

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología

**Análisis crítico del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH)
a partir de los discursos y las vivencias de niños/as diagnosticados/as, padres
de familia y docentes de primaria.**

Postulante:

Eduardo Bolaños Mayorga

A71034

Comité Asesor

Directora: Dra. Maurizia D'Antoni

Lector: Dr. Mariano Rosabal Coto.

Lectora: M. Sc. Adriana Sánchez Lovell.

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

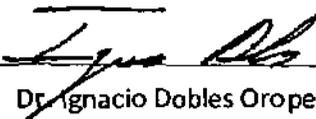
Octubre, 2014

Hola de Aprobación

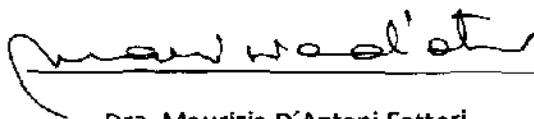
Tribunal Examinador.



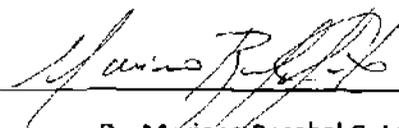
Msc. Teresita Ramellini Centella
Presidenta del Tribunal Examinador



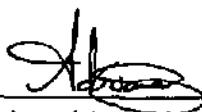
Dr. Ignacio Dobles Oropeza
Profesor Invitado



Dra. Maurizia D'Antoni Fattori
Directora de Tesis



Dr. Mariano Rosabal Coto
Lector



Licda. Adriana Sánchez Lovell
Lectora



Eduardo Bolaños Mayorga
Sustentante

DEDICATORIA.

A todos los niños y niñas cuyo sufrimiento es invisibilizado y también a todos y todas quienes, desde distintas trincheras, luchan por un mundo mejor.

AGRADECIMIENTOS

A todos los niños y las niñas que participaron de la investigación, quienes sin esperar nada a cambio, se atrevieron a contarle su vida a un extraño y ser parte de este proceso de investigación.

A los padres de familia y docentes que participaron en el proyecto, especialmente a Lucía, psicóloga de la escuela de Tibás, quien fue pieza fundamental para la concreción de este trabajo.

Muy especialmente a Maurizia D'Antoni, Adriana Sánchez y Mariano Rosabal. Gracias por ser parte de esta aventura, por la paciencia, la pasión, la sensibilidad, y por compartir sus saberes con mi persona

A Carlos Sandoval por la confianza que mostró en esta tesis desde un inició, y por siempre estar pendiente.

Al Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad de Costa Rica, por el apoyo que me brindó a través de la beca *Jóvenes Investigadores* 2013. Le agradezco de forma especial al Programa Instituciones, Cultura y Subjetividades de dicho instituto, por la apertura y buen recibimiento que me brindaron. Agradezco mucho la lectura, discusiones colectivas, y el aprendizaje que me llevo de dicho programa de investigación.

A mi madre y mi hermano por el apoyo, expresado en diferentes formas, en estos últimos años. Sin ellos no hubiese tenido ni la oportunidad de estudiar.

A todos mis amigos que siempre me han rodeado e impulsado. Especiales agradecimientos a Santiago Navarro y Valeria Sancho, por las discusiones, lecturas y sueños compartidos. También quisiera agradecer profundamente a María José Masis, Marisol Fournier, Backtori Golen, Ignacio Dobles. Muchas gracias por las fuerzas y la confianza depositada, sin ustedes esto no hubiese sido imposible.

Este no es un trabajo individual sino colectivo, el cual no podría haberse realizado sin el apoyo de muchas personas.

*¿En dónde quepo? ¿En qué casilla, mi cara marcada?
perdida la mirada, la vista hacia la ventana
¿qué será lo que define ya de mi trama?*

(...)

*desclasificado soy el ultimo peón que cambiaron del lado
el sujeto problema, objeto del dilema
el que no cabe en este esquema
sigo pateando piedras, el que sueña a su manera
si me preguntas soy de cemento y tierra
¿cuál es mi clase y quién dicta las bases?*

(...)

*todo me delata mi pelo mi facha
¿cuál es la justicia cuando siempre se te tacha?
me siento silenciado
yo soy el desclasificado.*

Ana Tijoux

Desclasificado.

Índice

1.	Introducción	1
2.	Justificación	8
3.	Construcción del problema de investigación	11
	3.1. Antecedentes investigativos del estudio.....	11
	3.1.1 <i>Antecedentes Nacionales</i>	11
	3.1.2 <i>Antecedentes Internacionales</i>	13
	3.2 Preguntas de Investigación.....	17
4.	Objetivos	20
	Objetivos Generales	20
	Objetivos Específicos:	20
5.	Metodología	21
Capítulo 1		
	TDA/H y Ritalina: historia, controversias y actualidad	27
	1.1 El Paradigma psiquiátrico-biológico sobre el TDA/H.....	27
	1.2 Ritalina: la respuesta controversial por parte de la psiquiatría biológica.....	35
	1.3 El TDA/H y la Ritalina en Costa Rica.....	38
	1.4 No todo está en los genes: explicaciones alternativas al TDA/H	42
	1.5 Críticas al modelo médico del TDA/H.....	54
Capítulo 2		
	Construcción de los casos de estudio	60
	2.1 Susana, Andrés, Pedro, Daniel, Marcela y Marco van al doctor	60
	2.2 Conclusiones del capítulo: Vidas diagnosticadas e Hipótesis Deficitarias.....	72
	2.2.1 Hiperactividad: profecías y miedos latentes.....	73
	2.2.2 El importante rol docente.	73

2.2.3 La consolidación de Hipótesis Deficitarias.....	74
Capítulo 3	
Dentro de las cuatro paredes del consultorio: El proceso diagnóstico.....	77
3.1 El acto diagnóstico.....	77
3.2 Las implicaciones afectivas del diagnóstico: hablan los padres.....	84
3.3 Una metadiagnos fallida: hablan los/as niños/as.....	86
3.4 Conclusiones del Capítulo.....	93
Capítulo 4	
Discursos y representaciones sobre el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H).....	96
4.1 TDA/H: ¿un Trastorno de nuestros tiempos?.....	97
4.2 Causas del TDA/H: Hipótesis ecológicas, biológicas y desconocidas.....	105
4.3 “Pasa una mosca”: descripciones acerca del TDA/H.....	112
4.4 El TDA/H dentro de la mochila: cómo responden las escuelas a los niños/as con TDA/H.....	119
4.5 Escuela y familia: Un vínculo en tensión.....	127
4.6 Conclusiones del capítulo.....	139
Capítulo 5	
La controversial Ritalina: Discursos, representaciones y experiencias.....	142
5.1 “Su hijo necesita Ritalina”: primeras reacciones entre el miedo y “los mitos”.....	142
5.2 Los efectos secundarios de la Ritalina.....	146
5.3 Entre la optimización, la disciplinarización y la normalización: Discursos que legitiman la Ritalina.....	151
5.4 La Ritalina: una pastilla no apta para niños.....	155
5.5. Un día sin Ritalina.....	172
5.6 Ritalina: La pastilla de la vergüenza.....	176
5.7 ¡Yo no quiero tomarme esa pastilla! Reacciones y consecuencias del uso de la Ritalina.....	182

5.8 ¿Hasta cuando me tengo que tomar la Ritalina?	187
5.9 ¿Cómo funciona la Ritalina? La versión de padres y docentes.	189
5.10 Conclusiones del Capítulo:	190
Capítulo 6	
Subjetividad, sueños y miedos que se tejen a través del TDA/H y la Ritalina.....	193
6.1 La construcción de identidad por los caminos de la deficiencia	194
6.2 Sobre la subjetividad: culpas, miedos y deseos de niños y niñas ritalinizados/as.	202
6.3 Conclusiones del Capítulo.....	221
Capítulo 7	
Reflexiones Finales.....	224
7.1.1 Los primeros pasos.....	226
7.2 Conclusiones Temáticas.	230
7.2.1 El TDA/H se aborda desde un paradigma medicalizante, patológico e individual. ...	230
7.2.2 El TDA/H se ha convertido en una categoría social.....	235
7.2.3 La escuela: entre la fetichización y la naturalización.	239
7.2.4 Las niñas y las niñas: el último escalón en las relaciones de poder.....	243
7.2.5 Cuidada con los diagnósticos: Posibles efectos iatrogénicos del TDA/H y del uso de la Ritalina.	246
7.3 Finalizar es tan solo otro comienzo.	255
7.4 Recomendaciones.	257
7.4.1 Recomendaciones académicas.....	257
7.4.2 Recomendaciones Institucionales.....	258
Referencias bibliográficas.....	260
Anexos.....	270

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H) es el padecimiento psiquiátrico infantil mayormente diagnosticado, y también es la categoría psiquiátrica que mayor controversia y discusiones ha suscitado. En Costa Rica, la prescripción de Ritalina (fármaco utilizado para su tratamiento) prescrito en San José se incrementó en un 600%.(Santamaría, 2007). Este proyecto pretende profundizar sobre los discursos, atribuciones de significado y vivencias sobre el TDA/H que mantienen algunos/as niños/as diagnosticados/as, sus padres/madres de familia y docentes de dos escuelas públicas del valle central.

Asimismo se pretende analizar cómo es reproducido y traducido el discurso psiquiátrico en la vida cotidiana de las personas, y qué implicaciones tiene para la subjetividad e identidad de niños y niñas así. Para cumplir con lo anterior se planeó una estrategia cualitativa la cual consiste en entrevistas semiestructuradas y en una entrevista con reactivos que consistieron en láminas del Test Pata Negra.

En la investigación participaron un total de 6 niños (4 niños y 2 niñas) estudiantes de una escuela pública de Tibás y otra de Coronado, además participaron sus padres de familia (2 diadas paternas, 1 madre, y 1 abuela) y 4 docentes (2 maestras, 1 psicóloga, 1 directora de una escuela privada).

Como conclusiones obtenemos que en general existe una falta de información acerca del TDA/H y que este se ha convertido en una categoría social en la cuál se ubica negativamente a niños y niñas. El TDA/H es visto negativamente y se hacen profecías negativas sobre las y los niños que son diagnosticados con este cuadro. En lo que respecta al proceso de las niñas y los niños participantes, estos fueron diagnosticados en la primera

sesión y también se les recetó la Ritalina en esta primera sesión. La pastilla se convirtió en el único tratamiento e intervención. Los niños rechazan la pastilla y prefieren no seguir con esta, además en lo que respecta al rendimiento académico niegan tener dificultades de atención. La pastilla adquiere un carácter disciplinario que se utiliza con cierta irregularidad. Sobre esta también reina la falta de información, pero aún el medicamento adquiere una valoración muy positiva por parte de padres de familia y docentes.

Asimismo se identifican procesos de estigmatización sobre las y los niños diagnosticados con TDA/H y que utilizan Ritalina. También se evidencia que el diagnóstico de TDA/H y el uso de la Ritalina son fundamentales en la construcción subjetiva e identitaria que hacen los/as niños/as sobre sí mismos/as, construcción que se hace desde la deficiencia y un sentimiento negativo que tienen sobre ellos/as mismos/as.

1. Introducción

En la mitad del año 2013 apareció una noticia publicada en distintos medios, principalmente electrónicos, que fue rápidamente propagada por las redes sociales. El título de la noticia iba así: El descubridor del déficit de atención confiesa antes de su muerte que el déficit de atención es una enfermedad ficticia. La noticia, que fue publicada con distintos titulares y por una variedad de páginas web, desde aquellas evangélicas hasta las de antipsiquiatría, decía que en una especie de confesión antes de morir, Leon Einsenberg, “padre del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad¹”, aseguraba que dicho trastorno era un claro ejemplo de una enfermedad ficticia, esto se lo habría dicho al semanario alemán *Der Spiegel*.

Evidentemente la noticia generó distintas respuestas. Algunas personas y periódicos se dieron la tarea de revisar con más atención la traducción que se hizo del alemán al inglés (y posteriormente al español). Primero que todo Einsenberg no es el padre del TDA/H, ni “fue quien lo inventó”, de hecho no hay ni padre ni inventor del TDA/H, sino que ha sido el resultado de un proceso histórico que ya lleva más de 100 años. No obstante Einsenberg sí ha tenido un rol fundamental en la conformación y defensa desde la biología de lo que hoy conocemos como TDA/H. Luego de muchos años de investigación él se empezó a preocupar además por la gran cantidad de niños que estaban siendo diagnosticados y medicados. Siendo esto así, también se dio a la tarea de investigar los efectos y a denunciar los usos masivos del metilfenidato, muchos de sus estudios nunca fueron publicados.

¹ De ahora en adelante TDA/H

Segundo, según medios que han revisado las declaraciones alemanas, lo que Einsenberg afirmó es que el TDA/H se convirtió en una **epidemia ficticia**, es decir estaba apuntando hacia el sobrediagnóstico y la sobremedicación, temas que desde décadas atrás estaba denunciando. El efecto que generó la noticia nos muestra que el TDA/H es todo un fenómeno social, que la gente lo conoce, y que las discusiones no solo se quedan en la academia y el campo científico.

El TDA/H está vivo en la calle, casas y escuelas y por eso hay que estudiarlo. Sin duda alguna el TDA/H es una de las patologías de las que más se habla, se estudia y se publica. Por ejemplo hay cientos de guías y manuales que afirman ser la última cura o la mejor perspectiva para tratar, manejar, entender, etc, el TDA/H². Esto no es raro de entender si partimos del hecho de que el déficit de atención, la hiperactividad y la Ritalina se han convertido en un fantasma que ronda las escuelas y las familias, despertando miedos y ansiedades.

Y es que el TDA/H es un tema del cual no se necesita ser especialista para conocerlo y formarse alguna opinión. ¿Hoy en día quien no sabe qué es la Ritalina? ¿Quién no tiene un vecino, amigo, familiar, conocido que esté, haya o le hayan recetado el medicamento? ¿Quién no ha escuchado el término hiperactivo, y quién no lo usa en su vocabulario cotidiano? ¿Quién no tiene algún conocido diagnosticado o que se autodiagnóstico como con déficit atencional, o con hiperactividad?

² En una rápida búsqueda en la página de Amazon podemos encontrar cientos de manuales y guías sobre el TDA/H, algunos de estos son: More Attention, Less Deficit: Success Strategies for Adults with ADHD (2009) Attention, Girls!: A Guide to Learn All about Your AD/HD. (2012), Women with Attention Deficit Disorder: Embrace Your Differences and Transform Your Life (2008) Is It You, Me, or Adult A.D.D.? Stopping the Roller Coaster When Someone You Love Has Attention Deficit Disorder. (2008) Attention Deficit Disorder: The Ultimate ADD / ADHD Help Book (Detect, Diagnose, Cope, Treat, and Reclaim Focus) (2014). No le quitamos el mérito a estos, sin embargo es importante notar como cada vez aparecen más manuales de estos y menos trabajos críticos.

No obstante de los manuales con respuestas definitivas y la gran legitimidad científica que tiene el TDA/H, hay una gran cantidad de controversias³, polémicas y discusiones que aun no han concluido. Estas controversias apuntan tanto a la construcción epistemológica del trastorno así como al tratamiento psicofarmacológico con metilfenidato.

Entre los temas que han generado discusión, encontramos diferentes elementos como por ejemplo: el gran número de niños/as diagnosticados, la falta de evidencia científica confirmatoria sobre el déficit (Baughman, 2009, Breggin, 2001), la vaguedad de los criterios diagnósticos que aparecen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) (Cardo, González & Severa, 2006), la falta de una prueba científica para detectar y diagnosticar el TDA/H, la facilidad y rapidez con la que se pueden realizar los diagnósticos, y las experiencias de estigmatización, otrificación y violencia que sufren los/as niños y niñas diagnosticados con TDA/H y medicados/as con Ritalina.

Son precisamente estos temas anteriormente mencionados, los que queremos investigar, pero desde la perspectiva y experiencias de niños/as diagnosticados/as y medicados, padres de familia y docentes. Esto es de suma importancia, puesto que niños y las niñas, han estado casi ausentes en las investigaciones. Hay pocas investigaciones, como las de Singh (2012) y la de Efron (1998), en la que los niños tienen un lugar realmente protagónico. Sin lugar a dudas uno de nuestros propósitos, es abrir un espacio de expresión y de escucha, en la que como afirma Singh (2012) no se estudia a los niños, sino con los

³ Algunas de estas controversias se han llevado a la televisión, como por ejemplo el Reporte Merrow de la revista Tima. En Costa Rica en tan solo dos años el programa 7 días lc ha dedicado dos programas sobre el TDA/H y la Ritalina.

niños. Con ayuda de las y los niños entenderemos las diversas situaciones que rodean el TDA/H y la Ritalina.

Ahora bien, ante las problemáticas y controversias que genera el tema hacemos dos advertencias:

Esta investigación no intenta demostrar si el TDA/H existe o no.

Esta investigación no intenta demostrar si la Ritalina es "buena" o "mala"

Al hablar sobre este tema de investigación, varias personas me hacen la pregunta: ¿entonces el TDA/H existe o no? ¿Entonces la Ritalina es mala?, me ha ocurrido muchas veces con doctores y estudiantes de medicina que en tono de reprobación me dicen: "¿entonces usted está en contra de la pastilla?". Estos sin duda son temas, importantes que a nivel científico no se han resuelto, pero que por el momento dejaremos de lado. Esta investigación trata más sobre cómo se construyen los discursos y cuáles son las representaciones sobre el TDA/H y la Ritalina y que consecuencias se desencadenan de lo anterior.

Concordamos con Hacking (2001) y Comstock (2003) en que las discusiones acerca del TDA/H no deben reducirse a debatir la existencia o no existencia biológica, sobre si es realmente un dato biológico o es más bien una construcción social, entendidas ambas posturas como antagónicas. Nos interesa entender más bien qué discursos existen, cómo se maneja el tema en las instituciones y qué prácticas y experiencias se desencadenan. Siendo esto así concebimos a la situación del TDA/H no como un problema social, sino como un problema sociológico en el sentido que le da Peter Berger (1987), es decir que no es de

nuestro interés el analizar porqué hay tantos niños que tienen TDA/H y cómo se pueden tratar, sino que nuestro interés se enfoca en las instituciones y en la ley, en los significados sociales que se hacen del TDA/H y la gran legitimidad que tienen tanto el trastorno como la pastilla.

Nos interesa analizar qué pasa con el TDA/H y la Ritalina en la calle, en la casa, en la escuela, qué información y experiencias tienen los protagonistas, cómo se sienten los/as niños/as y como esto va construyendo su subjetividad. De alguna forma intentamos observar de qué forma los discursos y debates psiquiátricos son traducidos en la cotidianidad de las personas.

Por otro lado también nos permitirá adentrarnos un poco en la vida de las y los niños y comprender cuál es su posición ante estas instituciones. Se sabe que en dichas instituciones ellos y ellas son quienes se encuentran más vulnerables, incluso dentro de la psiquiatría, la niñez ha sido el punto de mira sobre el cual se han permitido generar normas, para graficar, codificar, comparar y clasificar, y medir. (Rose, 2011). Ahora bien, también es necesario profundizar sobre la complejidad de la paternidad, sus preguntas y ansiedades, máxime cuando su hijo/hija enfrenta una situación como esta, y la información es poca y poco accesible.

Para estos fines se ha diseñado una estrategia metodológica que consiste en entrevistas semiestructuradas, observación y pruebas proyectivas para trabajar con niños/as. Participarán 4 niños y 2 niñas, 4 padres de familia y 5 docentes, además se harán entrevistas a expertos e informantes clave.

La información obtenida se organizará temáticamente, en 5 capítulos: 1) Historias de vida y construcción de casos, 2) El Proceso Diagnóstico, 3) Percepciones y discursos acerca del TDA/H, 4) Percepciones, Representaciones y Discursos acerca de la Ritalina, 5) La construcción identitaria y subjetiva de las niñas y niños. Y además un capítulo de conclusiones, así como una discusión de las mismas y recomendaciones para futuras investigaciones.

Cabe decir que se intentará ser lo más didáctico posible y que el trabajo sea de fácil lectura. También se busca que cada capítulo pueda entenderse por sí solo sin tener que leer los otros, por lo que a veces se resumirá un capítulo anterior o se hará referencia a capítulos pasados. Asimismo no es de extrañar que algunos fragmentos de entrevistas se repitan, ya que pueden ser útiles para explicar distintos temas.

Cabe aclarar que no partimos de una única corriente teórica, sino que alimentamos esta investigación con diferentes posturas como la psicología social, el psicoanálisis, la teoría vigotskiana, la antropología social, la microsociología, las teorías de la medicalización, la neuroética, las representaciones sociales y la pedagogía crítica, entre otras.

Tenemos la certeza, de que quien lea este trabajo, tendrá una rica experiencia y un mayor conocimiento e información sobre cómo viven el TDA/H y la medicación las personas directamente involucradas, creemos que esta es una investigación que nos permitirá saber qué pueden sentir, pensar los/as niños/as una vez diagnosticados/as y medicados/as. Esto sin duda puede llevar a la toma de decisiones, políticas y acciones en torno al TDA/H más argumentadas y que partan del sentir y pensar de los niños y las niñas.

Por otro lado, también nos permitirá profundizar en cómo funciona a un nivel práctico las instituciones de salud en relación a la psiquiatría, además de poder identificar cuales paradigmas en el campo de lo *psi* son los que mantienen una hegemonía. Esta investigación va mas allá del estudio de la vida de unos cuantos/as niños, sino que también abarca las relaciones entre el saber y el poder, la situación de las instituciones (familias, escuelas, clínicas) y en general permite aportar a los debates en torno a la medicalización y patologización de la infancia y del disenso. (Parker, 2011).

2. Justificación

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad⁴ es el padecimiento psiquiátrico infantil mayormente diagnosticado. Se establece que entre un 7% y un 12% del total de niñas y niños padecen dicho déficit. El incremento en el número de diagnósticos experimentado desde la década de los noventa ha llevado a varios autores a considerar este trastorno como una “una epidemia” (Robinson, 2008) o bien una “enfermedad de moda” (Lasa, 2001).

El TDA/H se trata en la mayoría de los casos mediante el uso de psicofármacos, específicamente con el metilfenidato (comercializado mayormente como Ritalina) un agonista de la dopamina. El uso y producción de Ritalina ha aumentado con el pasar de los años. En los Estados Unidos, país en donde se produce el 90% del metilfenidato, la producción aumentó de 1,768 kilos en 1990 a 14,442 kilos en 1998⁵ (Breggin, 2001), esto a pesar de que la DEA (s.f) ha advertido sobre el potencial adictivo del fármaco, además de reportar serios efectos secundarios e incluso muertes adjudicadas al medicamento⁶. Aun así la pastilla suele ser el primer- y en muchos casos el único- tratamiento u atención que reciben niñas y niños. Para autores, como Russel Barkley, uno de los más reconocidos expertos en el TDA/H la pastilla es “el único tratamiento que normaliza la conducta desatenta, impulsiva e intranquila de los niños” (Barkley, 1999, p.275).

⁵ Asimismo las ganancias aumentan: las compañías han ganado \$500 millones por año. Adcraft lanzada al mercado en 1996 reportaba ganancias de \$19 millones en 1997, \$200 millones en 2000 y \$400 millones en 2002.

⁶ La DEA ubica en esta misma categoría a la cocaína, las anfetaminas, el opio y varios barbitúricos. Asimismo la división *MedWatch* reporta de 1990 al 2001 186 a causa del metilfenidato y más de 500 hospitalizaciones. Dicha instancia afirma que solo logra reportar del 1 al 5% de los accidentes.

Por otro lado es preocupante también que al afirmarse que *“las causas del TDAH del niño no son los problemas psiquiátricos de los miembros de la familia y el mal ambiente que les rodea, sino los genes que los padres y el niño tienen en común.* (Barkley, 1998, p. 92), es decir presentarlo como un problema biológico y genético sin cura se están invisibilizando posibles conflictos familiares, sociales, e individuales tales como duelos, separaciones, mala alimentación, abusos, entre otros factores que pueden afectar la vida de los niños (Tallis,2005). Asimismo es una posible forma de encubrir las consecuencias sintomáticas de un modelo social en crisis y de instituciones que se encuentran ante grandes transformaciones como lo son la familia y las escuelas. Además también cabe notar que de esta forma dichas instituciones, caracterizadas, especialmente la escuela por su carácter autoritario y disciplinario (Foucault, 2008), bancario (Freire, 2006) o bien anacrónico, quedan libres de todo cuestionamiento e incluso fetichizadas (Zuffiga, 2010).

En Costa Rica, es también el TDA/H la categoría psiquiátrica infantil que más se diagnosticada. Los patrones de consumo de Ritalina y los procesos de medicalización no parecen ser ajenos a nuestro país. En Costa Rica el consumo de dicho fármaco aumentó un 500% en tan solo 5 años: pasando de 267000 tabletas en 1990 a 1 438 530 en 1995 (Gutiérrez, 2009) y de 1996 al 2002 la proporción de metilfenidato prescrito en San José aumentó en un 600%.(Santamaría, 2007)

Un estudio del Ministerio de Salud Pública del 2004 descubrió anomalías en la distribución y uso de la Ritalina entre los años 2001 y 2002. En dicho informe se documenta que en San José, Heredia y Alajuela se consume 10 veces más Ritalina que en otras partes del país, y también se dejó en evidencia que no existía ningún protocolo ni

algún método homogéneo para realizar los diagnósticos. (Ministerio de Salud Pública, 2004). En un informe posterior en el que se toman datos del 2000 al 2003 se tiene que más del 70% de dicho medicamento prescribió en San José, y a su vez un 37% de ese porcentaje fue prescrito por farmacias privadas. (Santamaría, 2007)

Compartimos con Smith (2008) quien afirma que investigar críticamente el TDA/H y el uso de la Ritalina es una necesidad ética, y no solo académica o científica. También tenemos la misma preocupación que refleja Singh (2012) quien indica que son realmente pocas las investigaciones en donde los niños tienen un rol activo. Sin duda es problemático y sintomático el hecho de que muy pocas investigaciones incluyan la experiencia de las y los niños, sus opiniones y sentimientos pero desde su perspectiva y su propia voz.

En Costa Rica la situación es similar, puesto que son escasas las investigaciones que por un lado se sirvan de la literatura crítica y que por el otro incluyan a niños y niñas como participantes activos en los que ellos y ellas puedan dar sus, verdades, historias y sus versiones, esta sin duda es el motivo más importante que fundamenta esta investigación: el estudiar el fenómeno del TDA/H y el uso de la Ritalina desde la perspectiva de las niñas y los niños.

3. Construcción del problema de investigación.

3.1. Antecedentes investigativos del estudio

3.1.1 Antecedentes Nacionales

En el ámbito nacional el estudio de Quesada (2006) explora la relación que tenían niños y niñas diagnosticados con TDA/H con sus maestras guías. Su metodología consistió en observación participante, notas de campo, entrevistas, discusiones de grupo y el Test de Oraciones Incompletas (TOI). En el estudio participaron un niño (11), una niña (11) y un adolescente (15 años), todos/as diagnosticados/as.

En sus resultados la autora reporta que los/as niños/as afirmaron sentirse “encasillados” y también mostraron sentimientos de enojo y vergüenza por las constantes llamadas de atención y la exposición pública de sus errores que hacía su maestra guía. Asimismo afirma que ellos/as percibían un trato en el que se les hacía sentir como un obstáculo para sus compañeros/as de clase. Es así como estos alumnos manifestaron una fuerte necesidad de validación, gratificación, y que se les llame la atención de forma respetuosa y privada. Por último es importante rescatar que ellos/as refirieron tener problemas en sus hogares que les hacía difícil concentrarse en la escuela, incluso uno afirmó sentir culpa por estar en la escuela y no en la casa protegiendo a los familiares que eran víctimas de violencia.

Vega (2011) por su parte realizó un estudio acerca del rendimiento académico y el autoconcepto relacionándolos con el TDA/H. Ella utilizó una muestra conformada por 13 estudiantes diagnosticados de una escuela privada con TDA/H. De estos 13 niños/as solo 4

se encontraban bajo medicación. Para la recolección de la información la autora utilizó el Test de Autoestima para Niños de Pope, McHale y Craighead, y el Test de Evaluación Recíproca Multivariable de Roselli.

Los resultados de los tests mostraron un elevado auto-concepto, un buen rendimiento académico, así como buenas relaciones con los/as pares. La autora afirma que esto se debe al apoyo institucional y así como las ventajas de las instituciones privadas tales como: clases con máximo 20 estudiantes, adecuaciones curriculares, y una diversidad de actividades dinámicas. Aun así por medio de el test para docentes se mostró que las y los docentes emiten con facilidad prejuicios y etiquetas en torno al TDA/H. La autora menciona además que los niños medicados no mostraron ser hiperactivos, pero sí tenían un rendimiento académico bajo.

Ballesteros (2011) por su parte realizó un estudio sobre el estilo de parentaje y coparentaje y su relación con la percepción de los rasgos fenotípicos asociados al TDA/H. Para esto utilizó el Parent Child Relationship Inventory y el Parenting Styles and Dimensions Questionnaire y la Coparenting Scale. Asimismo las madres llenaron un cuestionario sobre antecedentes familiares y estrés familiar. En total se trabajó con 233 triadas familiares.

En sus resultados el autor indica que en la percepción sobre el funcionar de los y las hijas median diversos factores, como por ejemplo la evaluación que hacen los padres y madres sobre sus hijos es influenciada por la autoevaluación que se hacen. Asimismo ellos/ellas como progenitores/as. Asimismo la evaluación que hacen los padres sobre sus hijos correlacionó positivo con hasta que punto estos sentían que sus hijos/as cumplían con

las expectativas sociales. Por otra parte cuestiones culturales como el género influyeron también en la percepción, las madres son quienes reportaron que sus hijos son más inatentos. Uno de los hallazgos de importancia es que madres de familias estresadas-conflictivas valoran a sus hijos con menor control inhibitorio, más problemas de atención y problemas de memoria. Los hallazgos de Ballester (2011) son de suma importancia ya que demuestra la gran diversidad de factores que entran en juego en la percepción que se puede tener sobre un/a niño/a, esto cobra mayor importancia aun en estos casos, ya que la percepción que tengan los padres sobre sus hijos/as es de gran relevancia a la hora de llevar a cabo el diagnóstico.

3.1.2 Antecedentes Internacionales.

El estudio de Clarke (1997) es uno de los pioneros en explorar la experiencia y el significado que dan niños y niñas al TDA/H y al medicamento. Ella realizó entrevistas semiestructuradas a 20 niños diagnosticados y bajo medicación. Sus resultados muestran que sobre los niños y las niñas pesaba el diagnóstico del TDA/H y el hecho de usar medicamentos. En torno a la autoestima varios/as niños/as afirmaron sentirse mal consigo mismos por el hecho de sentir que necesitan de una pastilla para controlarse, incluso muchos niños reportaron sentirse dependientes de la pastilla. Pocos niños se sentían cómodos con el hecho de que sus compañeros/as o amigos/as supiesen que ellos/as tomaban medicación. Algunos niños/as afirmaron que la medicación hacía que los otros pensaran que ellos eran "estúpidos", "raros" o "locos". Asimismo el hecho de tomar un medicamento traía consigo cierta contradicción con sus valores ya que la medicación era percibida como una droga. Los y las niñas reportaron sentir efectos secundarios tales como:

dolor de estomago, migrañas, taquicardia, insomnio, pérdida de apetito, perdida de energía, poca motivación.

Por su parte Kendall y Krueger (2001) exploraron la descripción del sí mismo en adolescentes diagnosticados/as con TDA/H y bajo medicación. Su metodología fue cualitativa y correspondió en entrevistas a 11 adolescentes (8 hombres y 3 mujeres) de entre 11 y 19 años.

Los investigadores observaron que los y las adolescentes centraron su discurso sobre sí mismos y su identidad alrededor del TDA/H. Los/as entrevistados/as afirmaron que no estaban “haciendo las cosas bien”, manifestaron además angustia al tratar de socializar con otras personas, y malas expectativas sobre el futuro. Varios adolescentes (solamente hombres) rechazaron ser fracasados y más bien se concebían como incomprendidos, y además afirmaron sentirse enojados, frustrados, e incluso algunos con deseos de agresión hacia los/as otros/as. En el caso de las mujeres la depresión, el enojo y la agresión hacia sí mismas fueron manifestadas.

Sobre el sobrediagnóstico Gaillard, Quartier y Besozzi (2004) revisaron los expedientes de niños y niñas diagnosticadas con TDA/H de 1997 al 2001 en la Clínica de Día para niños de la Universidad de Lausanne, posteriormente escogieron 30 expedientes en los que en el diagnóstico predominaba la hiperactividad. El objetivo de la investigación consistía en verificar dichos diagnósticos.

En su metodología los y las investigadoras entrevistaron a niñas/os diagnosticados/as realizaron observaciones a los/as niños/as en diferentes momentos y les aplicaron a estos/as pruebas neuropsicológicas relacionadas con la atención y las funciones

ejecutivas tales como el K-ABC y Wisc II, por otro lado también entrevistaron a los padres y madres de familia. De los 30 casos estudiados los autores indican que solo 5 de ellos podrían presentarse como TDA/H, en tanto los otros 25 presentaban alteraciones cognitivas, problemas de aprendizaje, dificultades emocionales y sociales. En torno a la medicación la posición de los padres de familia fue variada: un 13% no le confería ninguna importancia al medicamento, otro 13% la aceptaban porque no contaban con otro apoyo, un 13% se mostraron escépticos, otro 13% se mostraron “defensores y fanáticos del TDA/H y la Ritalina”, 10% cuestionaron su uso, y un 7% afirmaron poner todas sus esperanzas en la pastilla. Por otro lado, de los 19 niños/as bajo medicación solo en 3 de ellos se podría confirmar un diagnóstico de TDA/H.

Sin duda uno de las investigaciones más completas en el tema es la que llevaron a cabo el Instituto Gino Germani de la Universidad Buenos Aires y el Observatorio de Drogas Argentino de Drogas. En esta investigación se entrevistaron a expertos en el campo de la salud, el campo escolar y pedagógico de el Gran Área Metropolitana de Buenos Aires y en ciudades de a Tierra de Fuego. Estos lugares constituían las zonas con más altos índices de expendio de metilfenidato y las zonas con menos expendio respectivamente. Las muestras de los colegios fueron diversificadas también, escogiendo colegios públicos y privados y también colegios tradicionales, no tradicionales y de alta exigencia. En total se entrevistaron y se hicieron grupos focales con más de 60 especialistas incluyendo doctores, profesores, directores, asociaciones de TDA/H, psicólogos, psiquiatras, profesionales de la industria farmacéutica y periodistas que han abordado el tema. Los datos fueron analizados mediante análisis de contenido y del discurso y por medio del Atlas ti. Las opiniones acerca del TDA/H, el lugar de los/as niños/as, el medicamento y el rol de la escuela fueron

diversas, encontrando así discursos que niegan la existencia del TDA/H y otros que lo defienden así como defienden el uso de la Ritalina o la amoxetina. Los/as autores/as identifican varios discursos como por ejemplo el discurso sociológico (TDA/H como respuesta a las condiciones socioeconómicas), discurso psicoanalítico (énfasis en los vínculos emocionales con padre/madre, maestras) discurso ecológico (variables ambientales, exigencia de los padres, alimentación) y el discurso biológico (TDA/H falta de dopamina, genética, etc). Con respecto a las subjetividades de las y los niños diagnosticados/as los/as investigadores/as afirman que se denota una especie de fusión ente enfermedad y sujeto y que hace compatible la biografía del mismo y la patología. Es decir que la patología indica quien es el sujeto, y este queda, valga la redundancia, sujeto o reducido a su condición. Por otro lado, aunque las opiniones y discursos fueron diversos queda clara una tendencia del campo de la salud y del escolar hacia la medicación.

Sin dudas uno de los estudios más importantes es el llevado a cabo por el equipo de la investigación de ADHD VOICES dirigido por Ilna Singh en el año 2011. Este es un estudio comparativo realizado en Estados Unidos e Inglaterra. En este participaron 150 niños divididos en tres grupos 1) Niños medicados 2) Niños con diagnóstico y no medicados y 3) Niños sin diagnóstico alguno. Estos niños fueron escogidos de las clínicas del NHS en Inglaterra y de clínicas universitarias de los Estados Unidos. La investigación escogió cuidadosamente a los niños, y asegurándose que habían recibido un proceso diagnóstico completo e integral.

Este estudio parte de la bioética e intenta responder a la pregunta de si hay suficiente evidencia para sugerir que el uso de drogas estimulantes es poco ético. Singh y su

grupo parten de tres aspectos de la ética: la autenticidad, la agencia moral y la responsabilidad moral. Asimismo profundizaron en temas tales como las normas sociales y conductuales, las expectativas escolares, las presiones académicas y el estigma asociado con el TDA/H y teóricamente parten además del modelo ecológico de Bronfenbrenner. Metodológicamente se utilizaron entrevistas semiestructuradas, técnicas lúdicas y a los/as niños se les solicitó que dibujaran cerebros.

