la cual es una instancia que consiste en ayudar a los padres y al niño en la comprensión del trastorno y sus implicancias. Esto es fundamental para poder establecer nuevas estrategias en la vida cotidiana que favorezcan tanto al niño y al entorno. Sumado a ello, la Dra. Viola (2016) señala que la terapia grupal puede ser otra herramienta posible para complementar el tratamiento. También considera necesaria la derivación del paciente para la realización de estudios psicopedagógicos y/o psicomotricidad, dependiendo de cada situación. Es de destacar que si bien ambos

pertenecen a la línea psiquiátrica, apuntan a que el tratamiento farmacológico debe ser indicado solamente si el caso lo amerita.

### **La incidencia de los laboratorios**

Más allá de la eficacia o no de la Ritalina, es innegable el gran interés comercial detrás del uso de esta sustancia. Es sabido que los laboratorios ganan cifras multimillonarias con su venta. A través de diferentes estrategias de marketing se ha logrado el afianzamiento de la patologización y medicalización, convenciendo al público que ciertos malestares son patológicos y que los fármacos que éstos elaboran son la solución perfecta.

En ese sentido, resulta interesante rescatar la investigación realizada por Faraone, Barcala, Bianchi y Torricelli (2009) respecto al rol que los laboratorios han tenido en la medicalización y medicamentación de la infancia en Argentina. Para ello, describen las estrategias de marketing utilizadas para el tratamiento del TDAH y su incidencia en la construcción de nuevas subjetividades. Dichas estrategias fueron dirigidas a los usuarios y/u organizaciones, hacia el ámbito escolar, hacia los médicos y por último a la creación de líderes de opinión. Resulta interesante mencionar algunas de ellas.

En el primer caso, se fomenta la creación de “mesas de ayuda”, solicitando a un grupo de familias que brinden información del TDAH a los laboratorios. Cabe señalar que en Estados Unidos, la CHADD (*Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*) reconoció hace ya más de 10 años que recibe una quinta parte de sus ingresos anuales por parte de la industria farmacéutica. Al mismo tiempo, se constató que otro modo de captar a las familias, es el ofrecimiento de incentivos económicos por un determinado tiempo.

En el caso de la comunidad educativa, los laboratorios intentan alcanzar una detección temprana del trastorno, junto con la colaboración del docente. Para ello, se

brindan charlas informativas en las escuelas, se reparte folletería específica a los docentes y se publica información en las revistas de carácter pedagógico. De esta forma, se evita la problematización en el ámbito educativo, el docente no queda responsabilizado del malestar del niño y se pondera como una solución efectiva el fármaco, algo ajeno al sistema.

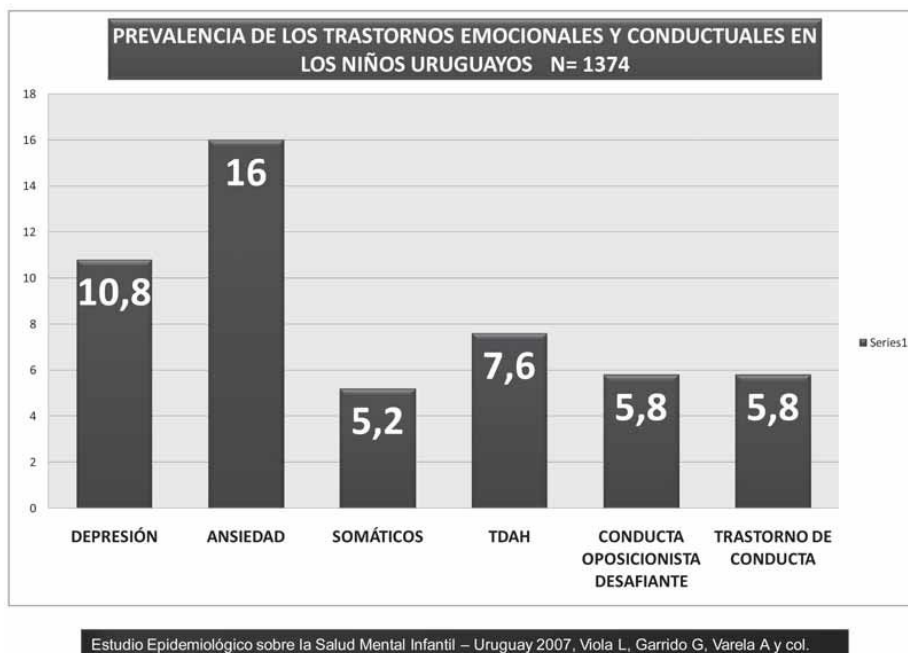
Con los médicos se trabaja a través del patrocinio de congresos, donde se brinda información sobre los beneficios de la droga y los pocos efectos adversos que provoca. Asimismo, se realizan las “guías de consenso”, las cuales derivan del acuerdo de especialistas y sociedades científicas para tratar con el trastorno, creando así la idea de que existe un camino único a seguir. En el caso de no ser utilizado, provoca al médico la idea de quedar fuera del sistema. A su vez, esto se ve reforzado con el control que los laboratorios ejercen, a través de sistemas informáticos donde se logra saber qué médicos recetaron la droga y cuántas veces. De aquí se obtienen las cifras de venta mensuales más acertadas en lo que a estudios de mercado refiere.

