



**Trabajo Final de Grado.
Licenciatura en Psicología**

Modalidad Monografía

**El Fenómeno de la Patologización Infantil en
Salud Mental**

Estudiante: Eliane Sabrina Arregin Rodriguez

ci: 4.937.162-6

Tutora: Alicia Muniz

Montevideo 29 de julio de 2016

El Fenómeno de la Patologización Infantil en Salud Mental

*"Vivimos en el mundo del ya.
Al chico hay que arreglarlo ya.
Y el camino más rápido y fácil es la medicación".
Miguez M.N (2014)*

Resumen

El presente trabajo monográfico titulado El Fenómeno de la Patologización Infantil en Salud Mental se encuentra orientado hacia un recorrido analítico de tal temática en la sociedad uruguaya.

Por consiguiente se procurara indagar acerca de datos estadísticos que den cuenta aproximadamente de la situación antes mencionada en población escolar.

Es un motivo de consulta de alta frecuencia la dificultad atencional y problemas de aprendizaje que manifiestan niños y niñas en edad escolar (Untoiglich, 2011 & Janin, 2004). Frente a las manifestaciones conductuales de estos chicos se presentan síntomas que suelen ser patologizados, que tienden a un diagnóstico precoz que en mayoría su tratamiento suele indicar la medicación alterando sus conductas.

En medios relacionados a la salud y a la educación últimamente se han dado a luz un sin fin de síntomas, por ello ante la desatención, hiperactividad y la impulsividad se ha diagnosticando un síndrome denominado "Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad", más conocidos como TDAH/ ADDH/ ADD, lo que lleva a medicar en edades muy tempranas.

Es a partir de aquí, que surge el interés por la búsqueda bibliográfica, en relación al campo de la patologización y medicalización en la infancia, indagando los avatares de la constitución subjetiva y el trastorno atencional *per se*.

Se intentará aportar una reflexión acerca de las modalidades actuales de producción de subjetividad a nivel familiar y dar cuenta de la incidencia de la patologización en la vida.

Palabras clave: Patologización Infantil, Medicalización, Salud Mental.

Índice

Resumen	pág. 2
Introducción.....	pág. 4
Capítulo I.....	pág. 5
1.1 Definición de salud y enfermedad según la Organización Mundial de la Salud	
1.2 Plan de Prestaciones en Salud Mental	
1.3 Modalidad de las prestaciones	
Capítulo II: Medicalización de la vida.....	pág. 8
Capítulo III: Historia de la infancia.....	pág. 9
Capítulo IV: Una mirada acerca de los modos de producción de subjetividad en conceptualización de la infancia actual.....	pág. 11
1.1 Consumo y prevalencia de la imagen	
1.2 El lugar de las Instituciones: Familiar y Escolar	
Capítulo V.....	pág. 16
1.1 Infancia y Medicalización	
1.2 Estigma e impacto en la subjetividad infantil	
1.3 La curiosa epidemia del “Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad”	
Conclusiones y Sugerencias.....	pág. 24
Bibliografía.....	pág. 26

Introducción

La presente monografía remite al Trabajo Final de Grado correspondiente a la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

El objetivo es ofrecer un análisis bibliográfico que permita un estudio acerca del fenómeno de la patologización y medicalización en la infancia y una reflexión crítica.

Debido a que en las últimas décadas, se viene diagnosticando de un modo más asiduo a nivel escolar: déficit atencional, problemas conductuales así como dificultades de aprendizaje, es que se considera pertinente abordar dicha problemática desde la Psicología, entre otras disciplinas.

Dicho trabajo se presenta con la siguiente división temática:

En el primer capítulo se parte del punto de vista psicológico abordando los antecedentes del campo de la Salud Mental, desde la implementación del Plan de Prestaciones en Salud Mental para integrar al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) vigente .

El segundo capítulo dará cuenta acerca de las conceptualizaciones de la medicalización de la vida.

En un tercer capítulo es un breve recorrido acerca de la historia de la infancia, redactando la evolución del niño en la sociedad, hasta ser reconocido como un sujeto de derecho.

Seguidamente en un cuarto capítulo, se desarrollara un análisis y reflexión en cuanto a los modos de producción de subjetividad que influyen en la crianza del niño actual.

Por último se hará énfasis en la medicalización de la infancia donde el “Trastorno de déficit de atención e hiperactividad” se tomará como referencia y será estudiado para una mejor comprensión de su abordaje.

A continuación se examinaran los conceptos que resultan pertinentes para el presente desarrollo analítico a nivel cualitativo .

Capítulo I

1.1 Definición de salud y enfermedad según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad”.

Si bien es un concepto breve, reúne todas dimensiones que lo atraviesa al ser humano. La idea que allí se plantea, es que no necesariamente se tiene salud si no se está enfermo.

Definición de enfermedad: “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”.

Hace alusión a una “alteración” en el organismo y funcionamiento estable del individuo.

1.2 Plan de prestaciones en Salud Mental

Se entiende que dicho Plan estuvo asociado a la consolidación del saber médico como fundamento de decisiones políticas y que fue tomando injerencia en otros ámbitos de la población.

En nuestro país en el año 2005 la política de salud obtuvo un intenso estudio, como no se había hecho hasta el momento. Se realizó una revisión y re-estructura significativa en el marco del sistema de Políticas Públicas, dando origen a la creación de la Coordinación de Salud Mental de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE-MSP).

Refiriéndonos al campo de la salud mental, en el año 2011 comienza a implementarse el Plan de Prestaciones de Salud Mental para ser integrado en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), apuntando a todos los prestadores integrales. Dicho Plan se encuadra en el escenario de la Reforma del Estado y en el estudio de la Reforma Sanitaria, basándose en principios rectores, los cuales promueven un modo *universal* y *equitativo* de los servicios, para así abordar las necesidades de salud que presente la población.

Procuran mejorar la accesibilidad a los servicios de salud y que la misma priorice la calidad de la atención tomando en cuenta las necesidades particulares de a cada individuo independiente de su condición económica.