El grupo obtiene una gran cantidad de conclusiones, que ligan el uso de la pastilla y del TDA/H con procesos de estigmatización. Asimismo descubren que los niños sienten que son malos y que no se comportan como deberían, y que con la pastilla algunos se sienten mejor, algunos niños reportaron que les gusta que con esta no se sienten “tan sucios” y les es más fácil controlarse. Sin embargo también reportan que en la pastilla representa para un grupo de niño amenazas a su autenticidad, asimismo encontraron que algunos niños se desresponsabilizaban de sus actos por el hecho de tener un diagnóstico de TDA/H. Sobre la pastilla concluyen que esta no compromete el desarrollo moral de los/as niños/as. Por otro lado apuntan que en un proceso médico ético los niños deben ser parte de la toma de decisiones.

3.2 Preguntas de Investigación.

A partir de la segunda mitad de la década de los noventa los diagnósticos de TDA/H así como el consumo de metilfenidato, específicamente de Ritalina, aumentaron drásticamente a nivel mundial, Costa Rica no es la excepción. La noticia aparecida el 11 de agosto en el periódico La Nación (Valverde, 2012) titulada “Falta de Ritalina preocupa a los padres de familia” documenta la desesperación de varias familias ante la falta en la CCSS y

farmacias privadas de dicho fármaco, evidenciando así la importancia que le dan al medicamento algunas familias. Por ejemplo una madre indica que “(su) pequeño está a punto de perder el año en la escuela debido a que no volvió a tomarlo” Por otro lado en un reportaje del mismo periódico pero del 2003 un especialista afirma que el 99% de niños y niñas quieren dejar de tomar la pastilla (Schumacher, 2003).

Como se ha observado el diagnóstico de TDA/H y especialmente el uso de la medicación traen consigo problemas que van más allá de los asociados al TDA/H tales como: procesos de estigmatización, otrificación, sentimientos de culpa, autoestima, y de sentirse incomprendidos/as por padres y docentes. Asimismo diversos estudios muestran claras contradicciones entre los discursos que mantienen por un lado las niñas y niños y por el otro padres y madres de familia, docentes y especialistas. (cfr. Muellet et al, 2012) También se ha hecho evidente a lo largo del tiempo la presencia de diagnósticos cuestionables, la patologización de conductas y una fuerte predominancia hacia la psicofarmacología.

Ante lo anterior este trabajo pretende profundizar sobre todos estos factores, para entender cómo se vive, concibe y entiende el TDA/H, y que practicas institucionales y relaciones de poder suscita en la vida de niños/as diagnosticados/as, padres de familia y docentes.

Las preguntas centrales de esta investigación serán: ¿Cuál es la construcción discursiva acerca del TDA/H que tienen niñas y niños diagnosticados, padres de familias, y docentes? ¿Cuál es la vivencia, rescatada por la interpretación de la construcción discursiva sobre el TDA/H, que tienen niñas y los niños diagnosticados, padres de familias, y

docentes? ¿Cuáles son las principales consecuencias y procesos que se generan a partir del diagnóstico del TDA/H según lo rescatan niñas y niños diagnosticados, padres de familia y docentes?

4. Objetivos

Objetivos Generales

- Explorar la percepción, atribución de significado, y vivencia que tienen sobre el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad algunos/as niños/as diagnosticados/as, padres de familia y docentes de dos escuelas públicas del Valle Central.

Objetivos Específicos:

- Describir la percepción y el conocimiento que tienen algunas/os niñas/os diagnosticadas/os con TDA/H, padres de familia y docentes sobre el TDA/H.
- Explorar los sentimientos que suscita el diagnóstico de TDA/H así como los distintos tratamientos en niños y niñas diagnosticados/as con TDA/H y padres de familia.
- Estudiar a partir del discurso de niños y niñas diagnosticadas, padres de familia y docentes los procesos psicosociales que se generan a partir del diagnóstico del TDA/H.
- Realizar una devolución con información y retroalimentación a la institución educativa en la cual se realizó el proyecto.

5. Metodología

5.1 Estrategia Metodológica

El presente es un estudio exploratorio de carácter cualitativo, en el cual se pretende analizar un fenómeno social a partir de los discursos y experiencias de los individuos. Se ha escogido este tipo de metodología pues se les reconoce la capacidad que brinda para profundizar sobre los significados subjetivos, culturales, las experiencias y las prácticas cotidianas, sin dejar de lado la particularidad de cada caso en su espacio temporal, local e institucional. (Valles, 2000). El trabajo con niños/as se llevó a cabo siguiendo la metodología clínica propuesta por Piaget (cfr. Delval, 2001) ya que esta permite profundizar en las opiniones, construcciones y representaciones del mundo que tienen los/as niños/as.

5.2 Selección de los y las participantes.

La muestra que se utilizó se determinó en aras de la profundidad y no de la representatividad (Flick, 2010) por lo que escogieron 6 niños (4 niños, 2 niñas), los encargados familiares de 4 niños (6 adultos en total) y 4 docentes.

Por consideraciones pragmáticas (Valles, 1997) se determinó que estos niños fuesen de una escuela pública del Valle Central. Al final se escogió la escuela de San Francisco de Coronado y la escuela Esmeralda Oreamuno, de cinco esquinas de Tibás. Como criterios de inclusión se tiene que el niño o la niña tenga un diagnóstico de TDA/H en su expediente escolar y consuma o haya consumido metilfenidato. Se escogió seleccionará niños y niñas

que estuvieran entre los 8 y los 12 años de edad. No se toma como un criterio de exclusión, pero se le dará prioridad a aquellos niños o niñas que hayan o estén bajo medicación. Se tomó como criterio exclusión la presencia de otros diagnósticos, como por ejemplo el de depresión o bipolaridad. También será un criterio de exclusión la presencia de discapacidades y otras dolencias.

5.3 Definición de los procedimientos de recolección de información.

5.3.1 Con niños:

Entrevista Semiestructurada.

Se utilizará la entrevista semiestructurada⁷ como método de recolección predilecto. En el trabajo investigativo con niños y niñas se utilizará la entrevista clínica (Delval, 2001) la cual consta de algunas preguntas básicas y otras que varían según lo que va diciendo el/la entrevistado/a.

Entrevista con reactivos.

Asimismo con los niños se diseñó una entrevista con reactivos para explorar significados, sentimientos y posicionamientos simbólicos. Estos reactivos consistieron en 5 láminas del Test Pata Negra⁸ y que el niño vaya haciendo una historia

Primero, con el equipo asesor se escogieron 7 láminas del Test Pata Negra. Estas siete láminas y los criterios que pretendían evaluar se pusieron a prueba por medio del acuerdo con interjueces, es decir especialistas ajenos al comité asesor y a esta

⁷ Para consultar la guía de entrevistas revisar Anexo 1.

⁸ Para revisar la nuestra versión del Pata Negra revisar Anexo 2.

investigación. De las reuniones con estos jueces, se escogieron 5 láminas, se mejoró la prueba y se crearon las consignas.

. La escogencia de estas 5 láminas se desprenden de los temas emergentes en la primera entrevista. Las láminas escogidas son: 1) Frontispicio, 2) Vacilaciones, 3) Hada, 4) Pelea y 5) Caminito. Los temas que se pretenden evaluar con el test son: representaciones sobre sí mismo, concepto que tienen los otros sobre el niño, sentimientos de culpa, deseos, miedos, identificación de personas de apoyo, situaciones familiares, procesos de estigmatización, relación con los pares, y percepción de la autoridad entre otros.

Según documenta Rosabal Coto (2013) se ha demostrado que en trabajo con niños es realmente útil combinar las entrevistas con técnicas lúdicas y proyectivas. Así se busca que también el niño acceda a sus recuerdos y experiencias con técnicas que van más allá del lenguaje convencional. Asimismo el hablar en tercera persona y por medios proyectivos puede evitar que los niños se vean afectados por la temática que se está abordando.

5.3. 2 Con las docentes y los padres de familia:

En el caso de padres de familia se efectuará una entrevista enfocada (Gurdián, 2010) centrada en la historia de su hijo/a y también en los puntos de vista subjetivos que mantienen acerca del TDA/H. En el caso de los/as docentes, se realizará una entrevista semiestructurada a expertos, es decir, en este sentido el docente representará la voz “pedagógica” sobre el trastorno, pero también nos interesa conocer su experiencia personal.

5.4 Precauciones y Consideraciones éticas

Se intentará ser totalmente cuidadoso y respetuoso con los niños y las niñas, dándole especial énfasis en no re-psicopatologizarlos ni exponerlos a situaciones estresantes u ansiosas. Ante todo esto se planea una intervención escalonada teniendo en cuenta siempre el avance personal de cada niño/a en el proceso. En este sentido se planean diferentes sesiones con ellos y ellas, que se podrían diferenciar en las siguientes etapas: 1) *Etapas de ingreso en la escuela*. Se seguirá la recomendación de Delval (2001) para el cual es beneficioso que los niños/as hayan visto al investigador en diversas ocasiones en la escuela. Es decir que la primera vez que lo vean no sea para iniciar la investigación. 2) *Consentimiento informado*. Los/as niños/as deben tomar la decisión de participar o no en la investigación cuando comprendan de qué se trata esta, cuáles son los objetivos y procedimientos así como sus implicaciones para que así tomen una decisión lo mas autónoma y libre de coerciones posible. En este sentido obtener el consentimiento es todo un proceso. A las/os niñas/os seleccionadas/os se les explicará verbalmente, usando un lenguaje que trata la investigación y para que se está haciendo. Se les explicará que lo que se quiere es escucharlos y que ellos nos den su opinión, que no hay respuestas buenas y malas, que no es para la escuela, y que es totalmente confidencial. Todo esto se le explicará con una mayor profundidad y con un lenguaje accesible de acuerdo a su edad. 3) *Proceso de investigación*: Antes de iniciar con las entrevistas se realizarán una o dos sesiones lúdicas para generar confianza y también para que el investigador y el niño o la niña se vayan conociendo.

Al momento de la entrevista se realizará un encuadre preciso y claro, y también se le dejará a claro al/a niño/a que puede abandonar la entrevista cuando así lo desee, o que se puede hacer una pausa y seguir en otro momento u otro día. Se procurará también tener cuidado con los gestos propios del investigador para no sugerir respuestas o que el participante sienta que se están reprobando. Asimismo se utilizará un lenguaje neutro con respecto al diagnóstico, que no le repita al/la niño/a que padece de TDA/H, pero que tampoco indique lo contrario. Al final se hará un pequeño cierre con el/la participante y se le agradecerá explicándole que ya se terminó la investigación y que el investigador no volverá a la escuela a trabajar con el/ella.

En el caso de los padres de familia y docentes se elaborará un consentimiento informado en el cual se explican los propósitos de la investigación así como los derechos que tiene el o la participante, o en su caso los derechos que también tiene los niños y las niñas participantes. Toda persona adulta deberá firmarlo para poder participar, lo mismo que los niños deberán tener uno firmado por alguno de sus padres.

Durante la recolección de datos, el o la participante tendrán libertad total para interrumpir o abandonar el proceso en cualquier momento que lo desee, Asimismo si en algún momento de la entrevista el/ la niño/a se siente cansado/a, disgustado/a o ansioso/a el investigador interrumpirá y cambiara la tarea para que el niño o niña se sientan mejor y se reintegre a lo que estaba haciendo antes de empezar la entrevista. Para resguardar la confidencialidad e identidad de los y las participantes se utilizarán pseudónimos o nombres falsos, la identidad real de la persona solo será conocimiento del investigador.

5.4 Gráfico de los/as sujetos participantes.



**Escuela San Francisco de Coronado
Tibás**



Pedro (11 años) Daniel (11 años) Marcela (13 años)



Escuela Esmeralda Oreamuno,



Andrés (13 años) Marco (9 años) ⁹Susana (12 años)



Padres de Pedro Padres de Daniel



Madre de Marco Abuela de Susana



Roxana Docente escuela de Coronado Lidieth Directora escuela Privada Lucia Psicóloga escuela de Tibás Rita Docente escuela de Tibás

⁹ Por diversas razones, con Susana solo se realizó la primera entrevista.

Capítulo 1.

TDA/H y Ritalina: historia, controversias y actualidad.

*Padres y maestros de chicos vagos o rubiosamente desatentos,
De pésima conducta o impulsivos, que pierden todo (especialmente el tiempo) y no se
Quedan quietos nunca absténganse de tirarse por la ventana...o de tirarlos! Hay
Solución. Lo que tienen todos ellos, es primordialmente,
el síndrome de déficit de atención- hiperactividad,
un tratamiento de origen biológico que casi siempre se hereda y
Que puede curarse a partir del tratamiento simple de una pastillita.*

(Diario La Nación, Argentina, 1995
Citado en Tallis, 2005)

Antes de iniciar el análisis de resultados obtenidos del trabajo de campo nos es importante que el lector conozca sobre las diferentes posturas teóricas y prácticas acerca del Déficit Atencional y la Ritalina. A continuación detallaremos 1) la visión psiquiátrico biológica sobre el TDA/H, 2) las críticas y cuestionamientos a dicho paradigma 3) las visiones alternativas y otras explicaciones sobre los comportamientos asociados al TDA/H.

1.1 El Paradigma psiquiátrico-biológico del TDA/H.

Thomas Armstrong (2001, 2006) afirma que sobre el comportamiento de los niños que tienen dificultades para prestar atención, concentrarse y estar quietos se ha construido todo un paradigma según los describió Thomas Kuhn. Según el autor este paradigma, nace en Estados Unidos y Canadá y “*sugiere que esos niños tienen algo llamado el síndrome de déficit de atención/hiperactividad que serían trastornos de origen biológico que afectan al 3-5% de América.*” (Armstrong, 2001, p 10).

Para Armstrong, -cuyo libro tiene como objetivo crear un nuevo paradigma que incorpore puntos de vista biológicos, culturales, educativos, evolutivos y socioafectivos- el paradigma TDA/H tiene los siguientes supuestos básicos:

- 1) EL TDA/H es un trastorno biológico (probablemente de origen genético).
- 2) Los síntomas primarios son la hiperactividad, impulsividad y falta de atención. Una persona puede tener algunos síntomas y otros no.
- 3) El trastorno afecta alrededor del 3% al 5% de los/as niños/as.
- 4) El TDA/H puede diagnosticarse mediante exámenes clínicos, observaciones, escalas de conducta, tareas de ejecución y tests psicológicos.
- 5) El método más eficaz para tratar el TDA/H consiste en la administración de psicoestimulantes como la Ritalina.
- 6) Los niños continuarán teniendo TDA/H durante toda su vida.
- 7) Un niño puede tener TDA/H y padecer otros trastornos que no tendrán nada que ver con su TDA/H como trastornos de ansiedad, y del estado de ánimo.

En su libro Armstrong, problematiza con estudios empíricos y teóricos, cada uno de estos siete puntos, sin embargo aquí no contamos con el espacio para profundizar en cada uno. Centralmente el autor critica el reduccionismo biológico, la facilidad con que se hacen los diagnósticos, la idea de un diagnóstico inamovible y para toda la vida, el sobrediagnóstico y el uso indiscriminado y masivo de los psicoestimulantes. Las críticas que hace Armstrong son en mayor o menor medida compartidas por una diversidad amplia de autores provenientes de distintas ramas y lugares del mundo¹⁰. Por nuestra parte,

¹⁰ Por ejemplo: (Reid, 2006, Janin, 2005, Tallis, 2005, Untoiglich, 2005, Martinez, 2000, Ongel, 2006, Hjørne 2006, Breggin, 2001, Rose, 2011, Cardo & Severa, 2000, 2006, Comstock, 2003, Conrad 1982, Gorga, 2013,

mantenemos, tras nuestra propia investigación teórica, que los 7 supuestos propuestos por Armstrong constituyen la espina dorsal del paradigma psiquiátrico/biológico.

1.1.1 La historia del TDA/H

Tanto para Singh (2002) como para Armstrong (2006) la historia del TDA/H se suele mostrar desproblematizada como si fuese producto de una historia lineal y armoniosa. Esto según Rose (1999) sucede con frecuencia en las ciencias *psi* que construyen sus objetos de estudio a partir de una supuesta neutralidad y ahistoricidad. No obstante en las últimas décadas autores/as como Lakoff (2000), Singh, (2002), Timimi (2008), Rafalovich, (2002) y Cumstock (2003) se han dado a la tarea de investigar la historia del TDA/H.

El recorrido histórico del TDA/H es bastante complejo e incluso disperso. Suele ubicarse a George Still como el precursor de lo que hoy conocemos como TDA/H, quien describió el “defecto mórbido en el control moral” causado por problemas neurológicos en niños “anormales” y “desviados” caracterizados “por su indocilidad, falta de atención y a veces por su maldad” (Still, s.f. citado en Tallis, 2005, p 195). Still, quien pertenecía a la sociedad eugenicista de su país y quien tenía una gran influencia de Cesar Lombroso, logró por primera vez hacer el vínculo entre el mal comportamiento, el comportamiento desviado y criminal y la anomalía fisiológica, sin duda alguna, como explican Rafalovich (2002) y Comstock (2011) con Still, la medicina empezaba a tomar control de aspectos sociales que antes no le competían directamente.

Jacobson, 2003, Muthukrishna, 2006, Lasa, 2001, Singh 2002, 2007, 2012, Smith, 2008, Rafalovich, 2002, 2006 Szasz, 2008, Tait, 2006, Terigi, 2009, Timimi, 2004, Leavy, 2013, Tubert, 2010, Walker, 2006, Vascn 2013, Stolkiner, 2013, Benasayag 2011, Stead, Lloyd & Cohen 2006, Pérez, 2012, Davis, 2006, Lakoff, 2000).

Los “idiotas morales” que fueron objeto de los estudios clínicos de Still, eran niños que habían cometido delitos y se encontraban encerrados en centros de detención. Según Still estos niños “incorregibles” mostraban los típicos comportamientos de los “idiotas”¹¹ pero tenían una inteligencia normal, por lo que no podían entrar en esta categoría. Lo que (re) inició con Still fue el vínculo entre los comportamientos considerados socialmente anormales con la biología. No obstante como veremos, el enfoque del TDA/H, antes centrado en los problemas de inhibición, luego se fue complementando con los problemas de atención.

En 1957 Laufer y Denhoff describieron el desorden por impulso hiperquinético, (Smith, 2008) y que posteriormente aparecería en 1968 en el DSM-II con el nombre de Reacción Hiperquinética de la Niñez. Quizás el antecedente del TDA/H de más importancia sea la llamada Disfunción Cerebral Mínima (MBD, en inglés). En esta disfunción las conductas asociadas al TDA/H se explicaban por particularidades orgánicas pero que no tenían manifiestos neurológicos.

En 1980 aparece el Trastorno por Déficit de Atención en el DSM-III y siete años después, en 1987, se incluyen en el DSM-III-TR los criterios de hiperactividad e impulsividad. Cabe mencionar que la aparición del DSM-III marca un hito en la historia de la psiquiatría, algunos autores ven en este manual el paso hacia la biologización de la psiquiatría y el fortalecimiento de un paradigma neokrapeliano. (Perez Soto, 2013; Young,

¹¹ Para un interesante análisis sobre las discusiones psiquiátricas y la construcción de la idiotez como categoría psiquiátrica recomendamos el libro *El Poder Psiquiátrico* de Michel Foucault.

1991). En el DSM III se le quitó peso a las explicaciones sociales y culturales de los malestares psíquicos y además se eliminaron varios conceptos como el de neurosis.¹²

En 1994 un comité de la APA, conformado por 12 psiquiatras y 4 psicólogos, desarrollan los criterios diagnósticos del TDA/H que se incluyeron en el DSM-IV (Baughman, 2009) y que se mantendrán en el DSM-IV-TR.

Barkley (1990, citado en Janin 2005 y en Armstrong, 200), describe de la siguiente forma el desarrollo de la historia del TDA/H: 1) En 1917-1918 ocurre una epidemia de encefalitis, los niños sobrevivientes a la epidemia a menudo presentaban los síntomas del tipo TDA/H. 2) En 1930 y 1940 aparece el término daño cerebral mínimo para caracterizar a los chicos que tenían similares trastornos sin un daño cerebral evidente. 3) En 1950- 1960 se empieza a utilizar el término hiperquinético 4) 1960-1969: se genera la hipótesis de que los problemas hiperquinéticos son causados por una lesión cerebral y posteriormente la hiperkinesia sería la consecuencia de la disfunción cerebral mínima. 4) 1970-1979: aparecen en la bibliografía los déficits de atención 4) 1980-1989 se crea el TDA en el DSM-III y comienza toda una campaña nacional dedicada a su tratamiento, luego aparece el TDAH en 1987 en el DSM III-R. 5) 1990: se profundiza en la descripción de síntomas, subtipos, factores comorbidos y otros aspectos de este trastorno.

Básicamente hay dos formas de leer e interpretar esta historia, la primera es que el TDA/H, como tal, siempre ha existido, es un dato biológico que se ha ido descubriendo y leyendo. Y la segunda, es que el TDA/H ha sido (re) construido según el tiempo histórico,

¹² Para un excelente análisis de lo que implicó el DSM III para la psiquiatría revisar: Anatomía de una ilusión. El DSM- IV y la biologización de la cultura (Martínez, 2000.) Hacia una nueva anti psiquiatría. Críticas y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico. (Pérez Soto, 2013) y Emil Kraepelin and the origins of American Psychiatric Diagnosis. (Young, 1991).

la cultura y la sociedad. Es decir que el TDA/H es el producto de determinados procesos sociales, históricos, culturales, así como de cambios ocurridos en los campos de la psicología la psiquiatría y la educación (Armstrong, 2001).

2.1.2 El TDA/H en la actualidad: de la culpabilización de las madres a la culpabilización de los cerebros.

Con la frase “de la culpabilización de las madres a la culpabilización de los cerebros de los niños”¹³ Singh (2012) hace referencia al cambio en el tipo de explicaciones sobre los diferentes comportamientos de los/as niños/as. Lo que quiere decir Singh (2002, 2012) es que en Norteamérica se pasó de un psicoanálisis – superficial agregaríamos- que ubicaba a la relación con la madre como origen de todas las problemáticas a un paradigma de las neurociencias y la biología, que también superficialmente, ubicaban el origen de los comportamientos únicamente en los cerebros de los/as niños/as. Y es que explica Smith (2008) que la actual hegemonía que tiene el paradigma biológico del TDA/H es el resultado de vigorosos debates entre el psicoanálisis, la psiquiatría social y la psiquiatría biológica. Según el autor, será la psiquiatría biológica, la que saldrá victoriosa, no debido a que su aproximación sea científicamente más válida sino porque era más práctica, al igual que Singh (2012) Smith identifica un cambio que va del psicoanálisis hacia la psiquiatría biológica. Es a partir de los 60s en donde se da un cambio interesante, y se comienza a hablar de los desbalances químicos en el cerebro.

1.1.3 ¿Qué es el TDA/H?

¹³ Sin dudas la frase suena más contundente en inglés: From mother-blame to brain-blame. (Singh, 2012, p 28)

Se lee en el DSM-IV- TR (APA, 2002) que la “característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad” en el que los síntomas deben presentarse en al menos dos lugares (p.ej casa y escuela) y en actividades “que carecen de atractivo o novedad intrínseca (p.ej. escuchar al maestro en clase, hacer los deberes)”. Asimismo afirma que los niños/as con TDA/H se distraen con “facilidad ante estímulos irrelevantes e interrumpen frecuentemente las tareas que están realizando para atender a ruidos o hechos triviales que usualmente son ignorados sin problemas por los demás”.

El DSM-IV define tres subtipos de TDA/H: 1) con predominio de hiperactividad-impulsividad, 2) con predominio de déficit de atención y 3) combinado. Entre los criterios diagnósticos encontramos: (h) **a menudo**¹⁴ se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes, (i) **a menudo** es descuidado en las actividades diarias (c) **a menudo** corre en situaciones en que es inapropiado hacerlo (e) **a menudo** suele actuar como si tuviera un motor (f) **a menudo** habla en exceso (i) **a menudo** interrumpe. Según el DSM-IV-TR (2001) para que se pueda diagnosticar a un niño con TDA/H este debe por lo menos cumplir con 7 de los 18 criterios diagnósticos.

Estos criterios han sido puntos controversiales, por ejemplo para Kirk y Kutchins (1992) los criterios corresponden a una lista de comportamientos que pueden observarse todos los días en muchos/as niños/as. Por otro lado, para quienes defienden la validez de estos, como por ejemplo Russell Barkley (1999) el problema radica en la frecuencia e intensidad en que se presentan los síntomas. No obstante, es difícil negar que estos criterios

¹⁴ Las negritas son mías.

diagnósticos se presentan de forma vaga y quedan dependientes a la subjetividad de quien los evalúa, en este sentido es difícil medir o saber cuánto es un “a menudo” o cuanto es “hablar en exceso” o cuáles son “estímulos irrelevantes”. En esta misma línea Cardo y Severa (2008) afirman que el DSM-IV-TR, en materia del TDA/H, no vas más allá de agrupar diferentes fenotipos conductuales que podrían ser el resultado de diferentes problemáticas o enfermedades.

Sobre las causas biológicas del TDA/H existen diversos hallazgos e hipótesis: se tiene una hipótesis genética-hereditaria en el que el TDA/H se explica a partir de los genes vinculados con el transporte de la dopamina, como el DAT1, creando una falla en el sistema de señalización dopaminérgica y una excesiva receptación de dopamina. Sin embargo aun no parece haber un gen críticamente asociado al trastorno, y se plantea que este puede ser la consecuencia de la combinación de diversos genes. (Aboitz y Schroter, 2006) Otra hipótesis indica que el TDA/H se asocia con una disfunción en la corteza prefrontal del cerebro, el cuerpo estriado y el núcleo acumbens, disfunciones relacionadas también con la dopamina.

Aun así, en la actualidad no se cuenta con evidencia científica ni estudios epidemiológicos que sean concluyentes, de la misma forma tampoco existen pruebas científicas para realizar el diagnóstico ya que no hay marcadores biológicos ni neurobiológicos del TDA/H (Gutiérrez, 2007; Tallis 2005; Timimi *et al*, 2004, Singh 2012).

1.2 Ritalina: la respuesta controversial por parte de la psiquiatría biológica.

No importa que futura evidencia sobre la biología o genética del TDA/H aparezca en el futuro, es importante recordar que los niños no piden lo Ritalina, los adultos si
(Singh, 2002, p 599)

La historia de la Ritalina es de alguna forma similar a la del TDA/H, puesto que esta nace de experimentos y observaciones llevadas a cabo sobre niños pobres y encerrados en instituciones disciplinares.

El origen del uso del metilfenidato se remonta a 1937 cuando Charles Bradley notó el efecto paradójicamente tranquilizador que tenía la Benzedrina (anfetamina) en 30 niños diagnosticados con problemas neurológicos y de comportamiento. Según Bradley los niños se volvieron menos activos y mas obedientes en una “espectacular manera” (Baughman, 2009, Comstock, 2011). El objetivo de Bradley era bajar los niveles de hiperactividad, mejorar el rendimiento académico, eliminar malos comportamientos y también sustituir la psicoterapia. (Comstock, 2011).

Siete años después, en 1944 se crea la Ritalina (clorhidrato de metilfenidato, “prima” de las anfetaminas) y en 1961 es aprobada por la FDA, para 30 años después ser consumida por más de 10 millones de niños tan solo en Estados Unidos. (Baughman, 2009).

Cabe rescatar que el uso de sustancias para cambiar los comportamientos no resulta nada novedoso, Foucault evidencia que desde el siglo IX se han usado una gran cantidad de productos químicos para disciplinar y controlar a los pacientes. Freeman (1966, citado en

Comstock, 2011) demuestra que para 1965 se habían realizado más de 5000 estudios sobre el efecto de los tranquilizantes¹⁵.

Comstock analiza los diferentes usos y discursos que se han mantenido sobre el metilfenidato. El autor indica que en un principio se utilizaba para tratar de eliminar conductas y comportamientos que se percibían como “desviados socialmente”. El uso de los fármacos se utilizaba principalmente en las instituciones. Las pastillas eran parte del encierro y eran claramente un método de control social. No obstante a partir de la década de 1950, con la aparición del chlorpromazine y la llamada tercer revolución en psiquiatría, es que se empieza a visualizar en los psicofármacos una cura. Se pasa de la disciplinarización a la curación, con los evidentes matices y relaciones que hay entre ambas situaciones.

Para Comstock (idem) no se puede entender el actual el uso de los psicofármacos la Ritalina en este caso, como un simple medio para erradicar conductas, sino para mejorar y buscar estados psicológicos supuestamente mejorados y mejores capacidades cognitivas. Se ha pasado así de un enfoque eugenicista que le daba énfasis a la erradicación de conductas, que se supone atentaban contra la sociedad a un enfoque que también contempla la búsqueda de la eficacia y de la optimización. En la actualidad, los fármacos también generan nuevas experiencias vitales a la vez que le da sentidos a la existencia, además de que pueden generar identidades y formas de ser. (Comstock, 2011 : Rose, 2006 b)

Actualmente la Ritalina es una de las pastillas más consumidas en el mundo, siendo el medicamento de mayor consumo por niños/as. Estados Unidos sigue siendo el país en

¹⁵ Entre ellos Chlorpromazine, Thionidazine, Prochlorperazine, Trifluoperazine, Promazine, Perphenazine, Triflupromazine, Mepazine, Acetophenazine, Fluphenazine, Promethazine, Reserpine, Chlorprothixene.

donde se consume más metilfenidato, casi el 80% del medicamento producido se consume en dicho país. Asimismo en algunos países de Europa, como por ejemplo Inglaterra, se ha dado un aumento considerable en el consumo del fármaco pasando de 6000 tabletas consumidas en 1994 a 350 000 en 2004. (Timimi, 2004). Otro punto de alerta es que su uso no solo se ha restringido en niños, sino que hay todo un mercado negro universitario de la Ritalina en donde jóvenes universitarios consumen la pastilla para aumentar su rendimiento académico. (Mueller *et Al*, 2012).

1.2.2 ¿Qué es la Ritalina?

La Ritalina es un psicoestimulante que incrementa la presencia extracelular de serotonina, norepinefrina y especialmente dopamina. La pastilla se contraindica para niños con tics, ansiosos o nerviosos; los efectos secundarios incluyen náuseas, pérdida del apetito, insomnio, irritabilidad y tics. También se reportan problemas en el hígado, comportamiento obsesivos, alucinaciones, incluso el suicidio y fallecimiento (Breggin, 2001). Diversos estudios han demostrado también que el medicamento produce aislamiento social (Cunningham y Barkley, 1978) e inhibición en el juego social. (Vanderschuren *et al.* 2008), lo que en ciertos casos es percibido como un efecto positivo (Breggin, 2001). La inhibición de la espontaneidad y las emociones es otro efecto paradójico. Esto ocurre por los posibles efectos del metilfenidato en la ganglia basal, provocando lo que algunos-incluso defensores de la pastilla- han llamado efecto zombie. (Breggin, 2001¹⁶). Por último cabe rescatar que el medicamento no garantiza una mejora en el rendimiento académico, por el contrario puede empeorarlo principalmente debido a los efectos secundarios, como por ejemplo el insomnio y la falta de apetito. (Galland, Tripp y Taylor, 2010)

¹⁶ Para una explicación detallada de los efectos secundarios desde la neurología ver Breggin (2001)

1.3 El TDA/H y la Ritalina en Costa Rica.

En Costa Rica, es desde los hospitales en que se empieza a abordar el TDA/H. En nuestro país es específicamente en 1973 que se establece un equipo interdisciplinario para “el manejo del niño hiperactivo y el niño con problemas de aprendizaje”. (Corao y Mora, 1998, pp 8). Este equipo estaba conformado por el Servicio de Neurología, el servicio de Psiquiatría y la Escuela del Hospital Nacional de Niños. Posteriormente, en el año 1986, se integra una pediatra desarrollista al Servicio de Neurología y se inicia la atención del TDA/H.

Tres años más tarde, en 1989, se inicia en el mismo hospital el programa de atención a niños siendo encargado de esto principalmente Luis Diego Herrera y Maritza Orlich. (Orlich, citada en Corao y Mora, 1998). En el año 1992 se consolida en el Hospital Nacional de Niños la Unidad de Desarrollo y Conducta del Niño en el Hospital Nacional de Niños. (Quesada, 1992, pp 8), esta instancia pertenecería al equipo anteriormente mencionado y a la escuela ubicada en el hospital, la cual pertenece al Ministerio de Educación Pública. Esta escuela, cabe mencionar, coordinaba la atención de niños con problemas de aprendizaje y Déficit Atencional, además de brindar talleres a padres y capacitación a profesionales.

Para ese mismo año se funda la Asociación Pro Desarrollo del Niños (APRODENT), de carácter privado y avalada por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Esta asociación buscaba apoyar los programas de la Unidad de Desarrollo del Hospital Nacional de Niños anteriormente mencionados.

En 1996 un conjunto de padres y profesionales del área de la salud crean la Fundación DA, dicha organización- vigente hasta el día hoy- se encarga de dar talleres, charlas y producir boletines informativos. Dicha organización sigue la línea médica que entiende el déficit como “trastorno conductual de origen neurobiológico y un fuerte componente genético” (Fundación DA, S.F); siguiendo en su página de internet se lee que: El TDA no es causado por alergias alimentarias, problemas familiares, una mala educación, malos profesores o escuelas inefectivas, aunque estas condiciones sí pueden empeorar los síntomas (...) Se han demostrado factores de origen hereditario (es decir, no adquiridos en el curso de la vida del individuo) en un 80 % de los casos” (Fundación DA, S.F). Por otro lado, Ocampo y Aguilar (2004) afirman que para este mismo año 1996, el psiquiatra Luis Diego Herrera Amighetti era el único que investigaba sobre el TDA, pues este tema no estaba en el currículum de las carreras universitarias correspondientes.

Cabe notar que a inicios de la década de los noventa se da un incremento vertiginoso de la prescripción de la Ritalina, aumentando esta en un 500% en tan solo cinco años, pasando así de 267000 tabletas distribuidas en 1990 a 1 438 530 (Gutiérrez, 2009); de ellas, el 57 por ciento fueron suministradas por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el 43 por ciento por clínicas y farmacias privadas (Solís, 1997). Asimismo en la provincia de San José 1996 al 2002 la proporción de metilfenidato prescrito aumentó seis puntos porcentuales (Santamaría, 2007).

Para el año 2001 el total de cajas de pastillas (con 30 pastillas cada una) dispensadas fue de aproximadamente 50 mil, valores muy cercanos a los de 1995. Un año después un informe del Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud

afirman que durante el 2002 un 71% del total de consultas de niños/as y jóvenes al servicio de psiquiatría infantil correspondió a niños/as en edad escolar, siendo el déficit atencional el principal motivo de consulta en un 49,8% de los casos (OPS & Ministerio de Salud, 2004).

En 1997 aparece en el periódico La Nación la primera noticia que hace referencia a la Ritalina y el Déficit de Atención denominada: Ritalina ¿Droga mágica? En esta nota se cuestiona el uso excesivo de la Ritalina y las cifras anteriormente citadas. Un año después aparece la noticia: “Ritalina conduciría hacia Adicción. Podría ser antesala de la cocaína” en esta se retoma un estudio hecho en Londres, en el cual dieron seguimiento a 5000 jóvenes que por algún tiempo utilizaron metilfenidato, determinando que los niños que consumieron el fármaco son más propensos a fumar y a consumir cocaína. En la misma noticia participa el viceministro de Salud y el psiquiatra José Luis Salas Jeréz pidiendo ser críticos y cautos con estos resultados.

Dos años después, en el 2003 aparece la noticia “ Atención a la Ritalina”, en esta se hace una crítica al uso excesivo del fármaco y a la concepción reduccionista que lo sustentaría, tras lo cual se intenta explicar socioecológicamente el sobrediagnóstico: se habla de los juegos de videos, las altas expectativas familiares, la presión sobre los/as niños/as, y en fin, de que vivimos en una sociedad hiperactiva. Se recurre nuevamente a Luis Diego Herrera Amighetti, Jaime Fornaguera del Programa de Neurociencias de la UCR y a Yazmin Jaramillo jefa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional de Niños.

En el año 2004, el periódico La Nación, en coordinación con el Ministerio de Salud, crea un fascículo fruto de la investigación: “Dispensación de Ritalina en Costa Rica: 2001-

2002". Esta investigación arroja datos interesantes: el 70% del metilfenidato se dispensó en San José, y es en las provincias más rurales, Guanacaste, Puntarenas y Limón en que menos se prescribió. Por otro lado el 69% del medicamento es distribuido por la CCSS y el consumo de este aumenta en abril, mayo y octubre, en que la actividad escolar es más intensa y el fracaso escolar empieza a hacerse evidente. (Santamaría, 2004).