### **Situación en Uruguay**

Los datos más actualizados del TDAH en Uruguay con los que contamos son la última investigación realizada de la mano de Viola y Garrido en la Facultad de Medicina en el año 2006 y en contraposición la tesis de doctorado en Sociología de María Noel Míguez, del año 2010.

En relación al estudio realizado por la Clínica de Pediatría de Facultad de Medicina, este implicó la utilización de un cuestionario denominado “*Child Behavior Checklist*” (CBCL). Este instrumento fue aprobado y adoptado en varios países, y es un cuestionario auto-administrado por los padres respecto de la conducta y habilidades sociales de sus hijos. Las siete preguntas correspondientes a la escala de déficit atencional son: “¿Deja sin

terminar lo que él/ella empieza?”, “¿No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo?”, “¿No puede quedarse quieto/a; es inquieto/a o hiperactivo/a?”, “¿Impulsivo; actúa sin pensar?”, “¿No presta atención o se distrae fácilmente?”, “¿Habla demasiado?”, “¿Más ruidoso/a de lo común?”. Este cuestionario evalúa un periodo de seis meses, seguido por una entrevista clínica que permiten elaborar el perfil del niño frente a un individuo tipo. Se aplicó a 1374 niños escolarizados de entre seis y once años, de los cuales 670 fueron varones (48,8%) y 704 niñas (51,2%). Los resultados se ilustran en la siguiente tabla:



Seguendo estos datos, Uruguay con un 7,6% de TDAH se encontraría dentro del porcentaje promedio mundial que oscila entre un 5% y un 10%.

Haciendo referencia a las cifras en cuanto al sexo, la prevalencia a nivel mundial es de 3:1 (hombre:mujer). Sin embargo, el estudio en Uruguay resultó diferente, dado que la prevalencia en varones es del 6,6%, mientras que en niñas alcanzaría el 8,5%.

También se torna interesante resaltar la incidencia de los resultados según el medio socioeconómico del cual proviene cada individuo, siendo que el 47% procede de nivel bajo, el 46% de nivel medio y solamente el 7% del medio alto. En este sentido, la Dra. Viola (2016) enfatiza en la necesidad de trabajar para disminuir el índice de la pobreza, más que en la lucha contra el metilfenidato, considerando que allí está una de las claves para disminuir la prevalencia de este trastorno.

En relación al uso del “metilfenidato” en Uruguay, es interesante señalar que en el año 2010 este país recibió un llamado de atención por parte de las Naciones Unidas por el alto consumo de dicha sustancia. El Ministerio de Salud Pública informó de un 15% de prevalencia en Uruguay, mientras que la investigación realizada por la Dra. Ma. Noel Míguez indica que se elevaría a un 30% la cantidad de niños medicados por TDAH. En ese entonces, Javier Palummo, coordinador de la ONG Fundación Justicia y Derecho, señaló a BBC Mundo que a pesar de que son los especialistas (psiquiatras infantiles y neurólogos) los que deberían prescribir el metilfenidato, es también recetado por pediatras u otros médicos. En ese sentido, Gilberto Ríos, director nacional de Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), informó que se había reiterado a los médicos, quienes podían recetar el metilfenidato y también se les había solicitado se controle a los niños que lo consumían para prevenir problemas de crecimiento y cardiovasculares. Asimismo, Palummo agregó que la Ritalina se estaba recetando en exceso y adjudicó el sobrediagnóstico de TDAH a un desajuste en el sistema educativo, por lo cual debieran realizarse actualizaciones y no por el contrario exigir al niño que se adapte al dispositivo pedagógico. (BBC, 2010)