En el año 1986 se aprueba el Programa Nacional de Salud Mental y a partir de allí en dicho Plan se realiza el primer reajuste en materia de política de salud mental. “El concepto de Salud Mental es inseparable del concepto de Salud Integral. Si bien tiene su especificidad en cuanto a sus formas de abordaje y comprensión, es parte indisoluble del mismo. En este sentido, desde una concepción integral, todos aquellos aspectos vinculados con la Salud Mental deben incluirse en las diferentes formas de abordaje” (Plan de Prestaciones en Salud Mental, 2011).

Con esta actualización que obtuvo la política de salud mental el Sistema Nacional de Salud adoptó el concepto de Salud Integral, pasando así a denominarse Sistema Nacional Integrado de Salud. Por lo tanto la integralidad del usuario se verá abordada en todos sus ámbitos.

En este contexto la Organización Mundial de la Salud (OMS) también plantea su definición de la salud mental es “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”

Dicha definición remite a una referencia de una concepción del término *salud mental* a modo de estado, es decir de transitoriedad conteniendo implícitamente la idea de estabilidad.

Es en el primer nivel de atención donde se aborda la asistencia de salud mental en nuestro país.

El modelo de atención propuesto por el SNIS entiende que la enfermedad no es solo consecuencia de un fenómeno individual, sino que parte también de la dimensión vincular. Comprende una multiplicidad de servicios en Salud Mental, con accesibilidad a los usuarios en general. Su función es la de propiciar transformaciones a nivel psicofísico (Plan de Prestaciones en Salud Mental, 2011)

Las autoras Miguez y Sanchez (2015) aportan datos cuantitativos referidos en su trabajo “Patologización de la Infancia”, planteados desde el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través de los discursos del Responsable del Programa Nacional de Salud Mental y la Técnica de Psicofármacos y Estupefacientes. Un fragmento de una entrevista realizada en marzo de 2014 se afirma lo siguiente: “*No han crecido los espacios de atención en salud mental, sino el volumen*” (Técnica de Psicofármacos y Estupefacientes, 2014. Ed.2015, p.33).

A su vez el Responsable del Programa Nacional de Salud Mental comenta que: “mas allá de los actores iniciales en este proceso se han ido incorporando otros (Licenciados en Psicología, en Trabajo Social, en Nutrición, en Enfermería), como

forma de trascender la mirada “*exclusivamente médica, medicalizada*”, dando lugar así a una concepción de Salud Mental con mayor amplitud, en tanto cantidad y calidad de sus recursos humanos, “*en un progresivo cambio cultural y en los últimos años la voluntad política muy clara...*”(Responsable del Programa Nacional de Salud Mental, 2014. Ed.2015, p.33)

Lo expuesto remite a transmitir una idea, no tanto desde un pensamiento reduccionista en cuanto a una línea medica, medicalizada, sino que se otorga a la concepción de salud mental en un marco mas abarcativo de recursos humanos.

1.3 Modalidad de las prestaciones

Los prestadores integrales deberán asegurar:

En el MODO 1 la atención en grupo con carácter gratuito y hasta 16 sesiones anuales para cada usuario.

En el MODO 2 asegurarán la atención individual, de pareja, familia o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario y con un copago preestablecido.

En el MODO 3 asegurarán la atención individual y/o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario, con un copago menor al establecido en el modo 2. La prestación podrá renovarse hasta 144 sesiones.

Metodología

Deberá contar con un Comité de Recepción (de acuerdo a las características descritas en Metodología Modo 2). Solicitada la prestación el usuario deberá ser recibido por el mismo antes de los 30 días. En el caso de usuarios con Consumo Problemático de Sustancias, los tiempos de espera para la entrevista con el Comité de Recepción y para dar inicio a la prestación no serán mayores de 1 semana respectivamente.

Luego de realizada la indicación por este Comité, la institución tendrá 30 días para dar inicio a la prestación.

Capítulo II

Medicalización de la vida

Es importante tener en cuenta que la disciplina médica se ha expandido en todos los ámbitos de la vida cotidiana, con el propósito de la promoción y prevención en salud. De este modo posibilita a que los sujetos puedan alcanzar un elevado nivel de bienestar.

Por lo tanto tal situación ha dado lugar a que la Medicina haya ganado terreno a nivel social, como por ejemplo las siguientes instituciones: familia, trabajo, escuela, entre otras.

Asimismo el ámbito de la medicina moderna lleva impreso procesos de medicalización que en las últimas décadas ha dado lugar a inconvenientes y repercusiones no tanto favorables.

La medicalización de la vida resulta ser un concepto subjetivo y fenoménico el cual ha sido abordado a partir de una perspectiva global por varios autores planteando cuáles son los procesos implícitos de medicalización.

Para dicha temática se tomara referencias del trabajo escrito por la Socióloga Mireia Fábregá (2015), que en su tesis de grado titulada: “Análisis exploratorio de los procesos de medicalización que intervienen durante la infancia y la adolescencia”, cita a Michel Foucault e Ivan Illich, quienes aportan sus conocimientos sobre la medicalización.

Fabregá menciona que el autor Michel Foucault en su obra “Historia de la Medicalización” de 1977, analiza el discurso que la medicina ha adoptado, criticando al modelo médico hegemónico que defiende la aptitud de prevenir y curar las enfermedades. Para Foucault, el discurso comprende un poder y certifica un control sobre los cuerpos.

La autora también hace alusión a los aportes de Iván Illich quien en su obra: “La expropiación de la salud: Némesis de la medicina” de 1975, al igual que Foucault criticó el poder certificado por la medicina, dado que la misma presenta un abanico de opciones para darle fin al sufrimiento de la vida.

Para Illich, el modelo hegemónico instaura un poder sobre el cuerpo humano, al medicarlo sin que esté enfermo.

A su vez plantea de un modo general la práctica medicamentosa incluyendo el fenómeno de dependencia ante el profesional de la salud. Es a partir de esta mirada que relaciona el fenómeno de la medicalización, con una pérdida de la facultad de

autogestión del sujeto frente a su salud, dejándolo en muchos casos en condiciones limitantes.

Tanto Foucault (1977) e Illich (1975) se remiten al concepto de *medicalización de la vida*, que estaría referenciando a un proceso a través del cual el conocimiento y su puesta en práctica de la medicina contemporánea integra y asimila fenómenos tales de la vida social que inicialmente se encontraban reglados a nivel institucional como por ejemplo la familia o la religión.