En el año anterior (2012) el primero corresponde a la noticia aparecida en agosto titulada: Escasez de Ritalina preocupa a los padres". Se cuenta en la noticia que varias familias se muestran preocupadas por el futuro escolar de sus hijos/as ya en que la CCSS se agotó el medicamento. Una madre afirma que "(su) pequeño está a punto de perder el año ya que no volvió a tomarlo (el metilfenidato)" y Asimismo una especialista afirma que: "el fármaco es la única forma en la que los niños con este trastorno pueden estudiar" (Valverde, 2012). Cabe notar con exactamente la misma problemática apareció en el 2004.

Por último, el segundo evento que nos hace creer que de nuevo, como a finales de los noventa e inicios de la década pasada, resurgen los debates y las discusiones en torno al TDA/H y su medicación es el reportaje realizado por Siete Días sobre la Ritalina. En este programa diferentes especialistas opinaron específicamente sobre el fármaco, siendo divididos en contra y a favor del medicamento. En contra consultaron a Javier Badilla (Programador Neurolingüístico), y a Dulce Sangil Caballero (Psicopedagoga). A favor del fármaco intervinieron Max Figueroa (Psiquiatra del Hospital Nacional de Niños) y David Luna (Pediatra y Psiquiatra). En dicho programa también aparecen testimonios de dos niñas, una opina a favor y la otra opina negativamente. El debate se enfocó en el uso o no

del fármaco, terapias alternativas y en los efectos secundarios, sin llegar a ninguna conclusión provisoria.

1.4 No todo está en los genes: explicaciones alternativas al TDA/H

Desde diferentes disciplinas también se le significa y da explicación a los comportamientos y conductas que se le atribuyen al TDA/H. Como se ha explicado, algunos de estos enfoques no construyen de la misma forma que la psiquiatría el TDA/H, de hecho algunas posturas niegan que el cuadro exista de la forma en que se delimita en el DSM IV, ahora bien estos enfoque no niegan las dificultades que presentan niños y niñas para mantener la atención, inhibir movimientos, controlar el cuerpo, la agresividad, etc.

Las alternativas en torno al paradigma biológico del TDA/H se pueden dividir en tres:

- 1) **Explicaciones centradas en el aprendizaje**, procesos de educación y los procesos de atención. En estas encontramos los aportes de teóricos de la escuela de Vigotsky y la psicología histórico-cultural, Piaget, la psicopedagogía e incluso la psicología social.
- 2) **Explicaciones centradas en la subjetividad, la afectividad, los conflictos y malestares psíquicos** de las/os niños/as. Se hace mayor énfasis en la actividad corporal, la llamada “hiperactividad” y la agresividad. En estas encontramos las aproximaciones psicoanalíticas y psicodinámicas.
- 3) **Explicaciones situacionales**: hechos emergentes, accidentes y que no necesariamente parten de un paradigma o corriente teórica.

1.4.1 EL TDA/H: desde una perspectiva educacional.

“Podría resultarnos productivo dedicar menos tiempo a explorar los déficits cognitivos como un trastorno clínico y más tiempo a considerar el lado positivo del modo en que algunos chicos con TDA/H prestan atención o emplean sus mentes.

Thomas Armstrong (2001)

Armstrong (2001) describe distintas perspectivas (cognitiva, educacional, sociocultural, psicoafectiva, evolutiva) desde las cuales se puede dar una explicación diferente al paradigma biológico del TDA/H. Desde la perspectiva de Armstrong, a veces los niños con TDA/H son confundidos con:

- a) **Niños/as Creativos/as:** Según el autor muchos niños diagnosticados con TDA/H son simplemente niñas/os creativas/os, así Armstrong (2001) se hace la pregunta de sí : *¿podría ser que estemos patologizando la conducta creativa al definirla como TDA/H?* Él indica que se podría responder que los/as niños/as creativos elaboran productos y resuelven problemas mientras que niños con TDA/H no producen nada. Sin embargo esto podría debatirse al observar que la educación y el aula tradicional no refuerzan la parte artística, sino que incluso la dificultan. La confusión entre niños creativos y niños con TDA/H ha sido tal que autores como Hallowell y Ratey (1994, citados en Armstrong, 2001) propusieron un subtipo “creativo” del síndrome.
- b) **Inteligencias Múltiples:** Armstrong retoma la teoría de las inteligencias múltiples de Howard Gardner y sostiene que el concepto de inteligencia y de atención es limitado y debe tener apertura hacia otras formas de inteligencia (artística, musical, corporal, naturalista) Para el autor muchos niños “rotulados” con TDA/H y problemas de aprendizaje pueden tener dificultades de aprendizaje ya que no se toman en cuenta las inteligencias que ellos tienen desarrolladas.
- c) **Niños con Atención incidental:** Algunos niños/as no pueden concentrarse en lo que dice la docente, sin embargo están totalmente atentos a lo que sucede a su alrededor,

son chicos que están constantemente observando su entorno, las paredes, a lo que ocurre en el pasillo, en la calle. Según Armstrong (2001) resultados de investigaciones han demostrado que estos/as niños/as puede utilizar la atención incidental en el procesamiento cognitivo de muchas formas.

1.4.2 Interacción, situación social del desarrollo y ZDP: claves vigotskianas para entender el TDA/H:

El modelo patológico individual de TDA/H (Terigi, 2006) también recibe críticas desde el paradigma vigotskiano. Como es bien sabido, el paradigma dominante del TDA/H se basa en una visión estática y lineal sobre el desarrollo humano (Timimi, 2004), visión que es rechazada desde los aportes de la teoría vigotskiana.

Dentro del constructivismo vigotskiano hay tres conceptos que resultan clave: Situación social del desarrollo, Zona de Desarrollo Próximo, e interacción. Estos conceptos sin duda nos revelan una visión sobre el aprendizaje y el desarrollo distinta- tanto en sus supuestos epistemológicos como en su forma de diagnóstico- a la que subyace en la corriente dominante del TDA/H.

Baquero (2000) apoyándose en la teoría vigotskiana, ha sido enfático en que los paradigmas convencionales suelen naturalizar las particularidades concretas en las que se lleva a cabo la situación escolar. Él autor ha sido totalmente crítico de la concepción de *educabilidad*, es decir “*a la identificación en el sujeto de condiciones que lo harían pasible de ser educado, con independencia de las condiciones en que tiene lugar la educación*” (Terigi, 2006, p 37). Desde la perspectiva situacional se rechaza la existencia de

capacidades individuales que puedan evaluarse sin tomar en cuenta las situaciones sociales y particularidades contextuales.

En contraposición a una visión del desarrollo en el que el sujeto queda atascado en etapas, Vigotsky propone que hay Zonas de Desarrollo Próximo, en las que hay un estado del desarrollo en el que el individuo se encuentra, pero también hay un desarrollo potencial al que el sujeto puede llegar según las herramientas y la ayuda de otros. Esto último es de suma importancia, puesto que siempre se contempla la acción de otros, digamos adultos o compañeros, en el proceso de enseñanza y *andamiaje*. Así, el contexto, las situaciones en que ocurre el aprendizaje y las personas que los guían serán fundamentales en el tipo de desarrollo y capacidades que vaya desarrollando un niño.

También son de importancia los planteamientos de Vigotsky sobre lo que él denominó como situación social del desarrollo, término que en muy resumidas cuentas hace referencia a la interacción que mantiene cada sujeto y cada edad con la cultura. Desde Vigotsky el aprendizaje ocurre siempre en dos escenas, primero en una externa que es social y luego una interna, que es el producto de las interiorizaciones que hace el niño según su edad.

Específicamente sobre el TDA/H, Rodríguez (2004) investiga la relación entre este trastorno y el funcionamiento ejecutivo desde una línea vigotskyana reportando déficits en funciones que tienen que ver con la memoria de trabajo, la organización, la planificación y el lenguaje pragmático.

Desde el paradigma histórico-cultural son varias las críticas que se pueden hacer al paradigma patológico y deficitario del TDA/H (Baquero, 2006):

- 1) **El diagnóstico:** Desde la postura situacional no habrían diagnósticos sino pronósticos (Terigi, 2006). Tampoco podrían hacerse diagnósticos sobre la *educabilidad*. (Baquero, 2006). Asimismo a la hora de hacer tests y pruebas se le daría especial énfasis al proceso y las estrategias que utiliza el/la niño/a y no solo a los resultados (D' Antoni, 2009). Además se utilizarían una amplia gama de pruebas, unas que podrían hacerse con ayuda de un adulto.
- 2) **El TDA/H:** La mirada no caería solo sobre el alumno, no es que un niño tenga un déficit y pocas capacidades para ser *educado*. Recaería la atención sobre la interacción del niño con su situación, con el aprendizaje, y con el espacio escolar. Baquero (2009), Terigi, (2006), Rodríguez, (2004) D'Antoni (2009, 2012), entre otros erigen fuertes críticas al sistema escolar desde el paradigma histórico cultural, una de las principales críticas es que la escuela genera las propias condiciones para que muchos/as niños/as fracasen¹⁷.
- 3) **Farmacoterapia:** Se critica que el único tratamiento sea el medicamentoso. Si el déficit no está únicamente en los niños/as se debe de crear nuevos ambientes y situaciones de aprendizaje. Ya no se trata únicamente de formas de enseñanza, sino que las docentes, construyan las condiciones y herramientas para el desarrollo y aprendizaje.

La mirada situacional entiende que los procesos de desarrollo y aprendizaje son a la vez procesos sociales e individuales. Una cita de Baquero nos ejemplifica lo anterior:

La actividad intersubjetiva mediada semióticamente aparece como núcleo en la explicación del desarrollo: es decir no puede plantearse la constitución de un sujeto humano más que sobre la base de la participación del cachorro humano en situaciones sociales, en las relaciones con otros mediadas por el lenguaje. La actividad intersubjetiva es primera y explica la posibilidad de constitución de un sujeto... En tal sentido, aunque parezca difícil de intuir para la perspectiva clásica tan enraizada en nuestro sentido común, la actividad intersubjetiva es primera y explica la posibilidad de constitución de un sujeto. (Baquero, 2006, p 41).

¹⁷ Tomemos por ejemplo la *homogeneidad* pedagógica en la que, se les enseña a un grupo con una amplia diversidad de personas con los mismos medios. Es decir medios homogéneos para una población altamente *heterogénea*. (Baquero, 2006)

Asimismo este autor refiere que el TDA/H es una nueva forma que tiene el dispositivo escolar para significar la inatención y las diversidades en las escuelas. Baquero (2009) critica que la falta de atención es leída como una diferencia en el grado de desarrollo evolutivo de los niños y niñas y que de esa manera adquiere un carácter patológico e individual.

1.4.3 El déficit de atención y la hiperactividad como síntomas de conflictos subjetivos: la aproximación psicoanalítica.

todo niño es un sujeto en devenir... un psiquismo en estructuración. Estructuración que se da en un contexto social determinado y en vínculo con otros humanos
B. Janin (2005)

Las aproximaciones psicoanalíticas al tema del TDA/H son vastas y realmente complejas (Janin, 2005, 2011, Daiber, 2011, Untoiglich, 2005, 2009, Bleichmar, 2010, Tubert, 2010, Fernández, 2008). Desde el enfoque psicoanalítico no se niegan las evidencias neurológicas que existen sobre el TDA/H, pero sí se problematiza la facilidad con que se hacen los diagnósticos, el rechazo a las explicaciones psicológicas y sociales, y el predominio y masificación de la farmacoterapia. Estas posturas psicoanalíticas entienden el paradigma biológico del TDA/H como parte del proceso de la patologización de la infancia y medicalización de la vida cotidiana.

Las diferencias epistemológicas entre el paradigma biológico y el psicoanálisis son varias. Los enfoques psicodinámicos y psicoanalíticos complejizan el TDA/H analizando no solo al niño, sino intentando entender los factores culturales, sociales y simbólicos en los que están insertos las escuelas, los niños y las familias. Otra diferencia importante es el

cómo se concibe la niñez y los diagnósticos. Para el psicoanálisis un/a niño/a es una subjetividad en construcción y estructuración por lo tanto no se puede hacer un diagnóstico que sea para toda la vida, esto sería más bien una “etiqueta”. De igual forma el psicoanálisis problematiza la necesidad de hacer diagnósticos, pues estos pueden convertirse en parte de la identidad y subjetividad de las personas y marcar sus vidas.

Otra diferencia sustancial es que desde el psicoanálisis no hay un solo tipo de atención ni de hiperactividad, sino que habría varios tipos y distintas expresiones, muchas de estas serán expresiones de las conflictividades y los malestares subjetivos.

1.4.3.1 La falta de atención desde el psicoanálisis.

Desde el psicoanálisis se le presta especial atención a cómo se va construyendo el sujeto a partir de la mirada, el deseo de los otros y las experiencias de vida. Lamentablemente omitiremos, por cuestiones de espacio, las teorizaciones que se hacen desde el psicoanálisis sobre la atención. No obstante resumiremos algunos conflictos psíquicos y estructuraciones subjetivas que pueden provocar dificultades en la atención según las identifica Beatriz Janin (2005¹⁸).

- a) **El niño “dormido”:** Hace referencia a niños/as que tienen o han tenido estados autistas. Estos niños están reclusos en su propio mundo, tienen una evasión a los estímulos ya que estos se perciben como peligrosos. Hay una retracción hacia la nada, y una imposibilidad de investir afectivamente los objetos.
- b) **El niño que no escucha porque “ya lo sabe”:** Este será, según Janin, un/a niño/a que no podría soportar una fractura narcisista. Es decir no se puede enfrentar al aprendizaje

¹⁸ En este espacio solo haremos un breve resumen, para obtener una visión más amplia tanto de las explicaciones psicoanalíticas así como de las intervenciones posibles remitirse al libro de Janin (2005).

en tanto este, con la dificultad que trae puede implicar una herida narcisista. Hay niños, explica Janina, que no toleran no saber.

- c) **El niño triste:** En estas ocasiones pueden existir retracciones debidas al duelo. En palabras de Janin: *es claro que si un sujeto está en proceso de duelo no podrá atender... el duelo exige una disponibilidad de investiduras casi total, por lo que aquello que no esté vinculado con el objeto perdido suele caer fuera de la atención del sujeto* (Janin, 2005, p 64).
- d) **El niño que juega:** Se trata de la retracción a un mundo fantasmático. En algunos casos son niños que se refugian en la fantasía. Puede ser que el mundo escolar, le resulta insatisfactorio, peligroso o es una amenaza a su narcisismo. Hay que recordar que el aula es el lugar en donde ellos son juzgados, comparados, y juzgados. Esta retracción puede culminar en el jugar, dibujar, contar historias, poemas, es decir en creatividad, pero también puede ser una vuelta al vacío, un acción sin objetivo.
- e) **El niño en permanente estado de alerta:** En lugar de déficit de atención estos niños tiene una sobreatención, se trata de una atención no focalizada sino errátil, que va de un lugar a otro, de un objeto a otro. Son niños que están alertas sobre lo que pasa a su alrededor. Estos niños pueden confundirse con aquello que definimos anteriormente como atención incidental, pero en esta ocasión su sobreatención es producto, muchas veces, de situaciones de violencia. No se trata de una atención sino de un estado de sobre alerta.
- f) **El niño de pensamiento confuso.** Son niños/as que confunden deseos y realidad, y estímulos y pulsión, es frecuente que manifiesten una gran labilidad en su acercamiento al mundo, en sus vínculos y en su modo de expresar afectos.

Para el psicoanálisis la no atención es imposible, siempre se le prestará atención a algo, ya sea un estímulo interno o externo. El problema sería que no se le presta atención a la materia escolar o a lo que los adultos pretenden que se ponga atención. Janin rescata que para una óptima atención el niño debe diferenciar estímulos y pulsión, construir al yo y al

objeto en los avatares pulsionales pasividad-actividad, unificarse narcisísticamente, poder investir libidinalmente los objetos, soportar la castración y sostener los deseos y mediatizarlos.

1.4.3.2 La hiperactividad desde el psicoanálisis.

La hiperactividad como el déficit de atención son *síntomas* que remiten a *otra escena*, que manifiestan al tiempo que encubren conflictos que *a priori* desconocemos y que se deben investigar. No son elementos aislados sino que deben comprenderse en relación con la personalidad del niño, su historia y su ambiente
Tubert (2010).

Janin diferencia dos tipos de sobreactividad: 1) Un niño que se mueve mucho, pero con objetivos claros, es decir un niño cuyo despliegue motriz está ligado a objetivos. Se trata en este caso de un niño vital, en que la acción predomina sobre la palabra. Estos niños pueden considerar a la escuela como aburrida y ser diagnosticados de TDA/H, en palabras de Janin: *es frecuente que estos niños sean sancionados por aquello que es justamente una característica de la infancia: la vitalidad, el movimiento, el salto de un tema a otro, llamar la atención de los adultos, hacer ruido, la no aceptación inmediata de las órdenes de los adultos, entre otros* (Janin, 2005, p 74).

Ahora bien, hay otro grupo de niños en que prevalece un movimiento desorganizado, que no sirve como acción específica, y que en lugar de producir placer y descarga de tensión produce ansiedad, se trata de una acción sin meta, ni objetivos. Estos/as niños/as no pueden detener el movimiento por sí solos.

Desde esta perspectiva la hiperactividad, es decir ese exceso de movimiento sin meta, es un indicio, una señal de conflictos psíquicos. Muchas de estas conflictividades no

pueden ser puestas en palabras, escapan al lenguaje y la simbolización, por lo cual se expresan a través del cuerpo.

Janin (2005 b) describe distintos tipos de motricidad:

- a) **Motricidad como descarga violenta:** Es una motricidad desprovista de significatividad simbólica. Implica la imposibilidad de procesar las exigencias pulsionales.
- b) **La motricidad como pensamiento en acción.** Se trata de un lenguaje-acción.
- e) **La motricidad en forma de procedimientos autocalmantes:** se trata de movimientos cuya meta es neutralizar las tensiones demasiado intensos.
- d) **La motricidad como dominio de la realidad, transformación del contexto y de uno mismo.**

Este tipo de motricidades pueden ser el resultado de distintos determinantes¹⁹ y pueden combinarse en el mismo sujeto. Entre algunos de los determinantes de la hiperactividad señalados por Janin (2005) encontramos, en lenguaje psicoanalítico-lacanian, los siguientes

- a) Lucha contra deseos mortíferos.
- b) Fracaso y rupturas en el pasaje de la pasividad a la actividad.
- c) Fallas en la constitución de actividades fantasmática y oníricas.
- d) Trastornos en la constitución del yo.
- e) El mandato de mantener despierto y con vida a uno de los progenitores.
- f) Trastornos en la constitución del super yo.
- g) Dificultades para armar redes representacionales que frenen el devenir pulsional.

¹⁹ Para profundizar sobre la hiperactividad desde el psicoanálisis, revisar Janin (2005b)

Al igual que en el paradigma biológico del TDA/H y los principios de Barkley, la atención y la hiperactividad se ligan y puede que una provoque la otra, o bien sean producto de los mismos determinantes.

Asimismo desde el psicoanálisis se entiende que cada vez hay más niños desatentos e hiperactivos pero que eso no necesariamente implica un cuadro patológico y un trastorno médico, sino que más bien se tratan de respuestas a la contemporaneidad, a la vida rápida, *la cultura del zapping* los cambios en los vínculos familiares, el uso excesivo de videojuegos, el anacronismo de la escuela, las exigencias de status hacia los niños, la violencia, la pobreza, la caída de las instituciones del estado, entre otras. (Janin, 2005).

1.4.4. Explicaciones Situacionales sobre el TDA/H

En este apartado no debemos confundir el término situación con el uso vigotskiano que le hemos dado anteriormente, aquí hacemos referencia a aquellos accidentes, estilos de vida, condiciones materiales, y diversas situaciones por las que atraviesan los/as niños/as que pueden generar conductas asociadas al TDA/H. Estas son explicaciones sobre las conductas típicas de TDA/H que no tienen como punto de partida las características del niño/a, sus conflictos psíquicos o las particularidades de su ambiente escolar.

Entre algunos factores de riesgo citados en Perlman (2001) y Tallis (2005) encontramos:

- Hidrocefalias.
- Apneas.

- Hipotiroidismo.
- Hiperbilirrubinemia
- Exposición a plomo
- Exposición a glucocorticoides
- Pobreza.
- Violencia Domestica.
- Estrés.
- Ansiedad.
- Pobre interacción con la madre.
- Ruidos constantes.
- Sobre exposición a estímulos audiovisuales (televisión, videojuegos, computadora).
- Ruidos constantes.
- Urbanismo que dejó a los niños sin espacios amplios.
- La pérdida de la calle como espacio para jugar.
- Aulas en malas condiciones.
- Escuelas con hacinamiento.
- Iluminación excesiva.
- Mala nutrición.

1.5 Críticas al modelo médico del TDA/H.

1.5.1 El TDA/H como construcción sociocultural.

Entre aquellos que defienden el supuesto de que el TDA/H es una construcción sociocultural se encuentran Peter Conrad e Ivan Illich, quienes indican que las conductas hiperactivas siempre han existido pero lo que cambia es la interpretación que se hace de estas así como de los tratamientos que se utilizan.

Desde las ciencias sociales, entre ellas la psicología social, se ha intentado explicar básicamente dos cosas 1) El comportamiento hiperactivo como resultado de lo social, cultural y familiar y 2) La reacción a esos comportamientos: El auge de la medicalización del TDAH, el sobrediagnóstico actual y el uso excesivo de psicofármacos.

Este primer grupo de hipótesis hace énfasis en que las conductas hiperactivas han sido necesarias para la evolución del ser humano, y que aun hoy en día son necesarias. Es decir los seres humanos no estamos diseñados para pasar largos tiempos sentados, o prestando interés a cuestiones a las que no se les haya algún sentido. (Baughman, 2009). Por otro lado, algunos teóricos intentan explicar “las conductas hiperactivas” como el resultado de diversos procesos sociales y culturales. Por ejemplo se afirma que la sociedad actual al estar llena de estímulos visuales, sensoriales, rápidos y efímeros crean de cierto modo a los niños hiperactivos. Siendo esto así, el problema radicaría en que la escuela funciona exactamente en lo contrario: poca actividad motriz y corporal, estímulos estáticos, pocas imágenes dinámicas, entre otros. En este sentido la sociedad crea niños/as “hiperactivos/as”, pero no escuelas “activas”. El otro grupo de hipótesis hace referencia a los procesos de medicalización y psicopatologización.

1.5.2. Medicalización de lo cotidiano y patologización de la infancia.

La medicalización es el proceso por el cual los problemas inherentes a la existencia humana, así como los comportamientos a-normales o indeseables socialmente, se convierten en problemas médicos y entran en jurisdicción del poder de la medicina. (Conrad, 1982; Illich, 1997)

Conrad (1982), quien tomó la hiperactividad como caso paradigmático de la medicalización, identifica ciertas condiciones para que una o un grupo de conductas sean medicalizadas:

- 1) Que el comportamiento sea definido por algún campo (medicina, psiquiatría, sistema educativo) como "a-normal" y problemático.
- 2) Que formas previas o tradicionales de control social sean consideradas incipientes (p.ej psicoterapias, castigos)
- 3) Disponer de alguna forma médica de control o tratamiento (p.ej la Ritalina)
- 4) La presencia de algunos datos orgánicos ambiguos que expliquen el comportamiento
- 5) Que la clase médica acepte que tal comportamiento entre en su jurisdicción (p.ej el DSM)
- 6) Que un conjunto de instituciones se vean beneficiadas (escuela, familia). Para este autor la medicalización encontrará campos fértiles en las lógicas individualistas y de consumo de los países occidentales.

Cómo se observa, en el paradigma del TDA/H se cumplen estas 6 condiciones, en tanto se trata de comportamientos que antes se consideraban no aceptados socialmente, en los cuales han existido formas previas de castigo, y que ahora hay formas médicas para tratarlo, y que eventualmente un conjunto de instituciones pueden salir favorecidas. Ahora bien, esto no quiere decir que todo diagnóstico, o todo especialista que lleve uno a cabo, lo haga bajo una lógica medicalizante de control social.

Con Patologización de la Infancia se hace referencia al proceso por el cual un conjunto de conductas y formas de ser propias de la infancia (hacer ruido, tener una atención difusa, correr, gritas, oponerse a los adultos) se consideren patológicas y se tratan como trastornos médicos²⁰. Las teorías de la medicalización y de la patologización denuncian el papel que ejerce el complejo farmacéutico en la expansión de las patologías²¹ y de cómo estas empresas se benefician de la expansión de los trastornos.

1.5.3 Más allá de la medicalización

Para Nikolas Rose —experto en bioética de tradición foucaultiana- la *“medicalización se ha vuelto un cliché de análisis social crítica”* (Rose, 2007a, p 700). Rose levanta varias críticas hacia las teorías de la medicalización, pero siempre partiendo del hecho de que hay que estudiar el poder médico y la biopolítica actual.

Sin embargo el autor inglés no está conforme con las críticas propuestas por Conrad e Ilich por varias razones. Una de estas es que las teorías medicalizadores parten de una concepción de poder vertical, y asumen que hay una posición pasiva por parte de los “medicalizados”. Además de esto, según Rose, la medicalización confunde diferentes formas del poder médico (salud pública, preventiva, paliativa y psicofarmacológica).

Este autor también problematiza el gran poder que se le otorga a las casas farmacéuticas. Desde el enfoque de la medicalización, principalmente Szasz, el poder farmacéutico “inventa desordenes y enfermedades”, pero según Rose, lo que sucede más bien es que las empresas

²⁰ En Latinoamérica, principalmente en Argentina y España se han formado colectivos en contra de la medicalización. En la página www.foruminfancias.org.ar se puede encontrar información sobre la medicalización y patologización de la infancia.

²¹ Para un excelente análisis de cómo funciona el *big pharma* revisar el libro de la doctora Marcia Angell: *The Truth about the drug companies*.

farmacéuticas saben leer los deseos de la gente, identificar potenciales consumidores y crear así productos. Esto no es un proceso vertical, sino de mutuo acuerdo en donde se ligan *“las esperanzas subjetivas y las insatisfacciones de la gente con las supuestas capacidades que tiene una droga”*(Idem, p 702). Para Rose la medicina crea políticas de subjetivización que *“moldea nuestro regímenes éticos, las relaciones con nosotros mismos, los juicios que hacemos sobre nosotros mismos y la vida que queremos vivir...la medicina nos ha hecho ser lo que somos”* (Idem) Es decir que la medicina de cierta forma ha ayudado a crear identidades, deseos y subjetividades y ya no solo será el poder medico, sino los mismos ciudadanos quienes tiene en su parte en la expansión de los diagnósticos. (Comstock, 2003)

Ahora bien, Rose parte de que a la gente no se le obliga ni se le impone un diagnóstico ni a tomar fármacos, sin embargo él mismo brinda excepciones: niños, prisioneros, pacientes psiquiátricos si serán víctimas de un proceso vertical de medicalización. En el caso del TDA/H a los niños si se les obliga al uso de los fármacos, pero lo apuntado por Rose nos puede ayudar a explicar la relación que tienen los padres con el fármaco, relación que está medidado por desos miedos y afectos.

1.5. 4 Otras críticas al modelo TDA/H:

- No hay métodos objetivos para diagnosticar el trastorno. No se pueden hacer mediante ultrasonidos, resonancia magnetica u otros métodos. Asimismo tampoco hay marcadores biológicos del déficit. (Tuber, 2010, Fornaguera, 2009, Singh, 2012 , Timimi *et Al*, 2004, Tallis, 2005).
- Hay un reduccionismo biológico que invisibiliza otras causas como: el contexto social y económico de los/la niños, sus experiencias vitales, otras enfermedades e incluso malestar psíquico. (Conrad, 1985, Timimi *et al*, 2004, Armstrong, 2006, Janin, 2005, Baquero, 2006).

- Los criterios diagnósticos son vagos, poco definidos y con poca validez. El DSM no va más allá de una lista de síntomas. Casi todos/as los/as niños/as presentan los síntomas descritos en el manual.(Cardo & Severa, 2006, 2008)
- Los diagnósticos se hacen de forma rápida y no son muy precisos. (Tubert, 2010, Breggin 2001, Cohen 2006)
- El DSM-IV no cuenta con altos estándares de validez y además, solo identifica y enumera síntomas sin darle ninguna explicación. (Cohen, 2006)
- El tratamiento usualmente se reduce a la toma de pastillas. El uso de las pastillas puede apaciguar los síntomas del TDA/H y a la vez encubrir otras problemáticas que provocan dichos síntomas.
- En algunos casos metilfenidato se utiliza como psicofarmacología cosmética. (Echarte, 2009)
- La Ritalina tienen efectos secundarios desagradables para las y los niños. Se corre el riesgo de que estos efectos sean graves y o bien que interfieran con el rendimiento académico.
- El paradigma TDA/H naturaliza y legitima las relaciones de poder asimétricas y a veces abusivas entre niños y adultos. (Jacobson, 2006)
- El paradigma TDA/H naturaliza las condiciones de la enseñanza y métodos inapropiados del sistema educativo. (Baquero, 2009, Terigi 2004)
- La visión del TDA/H se basa en un modelo de desarrollo lineal y mecánico, que bien es confundido con cuestiones ideológicas, a la vez que se omiten otros modelos de desarrollo.
- Al ser el niño la “unidad de análisis” de su aprendizaje y sus dificultades el paradigma del TDA/H (Armstrong, 2006) naturaliza las prácticas educativas de hoy en día, invisibiliza el carácter ideológico y cultural de la educación (Althusser, 1985, Baquero, 2006, McLaren 2005, Giroux, 2007) así como su inherente necesidad de que algunos niños fracasen. (Bourdieu)

- Hay muchas teorías, paradigmas y enfoques que son mas integrales y explican los síntomas asociados al TDA/H. Enfoques como el vigotskiano y el psicoanálisis, así como los llamados ecológicos, son realmente necesarios a la hora de entender la atención y la hiperactividad.
- La Ritalina en algunos casos se utiliza como una forma de castigo, de disciplinarización y de normalización social.
- El diagnóstico de TDA/H puede brindar “confort cognitivo” en tanto las familias, las madres y las escuelas se quitan responsabilidad sobre lo que le ocurre a sus hijos. (Smith, 2009).

Capítulo 2.

Construcción de los casos de estudio.

2.1 Susana, Andrés, Pedro, Daniel, Marcela y Marco van al doctor

Aunque este proyecto no se propone realizar historias de vida, haremos una pequeña reconstrucción de la historia de vida de Pedro, Daniel, Marco, Marcela y Susan en la que se le dará especial énfasis a los motivos y razones que llevaron a sus familiares a realizar una consulta médica/psiquiátrica. Ahora bien, ya que cada historia es única y particular, las presentaremos por separado para luego analizarlas de un modo más general permitiéndonos encontrar divergencias y convergencias.

Lo que nos interesa en este capítulo no es el proceso diagnóstico como tal, sino lo que ocurrió antes buscando así cumplir por lo menos dos objetivos: 1) Construcción de la historia de los niños y las niñas, para así tener una panorámica global de su experiencia que nos permita tener más elementos para el análisis y el abordaje integral de la problemática 2) Visibilizar cuáles son los distintos personajes, discursos y dispositivos “que entran en juego” y que dan como resultado el diagnóstico de TDA/H y el establecimiento del tratamiento respectivo.

Las historias que presentaremos a continuación se remontan varios años atrás, cuando las y los/as niños/as estaban muy pequeños/as, en edad preescolar. Las sospechas de que "algo no está bien" con estos/as niños/as comienzan desde que ellos/as dan sus primeros pasos en el sistema educativo, es decir cuando están en materno, el kínder o en primer grado. Con excepción de Susana, quien tuvo distintos problemas físicos desde su nacimiento, los otros niños no presentaban conductas en sus respectivos hogares que preocuparan a sus padres sino que se

tratan de situaciones problemáticas que sólo empezaron a hacer manifiestas dentro de las instituciones escolares.

Pedro

Pedro tiene actualmente 11 años, reside en Coronado junto a su madre, padre y un hermano que tiene 13 años y que también está diagnosticado con TDA/H y medicado con Ritalina.

Las preocupaciones sobre el actuar escolar de Pedro inician desde que este estaba en maternal. Su maestra -que a la vez también era psicóloga- le dijo a sus padres que “el chiquito tenía problemas, que era muy inquieto” (Padres de Pedro) y les recomendó que le hicieran estudios médicos.

La sospecha inicial no era que Pedro “padeciera” de TDA/H sino que se pensó en el Síndrome de Asperger o Autismo, ya que, según nos cuenta su madre, cuando Pedro “se frustraba, se pegaba mucho en los tobillos...(y si) le cambiaban las cosas de lugar, entonces él se desesperaba y se quedaba sin moverse en un solo lugar, para que no le cambiaran las cosas de donde las tenía” (Padres de Pedro), siendo este el panorama, el niño es evaluado en el Hospital de Niños en donde según su madre: “salió que tenía Déficit Atencional...porque una persona, dice la doctora, que tiene autismo es muy ordenada y Pedro es muy desordenado” (Padres de Pedro). Junto con el diagnóstico se le recomendó darle Ritalina ya que “él es muy inquieto y no se logra concentrar lo suficiente”. (Padres de Padre).

Cuando todo esto sucede Pedro tiene apenas 5 años con 4 meses. Debido a su corta edad “la doctora dijo que había que dejar un proceso porque a él se le hizo muy pequeñito y no están capacitados para tomar la pastilla hasta que empiecen a leer, a escribir”. Es decir, ya antes de que

el niño entrara a la escuela, se tenía indicado que debía tomar Ritalina. Mientras tanto- a falta de pastilla- la orientadora del kínder y posteriormente la maestra del primer grado le hicieron un cartelito en el que los días en que se “portaba bien” le ponían una carita feliz o una estrella, al final de la semana si juntaba 5 de estas, es decir si se portaba bien todos los días, recibía un premio.

Durante el primer grado Pedro presenta otra dificultad, esta vez relacionada a la lecto-escritura, cuenta su madre que: “se equivocaba mucho, escribía en espejo (...) las palabras totalmente al revés (...) era como una dislexia (...) creíamos que el problema lo traía por ser zurdo (...) luego él se estresaba y decía ‘no puedo, es que así no puedo’” (Padres de Pedro).

Aún así, Pedro logra aprobar el primer y segundo grado escolar, debido en gran parte al apoyo y buena atención de su profesora guía, panorama que según sus padres cambia en tercer grado: “como te digo, en primero y segundo estuvo muy bien porque en la profesora tenía el apoyo; pero en tercero y cuarto no.” Es a partir de este momento que Pedro es llevado de nuevo a la consulta médica, específicamente al Hospital Nacional de Niños. Pedro por su parte relaciona directamente este hecho con un cambio negativo en sus calificaciones escolares: “yo me eximí en primero y en segundo y de tercero para arriba solo exámenes y notas malas de 65 y eso y entonces me llevaron al doctor” De alguna forma aquí, la medicina vendría a suplir la falta de un docente que le de apoyo especial al niño.

Pedro va al hospital y ahí se le receta el medicamento: “bueno me llevaron donde un doctor, al hospital de niños y ahora tengo que tomar esa pastilla”. Hoy en día Pedro cursa el 5to grado, cuenta su profesora que él niño se comporta de manera “desafiante” y “contestón”, durante el año de la investigación sus notas bajaron, factor que tanto él como su maestra explican con el

hecho de que su padre ha tenido que realizar varios viajes de trabajo. Su padre es con quien estudia el niño. Pedro por su parte afirma no saber si logrará aprobar el quinto grado, lo cual le preocupa, a la vez que reconoce que estudiar le aburre.

Marco

Marco es un niño de 9 años, vive en Tibás en donde convive exclusivamente con mujeres de mayor edad: su bisabuela, una tía abuela, su tía, y su mamá.