Entre los años 2003 y 2008, se constató una duplicación en la dispensación de metilfenidato, según datos recabados de las farmacias del Hospital Pereira Rossell y del Hospital Vilardebó, quienes son responsables de su distribución a los beneficiarios de los servicios dependientes de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en Montevideo. En esta misma línea, Bafico (2015) señala que en Uruguay el consumo aumentó de casi un kilo en 2001 a casi 20 Kilos en 2010, algo que él entiende como

“disparatado, ya que con estos números tenemos que estar hablando de una pandemia.” (p.96) De modo similar, también la Organización Mundial de la Salud planteó en el año 2005 un escenario de “epidemia del uso de estimulantes tipo anfetamina (ETA)” (Palummo, 2015).

En su tesis doctoral, la socióloga Míguez (2012) afirma que en Uruguay se vive una medicación abusiva de la infancia con psicofármacos, haciendo hincapié en la misma como dispositivo moderno de disciplinamiento de una sociedad capitalista que busca la homogeneidad de los sujetos, no respetando la diversidad, la diferencia. En ese sentido, expresa: “(...)sociedad capitalista que subyuga las corporalidades hacia una homogeneidad necesaria para la producción y reproducción de sus pautas, valores y acciones, oportunamente condescendientes con la mercantilización internacional de los cuerpos (y de las almas).” (p.21) Míguez (2012) afirma que la sociedad uruguaya enfrenta ese 30% de niños medicados con psicofármacos con total naturalidad y al mismo tiempo señala que el aumento en el consumo de metilfenidato responde a un sobrediagnóstico de TDAH, en el entendido que dicho diagnóstico no es más que un constructo social.

Sin embargo, según Speranza, Goyeneche y otros (2008), en Uruguay no existen datos nacionales de consumo de este fármaco.

En el 2010, Miguel Cherro, ex presidente de la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (SUPIA), aseguró a la BBC Mundo que era perfectamente controlable el suministro de Ritalina dado que ellos brindan al paciente una receta en tres vías y una de ellas se envía a las autoridades.

## ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

En primer lugar, de acuerdo a la información recabada, resulta llamativo la facilidad o ligereza con la que muchas veces se puede arribar a un diagnóstico tomando como principal herramienta a los manuales de psiquiatría. Estos describen ciertos síntomas, que pueden simplemente ser característicos de los niños sin llegar a configurar un trastorno. Es decir, si estos no son pensados en contexto y en relación a la historia del sujeto, se puede arribar a conclusiones erróneas. Si un niño o niña no presta atención a la consigna de la tarea escolar o es desordenado o extravía objetos frecuentemente, ¿es correcto inducir que el niño tiene TDAH? En este sentido, coincido con las preguntas que se plantea Janín (2013) para reflexionar:

¿Qué molesta de estos niños? ¿Por qué la insistencia en los trabajos médicos sobre la importancia de diagnosticar rápido para comenzar tempranamente con la medicación? ¿Cómo diagnosticar este trastorno cuando todo niño pequeño es desatento e inquieto? Además, si alguien fue así desde siempre (y lo que le sucede no se construyó en una historia) y será así de por vida (desmintiendo toda posibilidad de futuro) lo único que queda es paliar un déficit. Se ubica en un presente permanente a un niño, sin tomar en cuenta el devenir y las transformaciones continuas, como lo propio de la infancia. (p.62)

Como se ha planteado, el niño con TDAH se caracteriza por la hiperactividad e impulsividad. El hecho de que el alumno mueva en exceso las manos y los pies o se mueva mucho en el asiento y deambule por la clase, ¿configura necesariamente un trastorno? Es posible preguntarse si esto no son muestras de un niño que quizás esté aburrido y realmente le cueste adaptarse a la forma en que le quieren enseñar.