Capítulo III

Historia de la infancia

Se considera previamente realizar un recorrido histórico de la construcción del concepto de *infancia*.

Juan Vasen (2008) en su libro: “Las certezas perdidas: padres y maestros ante los desafíos del presente” y por su parte José Barrán (1990) en sus escritos en “Historia de la Sensibilidad en el Uruguay” Tomo 2 dan cuenta de dicha temática

Vasen (2008) plantea que en el transcurso de la época del paleolítico el hombre primitivo se encargaba de la caza y la cosecha de frutos, la niño era solamente un cachorro humano. Al término de ese periodo, en las hordas primitivas, cazadores y recolectores tanto grandes y pequeños comenzaron a trabajar colectivamente en tareas y rituales.

Con el paso del tiempo comenzaron a ser visibles las distinciones socioculturales entre adultos y pequeños, debido al acumulo de experiencias, fue entonces de este modo que se configuro las diferencias a nivel del saber.

En la “revolución neolítica” comienza a aparecer la agricultura, la ganadería y la cerámica, es a partir de allí que los homos ahora llamados sapiens comienzan a ser protagonistas de su propio destino.

Acompañado de dicha evolución la mirada hacia el niño como un cachorro humano, comienza a tener un sentido significativo, que es el de estatuto de hijo. Las comunidades procuraban capacitar e integrar precozmente a sus descendientes a las tareas.

Y ese aprendizaje fue procesado con rituales, dramatizaciones hasta llegar al juego, el cual los niños con lanzas en manos, imaginaban que se enfrentaban a fieras. Por su

parte las niñas recogían frutos, se encargaban de cuidar el fuego. Es en este momento que sus funciones maternas comienzan a naturalizarse. “La caza para unos, la casa para otras” (Vasen, 2008, p.28).

La Edad Media fue poblada por brujas y demonios. El temor de la época era pensar que los niños pudieran convertirse en seres absolutamente malvados. A causa de ello solían atarlos o fajarlos, bien apretados durante largo tiempo.

“Los niños deformes o retrasados mentales no eran llevados a ninguna consulta psiquiátrica, sino que se los consideraba, sustitutos sobrenaturales del hijo “de verdad” (un ejemplo del pensamiento de esta época es la creencia cristiana en la noción de engendro: pequeño demonio dejado por el diablo en sustitución del bebe humano que había robado” (Vasen, 2008, p.29).

El procedimiento del tratamiento no se encontraba direccionado hacia una psicoterapia ni tampoco a nivel de psicofármacos, sino a través de prácticas con el propósito de alcanzar un cambio, que en muchos casos remitían a situaciones de abandono y por ende el fallecimiento del niño considerado anormal.

En la época Renacentista se reconocen derechos y espacios para ellos y es a partir “de la *gran caza* feudal, donde trabajo rural y vivienda se mezclaban llegamos este hogar-nido, un remanso de paz pero también de instrucción” (Vasen, 2008, p.30).

La socialización comienza a caer “educativamente” sobre todas las expresiones vitales del niño estableciendo las reglas morales y de decencia que convienen.

En 1800 y 1860 Uruguay atravesó la llamada “Época de la Barbarie”, esta época fue protagonizada por ser una población joven. En ese periodo la medicina aun no se desarrollaba por completo lo que causo una alta tasa de mortalidad infantil. “En las concepciones pedagógicas predominantes el niño era considerado un hombre pequeño, y de ahí, en parte, el uso del castigo corporal como pena y correctivo de todos, niños, adolescentes y hombres” (Barrán, 1990, p.101).

Se entiende entonces que fue una sociedad donde la violencia física era una práctica de control de los cuerpos en la que adultos y niños participaban en una misma cultura sin diferencias generacionales.

José Pedro Barrán a causa de las características y formas de expresión de la época, en sus estudios fue quien dividió en dos etapas a la sensibilidad uruguaya, la bárbara propiamente dicha y la civilizada.

La época civilizada trajo consigo un cambio significativo en la sensibilidad del país, a este proceso Barrán lo designo disciplinamiento. Se reconocen derechos y deberes

para su condición de niño, se ubican nuevos roles que pasaran a ocupar estos, siendo la escuela y el juego reservados para ellos.

Con la modernización económica los adultos se vieron más comprometidos con el trabajo y los niños se identificaron con el juego comenzando así ser apreciados por su singularidad. En el año 1877 se creó el “Asilo Maternal” para que todo niño entre 2 y 8 años de edad pudieran ser cuidados, mientras sus padres trabajaban.

Tiempo después, en 1892, se crea el primer “Jardín de Infantes” inaugurado por la escuela vareliana, sumado a estos emprendimientos la Facultad de Medicina abrió su “Clínica de Niños”, en 1894 a cargo del doctor Francisco Soca. “Lo que aquella sensibilidad no podía hacer, además de verlo, era integrarlo. La integración hubiera violado dos tabúes de la nueva cultura: el respecto a la seriedad de la vida que había ganado el mundo adulto, y el temor a la sexualidad” (Barrán, 1990, p.101).

En cuanto al castigo corporal proveniente de padres era permitido, pero con cierta “prudencia” mientras que en la institución escolar Barrán (1990) describe:

Fue a partir del “Reglamento General” para las escuelas Públicas del 30 de octubre de 1887, firmado por José Pedro Varela como Inspector Nacional, que la prohibición dejó de ser letra muerta pues las nuevas autoridades de la enseñanza amenazaron los maestros infractores incluso con la suspensión y privación del sueldo. También José Pedro Varela aconsejó en 1874 y 1876 cambiar el antiguo método de enseñanza que insistía en “el desenvolvimiento asombroso de la memoria en perjuicio de las demás facultades mentales y físicas del alumno”, por una escuela primaria más educadora que instructora, donde el autoritarismo no llegara tan descarnadamente al espíritu.

Hasta aquí se ha procurado realizar una sucinta mención de los hechos destacados en distintas épocas donde se fue dando progresivamente la construcción del concepto de infancia.

Capítulo IV

Una mirada acerca de los modos de producción de subjetividad en conceptualización de la infancia actual

1.1 Consumo y prevalencia de la imagen

El mundo occidental está atravesando un cambio de lógicas en los ámbitos sociales, culturales y familiares, produciendo así la transformación de valores.