Las sospechas sobre Marco empiezan cuando este tiene apenas dos años, y provienen en mayor parte de su tío:

mi tío habló con una señora, que vive ahí por la casa, que ella trabaja en el psiquiátrico, entonces él le dijo que es que él veía que Marco era muy inquieto...es que él trabaja en las escuelas... es como director...entonces él como ha trabajado con niños, desde pequeñito vio que Marco ya tenía un problema de hiperactividad, entonces fue donde la señora, para ver que me ayudaran a llevarlo al psiquiátrico.” (Madre de Marco)

Siguiendo esta recomendación, su madre lleva a Marco al Hospital Nacional Psiquiátrico en donde el niño asiste a varias sesiones terapéuticas, sin embargo su madre se ve a obligar a escoger entre seguir llevando al niño al hospital o por el otro lado a perder su trabajo por las ausencias laborales que le exigía el llevar a Marco al Hospital, sumado a esto su madre se mostraba bastante escéptica con respecto al proceso: “lo ponían solo a pintar...yo decía: ‘¿yo voy a perder mi trabajo porque nada más el venga a pintar?’, y o sea, estaba tan pequeño, que yo decía ‘¿qué le van a hacer a él si está muy pequeño?’ (Madre de Marco)

Dos años más tarde, cuando Marco tiene 4 años su padre es asesinado en la calle, suceso que, como es de esperar influirá mucho en el niño. El hecho sucede luego de que hijo y padre pasaran

el día en el Parque de Diversiones: “habían pasado todo el día juntos... y al papá lo mataron como a las 7 de la noche” (Madre de Marco). Por esta razón su maestra de kínder le aconseja a la madre llevarlo donde algún especialista:

“cuando el papá muere y ya la niña se dio cuenta de la situación con lo del papá, y fue cuando ella lo refirió a la clínica... la niña de kínder fue la que lo refirió a la clínica, para que lo vieran”

Su madre sigue el relato afirmando que: “entonces ya en la clínica lo empiezan a ver, y entonces ya van viendo que él tiene Déficit, y que necesita la Ritalina” (Madre de Marco). Las consultas se realizan primero en la Clínica de Atención de la Universidad Iberoamericana (Unibe) y posteriormente se envía el informe a la clínica de Tibás en donde lo evalúan y le recetan la medicación. La terapia de duelo se convierte en una promesa que no llega a concretarse: “bueno, en la clínica le iban a dar eso, lo del duelo, pero total no se lo dieron” (Madre de Marco).

La mamá de Marco, las psicólogas y profesoras de la escuela, pensaron que Marco no se iba a ver afectado por la muerte de su padre, ya que esta ocurre cuando el niño era muy pequeño: “es que cuando pasó lo del papá, Marco tenía cuatro años, estaba pequeñito verdad, entonces yo decía “Marco, seguro no se va a acordar ya cuando esté en la escuela”, pero sí”. Hoy en día Marco da muestras de recordarse, y de sentir un malestar psíquico y subjetivo por la pérdida de su padre:

a veces le da que se acuerda del papá, y empieza a hacer dibujos para el papá, y dibuja el papá, o así, viene y me dice “mamá, ¿mi papá me espera en el cielo verdad?”, y cosas así (...)de hecho todavía hay cosas que él dice “uy mamá, yo eso lo hice con mi papá” y que tenía cuatro años. Sí, o digamos, el día que al papá lo mataron ellos andaban en el Parque de Diversiones, y cuando yo lo llevo al Parque de Diversinnes él me dice “mamá, yo me monté ahí con mi papá”, y o sea ya pasaron 5 años verdad (...) Él me ha pedido que lo lleve al cementerio, pero diay, no lo he llevado.

Incluso el niño reconstruye este suceso en una de las entrevistas, evidentemente él no se acuerda del suceso, sino que cuenta lo que su madre le ha contado:

él iba a salir con mi mama, y él llevaba cadenas y unas tennis Nike, entonces dos doblaron, y vinieron unos ladrones, y trataron de quitarles las cosas, entonces él no quería dárselas. Y le sacaron la pistola y él también sacó la pistola, y entonces mi papá le disparó a todos, mi mamá se fue corriendo, y entonces volvió, y él entonces le dijo que atrás había otro, y el otro le dio, y le dispararon atrás. (Madre de Marco)

En primer grado de escuela Marco presentó dificultades a nivel académico y conductual

(en primer grado) él creía que estaba en el kínder pero sólo que más grande. El hombre andaba de fiesta, salía de clase como si nada. Yo tenía, yo en ese tiempo trabajaba de noche, de diez de la noche a seis de la mañana, y tal vez eran las 8-9 de la mañana, y estaba yo tratando de dormirme, y llamaba la niña 'venga por Marco porque ya él no quiere estar aquí...' (Madre de Marco)

Asimismo, quien fuera su maestra guía de ese año nos comenta que:

él llegó con muchos problemas a primer grado, problemas que él salía y entraba muy impulsivo, se iba de la clase, incendiaba los papeles del baño, éste... atrapaba a la compañera de inglés en el aula con los otros niños, no los dejaba salir con un palo... entonces me tenían que llamar a mí, yo tenía que buscarlo, se les escapaba a los de sociales, en el techo, en una baranda, en donde fuera corriendo, entonces es un niño que sí asustaba un poco.

La situación parece ser tal que incluso su madre en distintas ocasiones tenía que quedarse con el niño en la escuela:

Entonces yo venía, me quedaba con él en clases, y yo le hablaba y él: "es que no me gusta", "no me gusta escribir, yo sólo quiero pintar, dibujar"... y yo le decía "no, papí, es que ya usted este año tiene que aprender a escribir, a leer.

Es así como a finales de este difícil primer grado Marco empieza a ser medicado con Ritalina. No obstante Marco, que actualmente cursa el cuarto grado, sigue teniendo las mismas

dificultades y también sigue presentando conductas agresivas. Según cuenta la psicóloga de la escuela, él se ha convertido en “la ovejita negra” de la institución, a punto de que algunas profesoras no quieren que él permanezca en la escuela. En el progreso de esta investigación, a Marco se le recetó también la pastilla Imipramina, pastilla para “la agresividad” según cuenta su madre.

Su madre está realmente preocupada por las conductas agresivas del niño, que ha llevado a que nadie quiera “jugar con él”. El niño pasa mucho tiempo jugando solo en su casa, en la cual no tiene suficiente espacio. Asimismo su madre nos cuenta que sus vecinas no dejan que el niño juegue o esté afuera de la casa:

que él no tiene con quien jugar ni nada...es que donde nosotros vivimos es como la vecindad del Chavo, entonces somos familia, pero como Marco es... inquieto, entonces ya a la otra gente le molesta si Marco sale... es que ya es así, como si fuera el Chavo...si él sale al patio ya están saliendo a ver qué está haciendo Marco, y así entonces a él no lo dejan tranquilo...es feo porque él me dice "mamá, pero es que ¿por qué no me dejan jugar?", y yo le digo "diay papi, es que ellos son así, son unos amargados", porque yo no sé qué decirle a él, ¿me entiende?, entonces él... yo de hecho a él le tengo Play, le tengo DVD, ahora en diciembre le compré un DS, que era lo que él quería. (Madre de Marco)

La situación actual es de bastante complejidad ya que presenta situaciones conflictivas en la escuela y en la casa, además de que parece estar en un proceso de duelo poco elaborado y sin guía. A esto también debemos sumarle las dificultades económicas que llevan a que su madre por motivos laborales no pase mucho tiempo en casa: mi mamá entra en la noche. Casi no está en la casa.

Daniel

Daniel es un niño de 11 años que vive actualmente con sus dos padres y una hermana de 15 años diagnosticada con el Síndrome de Asperger. Las preocupaciones y especulaciones con

respecto al comportamiento de Daniel aparecen desde que el niño estaba en el vientre de su madre, es decir antes de que este naciera.

y digamos la parte del embarazo, yo tuve... síntomas de aborto, entonces tuve que tomar pastillas... habíamos ido donde un homeópata para llevar a María José y me decía: 'oye ese chiquito te va a salir eléctrico' o sea, porque cuando se toma ese tipo de pastillas y todo, salen muy hiperactivos. Y también él fue de cesárea también, que a veces dicen que esas cosas también afectan. (Padres de Daniel)

Cuando Daniel ingresa al kínder aparece otra preocupación más. Según cuentan sus padres el niño tuvo una maestra "muy eléctrica" y de "investigación, todo era de investigar y explorar" (Padres de Daniel). Daniel, afirman sus padres, se volvió desde ese entonces explorativo. Esto al principio como tal no fue un problema ya que era justamente lo que la maestra evaluaba positivamente, no obstante luego en ocasiones a veces hasta a ella "se le salió de los límites... y 'Daniel venga', 'Daniel' y no, tocaban recreo y Daniel al otro lado donde estaban las vacas, donde estaban los caballos...pasaba la cerca" (EP 1), incluso a veces tenían que recurrir a la "hasta la directora (que) lo llamaba y él hacía caso omiso".

Ante esta situación su padre estaba preocupado sobre el futuro escolar de su hijo, pero no tanto en sentido de que el chico "per se" padeciera de algo, sino porque el sistema educativo es muy diferente a cómo fue su preescolar, así el niño no podría adaptarse:

o sea, muy bonito, y súper interesante, y yo sé que eso es lo que a él le gusta ¿pero qué vamos a hacer cuando ya él pase a primer grado? Cuando ya va a ser otra maestra, otros límites y otras cosas, o sea, se nos va a salir de las manos. Y dicho y hecho, verdad (Padres de Daniel)

Las palabras de su padre devienen en una especie de profecía, ya que en el transcurso del primer grado a Daniel le mandan 25 boletas, principalmente por "faltas de conducta, llamadas de atención, y porque tiraba un papel ahí, y porque otro lo llamaba, entonces él se paraba" (Padre de

Daniel). Pero no solo para sus padres resultó difícil este primer grado sino que también para el mismo Daniel, quien “decía: no me dan...denme una oportunidad, es que ustedes no me dan oportunidad, de yo demostrarles a ustedes que no” a lo que sus padres contestaban: “¿qué más oportunidad? 25 veces le han dado oportunidad” (Padres de Daniel). Haciendo referencias a las boletas que recibió el niño en primer grado.

Debido a esta situación, su maestra de primer grado le recomienda a sus padres que le den Ritalina al niño: “Cuando ya él entra a primer grado y ya empieza ese comportamiento ahí, la maestra es la que nos refiere lo de la Ritalina” (Padres de Daniel), siguiendo dicho consejo Daniel es llevado a la clínica de Coronado en donde la doctora le diagnostica Déficit Atencional e Hiperactividad y le receta Ritalina y Epival para el control de la impulsividad. De todos los chicos Daniel es el que inicia el tratamiento a más temprana edad, entre los 7 y los 8 años, y también es el único chico que empieza de una vez con dos psicofármacos distintos. Los problemas que relatan los padres de Daniel eran más que todo a nivel comportamental, su padre refiere que académicamente nunca ha tenido problemas sino todo lo contrario: “él es volado en las notas, o sea, él se eximía... Un año que si no se eximía en todo se eximía en dos” (Padres de Pedro). Actualmente Daniel cursa el quinto grado, mantiene su tratamiento con ambas pastillas y académicamente no tiene dificultades.

Susana

Susana es una niña de 12 años, vive en Tibás junto a su abuela, su madre y varios tíos. Las dificultades manifiestas en ella se empezaron a hacer visibles desde qué estaba en el kínder, pero a diferencia de los otros chicos, estas no girarán en torno a su conducta. Lo que empieza a llamar la atención de Susana es la presencia de dificultades físicas: “la maestra decía que ella no

escuchaba muy bien... que ella se pegaba de viaje a las hojas...que le hacía falta vista” (Abuela de Susana).

Susana es llevada donde un neurólogo quien determinó que estos y otros problemas de índole similar se debían a que “le hizo daño el agua que ella tomó al nacer” (Abuela de Susana) y es que según cuenta su abuela: “cuando ella iba naciendo tragó agua primero, y después, cuando ya iba a nacer se hizo caquita, y eso fue lo que la dañó a ella”. Sumado a esto cuando Susana tiene un año de edad sufre de una infección en el riñón. Susana fue hospitalizada en el Hospital de Niños donde los doctores le dictaminaron que “estaba mal de los dos riñoncitos” y “la tuvieron en control como tres años, a puro antibiótico”.

A partir de estas situaciones Susana, que actualmente tiene 12 años, ha pasado por una serie de especialistas: psicólogos, psiquiatras, neurólogos. María, su abuela, nos da cuenta de lo difícil que ha sido tanto para ella, para Susana y su madre: “donde dicen que la lleve, la lleva, como le ha costado sacarla adelante a los doce años que tiene, en una sola pura lucha: en los hospitales, en la clínica, en médico particular” (Abuela de Susana). A diferencia de los otros niños, Susana sí empieza el tratamiento farmacológico con Ritalina cuando está en el kínder, pero lo deja luego de que en cuarto grado sufre varias crisis convulsivas, que tanto su abuela como la doctora del hospital le atribuyen al medicamento. Luego de estas crisis convulsivas, Susana es de nuevo remitida al hospital en donde su abuela nos indica que le dijeron que: “ella tiene una rayita de epilepsia”. (Abuela de Susana).

Ahora, es interesante notar, cómo también en el caso de Susana hay sospechas que se gestan desde el embarazo, esta vez debido al estrés que tenía su mamá por las pruebas de bachillerato: “mi hija ha sido demasiado nerviosa, y cuando estaba sacando el bachillerato se

embarazó... el bachillerato por madurez... y fue a presentar los últimos exámenes con el embarazo de ella, entonces digo yo que toda esa tensión ella la recibía”.

La niña también ha asistido donde una psicóloga por otras razones, una de ellas es “la separación de los padres...ella adora al papá, y si uno le dice de que el papá anda con la novia se pone a llorar, dice que su papá no tiene novia. Con la pareja de mi hija tuvieron que llevarla donde una psicóloga, porque ella no aceptaba” (Abuela de Susana). Asimismo son preocupantes varias situaciones que vive la niña, por ejemplo cuenta ella que en su casa- lugar en el que no le gusta vivir- escucha voces que la llaman y que a veces ha visto a una señora de blanco, se puede deducir por lo que la niña cuenta que está teniendo alucinaciones visuales.

Actualmente Susana tiene adecuación significativa y aula aparte. La niña tiene dificultades académicas y también a la hora de relacionarse con sus compañeros. Por su parte Susana, quien está en sexto grado, afirma tener miedo de entrar al colegio, pues piensa que las profesoras no van a poder ayudarle tanto como en la escuela, y también por los futuros compañeros/as que pueda tener.

Susana aún tiene que recurrir con frecuencia al hospital, toma distintos medicamentos de los cuales ni su abuela, ni ella, recuerdan el nombre.

Marcela

Con respecto a Marcela y Andrés es poca la información histórica que contamos sobre ellos, ya que con ellos se priorizaron otros temas y porque sus padres no pudieron participar de la investigación. Aún así es importante retomar lo que conocemos de él y ella.

Marcela tiene 13 años, es vecina de Coronado, vive con su abuela, sus hermanas (17 y 8 años). Ella está repitiendo el quinto grado por segunda vez. Antes de ingresar en la escuela de San Francisco estudio en la escuela La América, en Guadalupe, pero la transfirió de escuela porque “yo pienso que me pasaron porque mi hermanita estaba aquí, y porque me tenían que pasar y entonces me pasaron, empecé toda nerviosa”. (Marcela). Los primeros años de su escolaridad fueron difíciles, principalmente por la relación con sus compañeros: “es que me molestaban mucho, me hacían *bullying*, pero yo también hacía *bullying*. (se ríe)”. Esto sucede principalmente en su antigua escuela, ahora bien en la escuela actual ha tenido problemas con varias profesoras.

Ella refiere que fue en cuarto grado cuando comenzó el tratamiento farmacológico. Además de la pastilla, tiempo después Marcela empieza a asistir a la escolita del Hospital Calderón Guardia en donde le enseñan técnicas de estudio: “hacer esquemas, o llaves, o cualquier cosa” (Marcela)

Marcela de alguna forma similar a Marco, se ha convertido en la “niña problemá” de la escuela. Sus profesoras la han tildado de ser una “líder negativa” y que no muestra interés hacia el estudio. En este año, la suspendieron por dos semanas debido a un problema con la profesora de industriales: “porque supuestamente le dije a la profesora de industriales que era una perra, es que estábamos en el aula y nosotros estábamos terminando un proyecto y ella iba a empezar a dictar y ella no lo dijo duro”. Así Marcela es suspendida por dos semanas, y vuelve a la escuela un poco atrasada con respecto a sus compañeros. Actualmente ella está en quinto grado con fuerte probabilidades de reprobación del curso. Es interesante notar que ella misma afirma que no tiene deseos por estudiar, y que la mayoría de las clases “no le gustan”. Para finales del presente

año (2013) Marcela no estaba logrando aprobar casi ninguna materia, y todo indica que tendrá que repetir por tercera vez el quinto grado. Por su parte ella misma nos afirma que no tenía muchos deseos de permanecer en la escuela.

Andrés

Andrés es un chico de trece años residente de Tibás. Vive en una “casa grande” junto con sus padres, su hermana, una tía y dos tíos. Antes de estar en la escuela de Tibás, Andrés estudiaba en la Escuela de Los Guido, lugar en el que también vivía. En esos tiempos comenta que la escuela era “fea” y que le iba “mal” puesto que, en palabras suyas: “no me gustaba estudiar, no me gustaba la escuela y ya” además de esta situación comenta que sus compañeros lo molestaban mucho. Es así que reprueba el cuarto grado. Sobre la pastilla afirma que se la toma “desde que estaba en primero” pero que “yo creo que en el kínder también”. Actualmente Andrés está en aula edad, cursando el sexto grado. Él ha reprobado varios grados escolares. Hoy en día tiene 13 años.

2.2 Conclusiones del capítulo: Vidas diagnosticadas e Hipótesis Deficitarias

Cada historia presenta un conjunto de problemáticas y circunstancias difíciles de afrontar y entender. Todos los niños han tenido su historia particular en la que se han expresado distintos problemas, como la agresividad, muerte de parientes e incluso indicios de alucinaciones auditivas y visuales, que han devenido en una consulta médica como primera alternativa.

Aunque todas las historias de los/las niños/as son particulares y diferentes, encontramos en ellas generalidades y puntos en común que debemos destacar. Hay tres elementos que nos parecen importantes de recuperar: 1) Los miedos y preocupaciones acerca de la hiperactividad,

incluso antes de que los niños/as naciesen. 2) El rol docente a la hora de referir y alertar a los padres sobre posibles casos de TDA/H 3) La presencia de *hipótesis deficitarias* (Baquero, 2009) como marco explicativo a las dificultades presentadas por los niños y la consolidación de las prácticas médicas como la alternativa predilecta para intervenir en dichas problemáticas. 4) La poca claridad de información diagnóstica por parte de los padres.

2.2.1 Hiperactividad: profecías y miedos latentes.

Nos resulta interesante notar cómo la hiperactividad aparece como una posibilidad en la que se pensó incluso antes de que el/la niño/a naciese, como es el caso de Daniel y de Sharon. Asimismo resultan peculiares las preocupaciones que tuvo la madre de Marco cuando este tenía dos años y un familiar le dijo que el niño era hiperactivo. El caso de Pedro es un poco distinto, aún así el niño fue diagnosticado cuando tenía 5 años y 4 meses. Estos casos nos van ejemplificando de cierta manera la aceptación que ha tenido el constructo “hiperactividad” en la población en general y de cómo se le ha ligado a distintas causas como a pastillas, homeopatía o el estrés de la madre. De estas situaciones creemos pertinente apuntar tres aspectos 1) distintas conductas pueden ser entendidas y reducidas a la “hiperactividad” 2) La hiperactividad, como término ha tenido una amplia difusión y aceptación. Se ha hecho un uso cotidiano del término “hiperactivo” o “hiperactividad” 3) La hiperactividad y el TDA/H se convierten en una posibilidad que está latente y que genera miedos, siendo esto así se acepta con facilidad que un niño deba ir al médico.

La hiperactividad es un constructo cotidiano utilizado ampliamente por la población, y es un término que ha sufrido un reduccionismo increíble.

2.2.2 El importante rol docente.

Los docentes tienen un rol importante a la hora del diagnóstico. Algunos de ellos son los primeros en alertar a los padres sobre los posibles casos de TDA/H. Aunque muchos padres ya tienen el miedo de que su hijo tenga TDA/H no es hasta la escuela, y por consejo de un docente que el niño es llevado donde un doctor. Por otro lado es fácil entender esta situación ya que las conductas asociadas al TDA/H aparecen en la escuela, en donde las maestras pueden observar a los niños, compararlos, evaluarlos. Así los docentes, comienzan a adoptar un rol que va más allá del meramente educativo y se relaciona con una función médica o psicológica.

2.2.3 La consolidación de Hipótesis Deficitarias.

Baquero (2009) – siguiendo a María Angelica Lús- afirma que existen tres tipos de hipótesis para explicar las dificultades del aprendizaje y el fracaso escolar. Estas tres posiciones son:

- 1) Las posiciones centradas en las condiciones sociales y económicas de los alumnos.
- 2) Las posiciones centradas entre el alumno y la escuela, y entre el alumno y el aprendizaje
- 3) Las posiciones centradas en el alumno

Según Baquero (2006), las hipótesis centradas en el alumno son el marco dentro del cual se intentan explicar los problemas de aprendizaje en la actualidad, es decir que son las posturas dominantes. En esta posición los problemas son abordados desde un enfoque clínico/médico y patológico/individual, así el alumno que no se ajusta a las exigencias escolares se vuelve sospechoso de portar alguna anomalía, es decir que “*quien fracasa en la escuela porta algún déficit*” (Baquero, 2009, p 15) es por esta razón que también se les llama hipótesis deficitarias.

porque asumen que el niño poseen algún déficit, el cual no es necesariamente orgánico o biológico, sino que también puede ser creado por su socialización y experiencias.

En estas teorías el estudiante se convierte en *“la unidad de análisis privilegiada... unidad auto explicativa del desarrollo dotado de esencias y atributos, que permitan predecir y explicar sus comportamientos”* (Baquero, 2006, p 40)

La propuesta de Baquero (2006) nos ayuda también a entender cuáles son las consecuencias prácticas de este tipo de hipótesis. Según el autor, si se opera bajo una lógica deficitaria, las intervenciones posibles serán básicamente tres:

- 1) La medición de sus capacidades y de su grado de desarrollo según una concepción evolutiva y lineal de este. Perspectiva que será también la base de muchas de las categorías psiquiátricas infantiles (Timimi, 2008)
- 2) Diagnosticar el estado de su “esencia educable”, diagnóstico que en estos casos serían apoyados por diagnósticos de tipo médico- psiquiátrico.
- 3) Ofrecer estímulos o condiciones externas que puedan desarrollar su “esencia educable” o bien que puedan compensar su supuesta poca “educabilidad”.

Como vemos, si el problema se entiende de manera individual y personal, y de igual forma serán las intervenciones. Esto queda de alguna forma demostrado cuando observamos que en el caso concreto de los niños a quienes se acude en primera instancia a una instancia médica lo cual va definiendo también el carácter de las intervenciones futuras.

Adelantándonos un poco, podemos mencionar que estas tres intervenciones señaladas por Barquero, son las que también se han ejecutado en la vida de las niñas y los niños participantes.

Ante las dificultades en el aprendizaje, primero se intentó resolver qué le pasó al niño en sus primeros años: ¿Qué profesoras ha tenido? ¿Qué posibles eventos sucedieron en el embarazo? ¿Qué pasó en los primeros años de vida del niño? ¿Cómo es la biología del niño? ¿Ya venía así? ¿Es de nacimiento?

Segundo, se lleva a un especialista médico, en donde se hace una evaluación individual y en un contexto no escolar, y además se genera un diagnóstico, y tercero se proponen soluciones, también individuales, que corresponden a estímulos (terapias de recompensa, premios y castigos) o bien a pastillas que compensen su déficit. Por otro lado, no hay ninguna indagación sobre otros elementos, sobre la escuela, su contexto, los sentimientos y pensamientos del/la niño/a, las interacciones con el aprendizaje, la escuela como tal, entre otros.

Capítulo 3.

Dentro de las cuatro paredes del consultorio. El proceso diagnóstico.

Analizaremos a continuación el proceso por el cual los/las niños/as fueron diagnosticados/as con TDA/H. Denominamos proceso diagnóstico al conjunto de metodologías, instrumentos y técnicas utilizadas para realizar el diagnóstico, pero también a la interacción entre médico y paciente, el carácter que adquieren las citas médicas. Ahora bien ante esto tenemos una limitación importante y es que, como es de suponer, no somos observadores directos de este proceso sino que solo tenemos acceso a la reconstrucción discursiva que realizan los y las participantes. Siendo esto así lo que nos interesa precisamente es cómo entienden ellos/as- padres/madres y niños/as este proceso, qué nivel de información tienen, y que sentimientos y afectos se desencadenaron, nos centraremos entonces en la “reconstrucción subjetiva” del proceso diagnóstico.

Cabe destacar que el proceso diagnóstico no se reduce a la visita médica en la que se realizó el diagnóstico, es decir al acto diagnóstico, sino que incluye también las citas de control y de seguimiento médico ya que entendemos, siguiendo a González de Rivera (1998), que un diagnóstico en psiquiatría no debe ser de carácter definitivo sino que este debe construirse como una especie de hipótesis científica que debe ser constantemente reevaluada y validada.

3. 1 El acto diagnóstico

Quizás el punto más importante en las discusiones sobre el TDA/H sea el diagnóstico. Un diagnóstico marcará la ruta inmediata por la que transitará un/a niño/a. Para Benasayag (2011):

"El gran dilema en ADDH no es medicar o no, sino diagnosticar adecuadamente" (p. 34). No obstante, no hay suficientes y a nivel académico y de investigación no hay mucha información sobre cómo se llevan a cabo los diagnósticos. (Davis, 2006).

Se han realizado varias investigaciones, siempre teniendo en cuenta el problema del sobrediagnóstico, en las que se evalúan críticamente los diagnósticos ya hechos. Por ejemplo Gaillard, Quartier y Besozzi (2004) revisaron los expedientes de niños y niñas diagnosticadas con TDA/H de 1997 al 2001 de la Clínica de Día para niños de la Universidad de Lausanne, de estos escogieron a 30 niños/as y los volvieron a evaluar para constatar el diagnóstico. De los 30 casos estudiados los autores indican que solo 5 de ellos podrían presentarse como TDA/H, en tanto los otros 25 presentaban alteraciones cognitivas, problemas de aprendizaje, dificultades emocionales y sociales. Ahora bien, no se han llevado estudios sobre el cómo es que se realizan estos diagnósticos.

Realizar un diagnóstico psiquiátrico/psicológico resulta de gran dificultad ya que este se efectúa principalmente por medio del relato y la reconstrucción discursiva que hacen los pacientes sobre sí mismos, o que hacen otros sobre el "paciente identificado". En muy pocas ocasiones el especialista tiene la oportunidad de observar y evaluar al consultante en distintos escenarios y actividades, por lo cual se recurren a distintos tests y escalas que permiten evaluar distintos constructos producto de diferentes paradigmas y posiciones teóricas.

González de Rivera, siguiendo la línea de Lain Entralgo, define el acto diagnóstico como "un proceso mental complejo, con componentes cognitivos y afectivos que se establece en beneficio de un paciente concreto, y que pretende la comprensión y la explicación del padecimiento que presenta" (González de Rivera, 1998, pp 270) Siguiendo con el autor recién

citado, este proceso será siempre de “naturaleza hipotética”, subjetiva y no escapa a la presencia de sesgos. En esta línea se puede afirmar que el proceso del diagnóstico psiquiátrico es ante todo un acto de observación que se realiza utilizando ciertos paradigmas, y que a grandes rasgos busca cumplir dos objetivos 1) uno epistemológico: búsqueda de una verdad, y 2) terapéutico/ ético: ayudar al paciente. (González de Rivera, 1998)

Advirtiéndonos sobre la posible “*automatización y la mediocratización diagnóstica*” González de Rivera indica que un apropiado diagnóstico debe contemplar distintos principios básicos como por ejemplo: el criterio de veracidad (ajustarse con exactitud a los criterios, realizar el diagnóstico con todos los métodos posibles y obtener todos los datos posibles) y el de prudencia, tanto a la hora de utilizar los métodos técnicos adecuados como tener cuidado en no clasificar y encajonar al paciente en un sistema de clasificación.

El diagnóstico de TDA/H resulta ser así un diagnóstico clínico, (Singh, 2012) el cuál se debe realizar utilizando distintos métodos como la observación, entrevistas, pruebas y siempre teniendo en cuenta el contexto y las situaciones que viven las/os niños/as (Davis, 2006). Asimismo Singh recalca la importancia de realizar diagnósticos tomando en cuenta la ética como componente vital de esta la autora resalta la necesidad de que los niños y las niñas participen activamente del proceso diagnóstico: *Los profesionales en medicina debe proveer oportunidades a los/as niños/as para que participen en las decisiones sobre la salud y el cuidado* (Singh, 2012, p33)

Hacer un diagnóstico diferencial de TDA/H resulta de gran dificultad, principalmente porque no hay métodos totalmente objetivos para realizarlo, por la vaguedad de los criterios diagnósticos aparecidos en el DSM-IV y la amplia definición que ofrecen los manuales

diagnósticos. Además de esto se presenta una dificultad técnica porque se está tratando con niños y niñas se necesita de una metodología que permita escucharlos cuando todavía no han accedido completamente al lenguaje, o bien mantienen un lenguaje diferente al adulto. (Stolkiner, 2013).

En el caso de Daniel, no se cumple con ninguno de principios expuestos por González de Rivera (1998) y por Stolkiner (2013), ni con ningún principio básico de cualquier consulta médica: el contacto cara a cara con el paciente.

Daniel fue diagnosticado y posteriormente medicado sin que ningún especialista médico lo evaluara directamente. Su padre nos afirma que:

No, no tenemos ningún diagnóstico...nada mas esa vez que lo llevamos ahí a la clínica a ver, y dijeron que tenía Déficit Atencional, de una vez lo encasillaron... la doctora le mandó de una vez la Ritalina y esta pastilla para la impulsividad...esa doctora es lo único que receta verdad, esa doctora a todo el mundo le receta eso, digo yo que los encasilla...

Y también, cuenta que Daniel no tuvo ni una sola sesión con la doctora:

Pero ¿la doctora qué hizo?

Le mandó de una vez la Ritalina y esta pastilla para la impulsividad

Daniel, confirmando lo mismo que su padre contesta lo siguiente

¿Fuieste donde un doctor o algo así?

Si

¿Y qué te acuerdas? ¿Cuántas veces has ido?

Como unas veinte ... no como no he ido como unas dieci algo,

¿Y qué te puso a hacer?

Y no me puso a hacer nada

¿No te puso a hacer nada?

No

¿Pero te dijo algo?

Si, solo que tenía que tomar Ritalina... no nada más hablo con mis papás, y me dijeron que tenía que tomar Ritalina y nada mas

¿Ella habló contigo?

No, nada

Todo parece indicar que Daniel fue diagnosticado —encasillado en palabras de su padre— sin que se le hicieran pruebas o distintas evaluaciones, sino que nada más con el informe que hizo su maestra, según nos cuenta su Padre. Por su parte Daniel nos refiere que él no hablo ni una vez con la doctora.

La situación de Daniel es un caso extremo, sin embargo como veremos más adelante no encontramos en esta investigación el otro extremo es decir el inverso de la situación de Daniel en donde se haga un diagnóstico con base en distintas pruebas y observación en diferentes espacios.

Sobre el acto diagnóstico, la madre de Marco afirma no tener conocimiento sobre cómo se hizo el mismo, principalmente porque no hubo una comunicación clara y por la gran distancia que hay entre el discurso técnico psiquiátrico y el cotidiano que utiliza ella:

No, no me acuerdo pero sí le hicieron varias pruebas, que lo ponían a dibujar y cosas así ... bueno la psicóloga, ella ahí me entregó un folleto, pero son cosas que uno no entiende, verdad, palabras que uno no entiende. (Madre de Marco)

Similar a la mamá de Marco, los padres de Pedro afirman desconocer cómo se realizó el diagnóstico:

Eso fue totalmente privado, él y la doctora... o sea, sí nos dieron un informe, ahorita porque no lo tengo a la mano... Entonces ella le hizo todos los estudios que había y todo,

Ahora bien, aunque los padres de Pedro afirman desconocer las pruebas o los métodos que se utilizaron para llegar al diagnóstico si recuerdan de cierta forma las observaciones,

digámosle cualitativas, hechas por la psiquiatra, las cuales sin duda alguna forman parte de la “interacción diagnóstica”:

Entonces, di ella dijo que sí, que era bueno recetarle Ritalina...eso sí lo notó ella, verdad, en las pruebas que le hizo no se estaba quedito, y no se callaba para nada, verdad, eso sí me lo dijo.

También un dato importante para realizar el diagnóstico en el caso de Pedro fueron unas manchitas que él tiene en la piel:

Y dice que ellos tienen unas manchitas, en Pedro se ven, y dice que esas manchitas se deben mucho al Déficit Atencional, verdad, no sé hasta qué punto. (Padres de Pedro)

Pedro por su parte nos comenta que en la primera sesión la doctora lo puso a jugar algo pero que “después ya no, nada más hablamos y ya, no me pone a hacer nada”

Marcela por su parte, no logra acordarse lo que hizo con la doctora, pero sí comenta que le recetaron una pastilla: “Fui donde una doctora, que me estaba viendo, y me dijo que yo necesitaba una pastilla y que yo no sé que”

Al profundizar sobre el proceso diagnóstico y preguntarle si tuvo que hacer algún tipo de prueba ellas nos comenta: “después, muchísimo después de que ya me la estaba tomando” Sobre la prueba y el resultado de la misma ella nos comenta que fue: “una prueba, tipo un examen” y que en esta misma “pusieron que yo tenía, que yo estaba en cuarto y pusieron que yo tenía una edad de segundo, es decir mis cosas eran de segundo grado y yo: nooo (se ríe y grita que no)”.

Este relato trae a colación un tema muy importante y que corresponde a la prescripción de la pastilla. En las narraciones de los/las niños/as la pastilla aparece como lo más significativo de las consultas médicas, la prescripción del fármaco es un elemento fácilmente recordado por ellos/as, indicando que se les recetó en la primera consulta. Por ejemplo, similar a Marcela,

Marco mencionó que: “el día cuando me llevaron al doctor me dijeron que tenía que tomar una pastilla” y que posteriormente la doctora “solo me revisó, me midió el corazón, me ¿cómo se llama? Me lo oyó”.

La prescripción de la pastilla, también parece ser lo que más recuerdan los padres de la primera sesión. Por ejemplo la madre de Marco comenta que:

Entonces yo ya se lo traje a las psicólogas de la clínica, y ellas me explicaron que Marco tenía un Déficit Atencional, con adecuación no significativa, y que teníamos que medicarlo. (Madre de Marco)

Por su lado los padres de Pedro indican que:

Ahí si ya nos confirmaron verdad, que él tenía problemas de Déficit Atencional... y le recetaron ahí la medicina. (Padres de Pedro).

A Daniel, quien no fue evaluado por la doctora, recibió la receta de la Ritalina y además la de el medicamento Epival.

De lo explicado anteriormente vamos esbozando conclusiones que nos permiten esclarecer nuestro tema de análisis. Los relatos anteriores nos ejemplifican el fuerte peso simbólico que adquiere el saber medico. Aunque los padres no entienden cómo se realizaron los diagnósticos, ni se les ha brindado información clara y precisa, asumen el diagnóstico sin mayores cuestionamientos, un ejemplo que esto nos lo brinda la madre de Pedro:

Digamos, yo con él hasta no tener un papel que me certificara que él tenía un problema yo no acudí a ningún medicamento ni a nada porque para mí sigue siendo un niño normal, verdad. Entonces, hasta que ya la doctora del Hospital de Niños me dijo que sí, que tenía un problema

Lo interesante en este punto, no es tanto que el saber medico pueda certificar algo, sino que hay un desconocimiento de cómo se llega a ese certificado. Por otro lado, los padres de Daniel solicitan adecuación curricular tras recibir el diagnóstico, que como vimos se hizo sin la

presencia del propio niño. Su padre nos cuenta que tuvo que decirle a la profesora en modo de ultimátum: “aquí está el diagnóstico ya del hospital y todo, y usted verá si se le aplica o no” la adecuación curricular. (Padres de Daniel).

Metodológicamente hablando todo parece indicar que las técnicas utilizadas a la hora de hacer el diagnóstico son una breve entrevista con los padres y el niño, así como la administración de algunas pruebas.

Se observa también que el diagnóstico va de la mano con la receta médica, es decir que la respuesta farmacológica se privilegia antes de intentar otras intervenciones. En la mayoría de los casos se trata de Ritalina, y en el de Daniel, se le sumó Epival.

3.2 Las implicaciones afectivas del diagnóstico: hablan los padres

Desde diversos aportes, principalmente desde el psicoanálisis y las teorías sistémicas sobre la familia, se mantiene la idea de que los hijos viven en la fantasía de sus padres incluso antes de que nazcan o se les conciba, es decir, un niño o una niña no llegan a una “nada” sino que se integran a una compleja red de deseos, idealizaciones, profecías, expectativas, y miedos que tienen sus padres. En este sentido se construye una cierta *pre-formación* sobre la vida de la persona en la que se le “*monta un guión en la obra vital*” (Arнау, 2006, pp 192).