Por otro lado, ¿quién determina ese exceso de movimiento? ¿El maestro al que se le interfiere la clase o el padre o madre que cuando llegan cansados de trabajar a casa, se les exige una atención que no se sienten capaces de brindar? ¿La industria farmacéutica? ¿El afán de lucro de los laboratorios? Pareciera que se está dentro de un círculo vicioso, con muchos intereses de por medio.

Asimismo esto se refuerza tras la no reflexión por parte de los profesionales de la salud, colaborando con un sistema perverso que parece que lo único que busca es el beneficio económico de unos pocos y no la salud de nuestros niños. Considero que realizar estos cuestionamientos es fundamental. Debemos ser críticos con nuestro quehacer, apelando a la desnaturalización de las etiquetas diagnósticas, de modo de poder brindar la mejor ayuda al sujeto en cuestión.

La sociedad construye subjetividades: formas de ser correctas e incorrectas, a las cuales hay que adaptarse o de lo contrario buscar soluciones. En esta búsqueda de soluciones, muchas veces se cae en la simplicidad, apelando a la medicación, quizás con rápida eficacia pero no a largo plazo. Además ya se han mostrado los efectos secundarios del metilfenidato y es por ello que la DEA la cataloga como una sustancia peligrosa y en algunos países prácticamente se prohíbe su prescripción, como Francia y Suecia.

Sumado a ello, como se ha planteado anteriormente, la Comisión Interamericana de Derechos, establece como acto de violencia el hecho de medicar a los niños sin una razón terapéutica sino con el mero objetivo de una mejor adaptación del mismo al sistema. Si nos guiamos por las cifras de consumo de metilfenidato, estas llevan a dudas acerca de cuándo y con qué objetivo se medica. Sería imprescindible apelar a la ética a la hora de intervenir generando organismos de control sobre ello, así como hacer un continuo seguimiento del paciente para evaluar los efectos de la droga, tal como plantea el Dr. Gold . Esto resulta fundamental para evitar el uso indiscriminado de la sustancia así

como para prevenir las consecuencias negativas que algunos autores alegan en relación a la misma.

Asimismo es importante acudir a otros tratamientos alternativos y posibles en pos de ayudar al niño como las terapias psicológicas y la psico-educación.

Los planteos anteriores no pretenden de ninguna manera desestimar el trabajo de la medicina y la psiquiatría. De hecho, a lo largo de la presente monografía, se ha intentado mostrar que el abordaje interdisciplinario es fundamental. Además se ha señalado que el metilfenidato puede ser de utilidad. Sin embargo, es necesario tener presente que el mismo actúa sobre el síntoma y no sobre lo más profundo del malestar, por lo cual no es la solución mágica para el TDAH. Ruiz Martín del Campo (2015) rescata las palabras de Mannoni, que desde una visión psicoanalítica plantea que

el niño, como los adultos, enferma de sociedad, sus síntomas son lenguajes cifrados para dar cuenta de un saber que no se sabe.” Y se pregunta “¿No es muchas veces la pastilla el medio usado para tranquilizarlo y acallarlo y para calmar también las inquietudes de padres y/o educadores que no quieren saber de ellos mismos y de los niños de los que son responsables, a quienes tan fácilmente entregan a la farmacología? (p.3)

En esta línea Alicia Muniz (2015) plantea que “la indicación farmacológica es tomada como tratamiento princeps del trastorno, dejando de lado abordajes terapéuticos que involucran los aspectos intrapsíquicos del niño tanto como los intersubjetivos teniendo en cuenta la complejidad de la trama subjetiva”. (p. 19). Considero que es aquí donde el psicólogo tiene mucho que aportar. Como futura psicóloga, entiendo fundamental entender la sintomatología de ese niño como forma de expresión de una problemática inserta en un entramado social, teniendo como herramienta principal a la escucha clínica y no a la

medicación que lo que generalmente produce es borrar el camino hacia la causa del síntoma.