La sociedad en si se ha ido resquebrajando, en procesos que la trascienden, que la sostienen de los cuales son responsables, pero en cierto modo se han convertido en esclavos de las decisiones que se adoptan.

Se implementan dispositivos de control, que comprometen e influyen en la constitución de los sujetos, tanto en sus esencias como también en sus apariencias, fomentando una lógica de control cognitivo y conductual.

“El flujo de imágenes que el consumo instauro como nueva habla social se basa en la seducción y se dirige a una dimensión estético-pulsional (...). Por otra parte la seguridad es buscada cada vez más en la imagen, “cuanto mejor me veo más seguro/a me siento”, exaltación narcisista que encubre inseguridades y en la que los ídolos deportivos musicales o artísticos ocupan el lugar de modelos a seguir” (Vasen, 2008, p.61)

En estas líneas se manifiesta como el consumo ha adquirido relevancia en todos los ámbitos de la vida cotidiana, por ende a llegado a repercutir en la imagen que el sujeto ve de sí mismo. De ella dependerá la evaluación de su seguridad y autoestima. El consumir se representa como una pulsión y no tanto como necesidad personal.

Se aprecia una subordinación de las leyes del mercado, adultos temen quedar por fuera del sistema económico, por ello producen y consumen cada vez más. Ante esta sobreexigencia se ven desbordados y se inclinan al campo médico sanitario, que a través de sus categorizaciones médicas de lo normal y lo patológico justifican una serie de intervenciones.

Es una época en que se denota la inmediatez, lo fugaz asistido de una aceleración de información, estímulos, de imágenes, chicos constituidos por lógicas de los medios y el consumo. En el campo de los medicamentos se denota un desarrollo muy acelerado, se establecieron estímulos que favorecieron la satisfacción de las necesidades de esta vida apresurada. Vemos adultos que consumen medicamentos para aliviar los males existenciales, y así poder rendir y producir sin ningún tipo de sufrimiento.

En el mismo sentido Beatriz Janin Licenciada en Psicología, Facultad de Filosofía y Letras, UBA, en su libro “El Sufrimiento Psíquico en los Niños” expone sus estudios y experiencias en la clínica psicoanalítica con niños plantea que: “El consumo desenfrenado, (...) tendencia de llenar todos los vacíos con objetos. (...). El placer queda degradado a una satisfacción instantánea que tiene más que ver con la pulsión de dominio (...) que con un despliegue erótico” (Janin, 2011, p.71).

Se presenta una línea muy delgada entre deseo y necesidad, llegando así a confundirse ambos términos. Lo válido pasa a ser parte de una adaptación inmediata, donde la posesión de los objetos adquiere un carácter trascendente.

Es en dicho contexto que se ve reflejada la incertidumbre de los padres, provocando así la carencia de sus hijos, padres que piensan que sus chicos tienen que cumplir con todo lo estipulado socialmente, que deben encontrar una solución inmediata ante sus dificultades sin dar lugar a la duda. De este modo no se piensa al niño como un sujeto en crecimiento ni se toma en cuenta la trama familiar y social que lo envuelve.

Janin (2011) “define al niño como un psiquismo en estructuración, estructuración designada por otros, en un devenir en el que los movimientos constitutivos fundantes, se dan desde un adentro-afuera insoslayable” (p.11).

Para Janin el niño se constituye psíquicamente en un marco que se da en el encuentro con Otro como referente. Su historia deviene de un entramado particular, determinado por lo socio-familiar que se ve inmerso en una cultura.

Se podría decir que el mercado genera una figura específica, la del consumidor, la cual se ha trasladado al escenario de la medicalización. En tal ámbito se ha extralimitado la oferta-demanda no quedando reducida al campo sanitario sino que se ha extendido al terreno educativo.

1.2 El Lugar de las Instituciones: Familiar y Escolar

Actualmente el escenario familiar ha perdido parte de su eficacia como conformador de subjetividad y se ha visto en desventaja en relación a otros ámbitos formales de socialización por ejemplo: la escuela e informales, tales como los medios de comunicación.

En relación con las funciones parentales frente a la dificultad que existe en la organización de la estructura familiar, nos encontramos con el aporte de Alicia Muniz (2013) Psicóloga, procurando problematizar los diagnósticos de la infancia actual. En sus escritos “Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia” entiende que, se percibe un vacío en las funciones de sostén y de corte incidiendo en los procesos de crianza, generando efectos en la constitución subjetiva de los niños.

Al decir de Muniz (2013) “los padres temen a no ser buenos padres, a no dar lo que se necesita para sobrevivir en estos tiempos, a no producir hijos exitosos y capaces de

enfrentar las demandas de la época y en esta tarea se van desdibujando las figuras parentales seguras, consistentes permanentes” (p.137)

Desde dicha reflexión se concibe que las diferencias generacionales se han borrado, se precipitan los procesos de constitución subjetiva, niños suelen acallar su sufrimiento al percibir el grado de malestar o imposibilidad de los adultos para contener su sufrimiento, trascendiendo mas tarde en alteraciones de la conducta o somatizándolas

Es importante señalar que los vínculos se han vuelto más frágiles, los espacios de recreación o de goce se han reducido o reemplazado por tiempos de producción (Muniz, 2013). De este modo se presenta la inestabilidad de las familias conjuntamente con las instituciones, dejando así al niño vulnerable y desamparado.

“Por otro lado vemos a niños sobreocupados con actividades que no despiertan su interés mientras los padres están preocupados de mantenerse a flote en medio de tanta exigencia del mercado, (...) duermen cada noche en una casa diferente adaptándose a olores, costumbres, normas disímiles cada día mientras no se adaptan en clase” (Muniz, 2013, p.139).

Los chicos están expuestos a un sinnúmero de información y estímulos, tal es así que son conocidos como “*niño-agenda*”, padres que al tener un ritmo de vida acelerado reproducen ese estilo de vida a sus hijos. Niños que deben cumplir con los requerimientos sociales sin considerar sus verdaderos intereses.