Entre otras cosas un diagnóstico psiquiátrico puede ocupar diversas posiciones en esta red, puede ser una expectativa o bien el derrumbamiento de una, puede ser la materialización de un miedo, de un deseo inconsciente o de una profecía, en fin, un diagnóstico puede representar muchas cosas para una familia. Los padres, y los niños, interactúan con el diagnóstico.

Para los padres de Pedro el diagnóstico “fue muy difícil, muy traumatizante para los dos”. Recordemos que esta pareja tiene un hijo un año mayor que Pedro que también está diagnosticado de TDA/H y medicado con Ritalina:

ya sabíamos que teníamos uno con problemas...ya habíamos pasado por esos problemas de abuso, que hasta la misma profesora lo agredía, entonces cuando le dieron el diagnóstico a él, que tenía el mismo problema de Déficit Atencional, diay nosotros nos preocupamos porque dijimos: pucha, ya pasamos por uno, ahora no es uno, ahora son dos. Tuvimos que dividimos, y en ese entonces yo trabajaba en la oficina, entonces yo decía: “pucha, yo no puedo, ¿cómo hago para que ella pueda y se parta en dos? (Padres de Pedro).

En este caso, el diagnóstico es una especie de profecía de un futuro difícil en el ámbito escolar tanto para los padres como para Pedro. El TDA/H implica dificultades para estos padres, pero no solo eso, sino que le augura al niño agresiones y abusos por parte del cuerpo docente y sus compañeros. Asimismo, implica un proceso de re-conocimiento y aceptación del niño, a la vez que rompe ciertas expectativas: “diay, uno se asusta verdad, porque a veces uno quiere que con los hijos todo sea una perfección, verdad, pero diay... tenemos que aprender a aceptarlos como son...” (Padres de Pedro)

En el caso de Marco, la preocupación giró en torno a las pastillas, caso que analizaremos después. Hay que tener en cuenta que a la vez que se dan estos diagnósticos también se da la solución por lo que las preocupaciones y preguntas recaen sobre las pastillas como veremos más adelante.

Por el contrario, los papás de Daniel afirman que el diagnóstico no representó problema alguno ya que él es un niño “normal”:

En realidad no mal porque uno vio, o uno ve, que es un chiquito completamente normal, más eléctrico que cualquier otro, pero normal... en el caso mío no mal porque a él no le iba mal. (Padres de Daniel).

Recordemos que Daniel mantenía un buen desempeño académico y en la casa tampoco presentaba mayores dificultades, él tiene una hermana de 15 años diagnosticada con Asperger y cuyo proceso ha sido mucho más difícil para sus padres: “Marcela sí ha ido donde varios neurólogos, al Hospital de Niños, a la escolita del Hospital de Niños, bueno, hemos andado por todo lado. Y en realidad ese es el diagnóstico que tenemos así, entre comillas”.

La mamá de Sharon y la abuela de la niña, tienen una larga trayectoria de visitas a doctores e instituciones en las que se le ha brindado atención médica. En este caso no se sabe bien si ella tiene el diagnóstico de Déficit Atencional como tal. Con respecto a los procesos diagnósticos su abuela, con desencanto, comenta que: “vieras que un médico dice una cosa, otro médico dice otra, y así, y al final usted no sabe a quién creerle y a quién no, quién dice la verdad.” (Abuela de Sharon), como se observa ellas no saben con claridad qué es lo que su hija tiene.

En general el diagnóstico como tal desencadena en los padres una cierta certeza de que tendrán que esforzarse y tener más “paciencia” de la que le deberían dar a un niño “normal”, los diagnósticos son poco claros y los padres no cuentan con mucha información sobre ellos.

3.3 Una metadiagnosia fallida: hablan los/as niños/as.

¿Qué sucede una vez que los niños y las niñas son diagnosticados/as? ¿Cuáles son las acciones que toman las instituciones implicadas (escuelas, clínicas, familia) una vez que estos niños son diagnosticados y comienzan el tratamiento farmacológico?

Por un lado es de suponer que niños diagnosticados/as con TDA/H sean constantemente reevaluados en aras de realizar un diagnóstico diferencial y establecer las terapias adecuadas. (Singh, 2012; Davis, 2006).

Es desde esta perspectiva que un diagnóstico debe ser reevaluado y puesto a prueba, cómo una especie de hipótesis científica y esto justamente se puede realizar en las citas de control y seguimiento médico.

3.3.1 Frecuencia de las citas médicas de control y seguimiento.

Si bien no contamos con datos cuantitativos sobre este punto, los relatos de los/las niños/as nos permiten tener una idea sobre la frecuencia en que suceden las citas. En nuestros casos de estudio encontramos que el control médico que reciben los/as niños/as se hace menos frecuente conforme lleven más tiempo de haber sido diagnosticados y medicados. Es decir que a más tiempo bajo tratamiento menor seguimiento médico.

También sabemos que las citas medicas se realizan con muchos días de por medio, por intervalos más bien de meses y en ocasiones estas pasan a hacer anuales, como por ejemplo el caso del hermano de Pedro que según su madre “iba cada seis meses, ahora va una vez al año, verdad. Porque ya la doctora después de un tiempo les tiene que dar de alta, verdad. (Padres de Pedro). Marco en cambio “a la Clínica, va a una cita cada 3-4 meses... él siempre tiene que ir... o sea, en la clínica todavía no lo han dado de alta”.

Este “dar de alta” que hace referencia la madre Marco es sustancialmente distinto a lo que entienden los padres de Pedro. Para estos últimos el dar de alta implica que “le dan medicamento pero ya no va a sesión... al mayor lo dio de alta” (Padres de Pedro), es decir, el hermano mayor de Pedro continua bajo el tratamiento farmacológico pero ya no con el seguimiento médico.

Distinto a lo anterior, la madre de Marco entiende el tratamiento farmacológico y las visitas médicas como un solo proceso indivisible: “que le quiten las pastillas, porque yo me imagino que en algún momento se las tienen que llegar a quitar, y ya así, que ellas (las doctoras) ya no lo sigan viendo”. (Madre de Marco)

Sobre la frecuencia en que asisten Marcela y Andrés tenemos poca información: Marcela asiste a la “escuela” del Hospital Calderón Guardia, ahí afirma que ve a su doctora “cada dos meses”, Andrés por su cuenta comenta que él solo asiste aproximadamente una vez por año: “Yo creo que tengo que ir el otro año, este año ya fui, hace poquito. En las vacaciones, el viernes de las vacaciones, ya fui”

3.3.2 Seguimiento Médico: ¿consulta farmacéutica? ¿Control disciplinario?

Las respuestas de los y las participantes nos refieren que las citas médicas tratan básicamente sobre dos aspectos 1) control del medicamento 2) Control disciplinario, en donde se intentan modificar la conducta de los/as niños/as.

De nuevo, el caso más extremo lo representa Daniel. Al preguntarle a su padre sobre el seguimiento que recibe el niño, él contesta que: “no, no no no, a él nada más lo que hicieron fue, recetarle la Ritalina y no más”. Posteriormente el mismo niño afirma que cuando ellos visitan a la doctora, es simplemente para que esta les brinde la receta:

yo ya no tengo pastillas, se me gastaron entonces hay que ir a buscar a Silcna (la doctora) para que me den más... pedimos cita cuando se nos acaban las pastillas o a veces nos dicen cuando hay que ir y cuando no hay que ir

En esta misma línea Andrés nos afirma que el doctor:

nombres, no dice nada, yo solo voy, me receta las pastillas, y luego me pregunta que cuántos años tengo, qué grado estoy, en cual escuela estoy, dónde vivo, con quien vivo y ya.

En otra ocasión Andrés cuenta que un día que fue donde el doctor, este no le dijo nada solo que: “trajera el papel de las pastillas y ya”. Marcela por su parte recalca que en las sesiones: “hablamos de que hay qué, que si tengo pastillas, y de todo eso”

Poco a poco las visitas al/la doctor/a se reducen a la mera administración de las pastillas, asimilándose así a una especie de consulta farmacéutica, por ejemplo los padres de Pedro comentan que: “entonces en eso sí verdad, ya cuando él entra... él entra con ella primero, ya después ella me explica a mí verdad, que sí, que el medicamento va evolucionando bien, que este (el medicamento) va normal” (Padres de Pedro).

Por su lado Lucía, la psicóloga de la escuela de Tibás, basándose en su experiencia nos ejemplifica como el seguimiento médico puede reducirse en ocasiones al control psicofarmacológico: “Había un niño que la psiquiatra le mandaba cinco pastillas al día nada más, la mamá llegaba así a la puerta y le medio tocaba, y ya: tome las recetas para seis meses y ya”

Asimismo, Lucía relata la historia de una niña con microcefalia, epilepsia y que presentaba también “episodios de agresividad”:

para la psiquiatra era muy fácil... la mamá me decía: yo nada mas voy le toco la puerta y le digo doctora me va a mandar la pastilla es que ya no tengo"...a esa niña mínimo le mandaba tres pastillas... la señora psiquiatra le mandaba Ritalina y nunca le ponía atención

Asimismo las experiencias de Lucía nos muestran cómo a falta de un protocolo y prácticas consensuadas, los diagnósticos y seguimientos varían de un lugar a otro: “nosotros en la escuela tenemos la ventaja de tener el equipo de (la clínica) de Déficit Atencional muy especializado, por ejemplo en Turrialba solo había una psiquiatra”, no obstante cuenta que también en dicha clínica : “el psiquiatra llegaba y como era el único que recetaba, este igual daba

un montón de boletitas para que fueran por las pastillas y nunca más los valoraba. Aquí en la clínica, pero el psiquiatra”.

En algunos casos las visitas médicas también cumplen otra función que va más allá de la médica: la modificación conductual de los/as niños/a y en brindar una consejería a los padres. Por ejemplo la madre de Pedro comenta que:

Pedro él va y ella les pregunta que cómo se sienten, digamos, si dicen alguna cosa mala ella los regaña verdad...ella le dice a él, que haga una lista de lo que tiene que hacer, entonces él lleva una lista, entonces... él empieza a leer y ella empieza a regañarlo y le dice “ es que usted...” verdad y él como: “bueno, ya no vuelvo a hacer estas cosas” quien sabe que le escribe verdad, porque eso es entre ellos dos. (Madre de Pedro)

Marcela, por su parte nos explica que una de las razones por las cuales no le gusta ir donde la doctora es que “ella le mete carbón a mi mamá para que me saque de natación, pero a mí me gusta mucho nadar... le dice que primero tienen que estar los estudios... lo hace por molestarme”. Un ejemplo similar de cómo lo médico se mezcla también con una especie de consejería a padres lo encontramos también en el relato de la abuela de Sharon: “yo vine a hacer el curso aquí a la clínica, capacitación para padres, y ahí nos dijeron de que le teníamos que poner una disciplina fuerte a ella, y no dejarnos manipular.”. En estos casos vemos como el espacio médico se transforma también en uno “escolar” y disciplinario.

3.3.3. La metadiagnos fallida.

Entralgo (1982) y González de Rivera (1998) definen la metadiagnos como la interacción humana que inicia, acompaña y finaliza el proceso diagnóstico, para estos autores la metadiagnos viene a ser tan importante como la paradiagnos, o sea el conjunto de métodos y procedimientos utilizados para llegar al diagnóstico.

La metadiagnos, así como cualquier acto médico debe ser un proceso de escucha y de hospitalidad (Stolkiner, 2013) en el que se deben tomar en cuenta tres aspectos 1) pensar siempre en beneficio del enfermo, 2) establecer una relación afectiva entre médico-paciente 3) responder integralmente a la pregunta que plantea su cuadro. (González de Rivera, 1998)

Aunque se menciona con frecuencia la necesidad de buscar la objetividad y el uso de técnicas confiables no se debe perder de vista que aun así “Podemos afirmar con seguridad que quien anteponga la fría realidad objetiva de los datos al principio terapéutico tal vez pueda ser un buen investigador, pero no un buen médico” (González de Rivera, 1998, p 269). En este sentido para este autor el proceso debe buscar el equilibrio entre la “frialdad objetiva” y el “amor y la afectividad”.

Entralgo (1982) por su parte define tres tipos posibles de metadiagnos 1) la diádica: de afecto y amistad, 2) la transitiva: solo es un intercambio de información 3) quasidiádica: es una mezcla de estas dos últimas, pero en la cual se le hace saber al paciente el interés genuino que tiene el médico por él paciente.

Un resultado de la investigación de Singh (2012) es que los niños de su estudio reportaron tener muy poco contacto significativo y afectivo con los/as doctores. La autora descubrió que en las citas a los niños casi no se les hacían preguntas, asimismo ni los padres ni los doctores se preocupaban por involucrar activamente a niños y niñas. Al preguntarle a los chicos cómo ha sido su experiencia con los doctores recibimos una respuesta negativa, ya que los niños/as participantes parecen reclamar por “algo mas” y es que ellos y ellas describen que en las sesiones medicas “solo” les hacen preguntas y esto lo equiparan con “no hacer nada”

Andrés:

nada, solo hablamos... ay que cuántos años tengo, que cómo me va en la escuela, que aquí que allá... no dice nada...me pregunta cuantos años tengo, qué grado estoy, en cual escuela estoy, dónde vivo y ya.

Fui con una doctora. Me preguntó: Que en qué grado estaba, cómo me iba, y las notas, me pusieron a hacer una hoja de que si fumaba, tomaba o tenía sexo, así de sí o no" (Andrés)

Marcela:

Nada solo habla conmigo y mi mamá.

Marco:

el habla con mi mamá, y yo ahí me pongo a jugar.

Pedro:

nada más, hablamos y ya.

Andrés comenta que "casi no" le gusta ir donde la doctora, Marco al igual que Marcela afirma que "no" les gusta ya que: Incluso la madre de Marco tiene que de alguna forma convencerlo para asistir:

Cuando tenemos la cita él dice: ay mamá, que pereza y ya yo tengo que ver cómo lo llevo: ay jale, es para ir donde las señoras que le prestan para que juegue. Pero sí, sí le da pereza.

Pedro, quien no comenta mucho acerca del proceso diagnóstico, contesta que: "es que no me gusta ir donde el doctor, no me gusta estar en San José, es muy asqueroso", para Pedro el consultorio y el hospital se ubican en un espacio geográfico (San José) lejos del suyo (Coronado).

Es común que los niños no puedan explicar con amplitud qué es lo que hacen en un proceso terapéutico, aunque este sea muy bueno y responsable, y que resuman estas en "hablar" o "jugar". Sin embargo aquí es notable que los niños afirman abiertamente que no les gusta

asistir donde el médico, Marco incluso afirma que el doctor “no” habla con él, sino que solo con sus padres. Andrés indica que solo le preguntan cosas, es decir no es una conversación y Marcela y Pedro también comenta que solo “hablan”. Lo importante aquí, no es lo que dicen, sino el cómo, todos los niños al hablar sobre el tema, lo hicieron con un tono de protesta y molestia, dando a entender que hay algo que no les gusta de las consultas médicas.

3.4 Conclusiones del Capítulo

Son varios los elementos que nos interesan destacar en este proceso. Por un lado llama la atención el completo desconocimiento que tienen los padres sobre el acto diagnóstico, específicamente en cómo se realizó. También se evidenció la ausencia de un diagnóstico por escrito o una anamnesis, o de un informe escrito para los padres en donde se explique las pruebas utilizadas, y las evidencias clínicas. Por el otro lado, los niños también muestran serias limitaciones a la hora de explicar cómo se realizaron los diagnósticos, quedando claro que a ellos y ellas tampoco se les explicó con claridad el proceso en el cual estaban involucrados.

No obstante la falta de información clara, los padres aceptan sin mayor cuestionamiento el diagnóstico. Esto nos va evidenciando el gran peso que tiene el saber medicado, el cual se va constituyendo cómo diría Foucault en un *régimen de verdad*. El caso extremo de esto es la experiencia de Daniel el cual el niño no fue evaluado directamente por la especialista, pero no obstante recibió un diagnóstico y un tratamiento médico con dos tipos de pastillas, que consume hasta ahora. Lo anterior se vuelve más extraño si tomamos en cuenta de que el niño no ha presentado problemas en su hogar, y mantenía un buen desempeño académico al punto de eximirse en varios exámenes. Estas dos situaciones (el buen comportamiento en casa y el buen desempeño académico) lograron que sus padres no le dieran mucha importancia al diagnóstico,

muy diferente sucede con otro niño, Pedro, para quien el diagnóstico de TDA/H pronostica dificultades escolares y maltratos. Esto nos puede llevar a pensar que muchas de las futuras conductas de los niños podrán explicarse y reducirse al TDA/H. En algunos casos como el de Marco la preocupación de su madre recayó sobre las pastillas.

En todos los casos se recetó la pastilla Ritalina en la primera sesión y —excluyendo el caso de Marcela quien recibe clases y apoyo escolar en la escuela del Hospital Calderón Guardia— parece ser que esta ha sido el único medio de tratamiento. No se ha realizado trabajo de apoyo y capacitación para los adultos, a estos, así como a los niños no se les da ningún rol activo.

La pastilla es un elemento central a la hora en que los/las niños/as recuerdan su primera cita al médico, lo cual nos indica el peso que tiene esta en la vida de ellos y ellas.

El seguimiento médico se reduce al control y monitoreo y distribución del psicofármaco. Es decir las citas sirven para indagar en como el niño interactúa con las pastillas, en revisar las dosis, y distribuir la pastilla. Otro componente importante es que estas citas médicas son un espacio de consejería a padres/ madres y también se emplean métodos de modificación de conducta en la que el doctor se centra en el rendimiento académico y conductual de los niños en la escuela.

Por último y quizás más importante es el hecho de que los/as niños/as no les gusta asistir a las citas médicas, sienten que en estas no se hace “nada” y que solo van a que les pregunten cosas. En términos de González de Rivera (1998) no parece que los/as niños/as perciban el “*interés genuino*” que puede mantener el médico hacia ellos/as. Por otro lado no hay nada que nos indique que las consultas médicas hayan representado un espacio de escucha hacia los niños y las niñas, en donde puedan expresar sus miedos, frustraciones, deseos etc. Lamentablemente desconocemos con exactitud cuáles pruebas fueron administradas en el caso de Marco, Pedro y

Marcela, quienes son los únicos que han confirmado que se les pasó algún tipo de prueba. Lo anterior puede ser problemático si tenemos en cuenta que, si bien es cierto que las pruebas y los tests brindan información útil, así como los reportes de las maestras y los padres, estos no pueden ser los únicos medios para el diagnóstico (Armstrong, 2001, Davis 2006) Diversos autores, como hemos estudiado en el marco teórico, mantienen que es imperativo observar al niño en su hogar y principalmente en la escuela, realizar distintas pruebas en distintos días, y realizar exámenes médicos que descarten otras dolencias que puedan estar afectando el performance del niño.

Lo que nos queda claro es que estas pruebas se administraron una única vez, y que el control y seguimiento médico es menos frecuente de lo necesario, en este sentido, el diagnóstico llegó para quedarse. Nos queda preguntamos ahora qué pasa una vez que las/los niñas/os son diagnosticados, que información y que entienden del Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad, pero no solo niños y padres de familia, sino también docentes y psicólogos, y además cuales acciones desencadena. Intentaremos dar respuesta a estas interrogantes en el capítulo siguiente.

Capítulo 4

Discursos y Representaciones sobre el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)

(...) las causas del TDAH del niño no son los problemas psiquiátricos de los miembros de la familia y el mal ambiente que les rodea, sino los genes que los padres y el niño tienen en común. (Barkley, 1998, p. 92)

Recibir un diagnóstico psiquiátrico puede tener diferentes consecuencias para los/as niños/as diagnosticados/as y sus familias, como por ejemplo, que las personas implicadas adquieran y busquen información sobre la patología diagnosticada y que además se lleven acciones a partir de dicha información y conocimiento. En este capítulo analizaremos estos dos aspectos: la construcción discursiva sobre el TDA/H y las acciones que esta construcción genera.

No es nuestro objetivo evaluar este conocimiento en torno a “una verdad oficial y científica” sobre el TDA/H juzgando así los aciertos y desaciertos que puedan tener las personas entrevistadas con respecto a dicha “verdad”, como se han hecho en otras investigaciones como por ejemplo la de Amador (1997) y Aguilar y Ocampo (2004), en las cuales las teorías psiquiátricas/psicológicas biológicas constituyen el único punto de vista válido y certero sobre la patología. Nuestra intención no es analizar que tan cerca o lejos se encuentren los/as participantes sobre “la información correcta” sino entender cuáles elementos se destacan y como se relacionan unos con otros, pero también intentar entender cómo se llega a dicha información.

También es poco el interés en señalar y enfocarnos en quién pronuncia los discursos, es decir nos excluimos en dar crédito o desacreditar a los “yoes” hablantes, por el contrario, y como hemos venido afirmando, partimos de que los discursos si bien son “*sistemas de significación y enunciaciones*” están plasmados en asociaciones y dispositivos que proporcionan “lugares” y posiciones en una clase particular. Así en pro del análisis, tiene tanta importancia “lo que se dice” como las condiciones que hacen que el enunciado sea posible e inteligible (Rose, 2011).

En este primer momento de “lo que se dice” nos interesa entender cómo es construido discursivamente el TDA/H, cuáles elementos se destacan, cuáles se omiten, pero también que acciones se llevan a cabo a partir de estas declaraciones y puntos de vista sobre el TDA/H. Intentaremos responder a las siguientes preguntas ¿qué es el TDA/H? ¿A qué se debe? ¿Por qué se origina? ¿Cómo se identifica? y también estudiar como intervienen distintas instituciones (familias y escuela ante el TDA/H). Le damos prioridad en este capítulo a las definiciones del TDA/H como constructo abstracto, y no tanto en cómo este se presenta en Pedro, Daniel, Sharon, Andrés, Marco y Marcela, esto será discutido en capítulos posteriores.

4.1 TDA/H: ¿un Trastorno de nuestros tiempos?

Diversos autores han denunciado que en las últimas décadas, los trastornos mentales, especialmente lo de la infancia, se han convertido en una especie de epidemia (Whitaker, 2010). En el caso específico del TDA/H, Sirken Robinson afirma que este trastorno se ha convertido en una especie de “epidemia”²² en los Estados Unidos, una postura similar mantiene Allen Frances,

²² Es interesante el análisis geográfico que hace Robinson sobre la distribución en el consumo de Ritalina en los Estados Unidos. Según el autor esta tiene mayor distribución en los estados mas conservadores.

psiquiatra y quien fue uno de los directores del DSM-IV, quien escribió en el periódico *Los Angeles Times*:

...aprendí de una dolorosa experiencia como pequeños cambios en la definición de la salud mental pueden crear enormes e inesperadas consecuencias... Nuestro panel fue conservador y muy cuidadoso pero inadvertidamente contribuyó a la creación de tres epidemias falsas: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Autismo y Bipolaridad Infantil. (Frances, 2010)

Para Alberto Lasa (2001) – expresidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente- el TDA/H se ha convertido en una “enfermedad de moda”. Estos autores se refieren precisamente al sobrediagnóstico, que caracterizan de “epidémico”, y no tanto al TDA/H como enfermedad, es decir que no se trataría de muchos niños con TDA/H sino de niños y niñas diagnosticadas con TDA/H. La epidemia sería del diagnóstico y no tanto del trastorno como tal.

Las docentes entrevistadas también dicen observar un aumento de los diagnósticos de TDA/H en nuestras escuelas. Para la profesora Lucía “el término déficit atencional está muy de moda”, se trata, según ella de un “boom” que comenzó hace unos 5 o 6 años, provocando que “a muchos se les diagnosticara con DA, aunque muchos no eran DA”. Comenta ella que la situación ha llegado a tal punto de generalización que los mismos niños/as han llegado a manejar el término: “ah sí es que yo tengo déficit atencional, yo soy hiperactivo. Ellos mismos llegaron a manejar el término” (Lucía)

Rita con cierta preocupación indica que para muchos/as docentes y padres “todo ahora es ya Déficit, y todo hay que medicarlo, y no es así”. No obstante estas docentes afirman que también, además de los diagnósticos existe un aumento en la cantidad de niños/as con el

diagnostico. Para Roxana se ha dado un incremento de los niños con TDA/H desde la década pasada:

Hace unos ocho años, seis años para acá (...) a través de los años se han incrementado los niños que tienen Déficit Atencional. Al principio cuando comencé a trabajar eran pocos realmente, ¿qué podíamos manejar?, en un grupo de 25 solo dos niños... ahora se ha incrementado. (Roxana)

Incluso según esta docente el déficit parecía no existir antes: “cuando, yo me criaba nadie tenía Déficit, no, yo siento que se aprendía mejor. No me diga cómo, porque cuando yo estaba chiquilla, no había tanto problema.”

Para Lidieth la cantidad de niños con TDA/H- y ya no solo los diagnósticos- ha aumentado los últimos años:

Sí me parece que ha aumentado la cantidad de Déficit Atencional... yo sí siento que han aumentado... no sé cuál es la causa, pero sí veo que ha aumentado.

La (re) aparición reciente del TDA/H también es relatada por algunos padres de familia, por ejemplo el papá de Daniel indica que “es que ahora que los chiquillos son muy hiperactivos, tremendos” en este caso no hay una elaboración detallada sobre lo que es TDA/H, sino que la hiperactividad se liga con ser “tremendos”, y también en que es un problema del “ahora”.

Siguiendo el relato de las docentes se entiende que el cambio que se percibe en estos años no es únicamente de orden cuantitativo, es decir en el aumento de niños diagnosticados con TDA/H, sino que también es cualitativo, el sentido de que parece haber un cambio de lente con el que se miran a los niños, se trata de una transición que va de un enfoque moral -en el que se hacía énfasis en el “mal comportamiento” y los niños eran “mal portados”- a uno científico médico que entiende las dificultades conductuales como producto de un trastorno médico:

Al principio se manejaba sólo que el niño tiene problemas de conducta, que era inquieto, y la maestra lo iba sobrellevando a como pudiera, o el niño quedaba en que no ponía atención, porque no daba la talla académicamente, y ya, ahora es diferente, ahora se sabe que es DA. (Rita)

Para Lucia, esta dicotomía no está muy bien resuelta. Ella nota una división de las maestras de su escuela en “dos bandos”, por un lado “unas entienden todo como déficit atencional, entonces refieren y quieren que refieran, y refieran y refieran” y por el otro, “otras que, todos son unos malcriados” según cuenta ella: “cuesta ver alguien que sí diga: este es un punto medio, ¡qué extraño! porque este es un niño que es bueno, que sí cumple, que sí es brillante y tiene un problema qué es como muy inquieto cuesta mucho ver dentro de ellos ese análisis”. Según este relato de Lucia, no se trataría de una transición, sino de dos posiciones diferentes que conviven en las escuelas y que entran en conflicto como veremos posteriormente.

Es interesante notar que estas docentes no han tenido una formación académica sólida sobre el TDA/H. Rita indica que cuando ella estudiaba

se hablaba apenas, en la universidad, yo saqué el diplomado en la UCR, apenas se hablaba de eso, y se trataba como parte de todo un curriculum pero realmente si usted se pone a ver, no le daban gran cosa a uno sobre esos temas. (Rita)

Para Roxana la formación que brinda el MEP es poco actualizada y deficiente:

es que siempre nos dan capacitaciones de lo que ya sabemos, que hay que sentarlos adelante, que la paciencia, que hacerles un examen específico, pero los estamos tratando como si tuvieran problemas de aprendizaje, y no todos los tienen. Casi siempre son capacitaciones que ya uno toda la vida ha manejado, ellos manejan el concepto de que el niño con déficit tiene problemas cognitivos, lo único que le dicen a uno es la bendita adecuación no significativa, que sí es para niños con problemas cognitivos.

4.1.1 Numero percibido de niños con TDA/H

Desde la perspectiva de las docentes y algunos padres estamos ante un “boom” del TDA/H tanto en lo que se refiere a diagnósticos como a la presencia del trastorno como tal. Dos docentes afirman que es aproximadamente en los últimos 10 años en que se ha incrementado la cantidad de niños con el déficit.

Ahora bien, exactamente ¿cuál es la cantidad aproximada de niños con TDA/H por aula según estas docentes?, pero antes de responder esta interrogante saber, partiendo del hecho de que las docentes tiene un rol importante a la hora del diagnóstico y que en casos son las primeras en diagnosticar, ¿cómo las docentes se dan cuenta que tal o cual niño es sospechoso de padecer TDA/H?

4.1.2 Detección de niños/as con TDA/H: ¿niños que no saben dónde están parados?

¿Cómo empiezan a detectar las maestras el TDA/H? La respuesta se puede resumir en dos palabras: experiencia y observación. Roxana nos comenta que ella en las primeras semanas de clases va “haciendo un diagnóstico aunque no sea especialista”, este diagnostico consiste en que

en la primer semana, segunda semana de clases ellos se sientan donde quieran y yo comienzo a observar. A veces le pregunta uno y no sabe donde está parado, no sabe lo que está explicando, a veces ni sabe del tema que uno estaba dando”

Estas últimas conductas señaladas por Roxana (como “no saber donde está parado, no sabe lo que está explicando”) son las primeras muestras, según esta profesora, de que un niño o niña poseen TDA/H. Otra de las señales importantes a la que le presta atención esta docente es al resultado de en los exámenes:

El rendimiento académico también, y sobre todo en el examen de matemáticas, por ejemplo de 33 estudiantes, lo perdieron 15. Yo lo comprobé en el examen porque expliqué expliqué, hice prácticas y 15 salieron bien mal.

Rita, por su parte indica que “el niño con Déficit Atencional, el niño con hiperactividad es un niño que se nota realmente”. Tanto para Rita como para Roxana la experiencia adquirida y el tiempo de trabajo funcionan como una variable que permite hacer un prediagnóstico rápido y sin mayor cuestionamiento: “ya con tantos años de trabajar en esto, ya uno los va identificando” (Roxana)

Cómo se observa la experiencia de trabajar con muchos/as niños/as les da a las docentes la formación para diferencia a un niño/a con TDA/H y a uno sin el trastorno. La observación es el otro método utilizado por las docentes, en esta las maestreas le prestan especial atención a tres cuestiones: cómo es la conducta del niño/a, qué tanta atención le presta a lo que la docente está hablando y cómo es su rendimiento escolar, si en estas tres el niño o niña les va mal, probablemente sea un caso de TDA/H.

4.1.3 ¿Cuántos niños/as con TDA/H tengo en mi aula?

De primera entrada podemos suponer que las estimaciones del número de niños con TDA/H por aula van a ser diferentes entre las docentes y que pueden incluso ser contradictorias. Esto no es raro si tomamos en cuenta que no hay datos oficiales sobre el número de niños/as diagnosticados/as en Costa Rica, y que tampoco hay datos certeros en el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación Pública y tampoco en las clínicas y hospitales. Ninguna de las escuelas públicas en las que se trabajó contaba con estadísticas de la cantidad de niños con TDA/H y de cuáles consumen el metilfenidato, en una escuela esta información era manejada por las docentes guías, y en la otra por la psicóloga.

Este panorama es diferente en la escuela privada que dirige Lidieth. Como se sabe, en una sociedad de clases las personas y las familias que tiene mayor capital y más posibilidades económicas tienen un amplio abanico de opciones educativas en el cual pueden escoger por tal o cual escuela o colegio, según las metodologías, énfasis y religión de las instituciones educativas. La escuela que dirige Lidieth precisamente se construye como una opción más dinámica y participativa para los/las niños/as, es por esa razón que ella afirma que su escuela atrae a niños/as con TDA/H, y que por eso en esta hay muchos niños con el diagnóstico:

La escuela mía está llena de Déficit Atencional... es el chiquillo que no se adapta a ninguna institución educativa, en donde todos van en fila, todos hacen exactamente lo mismo, borran la pizarra...ese tipo de cosas.

Esta es una escuela construida con el objetivo de poder brindar una atención diferente a niños/as que no han podido adaptarse a otros centros de educación tradicionales, muy diferente es el panorama en las escuelas públicas en donde las posibilidades para “lo alternativo” son pocas.

En cuanto al número definido de niños/as diagnosticados/as Lucía nos aclara que no tiene un número aproximado debido a que no todos los niños referidos son evaluados por ella sino que van directamente a la clínica. No obstante desde su experiencia cree que de una clase con 30 alumnos, aproximadamente entre 3 y 4 tienen el déficit.

La estimación que hace Roxana sobre el número de niños/as con TDA/H resulta mucho mayor a la que hace Lucía:

Yo no soy especialista, pero aquí hay muchos, muchos, muchos leves, demasiadísimo leves, yo siento que se ha incrementado, yo tengo 33 estudiantes y sin equivocarme yo le diría que son como unos 15. No de la misma dificultad, pero la mayoría sí son (TDA/H).

Aclara esta profesora que la gran cantidad de niños con TDA/H se explicaría con el hecho de que hay distintos niveles del trastorno, para ella la mayoría de estos 15 con TDA/H son casos leves:

De esos 15 que le estoy hablando, ¿qué puede haber?, la mitad puede ser leve, y ahí en escala”. De estos 15 niños solo “si acaso dos o tres tienen un diagnóstico de la clínica, los demás uno sabe. (Lucía)

La diferencia entre las cifras que mantiene la profesora (15) y la de los chicos con un diagnóstico médico certificado (2) es el resultado de que “a veces los padres no quieren llevar a los chicos a la clínica” entonces por eso, cuenta Roxana, los/as niños/as no tienen un diagnóstico médico.

Rita es la docente que percibe menos niños/as con TDA/H en el aula, ella al contrario de Roxana, afirma que en sus 23 años de labor docente, solo ha tenido un niño con déficit atencional:

Solo tuve un niño hiperactivo de verdad uno que usted dice sí, él es el único que yo considero con déficit e hiperactividad... yo no tengo niños medicados. (Rita)

A su vez, esta profesora indica que hay muchos/as niños/as diagnosticados/as con TDA/H debido a una confusión, principalmente a un mal diagnóstico. Y por otro lado, también aclara que los síntomas del TDA/H pueden ser el resultado de otras problemáticas, algunas de índole psicosocial:

hay niños que los confunden, a los inquietos, o de conducta inapropiada, los confunden muy a menudo con Déficit, o con Hiperactividad, los mismos docentes, o la gente que los rodea, a veces hasta los doctores, verdad... muchos se han declarado Déficit, que en realidad han sido problemas psicosociales, y otras cosas. (Rita)

¿A qué podríamos adjudicarle estas considerables diferencias, de por ejemplo una docente que percibe que casi la mitad (15) de sus estudiantes tiene TDA/H y otra que afirma que a lo largo de sus 23 años de trabajo solo ha conocido un niño con dicho déficit? Sin dar una respuesta definitiva podemos señalar algunos factores que nos parecen influyentes, tales como: la definición que se tengan sobre el TDA/H, las explicaciones sobre las causas del déficit, la formación sobre el TDA/H así como la percepción que tienen el trabajo que realizan los médicos, o bien, de quienes diagnostican y medican.

4.2 Causas del TDA/H: Hipótesis ecológicas, biológicas y desconocidas.

Ahora bien, una vez que se identifican a los/as niños/as con TDA/H, cabe preguntarnos: ¿cuáles son las causas, según padres, madres, docentes y niños del trastorno?. Siguiendo las respuestas de los participantes podemos dividir las causas e hipótesis en tres grupos: 1) Causas desconocidas, 2) Hipótesis Biológicas e 3) Hipótesis Ecológicas. En este apartado tomaremos tanto las referencias que se hacen hacia el TDA/H como patología, así como a las explicaciones que dan los padres entrevistados sobre el por qué sus hijos tiene TDA/H.

4.2.1 Causas desconocidas

Las causas o explicaciones que se presentan sobre el TDA/H son pocas, y las que hay son poco elaboradas. El caso más extremo, y preocupante, lo representan los/as niños/as, quienes no tienen conocimiento alguno sobre lo que es el déficit atencional o la hiperactividad. Incluso parece que la primera vez que escucharon las palabras Déficit Atencional e Hiperactividad fue cuando en la entrevistas se les preguntó por estas.

Pedro de manera tajante responde que no sabe nada sobre el TDA/H. Aunque afirma que no sabe nada el tema parece conmovirlo y se muestra un poco enojado al hablar sobre el. Pedro no tiene el conocimiento o la información para explicar qué es el TDA/H, pero si sabe que él tiene *eso*

¿Vos sabés algo sobre lo qué es el Déficit Atencional y la Hiperactividad?

Nada.

¿Nada?

Si nada... solo me dijeron que yo tenía eso.

ah, pero ¿no sabes nada?

Yo no sé nada de déficits... no quiero saber nada

Respuestas similares dieron los/as otros/as niños/as ante la misma pregunta, es decir que ante la pregunta: ¿Vos sabés algo sobre lo qué es el Déficit Atencional y la Hiperactividad? Los/as niños/as respondieron:

Daniel: "no, no sé"

Susan: "no, nada", **E:** ¿Alguna idea?, **Susan:** nombres

Marco: "no, ni sé que significa."