El hecho de abordar al TDAH como un fenómeno netamente orgánico, cayendo en el biologicismo, no solo vuelca el problema sobre el niño, sino también como ya ha planteado Dueñas (2013), desreponsabiliza a la familia y a la sociedad en su conjunto. Así, el niño queda solo, cargando con una disfunción biológica, solamente a ser controlada por la medicina y la farmacología, evitándose así el poder reflexivo en las instituciones como la escuela y la familia. Esto se puede relacionar con lo planteado por Bafico en su Conferencia en las charlas TEDx (2012) quien considera que parece haber un desdibujamiento de los roles, donde los padres perdieron confianza en sí mismos y no pueden frustrar a sus hijos, donde la familia ya no es un lugar de formación, si no que los formadores fundamentales son la televisión, los medios de comunicación, la publicidad y los videojuegos. A su vez la escuela no puede contener a los niños de hoy y exige soluciones. De esta manera se da un corrimiento hacia los técnicos: psicólogos, psiquiatras, psicomotricistas, etc. y es cuando quizás en demasiados casos aparece la medicación como respuesta rápida y mágica.

En esta misma línea Palummo (2010) muestra un claro ejemplo en el artículo de la BBC, planteando que si en una clase hay 50 estudiantes con una sola maestra y el niño no responde correctamente, ¿no sería correcto en lugar de ver al niño únicamente como el problemático, también pensar qué pasa con el sistema educativo? Por ello, es fundamental rescatar la reflexión, la cual abre luz sobre otras cuestiones y amplía la comprensión del fenómeno.

En relación a esto, resulta acertado preguntarse si los niños de hoy están siendo educados de una manera que resulte motivante para ellos. Sabemos, como menciona Janín (2013), que vivimos en la cultura del zapping, donde los estímulos cambian en forma constante y el niño vive a un ritmo mucho más acelerado del que vivíamos hace 30 años

Sumado a ello, desde hace 10 años a esta parte, con la aparición de las tablets y el mayor acceso a los celulares, la electrónica seguramente ha incidido aún más en lo que tiene que ver al sistema atencional de los niños. Sin embargo, el sistema educativo se mantiene prácticamente incambiado, el niño debe quedar sentado durante horas, prestando atención a un contenido que probablemente no le sea muy atractivo a primera vista.

Es ilustrativo al respecto lo que plantea Paganini (2012) acerca de que en la educación aún hoy sigue existiendo una disociación mente-cuerpo. Suele pensarse el aprendizaje “del cuello para arriba”, cuando Piaget ya planteaba que la base del pensamiento en el hombre es la expresividad motora. Se podría aventurar a pensar que el realizar algunos cambios en este ámbito, integrando el cuerpo en el aula y pensando en metodologías más dinámicas e interactivas, podrían llevar a una disminución del TDAH y al consumo de metilfenidato.

Por otro lado, es interesante destacar que a lo largo de la presente, se han mostrado los intereses de los laboratorios por el consumo de metilfenidato. Incluso la CHADD para sustentarse recibe ingresos importantes de la industria farmacéutica. Esto no es casual, abre luz sobre cómo las enfermedades se han tornado construcciones en pos de generar ganancias estrictamente económicas. Todo esto lleva a reflexionar nuevamente sobre la existencia de este trastorno.

Ahora bien, si se aborda el TDAH con otros tratamientos en lugar del farmacológico y se consume menos metilfenidato: ¿qué pasa con los laboratorios? Es posible pensar que nuevas etiquetas diagnósticas y nuevos medicamentos vayan a surgir. En este sentido, ya se habla en Uruguay y Argentina de un aumento alarmante del trastorno del espectro autista (TEA), para el cual se receta mayoritariamente risperidona, droga que es fabricada dentro del país, por lo cual al no ser importada, no es tan plausible de ser controlada por los organismos internacionales. De esta manera se siguen beneficiando los laboratorios, los

más perjudicados son los niños y se sigue alimentando el sueño de Gadsden: producir medicamentos para personas sanas. Sin dudas, esto suena desalentador.

Se torna importante también repensar la situación de Uruguay respecto a este tema. Llama la atención la disparidad de resultados que surgen de la investigación de Facultad de Medicina con respecto a la de María Noel Míguez. Mientras que la primera arriba a un 7.6% de TDAH en el país, Míguez habla de un 30%. Sin duda, que las muestras utilizadas difieren mucho entre sí, pero cuesta entender cómo se puede arribar a números tan diferentes. Considero que es fundamental que sigan realizándose estudios para poder arribar a conclusiones más acertivas y no tan dispares, en pos de poder lograr una mejor intervención. También se observa que mientras que a nivel mundial la relación hombre - mujer es de 3:1, en Uruguay aparece una mayor cantidad de niñas con TDAH que de varones. Surge inevitablemente la pregunta de ¿por qué en Uruguay tendríamos esta relación distinta al promedio de los países del resto del mundo?