A modo de síntesis, asistimos a un proceso en el cual se denota la fragmentación de los roles familiares, la infancia ha sufrido cambios ante las investidas de las autoridades. Se presentan situaciones en las que ellos sostienen a sus padres ante una dificultad particular. “Así la diferencia niño-adulto se quiebra y los niños se sienten depositarios de un poder que los supera, que los deja desamparados y sin sostén” (Janin, 2011, p.64).

En tal punto siguiendo Janin (2011) y tomando como referencia sus experiencias clínicas en sus escritos nos comenta sobre la reflexión de un padre, frente al intento de suicidio de su hijo adolescente: “No sé qué le pasó, porque yo le doy todo”, obviando que la madre del niño había fallecido seis meses atrás” (p.66)

Aquí se presenta una realidad de nuestros días, al encontrarse inmerso en esta vida acelerada frente a la pérdida y el duelo, se demanda una rápida superación sin dar tiempo a que sea elaborada. Por ello se piensa que ante una carencia o vacío se puede llenar con obsequios, satisfaciendo la inmediatez.

Según las apreciaciones antedichas, resulta aceptable por el medio social, que los padres estén de acuerdo en que sus hijos sean medicados, en situaciones donde ellos mismos se sienten desbordados, depositando una solución a priori en la medicación. Conjuntamente lo familiar se encuentra ligado a lo educativo. Por su parte las instituciones educativas encargadas de disciplinar y homogeneizar, se han visto influidas por los cambios epocales. Es en el ámbito escolar, que la tramitación de los estímulos externos se pone en juego y es así que el comportamiento infantil, se ha visto sancionado, cuando una conducta provoca inestabilidad en el grupo.

María Cristina Rojas Psicóloga UBA (2004) en sus escritos "Perspectiva Familiar y Social" señala que "El enorme acceso del niño a la información por medios tecnológicos contribuye, a su vez, a la decadencia de los dispositivos clásicos del enseñar/aprender (p.167)

Si bien la autora hace referencia a los dispositivos clásicos de enseñar y aprender, hoy lo digital es parte de la cultura de niños y adolescentes. Es de suma actualidad la utilización de las tics (Tecnologías de la Información y Comunicación Social) en cuanto al desarrollo de la imagen como figura hegemónica, pero también como modo de fomentar la educación y estimular el aprendizaje. El ámbito escolar intenta adaptarse a estos cambios, pero aun así el dispositivo valido que predomina es la palabra.

Es en este punto que los chicos se encuentran circundados por estímulos intensos, variables, de carácter visual predominantemente, pero aun en el aula se pretende que se apropien a una transmisión de conocimiento en la cual vale la palabra. Tal es así que la atención es fluctuante a causa de la inmediatez e impulsividad de los estímulos, que no dan tiempo a que el niño los elabore.

En un medio donde la palabra ha perdido valor y las normas suelen ser confusas, nos encontramos con padres desbordados, deprimidos, se les complejiza el sostener a sus hijos y ante una dificultad de aprendizaje, la medicación es la salida más indicada.

En ocasiones, los mismos maestros, presionados a su vez por las exigencias institucionales, son partícipes de derivar a los chicos a consulta.

Se configura así un pasaje, donde la escuela es ubicada como un lugar privilegiado en el cual se revelan las patólogas infantiles y los maestros llegan a solicitar medicación para ciertos alumnos.

Los autores Mauro Hernández y Lorena Oliver (2015) sostienen que desde interior se da tal situación: "se ha observado, en diferentes instancias de intercambio con la familia, que la misma maneja la medicalización del niño de acuerdo a sus necesidades. Así también varias veces el docente se enfrenta a narraciones de tipo:

“se la deje de dar porque se dormía”, “me dijo media pero yo le doy entera porque media no le hace nada”, “le doy antes de venir a la escuela así está tranquilo con los compañeros” (p.140).

Se podría llegar a pensar entonces, que dentro de tal institución actual, se tiende a silenciar los “síntomas”, manifestados por niños que son desatentos e inquietos rotulados masivamente con TDAH.

Capítulo V

1.1 Infancia y Medicalización

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea: “La infancia se define como el primer periodo de la vida de la persona, comprendiendo desde el nacimiento y el principio de la adolescencia, hasta los 10 años. Un niño es un sujeto de derechos cuyas operaciones constitutivas se están produciendo en aquí y ahora, por ello merecen ser considerados en su singularidad y tratados teniendo en cuenta su multideterminación (s/f).

Al decir de Muniz (2013) “Si hablamos de la medicalización de la infancia como una práctica abusiva de recetar medicamentos a los niños, nos ubicamos sobre el marco de la patologización de sus conductas infantiles, que no son nuevas como la hiperactividad, la desatención, el berrinche, la impulsividad (...)” (p.143).

En dicha mención la autora entiende que, si bien tales conductas son esperables en un chico de edad escolar, hoy en día la visión sobre ellas ha cambiado. Se anuncia una patologización sobre conductas no deseables, a las que se torna preciso medicar.

A partir de la mención anterior en una entrevista realizada el 21 de abril de 2014 por el Diario El Litoral a la Psic. María Noel Miguez titulada “Generación Ritalina”: infancias medicadas y pastillas en el aula, dispara:

Las tendencias mundiales indican que cada vez hay más chicos en edad escolar de 4, 5 y 6 años que, por presentar algún síntoma “sospechoso” de una eventual patología psicológica (como el TDAH, el autismo, la ansiedad, dislexia, fobias, entre muchos otros) reciben un diagnóstico precipitado y son derivados a un profesional, que les da una prescripción farmacológica. Un tratamiento con psicofármacos o psicoestimulantes (tal el caso de la ritalina) siempre tiene su contrapartida, su efecto secundario, afirman los especialistas.

Ante tal situación es necesario tener en cuenta las consecuencias que se generan desde una temprana edad, en muchos casos se llegan a instaurar conductas de readaptación a las dosis diarias y a su vez el niño se siente diferente de sus compañeros, tendiendo a naturalizarse el mismo.

Desde el punto de vista psicológico además le podría acarrear al niño afectaciones de nivel cognitivo que se traducirían, por ejemplo una disminución en su rendimiento escolar, se vería afectado el modo de relacionamiento al sentirse diferente así como las emociones que se desprenden.