Andrés por su parte asocia el déficit atencional con un espacio físico en concreto y una acción en concreta, el espacio es el departamento de Déficit Atencional de la Clínica Clorito Picado y la acción específica consiste en recibir pastillas. En este caso el niño, antes que el investigador, menciona el déficit atencional:

A: el otro mes, un martes tengo que ir ahí, a lo de Déficit Atencional

E: ah ya veo y ¿eso qué es?

A: ¿déficits atencional?

E: ¿ajá?

A: no sé qué es eso, ahí es donde me dan las pastillas en la clínica

Asimismo la mamá de Marco tampoco tiene alguna hipótesis sobre las causas del trastorno, afirma que una vez le explicaron pero que “no me acuerdo”. De igual forma al preguntarle a los padres de Pedro ¿a qué se debe el TDA/H?, su padre responde en pocas palabras que: “no, eso no sé a qué se debe”

4.2. 2. Hipótesis Biológicas

La psiquiatría de tendencia biológica ha sido la disciplina que ha logrado en los últimos años mantener el dominio de las explicaciones sobre los malestares psíquicos (Galende, 2008, Rose 2011, Echarte 2009) que en su propio lenguaje serían *enfermedades mentales*. El TDA/H como hemos visto no ha sido la excepción, siendo así encuadrado y definido por la psiquiatría (Smith, 2008, Singh 2008). Teniendo en cuenta ese panorama tenemos como hipótesis que tanto docentes como psicólogos y hasta padres de familia mantuvieran explicaciones biológicas (desde la genética, las neurociencias, etc) sobre las causas del trastorno.

Desde lo biológico hay tres hipótesis dominantes sobre el TDA/H 1) aquellas sobre la disfunción de la precorteza cerebral, 2) la hipótesis de la falta de dopamina o y la 3) genética-hereditaria, relacionadas principalmente con los genes transportadores de dopamina como el DAT1 (Aboitz y Schroter, 2006).

Encontramos que únicamente Rita de la Escuela de Cinco Esquinas de Tibás, y Lidieth directora de la institución privada mantienen una hipótesis orgánica sobre el trastorno.

Para Lidieth se trata de “una cuestión de conectividad entre neuronas” por lo que “entonces, los conductores, para que se dé ese proceso de conectividad, están bajos”. Ella describe el TDA/H como una condición sin cura y que dura toda la vida:

Tu conformación bioquímica, eléctrica, a nivel cerebral, tiene ese déficit (...)Pero, que te desaparezca, no te desaparece. O sea, no te vas a componer...nacen con eso, sí. Porque hay

papás que... hay señores que me dicen... sí, el otro día me dijo un papá, me dice “mire, hemos hecho mucho, y el chiquito no se compone, ¿entonces qué quieren que hagamos más?”, le digo “es que no se va a componer nunca”. O sea, el Déficit Atencional tiene una implicación neurológica que... vamos a ver, no me gusta a mí hablar de una lesión cerebral pero sí tiene (...)

Lidieth destaca también una fuerte carga genética y hereditaria

Lo que sí es que siempre, siempre, siempre, hay alguien con Déficit Atencional en esa estructura familiar, entonces es hereditario. Entonces muchas veces yo empiezo, verdad, cuando estoy trabajando con el papá, verdad, como llevándolo “ok, ¿uno de ustedes dos se lo heredó, o qué? No me inventen que no, no se hagan los rusos”. Entonces a veces “sí, yo he sufrido tanto, porque ésto, porque el otro... sí teacher me convenció”.

Rita también apunta hacia algo “físico” pero que aún no está definido:

Es una condición que presenta un niño, o una niña, que le impide poner atención, como el estándar, verdad, como la mayoría... es una condición a nivel cerebral. Que no está bien definida todavía la explicación, no se ha definido exactamente dónde está el asunto problemático, pero sí se sabe el síntoma, verdad, que es el déficit atencional...

En el relato de Lucía no hay una directa mención a las causas del déficit, pero sí afirma que “es una dificultad que lo va acompañar toda la vida” y que necesita medidas especiales, las cuáles detallaremos posteriormente.

En cuanto a los padres de familia, es la madre de Pedro la única que hace referencia a algo de origen biológico, no se trata en este caso de una explicación sino más bien de una correlación que a la vez es una inversión a la lógica biológica puesto que, más bien, en este caso el TDA/H es el que origina algo en el cuerpo, en este caso unas manchas en la piel, a su vez como hemos visto estas son información para el diagnóstico

Bueno, ella es doctora y todo, y dice que ellos tienen unas manchitas, en Pedro se ven, y dice que esas manchitas se deben mucho al Déficit Atencional, verdad, no sé hasta qué punto. (Padres de Pedro)

Estas explicaciones que acabamos de apuntar mantienen la idea de que algo “ocurre” en el cerebro o en el cuerpo, este “algo” no se logra explicar con claridad, sino que se presenta efímero

y escurridizo, hay una clara limitación para explicar precisamente qué es lo que ocurre y en donde. Este es un dilema en el que están muchas de las ciencias biológicas que tienen como objeto de estudio el cerebro, como por ejemplo las neurociencias, ya que aunque se haya afirmado alguna vez que estamos en la década del cerebro, este es un órgano del que “cada vez somos más conscientes, pero prácticamente no sabemos nada” (Echarte, 2009, p 215). Es decir que aunque aun se tenga mucha información, esta es poca si consideramos la gran complejidad de este órgano, por esta razón autores como Echarte (2009) y Rose (2011), entre otros, se oponen a la elaboración de reduccionismos biológicos.

4.2.3 Hipótesis Ecológicas

Por otro lado tenemos la presencia de hipótesis de tipo ecológico. Estas explicaciones hacen referencia a distintos elementos “extracorporales” tales como el contexto microsocioal del niño, fragmentos de su historia personal, situaciones puntuales de su existencia, las relaciones particulares en la escuela y la familia, las condiciones de aprendizaje y los estímulos ambientales, entre otros. (SEDRONAR e Instituto de Investigaciones Gino Germani, 2008). Este tipo de hipótesis no deben ser confundidas con las diferentes explicaciones alternativas al TDA/H que hemos construido en nuestro marco teórico. Estas “hipótesis ecológicas” como las percibimos aquí entienden el proceso unilateralmente en el que las condiciones actúan directamente sobre el individuo. No se construyen en términos relacionales, ni abarcan sobre las significaciones que dan los sujetos sobre lo que les sucede. Asimismo en estas se construye el TDA/H- o sus síntomas- como algo anormal, problemático, y que debe ser modificado, usualmente con técnicas de modificación conductual. Este tipo de explicaciones no abarcan la construcción del sujeto y de su subjetividad e incluso tomadas a la ligera pueden llevar según

Baquero (2009) a un reduccionismo que pasa de la sospecha por los cerebros "*a la sospecha por las familias, las culturas, las formas de crianza, de habla, de juego, de los sujetos, etc*" (Baquero, 2006)

Las explicaciones ecológicas no son necesariamente opuestas a aquellas de corte biológico, sino que pueden funcionar como complementarias a ellas. En este sentido lo que se ha denominado como "ambiente" o "factores ambientales" vendrían a potenciar o fortalecer lo biológico. Lo social y lo biológico se entienden como entidades apartes, casi que incomunicadas y en las que siempre tiene menor importancia lo social, un ejemplo de esto lo encontramos en el libro de Veracoechea: "cada día hay más niños con hiperactividad y dificultades de atención, quizás porque hay variables ambientales que actúan incrementando estas características que los niños con TDA poseen" (Veracoechea, 2012 p 64) o bien como afirma Eric Taylor en la famosa discusión que sostiene con Samuel Timimi: "*Los factores sociales lo que puede hacer es incrementar el grado de hiperactividad*" (Taylor, 2004, p 9).

Un excelente ejemplo de cómo estas hipótesis ecológicas complementan a aquellas biológicas lo encontramos en las respuestas de Lidieth. Anteriormente hemos expuesto que para esta profesora el TDA/H tiene que ver con un déficit en la conectividad entre neuronas y que se trata de una condición genético-hereditaria, sin embargo esta docente también ve entre las causas del TDA/H el estilo de vida actual de algunos sectores privilegiados y que en la investigación del SEDRONAR y el Instituto de Investigaciones Gino Germani han denominado como "paternidad posmoderna" caracterizada por la rapidez, la ausencia de los padres en la casa y también, entre otras cosas, grandes exigencias sobre los hombros de los/las hijos/as así como una diversidad de clases extraescolares a las que asisten:

Yo sí pienso que es como mucho bombardeo, demasiada estimulación, demasiada demanda, demasiada carrera... diay los chiquillos salen de aquí, entonces se van a clases de piano, clases de teatro, clases de ésto, del otro, no sé qué; tienen que llegar a hacer la tarea no sé a qué horas, los papás no están, todo el mundo corre... O sea, la velocidad de la vida actual sí está contribuyendo, pienso yo, a... no sé, no sé si es que están naciendo así, más.

Para Lucia el auge del TDA/H se debe principalmente a las tecnologías y distractores que tienen los/as niños/as en el aula

Yo como teoría digo que, la tecnología de la que estamos hablando es excelente, pero en estos niños siento que el mal uso de la tecnología, y hay muchos distractores, sobre todo el teléfono celular, y más ahora que tienen internet en su teléfono... tengo 17 años de estar en esto y veo que la educación es más difícil ahora por tanto distractor tecnológico que tienen en la casa aquí en la escuela”

Por su parte la madre de Marco explica el origen de sus síntomas con el hecho de que su padre fue asesinado. Como vimos en el capítulo anterior, primeramente Marco asiste a la clínica psicológica para recibir una terapia de duelo, sin embargo sale ese mismo día del consultorio con el diagnóstico de TDA/H.

Por su parte, los padres de Daniel, le adjudican la condición de su hijo a la maestra que el niño tuvo en el kínder, ellos definen a esta docente de la siguiente manera:

Ella era muy eléctrica... ella era de investigación, digamos, todo era de investigar y explorar (...) esa señora, hacía una fiesta del lodo, y en la fiesta fueron a la Sabana, ahí fueron a diferentes parques, ella se subía a los árboles y todo(...)yo creo que ella le dio los dos años

Aunque los padres de Daniel gustaban de esta metodología, una duda les empezó a surgir: “entonces yo misma le decía: niña, muy bonito y todo o sea, y yo le comprendo, ¿pero qué vamos a hacer cuando ya él pase a primer grado?”. En ese primer grado a Daniel no le fue nada bien, en materia conductual, y que por esta razón tuvieron que acudir donde un médico y luego a

los medicamentos. Los padres explican esto, argumentando que a Daniel “se le quedó grabado” lo que hacía con esta profesora y por eso aún no ha podido adaptarse a la escuela.

Ya sean de índole biológico, u “ecológico” las explicaciones acerca de TDA/H son poco elaboradas y bastante desactualizadas. En algunos casos, padres y niños, en especial estos últimos, aceptan no tener idea alguna de las causas o razones del trastorno. En cuanto a los padres, en estos predominan las hipótesis ecológicas, en dos casos se apela a algún evento pasado para explicar el TDA/H. Por otro lado, no queda claro si están haciendo referencia a una patología y un padecimiento psiquiátrico, o a un conjunto de conductas problemáticas que presentan los/as niños/as, es decir el hecho de que algunos padres consideren que el TDA/H es para toda la vida y ocupe medicación no implica que se considere como una enfermedad en el sentido estricto. Ahora pasaremos a analizar la descripción que se hace del TDA/H.

4.3 “Pasa una mosca”: descripciones acerca del TDA/H

“Está en la Luna”

Frase a menudo escuchada a maestras y madres de familia
Cuando tratan de explicar la materia a sus alumnos o hijos

“Lerdo”

Calificativo usado a menudo por los docentes
Cuando el estudiante,
Que tiene déficit atencional,
pide que no le borren la pizarra

Hablantín

“Dícese del estudiante que tiene déficit atencional,
que habla en elase
Cuando debería estar trabajando.

Dr. Roberto Rodríguez
Glosario Déficit de Atención
Periódico La Nación, 1999

El TDA/H tiene tres dimensiones distintas: la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad. A continuación profundizaremos en la construcción discursiva que se hace del TDA/H. Ha resultado imposible separar la descripción del TDA/H de las personas con TDA/H, por eso en este apartado hablaremos de cómo se describen a los/as niños/as diagnosticados/as.

Dividiremos en dos categorías relacionadas las descripciones sobre el TDA/H. Esta división corresponden básicamente a los dos aspectos del TDA/H: 1) una es de tipo conductual y se relaciona con la hiperactividad y la impulsividad y 2) la otra corresponde a una de tipo cognitivo, que se centra en describir la falta de atención y las repercusiones en los procesos de aprendizaje. Es decir que por un lado se define la hiperactividad e impulsividad y por el otro la inatención, como también ocurre en la literatura científica. (cfr. Barkley, 1997).

4.3.1 Hiperactividad: inquietos y peligrosos

Los síntomas del TDA/H no se perciben como patológicos en sí mismos sino que como aclara Barkley (1998) el problema radicaría en su frecuencia e intensidad, es decir en la cantidad en que se presentan las conductas y también como aclara el DSM IV, en el lugar en que se dan. Es decir el problema, desde esta perspectiva, no es que el niño grite una vez, sino que grite constantemente y en el salón de clases. Asimismo estas conductas, ahora convertidas en síntomas, son evaluadas en tanto se comparan con el resto de sujetos, con la mayoría transformada en norma, en palabras de Barkley (1998): "*los niños con TDA/H parecen normales*" (p 35). Pero si un niño con TDA/H parece normal, pero a la vez no lo es, cabe preguntarnos ¿cómo realmente es?

Para entender lo anteriormente dicho nos resulta ejemplificante el relato de la profesora Rita quien es enfática en advertir la diferencia entre un niño inquieto y un niño hiperactivo, ella

afirma que “inquietos si he tenido (...) pero con TDA/H solo he tenido uno”. Para esta profesora casi todos los niños que entran a la escuela son *per sé* inquietos:

un niño por ejemplo en primer grado, para caracterizarlo es un niño inquieto... que todo le parece maravilloso, que está descubriendo el mundo, la primera ilusión del primer grado, la escuela, que le encantan los colores, que le encanta dibujar, pintar, moverse, entonces las actividades tienen que ser más dinámicas, más divertidas para ellos... Son niños inquietos, felices la mayoría... hay que ayudarles mucho con las relaciones interpersonales... y hay que tener mucho cuidado con la forma en que usted los trata. (Rita)

Pero “un niño con déficit (...) se nota que es más activo... no está siempre sentado en su lugar”, además son niños en que “la profesora ya no puede por si sola... o sea ya, no puedo yo, escapa de mis manos, necesito un equipo, necesito medicación, este niño necesita a alguien más que a mí”.

La profesora Rita señala además que los niños con TDA/H tienen problemas con las relaciones interpersonales, debido a su falta de atención e impulsividad

No son agresivos, son impulsivos. La hiperactividad afecta las relaciones interpersonales con los demás niños. Son niños entonces que van perdiendo como cariño hasta de parte de los compañeros... la forma de ver todo el mundo y lo que les rodea es distinta, verdad, no tienen la capacidad como nosotros u otros niños de fijar su atención en algo y llegar de un principio a un fin

Además, Rita nos señala que aunque estos chicos no son agresivos, si pueden representar un peligro para sus compañeros e incluso para ellos mismos:

(Un niño) Iba corriendo y quería hablar conmigo, y va corriendo y no sé fijó que en todas las puntas de los pupitres iba pegando, y se las lleva... si van a correr o atrapar una pelota, él la quiere, entonces, agarra la pelota, y no importa si se llevó a los otros. Tal vez no quería golpearlo pero si agarrar la pelota, son más peleones, tienden a quitar objetos, a golpear, a empujar, o a jugar muy brusco sin fijarse

La profesora Roxana también hace énfasis en lo peligroso que puede llegar a ser un niño impulsivo:

usted lo ve haciendo fila, el niño que tiene problemas, y si es agresivo, el no mide sus movimientos él está haciendo fila y digamos si él se vuelve y tira algo, o se tira para atrás, o empuja, ellos no miden, y un niño medicado es más lento y está más atento a los estímulos y los puede controlar.

La afirmación de Rita de que las conductas asociadas al TDA/H perjudican las relaciones interpersonales se ve materializada en el caso de Marco, su madre nos cuenta que el niño ha tenido dificultades a la hora de relacionarse con sus primas ya que “como él jode tanto, yo he sentido como que a veces me lo hacen a un lado, verdad, lo que pasa es que di sí es más hiperactivo Marco verdad”. Se trata por un lado de una dificultad del niño pero también de una poca tolerancia de los otros: “Marco es inquieto, entonces ya a la otra gente le molesta, si” (Marco).

Además de dificultar su propio aprendizaje, se repite con frecuencia en la literatura que el niño con TDA/H puede ser un obstáculo para el aprendizaje de sus compañeros (Barkley, 1998). En los relatos de los docentes encontramos varias afirmaciones en esta línea, por ejemplo Lucia afirma que: “entonces casi siempre el que está a la par (del niño con TDA/H) no le gusta, porque el otro se mueve, el otro se levanta el otro pregunta, y el de la par se está quejando.” Rita nos cuenta que ella que la clase de una colega suya se ve perjudicada porque tiene 3 niños con TDA/H, en este sentido parece que toda la culpa sobre la dinámica de la clase recae en estos tres chicos, que además de tener TDA/H tienen problemas de conducta:

se nota la dificultad para ella, porque está a mí lado ella, y yo escucho a los niños, escucho a la compañera, yo digo que a los niños con déficit, y niños con problemas de conducta, que a veces por azares del destino se concentran en ciertos grupos. (Rita)

Para Lidieth un niño con TDA/H puede convertirse en un agente disruptor dentro del aula:

Entonces por ejemplo: si estamos en un acto cívico, y sabemos que eso lo va a disparar, verdad, entonces “vea, no se siente en la primera fila; siéntese atrás, donde usted pueda salir y moverse, o dónde usted pueda hacer ésto”, verdad, y no está tapando a nadie, verdad. Entonces, puede estar canalizando en el día, si lo tenés sentado en la primera fila, adelante, va a empezar a moverse para un lado, a empujar al otro, a tirarse al suelo... verdad, entonces se va a convertir en un agente disruptor ahí adelante, entonces todo el mundo lo va a empezar a regañar, y entonces ya empieza el ciclo tradicional. Entonces “no, usted véngase”, o “¿cómo va a estar usted en el centro de la fila?” o sea, si hay una fila “usted no va a estar en el centro, usted va a estar en los extremos, donde tenga posibilidades de...”(Lidieth)

La hiperactividad/impulsividad también se relaciona con la capacidad para no mantener la atención, los padres de Daniel la definen de la siguiente manera: “la hiperactividad de un niño es el no poder concntrarse, el no poder poner atención, el que a veces uno les hable tantas veces y ellos no captan”.

4.3.2 La falta de atención: niños en la Luna y moscas que pasan

Sobre los/as niños/as particularmente desatentos la profcsora Rita indica que

tienen dificultad en actividades que podríamos decir cotidianas, que vemos como corrientes y que cualquiera puede hacerlas rápidamente, como escribir, como hacer un dibujo, como hacerle punta a un lápiz... entonces para ellos es diferente... ellos fácilmente se distraen, pierden la concentración

Para Roxana se trata de

niños que se distraen con cualquier cosa... uno ve que, explica, vuelve a explicar, deja prácticas y nada... sus trabajos son incompletos, pasan en la luna, hace usted una pregunta y ve que no están ubicados

Una metáfora usada con frecuencia para describir al TDA/H o a quienes lo portan es la de la mosca que pasa volando mientras se está dando una clase. De nuevo citamos aquí el glosario

elaborado por el doctor Roberto Rodríguez (1999) en el cual define la expresión: "Se va con la mosca" como la: "*Frase utilizada por los padres para referirse a lo distraído que es su hijo, cuando pasa una mosca mientras estudia*". La "mosca que pasa" también aparece en las respuestas de Rita quien indica que si "pasó una mosca, pasó un sonido -lo que fuera-, un color... en ese momento, él se distrae, no estuvo en el momento de la clase, él se fue en su rumbo a otro mundo, verdad" (Rita).

Asimismo esta misma metáfora es utilizada por los padres de Pedro para referirse a su hijo: "Él ve una mosca pasar, y ya se fue atrás, la vio pararse, vio lo que hizo, le contó una historia y se devolvió, verdad."

Es notable que Marcela utiliza la misma metáfora para describirse a sí mismo y a su rendimiento escolar: "yo estoy aquí y pasa una mosca y yo uff, me voy con la mosca."

Otro elemento relacionado con la falta de atención y el descuido corresponde a la supuesta lentitud que tienen niños y niñas con TDA/H. Siguiendo a Apple (1997) uno de los componentes esenciales de las llamadas "tradiciones del rendimiento" en las que se basan las escuelas actuales, corresponde a la rapidez en el trabajo y la efectiva utilización del tiempo. Entre otras cuestiones, "el tiempo" es también uno de los parámetros con los que se evalúan y se comparan los estudiantes.

Según el discurso de docentes y padres de familia los niños con TDA/H se encuentran en desventaja con respecto a los demás debido que son "lentos" (Rita) y eso implica que tienen que estudiar más, dedicarle "muchas horas de estudio" lo cual a su vez, siguiendo a Roxana es un "sacrificio...ya que (ello/s) tienen que trabajar el triple y los padres también, y eso cansa.", Lucía, mantiene una opinión similar: "un niño con déficit necesita, si otros repasan diez minutos ellos necesitan por lo menos una hora", incluso hay que ayudarlos para que no "pierdan

tiempo...el niño con déficit es muy desorganizado, y hay que organizarlo para que tenga tiempo de hacer todas las cosas” (Lucia). Incluso Rita indica que es inevitable que estos niños se queden atrás ya que son lentos:

el niño es que va a quedarse atrás, uno ya sabe que el niño va a quedarse atrás, porque es lento, porque se distrae. (Rita)

En esta misma línea, la mamá de Marco indica que a ella le explicaron que: “a ellos les cuesta un poquito más aprender, un poquito más que los demás, verdad, como que son un poquito más lentos” y sobre su hijo nos comenta que: “Marco es muy inteligente pero sí hay cosas que le cuestan un poquito más, él para escribir es muy lerdillo, y sí, para aprenderse las cosas también le cuesta”

Incluso, desde la perspectiva de los padres de Pedro, son niños a los que les cuesta entender órdenes, y que también son personas diferentes a las normales, en términos de eficacia y simultaneidad:

Con las personas con Déficit Atencional hay que darles una orden explícita y esperar que la hagan para que continúen con otra. Porque si no no pueden hacer, no son como simultáneos como una persona normal, digamos, que vos podés hacer tres cosas al mismo tiempo y en cambio ellos no. Ellos tienen que hacer una a la vez, y a veces te vuelven a preguntar “¿qué era lo que me dijo que tenía que hacer?”, entonces ya uno les vuelve a decir.

A grandes rasgos encontramos que la hiperactividad implica ser un peligro para ellos mismos y para los otros, además también suelen ser vistos como niños/as perjudiciales para el grupo y salón de clase. En el caso de la “falta de atención” esta ocasiona que obtengan malas notas, que desconozcan lo que sucede en la clase, se vayan con las moscas e incluso vivan en otro mundo, como afirma la maestra Rita.

Por último fue recurrente la alusión a las problemáticas que el TDA/H ocasiona en relación con el tiempo. Explican docentes y padres que el TDA/H ocasionará que los niños ocupen más

tiempo para estudiar, más horas y más días, y que a la vez sean más “lerdos” para hacer las cosas. Es necesario notar que el grueso de estas observaciones de niños/as con TDA/H se construyen en comparación a un niño o una persona “normal”, ellos y ellas, niños y niñas con TDA/H no son como “cualquier” niño, cómo dirá el padre de Pedro, sino que son diferentes, son un *otro* dentro del aula, y como cualquier *otro* es de intuir que reciban un trato diferente. A continuación detallaremos cómo es ese trato, cómo se adecua el sistema educativo al/a niño/a con TDA/H o su viceversa ¿cómo se adecua el niño al sistema?

4.4 El TDA/H dentro de la mochila: cómo responden las escuelas a los niños/as con TDA/H.

4.4.1 ¿Niños con TDA/H o niños con problemas cognitivos?

Hay un consenso general entre los docentes en que hay que diferenciar el TDA/H de los problemas académicos o cognitivos. En este sentido Roxana aclara que

El déficit atencional no tiene tantísimos problemas a nivel académico, o sea, puede estar digamos como muy disperso, pero si logra copiar en algún momento y estudiar, él va a rendir. (Roxana)

Lucia afirma también que “no todos (los/as niños/as con TDA/H) tienen el problema del rendimiento académico, hay chiquillos que se la juegan, son digamos tan chispas, tan inteligentes que aunque tengan déficit, algo les queda de lo que yo digo y me imagino que con un repaso en la casa y ya”.

Aunque a estos/as niños/as no se les relaciona con problemas cognitivos si se resalta las dificultades que tienen con respecto a la disposición y el comportamiento necesario que exigen las instituciones educativas es decir que:

el déficit le impide muchas veces aprender, aunque él tenga la capacidad para hacerlo. Digamos, el déficit le impide poner atención en el momento en que se le está dando una técnica, un fonema, una sílaba (Rita)

En este mismo sentido Lidieth nos explica lo siguiente

Ahora, cuando te das cuenta de que tenés un chiquillo con 135 de CI, pero que el nivel de productividad es bajo, entonces vos decís: ¿ok, qué está pasando aquí? ¿estamos hablando de motivación, estamos hablando de un problema de aprendizaje? mirá, no hay problema de aprendizaje, dí no... simplemente voló. Cuando diste la instrucción estaba en otro lado. Cuando perdió información en matemáticas, con una capacidad de respuesta muy interesante, en términos digamos de construcción, de pensamiento lógico matemático, y de un momento al otro día, le iba mal en un examen. Y cuando eran actividades en el aula y todo eso, la maestra decía “éste es brillantísimo en matemáticas”, pero a la hora de ir a examen, me da una hoja en blanco.

Aunque las docentes hacen la diferencia entre problemas cognitivos y TDA/H, es decir que no todos los/as niños/as con TDA/H tienen problemas cognitivos y viceversa, los/as niños/as con TDA/H si representan un reto pedagógico, en el cuál las escuelas y docentes deben buscar soluciones y alternativas para el óptimo aprendizaje de estos/a estudiantes.

4.4.2 Escuelas con Déficit de Atención

Existe el consenso entre las docentes y ,la literatura “oficial” sobre el TDAH, en que los/las niños con TDA/H necesitan una atención especializada por parte de los docentes y sus escuelas.

Sobre esto no habría ningún problema, si no fuese porque las escuelas públicas en su mayoría no pueden dar dicha atención, esta situación es abiertamente reconocida por padres de familia y docentes, por ejemplo Lucia se queja de la gran cantidad de alumnos y alumnas que tiene por aula, lo que evidentemente le dificulta la labor docente:

Cuesta, son más de treinta los que tienen cada grupo entonces no es solo un chiquito con déficit, sino son tres y cuatro y entonces llama la atención a uno, y el otro se despelota, entonces es difícil, hay que andar mucho mucho, encima de todo el mundo.

Roxana, con una opinión similar a la de Lucia, comenta que:

Porque imagínese con una matrícula de 33, con los que tienen déficit, y con los que uno dice que son normales, di es un es una lucha constante de todo el día. Son demasiados

estudiantes entonces es muy difícil, demasiado difícil, de dar una buena atención a cada estudiante. Cuesta demasiado, y al menos, yo manejo dos grupos, este y el otro, el quinto b, entonces imagínese que son 65 estudiantes, es demasiado difícil, demasiado difícil dar atención individual, y ver niño- problema, niño-problema, niño-problema cuesta mucho. Uno no da, todo la ayuda que quiera, precisamente por tanto niño

Esta situación es percibida también por los padres de Pedro, quienes por esta razón justifican que a su hijo no se le pueda brindar una atención individualizada:

En un grupo de 30, darle una atención focalizada a él es imposible. No sólo a él, porque hay otros que tienen el mismo problema que él, entonces difícilmente ella pueda darle una atención individual a los 4-5 que tienen el mismo problema y al mismo tiempo manejar el grupo de 30

El gran número de niños por aula así como las malas condiciones en las que están las instituciones provocan que las funcionarias definan su labor como “una lucha constante” en la que hay que estar “encima de todo el mundo”. Incluso, en lo que respecta al apoyo psicológico en la escuela de Tibás, este se ve dificultado por la gran cantidad de niños y casos que tiene que evaluar Lucia

Yo todo los años repito lo mismo agarro un caso y nada más, al final termino como con ochenta casos, o ochenta cosas de un mismo caso...a principio de año, las maestras van conociendo y van refiriendo, yo tengo casos que lo refirieron desde abril y aun no los he podido atender. Dentro de las escuelas si hay que ver mucha otra situación que incide en el aprendizaje, o en la estabilidad emocional...si cada casito se pudiera coger y valorarlo digamos individualmente, yo creo que tendríamos más resultados

Además de los numerosos casos que tiene que evaluar esta psicóloga, su trabajo se dificulta debido a las diferentes funciones que tiene que asumir dentro de la escuela y que poco tienen que ver con el trabajo de una psicóloga educativa

Yo atiendo como muchas otras cosas...como acompañar a los niños en los ensayos del 15 de septiembre, acompañar a las enfermeras a repartir medicación contra los piojos, ayer

vino el director y me dijo: "usted va acompañar al compañero de música, porque la flautas tienen una presentación en tal escuela. Entonces ya uno no atiende

Una situación totalmente diferente se vive en la escuela privada que dirige Lidieth, además de contar con pocos alumnos por aula, estas están diseñadas pensando en diversos estilos de aprendizaje. Las aulas de esta escuela tienen dos puertas grandes de vidrio a cada lado, en lugar de pupitres tienes mesas para el trabajo grupal además de distintos medios tecnológicos como computadoras y pizarras electrónicas.

Ahora bien, ante este hostil y precario panorama reinante en las escuelas públicas cabe preguntarnos entonces ¿cuáles medidas toman las escuelas para apoyar a los niños/as diagnosticados/as con TDA/HI?, es decir ¿qué capacidades tienen las escuelas públicas y la privada para ayudar a niños/as diagnosticados con TDA/HI?

4.4.3 Intervenciones pedagógicas para niños/as con TDA/H

Las intervenciones pedagógicas van dirigidas a incluir a los/as niños a las prácticas educativas por medio del control conductual, a este tipo de intervenciones Armstrong denomina como estrategias de control, opuestas a aquellas de estrategias para facultar.,

Quizás la técnica más utilizada y ampliamente aceptada sea sentarlos cerca de la profesora: "cerca de nuestro lugar de trabajo, de nuestro escritorio" (Roxana) esto con el objetivo de que "los de déficit atencional tienen que estar todos sentados adelante...se supone que si es desatento, usted pasa y si no está escribiendo, usted le toca la cabecita le llama la atención para que él siga" (Lucia)

Se trata de tener el cuerpo del niño cerca de la docente para que esta pueda impulsarlo a seguir trabajando, pero para también poder observarlo continuamente y controlarlo. Sumado a

esto Roxana utiliza dos técnicas más que consisten en aislar a los niños: “a veces se les aísla, porque son demasiado inquietos”, y la otra corresponde a la técnica del niño tutor, esta consiste en sentar a la par del niño con TDA/H a un “niño que no le cueste, que esté atento, entonces ese niño trata de ubicar al compañero, por supuesto que el niño tutor no sabe del problema que tiene el compañero, nada más uno le dice que para que lo esté ayudando” (Roxana).

Rita por su cuenta facilita de forma activa los procesos de trabajo de los niños en el aula: “guiarlos en los cuadernos, indicarles por dónde van, si el niño no puede terminar, o es un niño lento se le dan los resúmenes, se les termina de alguna forma.” Para estos fines, esta profesora utiliza una herramienta tecnológica la cual consiste en darle al niño o a sus padres “un resumen de la materia vista o el plan de la semana en una llave maya” para que así sus padres puedan “cotejar qué ha hecho el niño que había hecho y qué no... yo doy resumencitos, porque no me interesa que estén matándose copiando”. Todo esto lo realiza bajo el argumento de que el niño con TDA/H siempre va a quedarse atrás “ya que es lento”, por lo que casi que hay que hacerle el trabajo, en este caso se trata de una intervención menos conductual.

Lucía desde la psicología nos explica que hay que enseñarles a los niños y niñas con TDA/H el “autocontrol” y a organizarse. Lucía, en reuniones con padres, les dice lo siguiente:

Él sabe que si está en una lección hará dibujitos o no sé, pero por ahora usted tiene que enseñarle esa tolerancia, a tener horarios de estudio, no ande siempre así como perdido, sino copia tiene que conseguir el material de algún lado.

Apuntando en una línea similar a Rita, que aunque el niño no tenga un proceso en el que logra trabajar en clase y tener contacto con la materia estudiada, tiene conseguir esta a como dé lugar, ya sea que la maestra se la dé o se la pida a un compañero.

Las intervenciones pedagógicas en las escuelas públicas son las tradicionales y convencionales (Armstrong, 2006): sentar al niño cerca, vigilarlo, facilitarle la materia y tratar de enseñarle autorregulación a ellos y sus padres. Se tratan pues, de acoplar el niño a las metodologías de la clase.

El panorama es sumamente distinto en la escuela privada, que a la vez es una escuela alternativa. Esta escuela centra su atención en dos aspectos: por un lado, según cuenta su directora: “nosotros facilitamos las condiciones de aprendizaje para que un chico con Déficit Atencional salga adelante”. Se intenta en la medida de lo posible de que la escuela se adapte al niño y no viceversa:

Con una metodología activa, participativa, donde los niños se puedan mover, puedan salirse del aula, puedan conversar... eso le permite a algunos chiquillos con Hiperactividad y Déficit Atencional moverse en un escenario completamente diferente; entonces compensan, digamos ese exceso de energía lo compensan (...) Entonces hay chiquillos que pueden trabajar afuera, hay chiquillos que tienen que trabajar adentro, hay chiquillos que necesitan estarse moviendo, hay chiquillos que más bien tienen que estar más sentados. Entonces, pueden trabajar afuera, pueden trabajar adentro, pueden trabajar... verdad, con las computadoras, con las pizarras electrónicas, el escenario es múltiple. A algunos les sirven unos, y a otros les sirven otros. No hay boletas, ni nada eso...

Por el otro lado también se trabaja en el autoconocimiento y autorregulación del propio niño o niña:

Acordáte que vos a la hora de estudiar tenés que usar pizarra, hablando, moviéndote, qué se yo... decirle a la mamá “mire, no le haga resúmenes, y no le haga cuestionarios tradicionales, porque no le va a funcionar”, y bueno ese tipo de cosas. Pero bueno, ya ellos

conforme ellos van creciendo, ellos se van dando cuenta... Por ejemplo algunos de ellos ya tienen autorización, de que cuando están en clases de matemáticas o de ciencias pueden estar dibujando (Lidieth).

Es interesante anotar dos alternativas que utiliza esta escuela para “relajar” o “calmar” a los estudiantes. La primera se trata de un laberinto que han construido con el fin de que los niños/as puedan ir a caminar y “reflexionar”:

Algunos le decimos “vea, mi amor, vaya dele una vuelta a la escuela”, y él sale tranquilo, y le da una vuelta a la escuela. Tenemos un laberinto, que ahora vamos a empezar a trabajar en eso, para... Pusimos un laberinto, para que fuera como un escenario como de construcción de relajación, de espacios de relajación, y qué se yo. Y estamos empezando a trabajar que “vea, mi amor, váyase al laberinto, déle una vuelta al laberinto, y vuelve. (Lidieth)

La segunda corresponde a la compra de una batería musical para un niño. Este niño para un proyecto de talentos había pedido una batería, luego de discutirlo y por recomendación del profesor de música la escuela decide comprar la batería la cual él puede usar en ciertos momentos:

No teníamos batería y por fin ya conseguimos una, y se para el chiquillo “tsun tsun tsun”. Fue exactamente calmarlo. Entonces él está todos los recreos con la batería. Entonces se está convirtiendo en “ok, si no me termina eso, no puede ir a ensayar” (...) lo termina con tal de que lo dejen tocar batería... está encontrando otro lugar para poder expresar lo que tiene. (Lidieth)

Es muy grande la diferencia de posibilidades que ofrecen las escuelas públicas con respecto a esta privada. En esta primera las intervenciones vienen desde fuera y se concentran en el trabajo del aula, de hecho no hay casi alternativas fuera de la clase, mientras que en la privada existen un conjunto de herramientas, recursos y técnicas que ofrecen un abordaje tanto pedagógico como psicológico, en tanto se procura que las y los niños reflexionen y aprendan de

sí mismos. Evidentemente, no podemos saber si esto se logra, sin embargo si cabe anotar la diferencia de opciones producto de las diferencias materiales de las instituciones.