Si nos detenemos a observar la problemática de acuerdo a las diferencias sociales, es alarmante la incidencia del aspecto socioeconómico en relación a la cantidad de TDAH. Tal como se expresa en el marco teórico, en el medio alto existe un 7%, mientras que en un nivel bajo, el TDAH asciende a un 47%. Esto sugiere que cuanto menos posibilidades se tienen dentro de nuestra sociedad, más probabilidades de no adaptación al sistema pueden haber y por lo tanto es ahí donde los dispositivos de control como el TDAH y la medicalización, se ponen a trabajar en pro del sistema capitalista que se tiene que sustentar. Para ello, se necesitan cuerpos dóciles y manipulables que logren ser eficientes para el sistema. Sin duda, esto alerta sobre relaciones de poder fuertemente instaladas en nuestra sociedad.

Por otra parte, encontramos una seria dificultad en encontrar datos actualizados que nos permitan tener una idea de cómo es la situación uruguaya hoy con respecto a este trastorno. Se cuentan con estudios del año 2008 y 2010, pero qué ha pasado en estos

últimos seis años, ¿fue de alguna utilidad haber recabado esa información? ¿Existe algún monitoreo como para saber si hubo un aumento o disminución de diagnósticos del TDAH y de consumo de metilfenidato? Luego de tantas instancias judiciales, ¿se tiene más fácil acceso a dicha información? Aquí la pregunta cabe hacerla a las instituciones nacionales, quienes deben velar por la salud de su población, como así también a los organismos internacionales. De nada sirve hacer llamados de atención, si después no se continúa controlando para que la situación cambie.

No existe un “recetario” para trabajar este trastorno, siendo importante apelar a la singularidad de la situación. Considero fundamental apelar a la escucha del niño como protagonista de la escena, de modo de respetarlo e intentar trabajar con él en forma activa. Se trata de descubrir qué nos está queriendo decir ese niño con esas manifestaciones y no tomar lo descriptivo como explicativo. Así se lo anula, dejándolo sin escapatoria. Bafico (2012) señala que la medicación aplanan al niño, que le corta la creatividad y expresa que al medicarlo: “lo estamos matando en la pasión”.

En la misma línea Janín (2013) insiste en que hay que preguntarse ¿por qué? Destaca que este tipo de cuestionamiento implica la posibilidad de cambio y la idea de transitoriedad. Sin embargo, parecería que, como bien lo explica la autora (2013) “ya no hay preguntas. Se eluden todas las determinaciones intra e intersubjetivas, como si los síntomas se dieran en un sujeto sin conflictos internos, y aislado de un contexto. Y el cartel queda puesto para siempre.” (p.59).

El recorrido teórico sobre el tema y las interrogantes surgidas a partir de éste, dan cuenta de que es una temática compleja. La disparidad de opiniones y los diversos intereses en juego, alertan sobre lo importante de continuar investigando.

No considero que exista una solución mágica pero es fundamental que los profesionales de la salud problematicen el fenómeno. Para ello, el psicólogo puede aportar

utilizando su capacidad crítica para poder desnaturalizar ciertas cuestiones y abrir camino sobre dimensiones no tan visibles. Asimismo, es importante acompañar su labor junto con otros profesionales con intervenciones multi-modales. Esto posibilita el poder contemplar el fenómeno en su complejidad: ver cómo lo biológico, lo psicológico y lo social se implican conjuntamente. El enfatizar en un aspecto en detrimento de otros, peca por reduccionista y omnipotente con las consecuencias nefastas que puede aparejar para el niño en cuestión. Por lo tanto, debemos tener como objetivo prioritario el generar estrategias e incursionar en nuevas herramientas de trabajo. En ese sentido, esta monografía pretende ser un paso hacia ello.

## BIBLIOGRAFÍA

APA (2013) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Quinta Edición, DSM-V. San Francisco.