Señalan las autoras María Noel Míguez y Lucía Sánchez (2015) desde las Ciencias Sociales “desde la última década la infancia en el Uruguay viene siendo mediada en su dolor social por dispositivos de regulación de sus emociones que se vinculan a lo médico, en procesos de etiquetamiento, patologización y medicalización que van conduciendo sus conductas” (p.37).

Dichas autoras sostienen que, actualmente mediante la creación de un dispositivo que en cierta medida pudiera llegar a “normativizar” las emociones, constituiría un modo de ajustar las conductas a un comportamiento social adaptado.

A partir de allí se construyen diagnósticos y pronósticos que adjudican al niño una categoría abstracta en forma de rotulo o etiqueta que produce condicionamientos en el desarrollo infantil.

Con respecto a tal lineamiento, Míguez (2010) en la tesis de su doctorado titulada “La Sujeción de los Cuerpos Dóciles” expone: “Medicar cuerpos infantiles con psicofármacos dejándolos inertes y sin sensaciones y expresiones lejos está de promesas emancipadoras, sino más bien estaría remitiendo a una racionalidad instrumental moderna de sujeción de los sujetos por los sujetos mismos, a través de dispositivos cada vez más mediados por el saber/poder unidireccionalidad (proceso de medicalización) bajo la falacia del “bien colectivo” (p.22)

De tal apreciación es de relevancia destacar la consideración en función del riesgo que se estaría corriendo en el hecho de medicar al niño tempranamente en pos de dominar una readaptación que lo conduzca a tornarse *inerte* mediante un modelo medico que estaría brindando una alternativa de solución para tales trastornos.

Asimismo se crean discursos desde el poder medico hegemónico basados en un conocimiento científico y académico que direcciona en cierto modo al niño a un desarrollo infantil condicionado o sujeto a la ingesta de fármacos.

Cabe añadir a modo de ilustración en relación a lo antedicho aquello que expresa la autora Miguez (2010):

En el Uruguay del siglo XXI, los cuerpos infantiles están siendo las más de las veces constreñidos con psicofármacos para que no manifiesten conductualmente como van interiorizando lo externo. Cuerpos infantiles que conforman la niñez uruguaya sin distinción de acceso a bienes materiales, sociales, culturales y simbólicos. Porque la utilización de psicofármacos en esta niñez “descarriada” no reconoce el origen de cada singularidad, sino el hoy día devenido en problema conductual que urge de remedio

En este punto la autora se refiere a la tendencia de aplanar el sufrimiento y acallar los síntomas, en pos de una adaptación social que urge de remedio. Es decir que se genera una impronta a nivel colectivo de “remediar” que estaría significando el hecho de otorgar soluciones a tales conductas no adaptadas desde una perspectiva socioeducativa. Donde el poder medico seria la fuente.

1.2 Estigma e impacto en la subjetividad infantil

Para Juan Vasen (2008) la subjetividad de los niños en nuestros días no se edifica del mismo modo que antiguamente, la tecnología y los medios de comunicación han impactado en la subjetividad infantil. La imagen ocupa un espacio significativo en la subjetividad quitándole así peso a la palabra.

Desde una perspectiva actual, se podría decir que la infancia es atravesada por lo institucional: familia, sistema educativo y el saber medico, donde cada niño y niña interioriza la reproducción de lo instituido de un modo singular.

Por consiguiente es así que “en la relación padres e hijos se juega siempre tanto la transmisión como la repetición. Los padres tienden a repetir con sus hijos las marcas que sus propios padres dejaron en ellos, fundando en el otro, caminos erógenos, privilegiando vías narcisistas, transmitiendo normas e ideales” (Janin, 2007, p.37-38).

Es en el marco familiar donde el niño se enfrenta ante las investiduras provenientes de sus referentes, por ello sus experiencias son particulares y singulares. Por otra parte los estímulos externos, el exceso de información, los requerimientos del entorno así como también sus conflictos internos constituyen aspectos fundantes de subjetividad, que dependerán de la época y la cultura de pertenencia.

La subjetividad infantil no es indagada por las instituciones antes mencionadas. Por ello, la confusión deviene a raíz de considerar por parte de la sociedad, que todo niño

inquieto o desatento, tiene que ser diagnosticado. Siendo que, de modo natural, la atención como la hiperactividad, se pueden presentar en procesos cognitivos como psicológicos

Dicha categorización hegemónica hacia los niños, tiende a diferenciarlos y estigmatizarlos, causando su exclusión y discriminación.

Por su parte Bernald Golse Doctor en Biología humana (2003) citado en (Muniz, 2009) plantea que lo que aparece como patológico en un niño en una época sería quizás considerado como normal en otra, porque la tolerancia de una sociedad al funcionamiento de los niños se funda sobre criterios educativos variables y sobre una representación de la infancia que depende de ese momento histórico. Es decir, cada grupo social espera funcionamientos diferentes de sus niños y tolera de forma variable las desviaciones.

En la presente reflexión, para el autor patologizar a un niño dependerá del contexto, del momento histórico y de la cultura a la cual pertenezca. La sociedad acompaña los cambios epocales y se adapta a los nuevos criterios educativos que se establecen con la salvedad que no siempre se realiza de un modo ajustado, muchas veces al niño le significa un costo así como sucede con los jóvenes y adultos.

La inquietud infantil se ha visto estigmatizada y por ende se realizan diagnósticos tempranos que tienden a patologizar, buscando así, aquietarlos y adaptarlos al contexto en que se encuentren. No se piensa como una conducta que promueve preguntas, si no que apunta a una modificación conductual a lo instituido socialmente.

1.3 La curiosa epidemia del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad

La perspectiva que aquí se propone en sentido general, es brindar varias miradas desde el campo de la salud, promoviendo distintos niveles de análisis en cuanto a la problemática del TDAH.

Dichas conceptualizaciones si bien son particulares de cada autor, permitirá una visión más integradora en base a la situación vital del niño.