Pero no solo los docentes de esta escuela privada han encontrado nuevas maneras de trabajar con estos/as niños/as sino que también algunos padres han tenido que inventar formas distintas para estudiar con sus hijos/as.

4.4.4 Los padres: pedagogos alternativos

Los padres de Daniel y de Pedro han tenido que idearse la forma de estudiar con sus hijos usando técnicas lúdicas y metodologías distintas a las que se suelen usar en las escuelas tradicionales

Otra forma para que Daniel aprendiera a leer y todo, para que estudiara, era jugando bola, o sea, él tiene que hacerlo así... en movimiento, él no es de sentarse ahí y estudiar, o sea no... Él yo estoy aquí y se va para allá, y yo le pregunto y me dice "eso es muy fácil" y ahí me contesta, y él está jugando ahí, o sea él solo así.

Los padres de Pedro por su parte intentan explicarle la materia como un "cuento"

(...) Empezamos a notar que la manera en que nosotros le enseñábamos a estudiar no era la correcta, verdad, si yo le hacía una práctica a él, él no me entendía. Entonces di yo hasta la fecha, lo que es ciencias y estudios sociales, contarle la historia como un cuento, entonces ahí reacciona. Es muy auditivo (...) Yo trato de explicarle la materia y hacérsela divertida para que a él se le pegue más, entonces... día el otro día me dice -faltaban como dos días para el examen de Estudios Sociales y me dice-, "no me sé los paralelos ni los meridianos... y yo "Dios mío, pero si usted me dijo que ya se los sabía", verdad, entonces yo con una naranja le expliqué, y le pinté la naranja, y cuando vino al día siguiente venía llorando de la emoción, y le digo yo "¿día por qué viene llorando?", porque me asusta, y me dice "mami, es que me saqué un 100 en el examen", y le digo yo "¿por qué fue?", "es que me estaba acordando de usted con la naranja". Entonces son cosas que si se las hago tal vez más divertidas.

Estas alternativas, que se emplean amparadas en la idea de que el niño es diferente en un sentido negativo, no son incompatibles con formas más convencionales y tradicionales de enseñanza, que también utilizan por ejemplo los padres de Pedro:

Uno tiene que estar encima de él. Yo que me siento con él a estudiar matemática (...) totalmente disperso. Digamos, si nosotros sacamos una práctica, y él está haciendo un ejercicio, él hace uno; y ya con el segundo se levanta, va al baño, da una vuelta... hay que estar (da palmadas en la mesa) "siga", porque sino se desconcentra completamente. Siempre que yo esté encima de él, él funciona. Si uno lo deja, se va, y se le olvida.

Las técnicas de estudio utilizadas por estos padres no suelen ser utilizadas en las escuelas, lo cual genera una diferencia importante en cómo se estudia en la casa (caminando y jugando en el caso de Daniel) y en la escuela (sentado y a la par de la maestra gufa). Es interesante notar también que debido a la gran cantidad de niños/as por aula y las condiciones en las que están las escuelas la aplicación de dichas técnicas, o de técnicas más participativas y lúdicas serían casi imposibles.

4.5 Escuela y familia: Un vínculo en tensión

La relación entre escuela y familia es realmente compleja y se complejiza aún más cuando nos referimos a la situación del TDAH. Ambas instituciones encargadas de la socialización básica tienen un vínculo en común: el niño-alumno y un objetivo también en común: formar un tipo específico de sujeto y ciudadano según la ideología y la cultura de la sociedad en el que esté inmersa. Entre la escuela y la familia se forma así un "contrato implícito" (Bolívar, 2006), incluso parece que una no puede existir una institución sin la otra, por ejemplo Foucault indica que

Si la obligación escolar ejerce su papel y los niños, quedan fijados y finalmente individualizados dentro del sistema escolar es porque hay familia (...) Quiero decir con

ello que es la familia la instancia de coacción que va a fijar a los individuos a los aparatos disciplinarios, que en cierto modo va a inyectarlos en ellos” (Foucault, 2005, p 91)

Es decir que según el autor francés la familia va produciendo un tipo de subjetividad y de sujetos para que ingresen a los distintos dispositivos y aparatos disciplinarios. Ahora bien esta relación jamás puede ser lineal y mecánica, sino que como hemos afirmado, resulta más bien compleja. Versando sobre este tema Ruth Harf (2012) apunta que

Cada una de las instituciones, escuela y familia, y los roles que mantienen tienen representaciones, imaginarios y supuestos, mitos y teorías implícitas acerca de cómo es y cómo funciona la otra institución y el otro rol...El tema ahora es qué expectativas y demandas mutuas tienen ambos integrantes con respecto a la razón del ser del vínculo: el hijo-alumno²³ (p.155)

Estas expectativas, representaciones e imaginarios que describe Harf entran en tensión y conflicto en lo que se refiere al TDA/H, y específicamente a cómo debe ser el tratamiento que los niños con TDA/H deben recibir, niños como bien apunta la autora son tanto hijos como alumnos.

4.5.1 Éxitos y Fracasos Escolares de niños con TDA/H ¿Responsabilidad de quién?

La versión de los padres:

Padres y madres no escatiman en reconocer la labor que han hecho algunas profesoras para ayudar a sus hijos. Esta ayuda, como hemos visto consiste en que la maestra esté cerca del niño y lo pueda controlar, en “no dejarlo, ni que respire, verdad, prácticamente, que se concentre en lo que él hace”. (Rita)

²³ Para Foucault la infancia ha operado como un punto de enganche y de unión la escuela y la familia, instituciones centrales en la gestión de la normalización. A su vez la infancia es “la depositaria dialéctica e las estrategias de normalización. (Bianchi, E. 2010)

Siendo esto así, el éxito o fracaso escolar del niño será en gran parte atribuido al docente.

Un claro ejemplo nos lo muestra la madre de Pedro

Entonces ese es el temor de... bueno, mío como madre, ahora que él avance más. O sea, yo sé que él ahorita está bien porque la profesora que tiene ahorita es muy buena, se dedica... les da paciencia y le está yendo bien... la profesora en ese aspecto sí lo ha querido ayudar mucho: lo tiene a la par, cada vez que tiene que llamarle la atención, le llama la atención, y él vuelve a funcionar.

(Madre de Pedro)

Además de la ayuda pedagógica que dan, las docentes son evaluadas positivamente si se disponen a darles el medicamento a los niños mientras estos están en clases:

Elizabeth sí, Elizabeth sí sabe que es lo que a él le hace falta, y tiene toda la razón. Un día de éstos se le acabaron (las pastillas)...entonces yo le mandé un mensaje a la maestra ahí de que le supliera por favor, y dijo "sí, yo aquí tengo otros dos chiquillos más con eso, entonces yo les doy". Elizabeth ha sido la primera que hemos conseguido, porque los otros maestros decían que no: "di no, esto no es trabajo de nosotros, a mí no me interesa", entonces yo di: "no le mande boleta tampoco" (Padre de Daniel)

Ahora bien, también encontramos el reverso de la "buena profesora" la cual consistiría en un docente que por un lado no quiera suministrar la pastilla en tiempo lectivo y que por el otro no tenga conocimientos, no sepa, o no quiera tratar lo que es el déficit atencional. Cuenta la madre de Marco que este año al niño "sí le ha costado un poco matemáticas y en ciencias pero es que es también un problema con el profesor, no sabe qué es Déficit Atencional, de verdad, no sabe" (Madre de Marco), a estos profesores también se les adjudicaría los malos resultados escolares tanto académicos como conductuales: "en conducta los años anteriores muy bien, pero éste año, con el profesor éste, él ya le lleva como siete boletas". (Padres de Daniel).

Los padres de Pedro nos dan un ejemplo en el que se presentan dos evaluaciones distintas sobre la labor docente. Queda claro como los malos o buenos resultados escolares dependerán casi que únicamente del docente:

Ha tenido maestras que han sido muy nobles, que sí han sabido lo que es el déficit atencional y lo han ayudado mucho... digamos, la que tuvo en primero y en segundo: excelente. Ella le ayudó, le explicaba, le daba tiempo para terminar los exámenes y todo. Cuando pasó de tercero a cuarto, ahí fue un problema porque la profesora no, como que lo abandonaba. Incluso Pedro nos decía: "yo me sacaba cienes con la otra profesora, y con ésta yo no puedo" eso fue hasta el punto de querer quedarse y todo... el año pasado tuvo que presentar, verdad, fue muy frustrante para él, porque él me decía: "mami, si ella no me explica, no me dice nada...entonces...está difícil (Padres de Pedro)

Una situación similar encontramos en el relato de la abuela de Sharon, en donde encontramos una evaluación muy positiva de una profesora y luego otra muy negativa, explicando así cambios en el rendimiento académico:

Este año ella (la mamá de Sharon) siente que no le están dando la debida atención a ella. Como cuando estuvo con Tatiana, y el año pasado que estuvo con Mauren, Mauren sí hizo por todo lado por meterla, que le dieran más atención a ella. Ahora que no le está dando Mauren, dice mi hija que ella siente como que no le están dando la debida atención a ella. Ella, por eso ha bajado el rendimiento escolar.

Los padres de Daniel enfocan estas críticas hacia las metodologías utilizadas por las profesoras, a las que califican de aburridas y no aptas para niños como Daniel.

Siempre le he dicho a la maestra: Él no se aburre si usted lo pone a investigar, a hacer cosas, a construir, él no se aburre. Pero si usted lo deja ahí, leyendo tonteras o haciendo cosas ahí, muy rutinarias, eso lo aburre a él. Si usted le pone cualquier tarea ahí "para

mañana tiene que traer tal cosa, investiguese", él viene ahí y se pone a investigar, y busca libros y todo.

Es interesante notar que para el padre de Daniel no es solo cuestión de la profesora, sino que él apunta hacia la metodología misma del sistema educativo, abogando –aun con ciertas dudas- por prácticas más activas y participativas:

Definitivamente que usted lo vaya a sentar no. Por eso es de donde yo le digo, digamos, es que a veces el sistema educativo como que no verdad. O sea, una vez me decía que a Daniel le serviría estudiar con... ¿cómo se llaman estas escuelas que dicen que ellos pueden hacer las cosas cuando ellos quieren?... Montessori, creo que es. Que ellos no tienen como horario, y entonces se van acomodando y son libres como de andar y así, y entonces yo le digo "sí, pero entonces usted no le va a tomar límites". Y es que digamos, eso es lo que pasa ahora, hace poco con una amiga que hizo en la universidad un proceso así, de la forma en que se le enseña a los niños en Costa Rica digamos porque no es para... ella me decía "ellos son súper inteligentes, lo que pasa es que son como muy estructurales, y que estar sentado, y que estar todo eso", dice, "es la forma que tiene como que cambiar" pero uno ve que no. (Padres de Daniel)

Hablan las docentes

La percepción de las docentes es de alguna forma opuesta a la que mantienen los padres, ya que para ellas su labor resulta inútil si no hay apoyo en el hogar, las maestras son enfáticas en que "si no hay apoyo en el hogar el chiquillo se pierde" (Roxana), desde este punto de vista el factor de definitivo sobre el porvenir educativo sería el "apoyo, y la ayuda que tenga el niño en la casa" (Lucia) ya que: "un niño con déficit con apoyo en la casa, y con hábitos de estudio, sale adelante" (Roxana)

Según las docentes en caso de TDA/H que no hay apoyo por parte de los padres. Lucía nos cuenta, que su experiencia le ha enseñado que los padres de niños con TDA/H son: “papás que no colaboran, papás que no organizan”, Roxana también presenta una imagen negativa:

Aquí en la escuela es tan difícil, tan difícil, el compromiso de los padres de familia es mínimo...y estos niños tras de que tienen problemas de aprendizaje no hay apoyo en la casa y tienen déficit... con los poquitos padres que si nos colaboran en la casa el cambio si se nota. (Roxana)

Para los docentes las diversas explicaciones que dan los padres -que usualmente giran en torno a la falta de tiempo por el trabajo o la presencia de otros hijos- son excusas o justificaciones para no atender a sus hijos:

Siempre tienen una excusa, ya sea porque ellos trabajan, porque ellos siempre dicen que trabajan, pero día y el hecho que uno trabaje no significa que uno no tenga ese compromiso con sus hijos. (Lucía)

Roxana por su parte afirma que:

La mayoría de papás son como: “es que yo trabajo, es que yo no tengo tiempo, tengo un bebé, tengo más hijos” Y muchas muchas cosas que justifican solo para no apoyar al hijo

En general lo que parecen percibir estas docentes es una falta de interés por el niño que también es producto de las dinámicas sociales y de la inclusión de la mujer al mundo laboral “tanto la mujer como el hombre tienen que salir de la casa a trabajar y eso los absorbe más, y hay menos responsabilidad digo yo, por parte de los hogares” (Roxana). Esto las hace sentir que la escuela es solo un lugar donde los padres “tiran” a sus hijos “vienen los padres y los tiran aquí y piensan que uno les puede resolver todo... y lo mandan a la escuela porque es obligatorio, y es más fácil no ayudarlo. Porque lo difícil es ayudar a un niño con problemas en la casa, porque usted tiene que sentarse muchas horas, requiere mucho sacrificio” (Roxana)

Los padres, por otro lado, sí admiten tener dificultades para estudiar con sus hijos. Por ejemplo ellos refieren distintas dificultades como por ejemplo

- 1) *No estar preparados/as académicamente* para explicar y estudiar con sus hijos, como bien lo explica la madre de Pedro “yo no soy una profesional, saqué mi bachillerato y todo pero tampoco soy una maestra, hay cosas que yo no le puedo explicar a él”,
- 2) *Dificultades generadas por la situación laboral y económica*: “nosotros dos trabajamos, y casi no tenemos tiempo de estar yendo a la escuela” (Padres de Daniel)
Cómo veremos esta situación laboral no solo afectara el tiempo dedicado al estudio sino también del acompañamiento de los/las niños/as en otros espacios
- 3) *Los estudios propios que también llevan los padres de familia para mejorar su situación económica*: “prácticamente, que estoy yo todo el día es con ella, y parte de la tarde. Porque mi hija salía a las cuatro de la tarde del trabajo de ella, venía, se comía algo, se bañaba, ya agarraba sus libros y se iba para la u” (Abuela de Sharon)

4.5.2 Adecuaciones curriculares: Los padres las piden, las docentes la rechazan

Cómo hemos visto, los padres de familia y las docentes entrevistadas mantienen una imagen negativa sobre el rol y el trabajo que realiza el otro. El tema de las adecuaciones curriculares es en donde este conflicto se vuelve más álgido los padres luchan por que se les den la adecuación a sus hijos, pero que las docentes las rechazan.

Así como el TDA/H se divide, según las docentes, en “severo, medio y leve” (Roxana) las adecuaciones curriculares se pueden dividir en significativas o no significativas. El tipo de adecuación al que hacen referencia tanto padres como docentes son aquellas no significativas

puesto que también se afirma que la mayoría de los/as niños/as diagnosticados/as padecen un TDA/H leve.

La mamá de Marco nos cuenta que al niño le ha ido mal en algunos exámenes ya que no ha recibido la adecuación que merece, esto justificado incluso desde la ley 7600.

Entonces ahora tenemos aquí una controversia porque yo apelé un examen, y yo a él (profesor), le dije que Marco tiene adecuación, de hecho Marco tiene recito aparte, y él no se lo está haciendo. Y yo le dije a él "ese es un derecho que tiene Marco, y no lo digo yo, lo dice la ley 7600...Yo al director le dije, dí que él no me va a echar a Marco atrás, porque a mí me ha costado mucho llegar hasta donde hemos llegado con él.

Los padres de Daniel, aunque afirmen que él "ya tiene por virtud de él esa facilidad de aprender" mantienen que el niño necesita la adecuación curricular en la escuela, esta vez no amparados por ninguna ley, pero sí por el dictamen médico:

Él necesita adecuación curricular, y no se la aplican, la maestra decía "no, yo no se la voy a aplicar a él porque eso es encasillarlo", y yo: "usted es la que manda, yo en eso no me voy a meter, aquí está el diagnóstico ya del hospital y todo, y usted verá si se la aplica a no, yo ya en eso no.

El no brindarle dicha adecuación podría traer como consecuencia, según lo piensan sus padres, que Daniel saque mala notas en sus exámenes y que también se frustré

Si lo va a perjudicar a él y luego lo va a frustrar de que él no quiere ir a la escuela, yo le hago exámenes y todo, y él estudia, y si después él se va a sacar malas notas aunque estudia, se va a frustrar en el estudio. Entonces ahí es el problema. (Padres de Daniel)

La opinión de la abuela de Sharon es similar a las anteriores, ella se muestra preocupada ya que siente que ahora no le están dando la adecuación de la misma manera que antes: "El año pasado sí, de todo lo que había adecuación le ponían, pero este año dice mi hija que ella ha

sentido que no le están dando la atención debida, el año pasado ella tuvo todavía dos maestras así, fuera de lo de costumbre. Pero ahora parece que no”

Por otro, lado los padres de Pedro no refieren haber tenido problemas con respecto a las adecuaciones, ya que el niño sí recibe la adecuación en algunas materias como matemáticas. Los padres del niño le reconocen su beneficio: “entonces digamos, esa es la ventaja, como tiene ahora la adecuación...si él tiene dudas, él nada más va y le pregunta a la profesora, la profesora le ayuda”

La lectura que hacen las profesoras sobre las adecuaciones es inversa a la que hacen los padres de familia. Para ellas, se trata de un mecanismo que utilizan los padres para desresponsabilizarse del aprendizaje de sus hijos/as. Este punto de vista se ancla en la idea de que los padres “no colaboran”

Luchan por que le den una adecuación, que saben que con una adecuación según ellos, el chiquillo va a pasar y el cómo papá no va a tener ninguna responsabilidad... casi todos piensan que con el apoyo de aquí, ya ellos liberaron responsabilidades (Lucía)

Para Roxana se trata de que

Casi todos piensan que con el apoyo de aquí, ya ellos liberaron responsabilidades
Entonces si dicen que es un déficit ellos pretenden que uno les regale la nota y que uno haga el trabajo, que uno del 100%, no el 50 y 50

Ahora, las críticas de las docentes no solo van dirigidas a lo que ellas perciben que hacen los padres una vez que está el niño diagnosticado, sino que también van hacia la comprensión que los padres de familia tienen acerca del déficit. Por ejemplo Roxana mantiene que los padres limitan y encasillan a sus hijos cuando estos son diagnosticados con TDA/H, esta docente relaciona el fracaso escolar de estos niños con TDA/H a la manera en que los padres afrontan la

situación, puesto que los padres se forjan profecías negativas. Ella nos cuenta que “la mayoría no logran ni pasar de séptimo año, la mayoría no pasa.” y que esto se debe precisamente a que

El problema es eso que a los niños con déficit, el padre no le exige y el padre no lo ve en un futuro siendo profesional o un obrero de calidad y desertan. Los padres les ponen barreras y el mismo estudiante, barreras que no existen, tendrán sus limitaciones, pero si se esfuerzan llegan a ser lo que quieran. (Roxana).

Para Lucia el niño con TDA/H es percibido negativamente por sus padres

Es que el problema es que ellos piensan que tienen hijos tontos. Cuando usted le habla de déficit que tiene problemas ellos nunca ven que van a tener metas largas, ellos achican las metas, entonces díay con que saquen el sexto grado y si puede ir al colegio, y a veces no los mandan. Tienen el primer fracaso y ya desertan, ¿y por qué? No obligan a dar el triple, o más esfuerzo que los demás, ellos son muy conformistas y a la primera al primer fracaso escolar, o colegial, ya se dan por vencidos. Ese es el problema, es la mentalidad del hogar.

En cuanto a “lo que los padres hacen” Lucia también se muestra descontenta. Según esta docente, padres y madres no le brindan la atención necesaria como hemos visto, pero tampoco las condiciones necesarias para que los niños estudien:

Uno les pregunta a veces: ¿tiene un espacio para estudiar? “sí” y “” ¿está lejos de todos los ruidos? “Sí” ¿hay un televisor? ”díay sí” ¿un tele? “sí”. Porque mientras uno ve el tele, el otro estudia. Entonces así no se puede. Yo les digo que no dejen que el niño tenga muchos estímulos, como las mascotas y así. Les digo: “acuérdense, que el tiene una dificultad y a todo tienen que ponerle cuidadn”

Los padres de Pedro hacen la misma crítica que las docentes pero esta vez dirigida hacia ellas, es decir que son ellas las que han estigmatizado a sus hijos y otros niños con TDA/H.

El mayor, una profesora en segundo grado, porque él estaba haciéndole punta al lápiz, y la basurilla la tiró al suelo, se levantó, cogió la escoba y la barrió. La profesora le dijo que de ahí no iba a pasar, de barrendero, o sea, sabiendo que él tenía problemas no hacía por

dónde ayudarlo. Lo único que... verdad, dos profesoras tuvo, en ese entonces... y una lo que le decía: que era un vago, porque no entendía...

4.5.3 Conflictos intrainstitucionales

Los conflictos que surgen a raíz del TDA/H no son exclusivamente entre las familias y las escuelas, sino que también ocurren entre los funcionarios de las escuelas, especialmente entre docentes y psicólogos/os. No hay un protocolo de intervención, ni medidas bien establecidas para intervenir en el TDA/H, lo que nos encontramos, como hemos ido esbozando a lo largo de todos los capítulos, son diferentes versiones y puntos de vista, en el que cada profesional tiene su propia construcción y definición sobre el déficit y su tratamiento.

Lucia, la psicóloga de la escuela, se mantiene crítica tanto hacia el trabajo que realizan los docentes así como hacia las familias de los niños. Por ejemplo nos menciona distintas situaciones en las que se ha enfrentado a docentes debido a la metodología que utilizan con niños/as con TDA/H:

Por ejemplo este chiquito Kevin, yo le pregunto: ¿niña usted donde lo tiene sentado? "Allá adelante" me dice, le digo yo: niña, pero tiene que estar sentado adelante si usted también está adelante "ah no, yo aquí tendré mi escritorio toda la vida, aquí usted nunca me va a quitar el escritorio de aquí" y yo le digo "pero es que entonces, nunca hacemos nada". A final si pasó al niño atrás

Así también Lucia manifiesta su descontento hacia las metodologías pedagógicas que utilizan algunos docentes y que ella califica de aburridas y homogénizantes:

Por ejemplo el profesor él solo la misma estrategia de pizarra pizarra y pizarra y clase aburridas y clases que él se pierde, el señor se vuelve explica, explica hace y se sienta a

esperar que todos terminen. Digamos, con el mismo Marco él no lo llama para ver si entendió si no entendió, él como que todos tienen que entender igual, son de los docentes que son como cuadrados y metidos ahí en el cuadradito, ellos dicen, bueno tengo mi manera de explicar y todos tienen que entender. (Lucía).

Rita indica que tanto docentes como médicos confunden, y no detectan adecuadamente a los niños con TDA/H:

Hay niños que los confunden, a los inquietos, o de conducta inapropiada, los confunden muy a menudo con Déficit, o con Hiperactividad, los mismos docentes, también los doctores confunden a niños con TDA/H, cualquier niño que sea inquieto, ya quieren medicarlo, verdad de una vez (Rita).

Incluso Rita nos hace mención de un posible sobrediagnóstico: “muchos se han declarado Déficit, pero que en realidad han sido problemas psicosociales...a veces hasta de abuso. A veces se descubre que es otra situación, verdad”. En esta línea esta profesora afirma que muchos de sus colegas tiene una baja tolerancia hacia el comportamiento de sus alumnos y que entonces ante “cualquier problema de conducta “hay que referirlo, porque es hiperactivo, tiene Déficit Atencional”, sin más ni más”. Una opinión similar mantiene Lucía puesto que según ella los docentes quieren exigirles mucho a sus estudiantes:

Ellos quieren que el niño permanezca sentado, que no interrumpa las lecciones, que no agreda, que juegue solamente en los recreos, o sea, prácticamente y muy doloroso, como decía un psiquiatra muy grosero ,de aquí de la clínica, que le mandó a decir a la maestra qué si lo que querían eran estatuas.

4.6 Conclusiones del capítulo

Parece ser que en Costa Rica el TDA/H es también un fenómeno contemporáneo puesto que tanto padres como docentes indican que los casos han aumentado en los últimos años. Para algunas docente se trata de que hay mucho diagnóstico y para otras se trata de que en efecto los niños de hoy son “más hiperactivos” (Roxana). Las otras tres docentes sugieren que ocurren las dos cosas: mucho diagnóstico y mucho niño hiperactivo.

Hay fuertes contradicciones entre el número de niños con TDA/H, en un caso una profesora indica que la mitad de su grupo, es decir 15 niños, tienen algún grado del déficit, mientras que otra afirma solo haber conocido a un niño con TDA/H en los 22 años que lleva de carrera. Estas diferencias son el reflejo de que no hay lineamientos o protocolos en las escuelas que sirvan de guía para el reconocimiento y buena atención de niños con TDA/H y así cada maestra trabaja a su manera. Es importante notar que además las mismas docentes, afirman que no han tenido una buena formación en TDA/H y que por lo tanto desconocen muchos aspectos.

Ante los ojos de las docentes un/a o niño/a con “dificultades” solo tiene dos opciones o bien es un “mal portado” y “mal criado” o bien tiene una condición como el TDA/H que le impide ser normal. Las maestras cuentan que un niño con TDA/H se nota fácilmente, básicamente se trata de un niño que desborda a su maestra, grita más que el montón y se nota que hay “algo” en él que es diferente. El niño con TDA/H tiene muchas probabilidades de fracasar, y además por su hiperactividad/impulsividad puede ser un peligro para él y sus compañeros, a los cuales tampoco deja aprender. Con respecto a la inatención está se entiende como que el niño está en otro lado, todo lo distrae, los/as niños/as están en su propio mundo. Tanto para describir

la inatención como la hiperactividad se utilizan una serie de metáforas del sentido común y lenguaje popular para describir a los niños. Las descripciones acerca del TDA/H son efímeras y poco elaboradas, sobrecargadas de lenguaje común y lejano a cualquier otro padecimiento, aún así las causas mayormente aceptadas del TDA/H, por parte de las docentes, son aquellas de índole biológicas. Estas también son poco elaboradas, y en ella se habla de que algo pasa en el cerebro del niño, para Lidieith se trata de una mala conectividad entre neuronas. Los padres, por su parte, refieren hipótesis ecológicas, en las que algo le pasó al niño tiempo atrás (como hemos visto cuando la madre estaba embarazada), es decir algo pasó en la vida del niño que hizo que este fuera “así” y ahora para siempre. Los padres y docentes no se refieren al TDA/H como si este fuese una enfermedad, sino que se trata de una condición del niño, una forma de ser y estar en el mundo.

La definición que se hace del TDA/H está atravesada, e incluso fundada, por un paradigma moral, en el que los comportamientos aún se entienden como malos e indebidos y los niños pasaban a ser “malcriados”, siendo esto así el TDA/H se entiende como algo que podríamos denominar una **Patología Moral**, en la que se mezclan, discursos del sentido común, discursos disciplinarios y discursos médicos. Esto ha sido bien ejemplificado con las docentes, ya no solo por sus respuestas sino también por lo que cuentan que piensan otras docentes, y de cómo actúan con respecto al TDA/H.

Por su parte, ninguno de los niños/as supo decir algo con respecto al TDA/H, es decir que cuentan con cero informaciones sobre su diagnóstico.

En las escuelas públicas las intervenciones para mejorar el rendimiento de las y los niños diagnosticados con TDA/H, no son diferentes a las que se realizan para tratar a niños “problemáticos” o “mal portados”, y estas consisten en controlar y observar constantemente al niño.

La situación TDA/H produce un desencuentro entre padres y maestros quienes se responsabilizan los unos a los otros sobre los malos resultados de los/as niños/as, por una parte los padres indican que los maestros no saben lidiar con el TDA/H y las docentes por su parte sostienen que los padres no dan el apoyo en la casa y se responsabilizan de sus hijos/as. Para las docentes, no hay efectos secundarios de la pastilla de gravedad, sino que más bien algunos padres no le quieren dar el medicamento y por eso inventan dichos efectos negativos.

Las diferencias entre las docentes y los padres de familia se agudizan con las adecuaciones curriculares, ya que los padres suelen solicitarla pero las maestras en ocasiones las rechazan. Las docentes visualizan en estas solicitudes de adecuación otro intento de los padres por desresponsabilizarse de sus hijos, y viceversa piensan padres de familia, es decir que son las docentes las que no quieren hacer su trabajo. El enfoque de las docentes y padres de familia gira en torno al resultado y no tanto al proceso, la situación de los/as niños/as es un problema, que no tienen claro y no pueden explicar, pero que se echan la culpa unos a otros.

Capítulo 5

La controversial Ritalina: Discursos, representaciones y Experiencias.

5.1 "Su hijo necesita Ritalina": primeras reacciones entre el miedo y "los mitos".

¿Qué sintieron y pensaron los padres de familia cuándo les dijeron que su hijo tenía que tomar Ritalina? ¿Cuál fue su primera reacción? La respuesta se podría resumir en dos palabras: Miedo e inseguridad. Estos miedos e inseguridades surgen de la gran cantidad de cosas negativas que los padres habían escuchado sobre la Ritalina, incluso antes de que sus hijos tuviesen que tomarla. Hoy en día estos elementos negativos se entienden como mitos:

Padres de Pedro: entonces nosotros lo pensamos para darle la pastilla, verdad, porque usted sabe que detrás hay muchos mitos, di, le dimos la pastilla y hasta el momento le ha funcionado.

Madre de Marco: cuando a mí me dijeron que le iban a dar Ritalina, o sea, yo sentí feo, y miedo, porque la gente le mete a uno mucho miedo, verdad, de la Ritalina... el primer mes fue así como "qué miedo", y yo veía a Marco y así, a ver cómo reaccionaba porque mi tía trabaja en una escuela, bueno es cocinera, y ella me dice "es que hay chiquitos que se quedan así", y no hablan, y no nada.

Uno de los principales miedos que tenían los padres era que en un futuro su hijo se volviese adicto a alguna droga, principalmente a la cocaína. Los padres de Pedro cuentan que tuvieron disputas con sus propios padres, es decir los abuelos del niño, ya que para estos últimos la Ritalina era como una droga: "Nos decían que eso es como un veneno, que es una droga y todo... pero al final nosotros somos los padres y nosotros decidimos". (Padres de Pedro).

Dudas similares a las de los papás de Pedro tuvieron los padres de Daniel y la madre de Marco

Madre de Daniel: Entonces, yo sí estaba completamente en desacuerdo con la Ritalina, porque uno ha oído tantas cosas: que se hacen adictos, que el día de mañana se pueden hacer adictos, que la Ritalina (...) bueno, en realidad todo (lo que dicen) ha sido como negativo, más que (...) que ellos andan atontados por ahí, que no son libres ellos. (Madre de Daniel)

Madre de Marco: tenía miedo de que se me iba a hacer un drogadicto cuando fuera grande, que... bueno, todos los medicamentos son una droga, verdad, bueno, eso pienso yo... entonces que él depende de la pastilla, y en parte sí.

Poco a poco estos miedos fueron disminuyendo hasta que la pastilla fue totalmente aceptada. En palabras de los padres de Pedro la decisión se tomó debido a la información médica y los consejos médicos “bueno, aquí los papás somos nosotros, y el médico dice que eso no es así”. Los médicos, las profesoras y el equipo de Déficit de la clínica se han encargado de, en palabras de los padres, “convencerlos” de que la pastilla no genera adicción y que por el contrario, si no se toma hay más posibilidades de que las personas caigan en una adicción:

Padres de Daniel: la mayoría de los médicos nos decían que no, e inclusive esa doctora nos decía “no, dice, más bien yo siento que esas personas que andan en la calle que se hicieron adictos o que andan sin rumbo es porque nunca hubo un papá que se preocupara por enderezarlos, por centrarlos... y ya casi que la doctora me convenció, como yo era la que tenía más dudas

Madre de Marco: en la clínica nos dieron unas charlas de Escuela para Padres, que nos hablan de la pastilla. Una de las cosas que recuerdo es que no se iba a hacer un drogadicto, que la mayoría de los niños que consumen la Ritalina, cuando sean grandes, más bien puede que no lleguen a consumir cocaína o... qué se yo, verdad, entonces eso fue una tranquilidad para mí.

La familia de Marco estaba tan preocupada que también acudieron a la religión para eliminar los posibles efectos negativos de psicofármaco, en un interesante sincretismo entre medicina y religión “su abuelita, ellas son muy metidas a la iglesia, agarraron las pastillas e hicieron una oración, por las pastillas y por Marco.” (Madre de Marco).

Incluso, ahora la madre de Marco tiene una opinión tan favorable de la pastilla que le ha

aconsejado a otra madre, que tenía las mismas dudas que ella una vez tuvo, darle la pastilla a su hijo:

Madre de Marco: la mamá del chiquito me dijo "¿usted se las da a él?", y le digo yo "sí claro", y me dice "¿no le da miedo?", y yo "no". Yo le dije a ella, "le soy sincera, yo al principio sí tenía miedo, pero yo he visto un cambio muy grande en él, que o sea, yo ya no", y entonces me dice "yo ya no sé qué hacer", entonces yo le dije "yo, como mamá, la recomiendo, o sea, es un bien para su hijo", entonces ella me dijo "¿en serio?", y delante de la doctora, y la doctora le dijo "pregúntele a Wendy, ella ha llevado aquí Déficit Atencional en Escuela para Padres", y aparte que yo voy a las citas con Marco, verdad. Entonces la señora me dijo "¿en serio?", y yo le dije "sí, yo ahora se la doy a él a ojos cerrados, porque yo he visto un cambio muy grande en él"

Con respecto al miedo por los efectos secundarios, este desapareció cuando los padres observaron que no se presentaron efectos no deseados de gravedad, cuestión que analizaremos posteriormente. Por otro lado cabe rescatar que la decisión sobre dar o no la pastilla pueden ser bastante complejas dentro de cada familia por ejemplo Lidieth nos comenta de un caso en el que la madre le daba la pastilla al niño a escondidas de su padre:

Lidieth: el papá no estaba de acuerdo, entonces la mamá no lo tomó en cuenta en nada en el asunto (...) hasta que el papá se dio cuenta, y ya va por segundo año, y está medicado desde pre-escolar. Casi se muere, el señor, verdad, furioso, entonces prohibió la medicación. Entonces en estos momentos tenemos al chico sin medicación

En el capítulo anterior encontramos que los padres y las docentes entran en tensión y tienen perspectivas distintas sobre aspectos del TDA/H. Sobre el uso de la Ritalina sucede lo mismo. Las docentes afirman que los padres de familia tienen muchos "mitos" y "prejuicios" sobre la pastilla y que por eso no se las dan a las/los niños que la necesitan:

Lucia: ellas (*las mamás*) desde allá empiezan a hacerles la contra a la pastilla, no lo ven como un apoyo, entonces el chico dice "no me gusta" y sigue con lo mismo de la mamá que entonces ya le dicen a la maestras, yo se las di a las 7 de la mañana, y no se la han dado.

Lidieth: Vamos a ver, nos cuesta mucho que algunas familias acepten la medicación, y entonces trabajamos mil otras alternativas con ellos (...) entonces la gente verdad; que genera adicción, que promueve drogas cuando están en la adolescencia... no sé.

Roxana: con la cuestión de la Ritalina hay mucho prejuicio, con los padres de familia. “Yo llevo mi hijo a la clínica, pero Ritalina no le voy a dar” ese es el pensar de los padres de familia, ya uno les explica más o menos qué es la Ritalina y pero ellos cuestan que acepten porque les da miedo, o ignorancia, de que les vaya a hacer un hábito, piensan que es una droga, que qué, que los va a hacer ellos dicen que tontos (...) ellos no sé, desde el principio dicen que no, y no sé, llegan a la clínica y a veces los convencen, el psiquiatra porque el psiquiatra médica (...) el psiquiatra les termina de decir los beneficios que es tomar una Ritalina, pero bien dada, seguir con las instrucciones y a sus horas. Pero no lo cumplen, son muy pocos los que usted puede decir que se la toman a diario y a a la misma hora (...) Cuesta mucho si en la casa son desinteresados y no piensan que las pastillas lo puede beneficiar entonces no cumplen con la medicación. Las pastillas las da la clínica, no es una cuestión económica.