Bafico, J. (2015). los niños no atienden pero hablan, ¿ los escuchamos?. *Patologización de la infancia en Uruguay*, 93.

Bafico, J (2012). Conferencia Los problemas de medicación en la infancia. TEDx. Recuperado de: [https://www.youtube.com/watch?v=Wl\\_kEjhtlY](https://www.youtube.com/watch?v=Wl_kEjhtlY)

Barkley, R. (1998) Niños hiperactivos cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Paidós - Barcelona

BBC Mundo (2010) “La Onu cuestiona a Uruguay por el uso de la Ritalina”. Recuperado de: [http://www.bbc.com/mundo/noticias/2010/12/101202\\_onu\\_uruguay\\_ritalina\\_rg.shtml?](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2010/12/101202_onu_uruguay_ritalina_rg.shtml?)

Castilla, C. J. L. (2015). La medicalización de la infancia en salud mental: el caso paradigmático de los trastornos de atención. *Papeles del psicólogo*, 36(3), 174-181.

del Campo, E. R. M. (2015). Una mirada psicoanalítica sobre el llamado Trastorno por Déficit de Atención. *Diálogos sobre educación*, (8).

Dueñas, G (2013) Niños en peligro. La escuela no es un hospital. Buenos Aires: Editorial Noveduc.

Faraone, S., Barcala, A., Bianchi, E., & Torricelli, F. (2009). La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (54), 1.

Galarza, C. R. (2016). La cara oculta del TDAH. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(1), 226-253.



Gold, A. (2010) Alumnos desatentos, inquietos....Uruguay Ciencia, 4-8.

Gold, A (2016) 1er Congreso internacional de Tdah - Punta del Este. *Recuperado en:* <https://www.facebook.com/magdalena.gonzalez.35175?fref=ts>

Fundación Cadah. ¿Qué es el CIE 10 y cómo evalúa el trastorno hiperactivo? Recuperado de:

<http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/que-es-el-cie-10-y-como-evalua-el-trastorno-hipercinetico-.html> y <http://www.tdahytu.es/criterios-para-diagnosticar-el-tdah>

Janin, B. (2013). La desatención y la hiperactividad en los niños como modo de manifestar el sufrimiento psíquico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 55-79.

Míguez, M. N. (2012) Niñez psiquiatrizada. Invisibilizando una realidad compleja. México. *Revista Versión*.

Passada, M. N. M. (2012) Niñez psiquiatrizada. Invisibilizando una realidad compleja. VERSIÓN TEMÁTICA.

Muniz, A. (2015). la dimensión compleja del sufrimiento en la infancia. *Patologización de la infancia en Uruguay*, 19.

Paganini, A. (2014) Entrevista disponible en [www.youtube.com/watch?v=TnoMo3iVA98](http://www.youtube.com/watch?v=TnoMo3iVA98)

Palummo, J. (2015) Coerción farmacológica y derechos humanos. *Patologización de la infancia en Uruguay*, 79

Pascual-Castroviejo, I. (2008). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Neurología Pediátrica. Protocolos de Neurología*, 140-150.

Sauvagnat, F. (2005). Una entidad controvertida: la hiperactividad con trastorno deficitario de la atención. *Interrogant*, (6), 47-55.

Speranza, N., Goyeneche, N., Ferreiro, D., Olmos, I., Bauger, M., Oyarzun, M., ... & Viola, L. (2008). Uso de metilfenidato en niños y adolescentes usuarios de servicios de asistencia pública de Montevideo. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 79(4), 277-283.

Untoiglich, G. (2014). MEDICALIZAÇÃO E PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA: SITUAÇÃO DAS INFÂNCIAS NA AMÉRICA LATINA. *Nuances: estudos sobre Educação*, 25(1), 20-38.

Untoiglich, G., Forer, G., & Paganini, A. (2012). INTERVENCIÓNES PSICOANALÍTICAS EN NIÑOS CON DIFICULTADES ATENCIONALES E INQUIETUD. In *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Viola, L., & Garrido, G. (2008) Estudio epidemiológico sobre la Salud Mental de los niños.

Viola Marchisio, L. M., & Garrido Candela, G. (2009). Características epidemiológicas del trastorno por déficit atencional en los escolares uruguayos. *Rev. psiquiatr. Urug*, 73(2), 157-168.