Bafico (2015) expone: “Hay una verdadera epidemia de niños con supuesto ADDH/TDAH, (...), en Uruguay el Ministerio de Salud Pública habla un 15%, a su vez un estudio reciente en de la Universidad a cargo de la Doctora María Noel Miguez (2011) concluyo que existen aproximadamente de un 30% de niños medicados por este tema, cifra que revelaría que, si tomamos en cuenta que la población infantil en Uruguay se acerca a los 700.000 niños entre 3 y 15 años, cerca de un 210.000 estarían diagnosticados con TDHA”

El DSM-IV Manual de Clasificación de Enfermedades de la Academia Americana de Psiquiatría, define al trastorno por déficit de atención con hiperactividad como: “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 a síntomas de hiperactividad_ impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad” (American Psychiatric Association, 1995: s/d).

Para el DSM-IV tiene que ver con dos indicadores concentrados en la falta de atención y la hiperactividad. Algunas de sus características son:

Desatención: a) No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades, b) Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas, c) Parece no escuchar cuando se le habla directamente, d) No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro del trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones), e) Tiene dificultades para organizar tareas y actividades, f) Evita, le disgusta o es renuente cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos), g) Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas),

h) Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes, i) Es descuidado en las actividades diarias.

Hiperactividad: a) Se mueve en exceso manos, pies o se remueve en su asiento, b) Abandona su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado, c) Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud), habla en exceso, d) Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividad de ocio, e) Suele actuar como si tuviera un motor, f) Habla en exceso.

Impulsividad: a) Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas, B) Tiene dificultad para guardar turno, c) Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos)

Acorde a la clasificación expuesta por el DSM-IV, la autora Adriana Cristóforo (2013) en sus escritos "Medicalización y Déficit Atencional. Construcción Social de la Subjetividad Desatenta" realiza una reflexión en base a esta definición: "La clasificación en si misma supone un tratamiento de la desatención como esencia, dándole existencia de verdad científica al fenómeno, quedando oculto los procesos subjetivos en los que se inscribe" (p.111).

Para Cristóforo el TDA-TDAH pasa a tener una existencia objetiva, siendo así los padres ante las exigencias sociales y la autoridad médica condicionan a sus hijos, sin darles el tiempo que se necesita para su desarrollo psíquico.

Jaime Tallis Neuropediatra (2004) en "Neurología y Trastorno por Déficit de Atención: Mitos y Realidades" a través de algunas premisas, entiende que existe un cuadro de origen biológico que presenta manifestaciones sintomáticas descritas bajo distintas denominaciones, y que son producto de trastornos de las funciones corticales superiores. Para Tallis aun no se ha comprobado la causa de la alteración de estas funciones, pero si se levantaron hipótesis que lo vinculan a alteraciones de la regulación de neurotransmisores, con base genética.

Es en esta posición en cuanto a las características de dicho trastorno, el autor en sus escritos cita a Silvia Bleichmar:

...no existen pruebas de laboratorio que certifiquen el carácter biológico de la multiplicidad de síntomas que incluye el ADD y que la medicación es siempre sintomática y no curativa, lo cual da cuenta de que estamos ante un cuadro descrito pero no explicado, cuya causalidad permanece no resuelta (...) a lo que asistimos es

a una verdadera caza de brujas en el campo neuropsiquiátrico de la infancia, una farmacologización de los tiempos de constitución del sujeto (...) Cuando padres y docentes, acosados por la realidad dejando de lado convicciones y experiencias acumulada, por cansancio o debilidad, devienen cómplices de este verdadero silenciamiento del malestar que se oculta tras el empleo masivo de modificadores químicos.

Para Rojas (2004) la influencia de los cambios sociales en los que los nuevos mandatos epocales influyen de cierto modo la constitución tanto psíquica como subjetiva del niño. Entiende que este modelo de sociedad promueve un sujeto a menudo hiperactivo y transgresor, el mundo adulto estimula a niños inquietos y agresivos volcando su preocupación a quienes son pasivos y tranquilos. Pero cuando ese niño desafiante, cuestionador se presenta incontrolable, los adultos se muestran carentes de la aptitud de límites y contención.

Al respecto, León Benasayag (2007) desde su libro “ADDH. Niños con Déficit de Atención e Hiperactividad. ¿Una patología del mercado? brinda una definición: “El concepto del llamado ADDH fue variando desde la noción de que toda conducta, signo, síntoma o modalidad era una demostración de daño cerebral hasta quedar acotado bajo la denominación genérica de trastorno de la conducta” (p.20).

A su vez sobre este punto, expresa su consideración personal: “creo que el síntoma básico que define esta entidad y la origina es la inquietud” (Benasayag, 2007, p.22). .

En la lectura de Javier Palumbo (2015) acorde a una perspectiva de derechos humanos evidencia el uso de psicofármacos, desde un punto de vista de control y disciplinamiento sobre la infancia. Describe a partir de datos brindados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) la demanda que existe del metilfenidato, que por cierto es el medicamento utilizado en casos de TDAH, en datos cuantitativos comenta que en nuestro país en el año 2001 su venta alcanzo los 900 gramos, disparando a 17.000 gramos en 2007.

Estos aportes nos incita como sociedad a pensar qué infancia estamos construyendo, replantearnos si es una problemática individual o colectiva y cuán involucrados estamos. La única certeza es que tal situación está presente en nuestros días y debido a la vida acelerada, la tendencia seguramente sea aumentar.

Mariana Carbajal en ADD y ADHD, una mirada desde el periodismo plantea:

“El metilfenidato actúa de forma idéntica a las anfetaminas. El efecto de este medicamento en principio y en algunos chicos puede actuar como tranquilizante por algún tiempo, es por ello que se efectúa más de una dosis al día. Profesionales de la salud ha observado en niños que llevan un largo tratamiento sus reacciones tales como cuadros depresivos, tics, trastornos de alimentación, dolores de cabeza o dolores urinarios” (Carbajal, 2007, p.241)

Para finalizar es pertinente dicha reflexión: “La medicalización como proceso simplifica los fenómenos humanos y en el caso del TDA TDHA toma la parte por el todo, una función que designa a un niño. Designar a un niño como desatento o hiperactivo, construye su desatención o inquietud y lo fija en ella...” (Crisóforo, 2013, p.117)

En síntesis las apreciaciones de los autores mencionados nos conducen a poder reflexionar acerca diversas miradas que se encuentran fundamentadas en perspectivas científicas y sociales. Ello enriquece la construcción del establecimiento de pautas, programas, propuestas que desde la Psicología se llegue a aportar con el objetivo del bien estar del desarrollo infantil.

Conclusiones y Sugerencias

En el presente ensayo se ha planteado una temática compleja que posee diferentes vertientes de reflexión.

Hoy por hoy nos encontramos con modificaciones de tiempo y espacio, en donde los cambios culturales han impactado la subjetividad de la sociedad.

Es importante tener en cuenta el grado de rendimiento y eficiencia tanto en adultos como en niños, en el ámbito familiar y socioeducativo.

Las expectativas culturales hacia el niño han impregnado su cotidianeidad, procurando su adaptabilidad y aprendizajes vertiginosos, donde en un mundo acelerado la inquietud infantil se ha visto sancionada.

Los niños acompañan los cambios y muchas veces la tolerancia de los adultos que a su vez sufren alteraciones en el día a día, se ve reducida. Situación que también se refleja en la institución escolar

Los diagnósticos ubican al niño en un lugar de estigmatización social ya que pasa a ser *niño problema*.

La institución escuela, tiene como objetivo central homogeneizar las diferencias en un marco de normalización desde sus inicios, por consiguiente el niño que se comporta de modo hiperactivo, es preciso *aquietarlo* a través del diagnóstico médico.

La medicalización comprende el discurso que se ha construido desde la medicina en la vida cotidiana, constituyendo un fenómeno multidimensional, es decir que abarca: lo económico, social, educación, políticas sanitarias así como las siguientes disciplinas: Psicología, Medicina y Pedagogía.

En contrapartida se encuentra el fenómeno de la medicamentación que conforma el uso abusivo a nivel masivo.

A nivel social hay un interés de erradicar la situación del *niño problema* procurando como la única salida el medicarlo. Tal recurso genera por un lado, el alivio de los síntomas con el propósito de modificar la conducta, conduciendo al niño a un camino de adaptabilidad en relación a las exigencias del medio.

Por otro lado se estaría evitando la profundización de las singularidades de los conflictos de base, referenciadas desde diversas perspectivas dinámicas en el marco de lo multidisciplinar.

Es así que el fenómeno de hiperactividad y la dificultad atencional resultan ser aspectos de un mismo diagnóstico y ante tal criterio se podría decir que, a su vez es

de importancia tener en cuenta la influencia de la época así como las formas de vida que llevan a diario los distintos modelos de familia.

Resulta pertinente tomar en cuenta los síntomas que genera en el niño el exceso de distractibilidad, así como el fenómeno de sobre estimulación, en un mundo donde las imágenes predominan por doquier y la pantalla ha pasado a figurar un centro informativo, de distracción, de aprendizaje, abarcando prácticamente los órdenes de su vida.

De tal situación se desprende el fenómeno de *patologización*, constituyendo una realidad en ciertos niños donde su afectación emocional se la considera como un síntoma patológico a atender.

Se cree pertinente que desde la institución escolar se planteen, nuevas prácticas para trabajar con niños que presentan alguna dificultad de aprendizaje, profundizar en las singularidades, atender sus inquietudes previo a medicarlos

Buscar nuevos dispositivos donde se exploren fortalezas y debilidades, abordando desde un área que permita al niño un mejor desempeño en su entorno.

En pocas palabras la injerencia del estado en la educación y en la salud sería ajustada en cuanto a implementar programas dentro del marco de las Políticas Públicas abocados a una visión integradora del niño.

Bibliografía

American Psychiatric Association (1995) Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos. Mentales

Barran, J (1990) Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo 2. El Disciplinamiento (1860-1920). Ediciones de la Banda Oriental

Benasayag, L (2007) ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿Una patología del mercado? Buenos Aires

Carbajal, M (2007) ADD y ADHD, una mirada desde el periodismo. En L. Benasayag ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿Una patología del mercado? (pp.237-244) Buenos Aires

Cristóforo, F. A (2013). Medicalización y déficit atencional. Construcción social de la subjetividad desatenta. En M. Muñoz García & A. Kachinovsky Melgar, Itinerarios de la psicología clínica: avances, notas y encuentros de norte a sur (pp. 105-118) Lugar: Monterrey, México. Universidad Autónoma de Nuevo León

Fabregá, Mireia (2015) Análisis exploratorio de los procesos de medicalización que intervienen durante la infancia y la adolescencia.

Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/66720/1/TFG-SOC-Fabreg%C3%A0-Mireia-julio15.pdf>

Janin, B. (2004) Niños desatentos e hiperactivos, reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Buenos Aires. Novedades Educativas

Janin, B. (2011) El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva. Buenos Aires. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

Janin, B. (2014) Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños. Buenos Aires. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico

Miguez, M.N (2014) "Generación Ritalina": infancias medicadas y pastillas en el aula/
Entrevistador: Diario El Litoral (21 de abril de 2014)

Recuperado de: http://www.ellitoral.com/index.php/id_um/99839-generacion-ritalina-infancias-medicadas-y-pastillas-en-el-aula?utm_source=relacionadas

Miguez, M. (2010) La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez Uruguaya

Muniz, A. (2009) Intervenciones en el campo de las subjetividades. Las practicas en la frontera. Psicolibros

Muniz, A. (2013) Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia
Revista: Psicología, Conocimiento y Sociedad. Monográfico n5

Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de: <http://www.msp.gub.uy/programa/prestaciones-en-salud-mental>

Rojas, C. (2004). Perspectiva Familiar y Social. En B. Janin. Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (163-185) Buenos Aires. Novedades Educativas

Tallis, J (2004) Neurología y Trastorno por Deficit de Atencion: Mitos y Realidades. En B. Janin. Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (187-222) Buenos Aires. Novedades Educativas

Untoiglich, G (2007) Diagnósticos en la infancia: Complejidad de las problemáticas actuales. En L. Benasayag ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿Una patología del mercado? (pp.89-106) Buenos Aires

Untoiglich G. (2011) versiones actuales del sufrimiento infantil. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad. Buenos Aires. Noveduc

Untoiglich, G. (2013) En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.

Vasen J. (2008) Las certezas perdidas: padres y maestros ante los desafíos del presente. Buenos Aires.