Rita: hay mucho tabú sobre la medicación, dicen que les hace daño... la primera es que se hacen drogadictos, quizás dependientes del medicamento, la segunda es que hay demasiados efectos como éstos, a nivel cerebral, es lo primero que dicen los padres que no están informados, verdad. Y de una vez llegan aprehensivos “no, es que yo no lo voy a medicar, éso es malo para mi chiquito, un chiquito medicado no puede”, hasta que ya el padre recibe la educación de ése tema, va abriéndose un poquito (...) Al padre le da miedo comenzar a medicar muy joven a un niño. Así, de primer grado. Dicen que están muy jóvenes para comenzar a darles medicamentos. Piensan también, me imagino que los confunden con los antidepresivos o cosas así, y les da como miedo medicar al niño.

Estos dos últimos relatos nos ejemplifican justamente la situación por la que pasaron todas las familias entrevistadas: primero aparecen miedos y preocupaciones, que giran en torno a un futuro uso de drogas y que se desvanecen cuando algún especialista los “convence” y los “informa” sobre las ventajas y beneficios de la pastilla. Según Roxana además de mitos y tabués, a veces los padres “inventan” historias para no darles el medicamento a sus hijos. Ella da el ejemplo una madre que se negaba a darle el medicamento a su hijo ya que según esta él niño se volvía “loquito”:

Roxana: yo no se la voy a dar más porque la Ritalina, me dice ella, le está haciendo daño. Inventaron que el chiquillo cuando tomaba la Ritalina en la noche se golpeaba en las paredes, la mamá me lo dijo, yo le dije ¿cómo señora? La señora me dijo: “sí, se vuelve loquito”. Yo sabía que no era cierto por supuesto, pero ¿cómo le llevaba la contraria? Y ella decía: no se la doy más, y ahora está en séptimo año, y ya desertó.

Como resultado tenemos que tanto padres como docentes desestiman posibles efectos negativos del medicamento ya que estos se consideran como mitos. Tanto docentes como médicos y psicólogos se encargan de “convencer” a los padres de familia de los beneficios del medicamento. Las docentes desestiman algunas experiencias negativas que han tenido- o pueden haber tenido- algunos padres de familia. Ellas entienden, en continuidad con la idea de que los padres con TDA/H no ayudan ni colaboran con el estudio de sus hijos, estas experiencias como justificaciones e invenciones para no dar el medicamento.

5.2 Los efectos secundarios de la Ritalina

*Diay muchacho me durmió toda,
yo andaba así como zombie.
Me la tomé por una semana,
y lo que hacía era dormirme*
Madre de Pedro

Como todo medicamento, la Ritalina tiene efectos secundarios negativos, la aparición frecuencia y cantidad de estos dependerá de muchas variables. Entre los efectos secundarios comunes se encuentra la pérdida del apetito, dolores de cabeza y de estómago, taquicardia, tics, entre otros. Como efectos poco frecuentes se encuentran el desencadenamiento de psicosis, depresión, aparición de comportamientos obsesivos compulsivos, aparición de manías e incluso la muerte (Breggin, 2001). Esto nos lleva a la pregunta por los efectos secundarios que han

detectado padres de familia, docentes y niños/as.

5.2.1 El asco

Uno de los principales efectos secundarios que tiene la pastilla, que bien podríamos decir es inmediato, es el del asco. Esta es una de las principales razones por las cuales a los/las niños/as no les gusta ingerir el psicofármaco, todos ellos/as describen a la Ritalina como una pastilla que sabe “feo” y da “asco”

La Ritalina es una pastilla pequeña pero que, según cuentan niños y niñas tiene un fuerte sabor, que incluso hace sentir que las pastillas son mas grandes: “uy no, son chiquititas pero yo las siento tan grandes que, uy que asco” (Marcela). En sintonía con Marcela los otros niños describen la pastilla como algo “feo”, “agrio” y que da “asco”:

Pedro: ahora me tengo que tomar esa pastilla pero no me la quiero tomar. No me gusta... además sabe feo y me la tengo que tomar todos los días, aquí en la mañana y en la escuela (...) sabe feo, no le podría decir a que sabe, sabe cómo agria, además yo me concentro. No me gusta el sabor... me la tengo que tomar así (*inhala aire y se tapa la nariz con los dedos*)

Marco: Ah, sabe fea... como a algo quemado, digo algo como, como horrible, como ácido y amargo... ayer no me la quería tomar... es que en serio sabe fea”

Marcela: “no me gustaba...uy tan asqueroso porque se siente cuando se está derritiendo, guacala...yo solo me la tomo y ya, me da asco y ya...”

“sabe rara, y a uno se le queda pegada aquí (*se señala la garganta*)

Andrés: “ah, yo me la tomo así (*se tapa la nariz con los dedos y cierra los ojos*)... no me gustaba” “sabe horrible”

5,2,2 Otros Efectos secundarios: Adormecimiento, dolor de cabeza, pérdida del apetito, entre otros.

Además del asco, la pastilla tiene ciertos efectos en el cuerpo que sin duda le generan molestias a las/los niños. Quién enfatiza más las molestias de la Ritalina es Andrés quien comenta que la pastilla lo hace sentirse nervioso:

Andrés: nervioso, cuando tomo la pastilla estoy así, me tiemblan los pies y las manillas. Cuando escribo, se me tiembla los pies, yo estoy así, pero me tiemblan los pies, pero no se me mueven, me tiembla como por dentro... me tiemblan las manos y los pies, además me siento raro.

Daniel a su vez afirma “(con la pastilla) me siento presionado” (Daniel) y Marco refiere una pérdida del apetito: “a veces no me dan ganas de comer... todos los días”, esta situación también es percibida por su madre:

El apetito lo pierde sí y con Marco él no come aquí en la escuela, cuesta demasiado, yo le echo la merienda, y a veces viene con la merienda, o camino a la casa se la va comiendo. (Madre de Marco²⁴)

Sumado a esto la mamá de Marco indica que la pastilla “como que le baja el estado de ánimo”.

A la hora de preguntarle a los padres de Daniel por los efectos secundarios, estos más bien devuelven la pregunta: “No sé ¿Y qué efectos puede dar eso?”, luego de indicarle algunos de los efectos de la pastilla los cuales aparecen atrás de la caja de las pastillas el papá del niño contesta: “vea, ese carajillo come de todo, de todo y a toda hora, y nada. Y duerme como un girón, ya, no se despierta ni nada.”, no obstante luego nos comentará que la pastilla le produce “algo” al niño:

Padres de Daniel: él siente algo, algo hay que siente... cómo que le baja la energía o algo así... Yo creo que es a lo interno que él debe sentir algo.

²⁴ Para las sesiones con los niños se les llevó galletas y fresco, Marco fue el único niño que no quiso y por ende no se comió ni las galletas ni el fresco.

Por su cuenta, los padres de Pedro mencionan una variedad de efectos secundarios, que van desde cambios de humor y dolores de estomago:

Padres de Pedro: a José Pedro le da digamos dolor de cabeza, de estomago... también ha tenido muchos cambios de humor, en un momento estaba muy feliz, y al otro momento estaba histérico. Al principio le dio mareos y dolor de estomago... dolor de estomago, cabeza sueño, cambios de humor, etc. (...) Él se cansa mucho, de tomarla, se estresa, se estresa más. La pastilla como que lo adormece, entonces yo evito darle la tercera para que no se adormezca... él se aburre como que se cansa. Le da sueño, se duerme... si se pone a estudiar con el cuadernillo, se acuesta y se duerme... entonces en vez de reactivarlo lo... se apaga un toque... él sin la pastilla juega bola, brinca, va de un lado para el otro, pregunta, pero si la toma se apaga.

La madre de Pedro conoce alguno de los efectos de la pastilla por experiencia propia. Ella hizo el experimento de tomar durante toda una semana la Ritalina para ver lo que podría suceder y para ver "lo que le iba a dar a su hijo". El resultado fue similar a lo que ellos relatan que le sucede a Pedro, es decir, que la pastilla la adormeció:

Madre de Pedro: diay muchacho me durmió toda, yo andaba así como zombie... me la tomé por una semana, y lo que hacía era dormirme.

Sin duda el caso más extremo lo representa Sharon quien recibió el medicamento y luego se le suspendió a raíz de un cuadro epiléptico que tanto un doctor como la familia de la niña le atribuyen a la pastilla. La abuela indica que entre otras cosas bajo los efectos de la pastilla la niña se "desganaba", "perdía el apetito" y se "aletargaba":

Abuela de Sharon: La Ritalina la tomó desde que estaba en el kínder, hasta que estaba en cuarto... cinco años... el efecto que yo miraba era ese, primero que la ponía como tonta, uno le decía "andá jugá" y ella se sentaba en una silla y no se movía de ahí... me la desganaban, me la desganaban, y me la adelgazaban demasiado... se le había quitado el apetito, ella venía decayendo, más flaquita, mas flaquita, mas flaquita... pasaba mucho

sentada y sin hacer nada. No había quien la moviera de ahí. Ya luego a raíz de las convulsiones, le quitaron las pastillas.

Algunas docentes también reconocen algunos efectos secundarios adversos mientras que para otras se tratan de “inventos” de los padres para no dar el medicamento, como hemos observado anteriormente con Roxana.

Rita desde su experiencia ha observado que además de sentirse mal, a los niños la pastilla los entristece:

(Sienten) asco...se sienten mal a veces. A veces les baja como las pilas, a nivel emocional, siento yo, se sienten tristes. (Rita)

Lucía por su parte observa que la pastilla provoca dolor de cabeza y vomito. Sin embargo para ella esto es producto de cómo la pastilla se relaciona e interactúa con la vida de los/as niños/as:

A muchos no les gusta porque dicen que, que les duele la cabeza, que les duele la panza hay algunos que dicen que se vomitan, muchos de ellos si se vomitan pero esos son los menos de los que hemos tenido (...) ahora bien si usted se la toma la pastillita con la pancita vacía, obviamente si ya trae un dolor de cabeza porque no ha desayunado, obviamente se toma la pastilla en una pancita vacía entonces le va a aumentar el dolor de cabeza, o cosas de ese tipo.

No obstante para Lucía también puede tratarse de una excusa hecha por las madres y que influirá de manera sugestiva en la manera en que los niños experimenten los efectos de la pastilla.

La mamá desde un inicio empieza no me gusta porque eso es un amanzalocos, eso lo cambió totalmente, se enflaqueció, le da mucha hambre, o sea hay muchas cosas. (Lucía)

Tanto para Roxana como para Lucía muchos niños son sugestionados por los comentarios de sus padres al punto de que luego no quieren tomarse la pastilla. De las respuestas de padres y

niños entendemos que la pastilla sí tiene efectos adversos, sin embargo estos se consideran menores y no se les da mucha importancia, existe una diferencia en la valoración que hacen de estos efectos los/as niños/as y los padres, puesto que los primeros parecen estar más preocupados y se muestran enojados con esta situación. Ahora bien, cabe preguntarnos ¿sí tanto los padres como algunas maestras están conscientes de los efectos secundarios de la pastilla, cuáles son las razones que justifican continuar con el tratamiento farmacológico?

5.3 Entre la optimización, la disciplinarización y la normalización: Discursos que legitiman la Ritalina.

El darle una pastilla a un/a niño/a puede concebirse como un “acto discursivo”, en tanto es una acción cargada de intencionalidad, significado, ideología y motivaciones. Cuando se le da una pastilla a un niño, principalmente si esta es para un trastorno psiquiátrico, se le está dando un mensaje, se le está diciendo algo sobre él/ella, sobre cómo debería estar y cómo debería portarse. Desde este punto de vista una pastilla es un medio de comunicación en el cual, directa o indirectamente los padres les están diciendo algo a sus hijos, y también los/las niños/as están entendiendo e interpretando algo.

No es solo una, sino que son varias las razones y motivaciones que tienen los padres para dar la pastilla a su hijo, aunque estas razones están íntimamente relacionadas las hemos dividido para un análisis más rico y detallado.

Lo primero que debemos preguntarnos al estudiar la lógica detrás del uso de la Ritalina: es ¿quién la da? y ¿quien la toma o recibe? Superficialmente la respuesta es sencilla: las da un adulto (usualmente un padre o una docente) y las toma un niño. Sin embargo esto podría ser más complejo de lo que parece. Desde buena parte de la sociología, especialmente la rama de la

microsociología, las personas ocupamos distintos roles según las posiciones simbólicas y las instituciones en las cuales estemos inmersos. Cada rol tiene sus demandas, expectativas, leyes y formas de interacción. Las personas así actúan en buena parte según el rol(es) que asuman.

Ser “estudiante” también es asumir un rol, que es relativamente diferente al de “un niño”, es decir que no son sinónimos alumno y niño, aunque estemos hablando de la misma persona. Esta sin duda es una relación compleja, pues como demuestran algunos historiadoras, con la escuela se crea la niñez, a como la entendemos hoy en día sin embargo se trató de una niñez que fue siendo cada vez mas pedagogizada y escolarizada, a travesada por los discurso médicos, psicológicos y psiquiátricos (Baquero, 2009, Narodowski, 1999) No obstante, encontramos en los discursos de padres y docentes, límites precisos y diferenciaciones entre el ser un niño (estar en la casa) y ser alumno. Así las razones y motivaciones que tienen padres de familia y docentes para administrar (o no) la Ritalina girarán en torno a las dos posiciones y roles en las que los sujetos infantiles en escolarización están inscritos, es decir 1) En tanto ellos “son” alumnos y estudiantes 2) en tanto a ellos “son” niños.

5.3.1 Tramas y posiciones simbólicas de los sujetos infantiles en proceso de escolarización

Los sujetos infantiles en proceso de escolarización están ubicados en dos posiciones de la trama socio simbólica: por un lado son alumnos y por el otro son “niños”, y aunque estas dos posiciones están estrechamente relacionadas, en ambas se juegan roles y expectativas diferentes, y más importante aún, los sujetos se relacionan con el mundo y las personas de formas diferentes. O sea que en resumen: a la escuela van niños y niñas que se deben convertir en alumnos y estudiantes. Cabe recordar aquí que, como hemos constatado en el capítulo anterior, tanto “el niño” como “el estudiante” son construcciones y producciones de la cultura y la

sociedad, y no entes naturales y únicamente biológicos. (González 2011, McLaren,1995; Baquero; 2006 y Aries, 1986)

Una buena explicación de la diferencia entre estas posiciones nos la da Peter McLaren (1995) quien en un estudio etnográfico realizado en una escuela de inmigrantes en los suburbios de Canadá, conceptualiza al sistema de enseñanza como un sistema ritual en el que se identifican cuatro estados interactivos distintos por los que atraviesan las y los sujetos escolares: 1) el estado de la esquina/calle (el estado del niño) 2) el estado del estudiante, 3) el estado del hogar y 4) el estado de santidad. Estos estados no serán *“algún tipo de trance o estado de conciencia en el sentido psicológico del término. Mas bien, implican estilos de interacción con el ambiente y con los otros”*. (McLaren, 1995, p 102).

Para nuestro análisis, dejaremos de lado el estado santidad, y nos centraremos específicamente en el estado de la calle, el estado del estudiante y marginalmente el estado del hogar.

El estado del niño.

Detalla McLaren (1995) que en el estado de la calle los sujetos son “niños”, es decir en este estado vemos cómo se organizan y relacionan los/las niños/as en la calle, en la esquina, en el recreo, o en lugares sin o con poca supervisión de un adulto. Es un estado desordenado y catártico en el que se desatan y dan rienda suelta a los deseos, frustraciones, y anhelos. Es un estado más que todo físico en el que:

Suelen verse a los cuerpos girar, torcerse y agitarse en un oasis de libre abandono...a menudo hay gran contacto físico...jovialidad, algazara y diversión. Los alumnos son impredecibles, ruidosos y vociferantes. Hay situaciones de habla irregular y de ritmos corporales... Las relaciones entre individuos invitan a la intimidad. Si los estudiantes están bajo turbulencia o bajo una tensión emocional intensa mientras están en este estado son

más hábiles para enfrentar sus emociones directamente y tienen una mayor oportunidad de compartirla con amigos selectos y compañeros (McLaren, 1995, p 105)

El autor describe este estado como subjuntivo, caracterizado por la fantasía, el experimento, la hipótesis y la conjetura. Además dirá que: *“Los estudiantes decididamente son mas ellos mismos en este estado”*. (McLaren 1995, p 106)

Estado del estudiante

Ahora bien, al entrar a un aula tradicional el niño reajusta su comportamiento del estado de la calle por la atmosfera más formal y rígida del estado del estudiante. Si el estado del estudiante es un poco “crudo” el del estudiante será “cocinado”, institucionalizado y complejo:

El estado del estudiante lleva a la adopción de gestos, disposiciones y actitudes y hábitos hacia el trabajo esperados por “ser alumno”. El despliegue emocional del estudiante puede ser visto por el adulto como “antisocial”. El lema central en el estado del estudiante es “trabaja duro”... Los mecanismos de control del maestro constituyen los límites entre el estado de la esquina y el del estudiante...En este estado los alumnos pierden el dominio del tiempo, el espacio y los papeles de la calle, transfiriéndolos a la jerarquía y control de las autoridades escolares. (McLaren, 1999, p 108)

En este estado el tiempo es “segmentado” y “monocromático”, los movimientos son pocos y rutinarios, a menos que lo indique el maestro. Asimismo existe una clara separación entre la mente y el cuerpo, con un énfasis en la ética del trabajo.

Estado del hogar

Por último el estado del hogar se refiere a tipos particulares de interacciones entre los alumnos/niños y los miembros de su familia (madre, padre, abuelos, hermanos). En este estado los principios normativos que gobiernan el estado del hogar resultan semejantes a los de la escuela, sin embargo los estudiantes tienen fácil acceso al estado de la esquina, como cuando

están en sus habitaciones o cuando están con amigos o con hermanos, o en variadas actividades con sus padres. Este estado es mas variable y diverso debido a la heterogeneidad de familias existentes, así algunas se acercan más al estado del estudiante y otras al de la calle, y algunas forman una especie de intermedio.

Los estados expuestos por McLaren se traslapan unos a otros, y a veces tienen límites imprecisos, además de que como afirma el autor: "*estos estados son sólo vaga y ocasionalmente percibidos por los estudiantes, como conducta autoconsciente*" (McLaren, 1995, p111)

Lo descrito anteriormente nos permite ubicar de mejor forma los discursos acerca de la utilidad de la Ritalina, todos estos discursos girarán en descripciones sobre los niños en tanto a veces se espera que el/la niño/a se comporte según en el estado de la calle (es decir como niño/a) o según en el estado del estudiante.

5.4 La Ritalina: una pastilla no apta para niños

*(En la casa) no se le da porque más bien lo atonta.
Es que uno tampoco quiere un robot.
Yo quiero ayudarle pero no lo quiero tonto.
O sea es un niño, tiene derecho a jugar,
derecho a divertirse, tiene derecho a ser activo,
yo no lo voy a drogar para que esté ahí
como un zombie.*

Padre de Pedro

*Nombres yo en mi casa no me la tomo
Andrés*

Retomando la pregunta sobre quién la da y quién toma la Ritalina, podemos observar que más que niños, quienes toman la pastilla son los alumnos. Esto es fácilmente evidenciable cuando observamos la frecuencia en el uso de la pastilla y vemos que esta no se da cuando en

nuestros casos cuando las y los niños están afuera de la escuela. La pastilla es casi que para uso exclusivo de la escuela.(Santamaría, 2007)

Por recomendación de los/as doctores/as los niños/as no toman la pastilla ni los fines de semana, ni los feriados ni en las tardes luego de llegar de la escuela.

Madre de Marco: no, él la toma de lunes a viernes, sábados y domingos no, ni cuando está en vacaciones... porque la doctora me dijo, y o sea, esto es sólo para que él se concentre en la escuela.

Padres de Daniel: Daniel toma Ritalina en periodo de clases, de lunes a viernes, ni siquiera la necesita para estudiar... la profesional ahí decía eso que no le diéramos sábado y domingo

Padres de Pedro: la toma de lunes a viernes, como indicó la doctora, en curso lectivo, cuando son vacaciones y ese tiempo no(...)La doctora dice que de lunes a viernes se le den dos, verdad, si a veces tiene que estudiar en la tarde que se le dé otra, pero yo no acostumbro a darle la de la tarde porque lo adormece

Esto nos resulta confuso y alarmante ya que según el DSM-IV el niño debe tener comportamientos problemáticos en por lo menos dos lugares (casa y escuela), y si a lo anterior le sumamos que desde la psiquiatría biológica el TDA/H es una enfermedad "como la ceguera" (Barkley, 1998) o bien como una diabetes (Lidieth) el panorama resulta aún más problemático. . La situación cambia cuando los/as niños/as están en semanas de exámenes. En esta semana los padres suelen darle la pastilla al niño cuando tienen que estudiar, pero esto solo para ciertas materias, usualmente en las que tienen mayor dificultad Como ha evidenciado Santamaría (2007) en nuestro país la utilización del metilfenidato aumenta en época de exámenes y también cuando el fracaso escolar empieza a hacerse manifiesto:

Padres de Pedro: El medicamento trabaja en la escuela, verdad, yo aquí en la casa prácticamente no lo utilizo (...) igual, se le da la pastilla única y exclusivamente en semana de exámenes, y no siempre, digamos, con el más fuerte, con el que más le cuesta, con la

materia que más le cuesta, ahí sí se le da la pastilla. Pero con los demás... cuando es mate ahí sí se le da para que se concentre, pero con las otras que no le cuestan tanto no... En la casa se trata de evitar... en semana de exámenes ahí si yo tal vez se la dé, verdad, pero dentro de la rutina diaria sólo en exámenes.

Padres de Daniel: A veces cuando vamos a estudiar qué se yo, estudios sociales o ciencias, que es mucho trabajo, entonces yo lo siento ahí y le digo "tómese una pastilla", con matemáticas, para que se concentre, pero yo solo le doy la pastilla así, por esas dos o tres horas que vamos a estudiar.

Aquí la pastilla adquiere un carácter de *potenciador universal*, (Echarte Alonso, 2009; Gorga, 2013) es decir no se utiliza la pastilla únicamente por un tema de salud sino también para optimizar las funciones cognitivas, es decir mejor el rendimiento a la hora de estudiar.

En nuestros casos, la Ritalina se utiliza en la casa únicamente cuando el niño tiene que estudiar, los otros comportamientos problemáticos que presentan los niños en la escuela no son en la casa un problema, incluso son deseados, ya que en la casa esta bien "comportarse como niño/a":

Mamá de Marco: en la casa es al revés. Él en la casa sí es así, muy inquieto, verdad... bueno, gracias a dios que no está en una cama ahí postrado verdad.

Padres de Pedro: por lo menos mientras va a la escuela lo ayuda mucho, ya estando aquí no tanto porque ya se le ha pasado el efecto. Pero sí, digamos, estando acá no se le da porque más bien lo atonta. Es que uno tampoco quiere un robot. Yo quiero ayudarlo pero no lo quiero tonto. O sea es un niño, tiene derecho a jugar, derecho a divertirse, tiene derecho a ser activo, yo no lo voy a drogar para que esté ahí como un zombie.

Parece existir una incompatibilidad entre el ser niño y la Ritalina, es por esta razón que los padres les respetan ese espacio de autenticidad (Signh, 2012) y prefieren no darles el medicamento cuando están en la casa ya que "no lo ocupan". Es con relación al estar en la escuela en que el uso de la pastilla adquiere una mayor dimensión.

5.4 Ritalina: una pastilla para alumnos.

Dentro de lo académico las razones también son varias y van desde las capacidades cognitivas (concentración, atención, etc) hasta las aptitudes conductuales (hiperactividad, impulsividad)

5.4.1 Concentración y frustración: usos académicos de la Ritalina.

Uno de los principales motivos relatados por padres de familia y maestras para el uso de la pastilla tiene que ver con las características cognitivas de los niños/as. En este caso se hace referencia a la falta de atención o concentración la cual se relaciona con un buen desempeño en el aula. Estamos aquí en los dominios del “estado del estudiante” descrito por McLaren.

Para Roxana la pastilla es un beneficio ya que: “un niño medicado es más lento y está más atento a los estímulos... les ayuda a concentrarse” y también, según Rita les “ayuda a enfocar la atención... se ven más observadores, como siendo más conscientes de lo que ven” (Rita). Lucía comenta que la pastilla “les ayuda a focalizar la atención por tres horas aproximadamente ... Con la pastilla no se cura eso, no es magia, yo se los digo, eso no es magia, con la pastillita probemos si mejora la concentración”. Lo anterior es percibido por la docente como algo “bonito”, que es una ayuda tanto para el/la niño/a como para la madre y las docentes:

al focalizar la atención el niño puede digamos, como reforzar y reflexionar sobre de que le están hablando, entonces como, para él es como bonito, de eso a que él no trae lápiz, que busca el lápiz, que se le cae el cuaderno, todo, o sea a estar copiando, porque mientras él busca ya no copió o la maestra le borró, la otra parte luego, el puede copiar, ya no lo regañan tanto las maestras, ya la mamá está contenta

Como bien apunta Lucía los padres también reconocen los efectos positivos de la pastilla sobre la concentración

Mamá de Marco: le ayuda a concentrarse.

Padres de Daniel: la Ritalina hace que él se ubique en lo que él tiene que hacer. Y digamos antes le pasaba que antes de empezar los exámenes, antes de consumir la Ritalina, el tal vez sabía las cosas, pero le iba mal por hacerlo rápido.

Padres de Pedro: el empezaba el trabajo, lo dejaba a medio palo, verdad, y se iba a hacer otras cosas, a ayudarlo a los demás, y después ya se le olvidaba y “no terminé mamá, porque me fui a ayudarlo a Sutano y a Megano”, ¿verdad? la pastilla no lo va a hacer un genio, pero lo va a ayudar a concentrarse... yo le digo: la pastilla es para ayudarte a que te concentres.

Estos discursos también son percibidos por los/las niños/as, quienes comentan que toman el medicamento ya que según sus padres y doctores ellos lo necesitan para concentrarse:

Pedro: dicen que es para concentrarme...que me la tengo que tomar para concentrarme, solo eso me ha dicho (la doctora)

Mi mamá dice que yo no me concentro.

Para que ponga más atención en clase...

La mamá quiere (que Pata Negra) concentre y quiere que pase los exámenes. (Pata Negra)

Marcela: Para concentrarme me la dan.

Andrés: que eso ayuda a concentrar dice (*mi mamá*)

Aparece de nuevo la metáfora de la mosca para explicar la inatención de los/as niños/as, primero en boca de la madre de Pedro que afirma: “el ve una mosca pasar, y ya se fue atrás, la vio pararse, vio lo que hizo, le contó una historia y se devolvió” y también de Marcela que comenta sobre sí misma que: “yo estoy aquí y pasa una mosca y yo uff, me voy con la mosca”. Para Lidieth la pérdida de información es uno de los motivos para usar la Ritalina, para ella ningún niño se va a morir por el TDA/H, no es un síndrome que atenta contra la vida, pero que sí puede hacer más difícil el estudio y alcanzar el éxito:

Yo lo que digo es que, a ver, se puede sobrevivir, perfectamente podés. El asunto está en cuánto tenés que desgastar... es decir cuánto se tiene que desgastar el chiquito para poderlo tener el logro, cuánto está perdiendo oportunidades de ser más exitoso, simplemente porque pierde información de camino (Lidieth).

Lidieth, quien le da especial énfasis a la “producción” de los/as niños/as cuenta que antes de que la Ritalina se utilizase en el país, los tratamientos eran menos efectivos y esto era observable en el trabajo de los niños:“(sin la Ritalina) el producto era menos efectivo, en términos de producción de los chiquitos...o más desgastante era el proceso”. Desde su punto de vista hoy en día sucede algo similar con las/los niños/as que dejan la pastilla

el chiquito tiene ocho años y le dan una pastilla en la mañana y una al mediodía, completa, o sea, completas, verdad. El chiquillo entonces empieza a producir muy bien (...) Entonces en estos momentos tenemos al chico sin medicación. Y claro, un chiquito que lo hemos ido viendo en su producción, y (ahora) en su trabajo las maestras dicen “es de volverse loco” (Lidieth).

La concentración como hemos afirmado se relaciona con un buen desempeño y la obtención de buenos resultados académicos, lo que también podría hacer a que los/as niños/as se sientan bien. En relación algunos padres, anticipan que sin la pastilla su hijo, al no obtener buenos resultados, se va a frustrar. Es por eso que para algunos padres, como por ejemplo los de Daniel y Pedro le han exigido a las profesoras llevar a cabo acciones para evitar que su hijo se frustre. Los padres de Pedro ven en la pastilla también un medio para evitar la frustración de su hijo:

le ayuda porque cuando uno los ve que ellos hacen el esfuerzo de sentarse, tal vez tres horas, para aprenderse algo, y no se lo aprenden... después de que lloran tanto, se frustran... y tanto uno como papá... di no le va a gustar ver a su hijo sufrir, y diay, es una forma de ayudarlo a él, y ayudarnos nosotros, porque así uno le explica más tranquilamente y él comprende, y ya, pero di cuando uno lo ve así, para nosotros era muy doloroso, verdad, verlo que llegue y se sepa todo en un momento y al ratito se le olvida o... hace aquel esfuerzo por acordarse y no se acordó, a sabiendas de que él mismo lo sabía, entonces, esa fue la decisión que tomamos

La inatención y falta de concentración son tan solo una de las dos dimensiones del TDA/H y es la que es a la que menos se hace referencia en los relatos de padres, docentes y niños/as. La

otra dimensión, y que de alguna forma parece ser más importante es aquella que tiene que ver con los niveles de actividad y la energía, es decir con la hiper-actividad, el manejo del cuerpo y la conducta durante las lecciones. Justamente para algunos autores como Barkley(1998) la falta de atención es el resultado de la hiperactividad, en palabras del papá de Pedro: “él es muy inquieto y por eso no se logra concentrar lo suficiente.” (Padres de Pedro).

5.4.2 Controlar la hiperactividad: niños que se mueven demasiado

*“el estudiante (con Ritalina)
no tiene que luchar tanto para quedarse quieto”
Roxana*

Si antes hacíamos referencia a la actitud cognitiva y mental del niño hacia los rituales escolares, ahora hacemos referencia a la actitud física, al uso del cuerpo, de la voz, manos y piernas. Aquí las palabras centrales serán: inquietud, hiperactividad, eléctrico, entre otras y todo esto se relacionará con el “portarse bien” o “portarse mal”. La Ritalina se usa en tanto permite bajar los niveles de energía de los niños y hacer que se queden “quietos”. En estas explicaciones, siguiendo a McLaren, tendríamos como problema un traslape de los estados interactivos, es decir que el niño se mantiene en el estado de la calle, cuando se supone debería estar en el estado del estudiante.

El “exceso de actividad” es una problemática claramente identificada por las docentes, la Ritalina logra en palabras de Roxana, que “el estudiante ya no tiene que luchar tanto para quedarse quieto”. El “quedarse quieto” y sentado permite que el niño “ponga atención” y trabaje mas:

“en el niño sí se nota un cambio radical, se queda más sentado en su lugar, puede ver la pizarra, puede ver y copiar, puede pintar, puede terminar algunos trabajos... tendría que investigar realmente lo que genera la Ritalina, pero sí los calma un poco más” (Rita)

Padres y madres de familia también perciben indican que la inquietud de sus hijos ha sido un problema y la pastilla una forma de solucionar dicho problema:

Padres de Daniel: él cuando entró a la escuela era un niño muy inquieto...la maestra me decía "no él es imposible, o sea, yo vengo y lo siento de primero, y nada más me doy vuelta a la pizarra, y ya él está de último. O lo siento de último y ya estaba aquí, estaba de primero" (...) La profesional nos dijo que la pastilla nada más que le iba a ayudar a que él se concentrara, a que él no fuera tan impulsivo, y que eso iba a hacer que él mejorara, el comportamiento.

Madre de Marco: desde el kínder él no se porta bien, o sea, él verdad que es muy inquieto...la pastilla es para bajar un poquito el nivel de energía que tiene él.

Padres de Pedro: (...) Nosotros como papá decidimos darle la pastilla porque en el caso de él, súper inquieto, y no trabajaba en la escuela, no copiaba, dejaba todos los trabajos que tenía que hacer incompletos... él sabe que él va donde la doctora porque él es muy inquieto...

En el caso de los papás de Pedro estas aseveraciones no son solo el producto de sus propias observaciones sino que también son información que les brindó la doctora:

la doctora dijo que sí es muy desconcentrado, que se concentra 5 minutos y el resto de los veinte está en otra cosa, verdad, entonces en eso... eso sí lo notó ella, verdad, en las pruebas que le hizo no se estaba quedito, y no se callaba para nada, verdad, eso sí me lo dijo (Padres de Pedro).

Como hemos visto, en el caso de David la doctora le ha mandado dos pastillas, ya que según sus padres "él es muy impulsivo, él no mide consecuencias" (Padres de Daniel)

Las y los niños/as también reconocen estos discursos, y entienden que la pastilla tiene el objetivo de "tranquilizarlos":

Daniel: (me la dan) para tranquilizarme (...)a veces Maritza (la profesora) me ve muy inquieto, entonces me dice que me vaya a tomar la pastilla.

Marco: para tranquilizarme

Como se ha detallado en el capítulo anterior la impulsividad de un niño con TDA/H se relaciona con la agresividad lo cual genera una dificultad para forjar relaciones sociales. La pastilla según las docentes también les ayuda a los niños a controlar su agresividad: “en el caso de que si es agresivo todavía es un poco más lento a la agresividad, reacciona más lento” (Roxana). Estar atento y concentrado, no ser impulsivo y mucho menos agresivo, son todos sinónimos de “portaste bien”, lo cual también es un fin de la pastilla.

5.4.3 Ritalina: La pastillita para portarse bien

*La Ritalina es una pastilla que nos dan a nosotros...
Para quedarnos quietos en el aula y poner atención,
Portarnos bien.
Andrés*

*“es que el día que me dan la pastilla yo me porto bien,
deme la pastilla para portarme bien”*

Relato de Lucía sobre un niño usuario
de Ritalina

Una de las principales finalidades del medicamento es lograr que los/las niñas/os se porten bien, según esto es definido por padres y docentes. Aquí las explicaciones adquieren un énfasis moral basado en un pensamiento dicotómico de “portarse bien” o “portarse mal”. Como resultado también se logra con la pastilla que el/la niño/a no tenga problemas con la “ley escolar”, cuantificada por la nota de conducta y las boletas:

Padres de Daniel: el primer grado me vino con 25 boletas...entonces más que todo (*le damos la pastilla*) para evitar eso de las boletas... nosotros se la comenzamos a dar y comenzamos a ver el orden totalmente...

Mamá de Marco: él me está diciendo eso, que la niña no se la está dando y que él se está portando bien, entonces él está todo feliz, verdad, porque dice que ya que él puede estar sin la pastilla, pero di... yo, no es que no confie en él, verdad, pero sí sé que él a veces tiene así, como altibajos.

Aunque para las docentes la pastilla es buena en tanto ayuda a que el niño “se mantenga sentado” “se esté quieto” y además de que “ ya no lo regañan tanto” (Lucia) el discurso sobre el “portarse bien” no aparece de forma directa como en el caso de los padres y los/as niños/as. Las/los niños/as son quienes parecen tener más presente esto del “portarse bien”, cuenta Lucia que un alumno de ella le pedía una pastilla ya que decía que no podía portarse bien sin el fármaco:

“es que el día que me dan la pastilla, yo me porto bien, deme la pastilla para portarme bien” y yo le decía: “no Manuel, usted puede portarse bien incluso sin la pastilla”, el día que se le acababa, entonces él le echaba la culpa a la pastilla, no tengo pastilla, entonces me porto mal. (Lucia)

Para los/as niños/as participantes en la investigación, el uso de la Ritalina se vincula directamente con “portarse bien”:

Daniel: hoy no me he tomado la pastilla, es que hoy me he portado bien, entonces (Maritza) no me la da...

¿y cómo te portas si un día no te tomas la pastilla?

un poquito mal, pero a veces me porto bien

Andrés: Ya no me porto mal, ya no me porto mal, y ya no me quiero comer la Ritalina, yo sé que yo me comporto bien.

Explicaciones de esta índole son brindadas por algunos niños mediante el test Pata Negra. Ante la pregunta de: ¿para qué se tiene que tomar Pata Negra la pastilla? Los/las niños contestaron que:

Daniel: porque la ocupa, para portarse bien

Marcela: di, para que se porte bien.

Andrés:

La Ritalina es una pastilla que nos dan a nosotros

¿Quiénes son nosotros?

A mí y otro compañero

¿Y por qué se las dan?

Para quedarnos queditos en el aula y poner atención, portarnos bien.

Pedro: A veces mi mamá se le olvida darme la pastilla y si me porto bien, de hecho hoy no me la dio y vea, estoy bien portado (*Pata negra*) se la tenía que tomar (*la pastilla*) porque si no hacía loco.

Bien portados y Mal portados: la conducta entre la obediencia y el trabajo.

Para evacuar posibles dudas y entender a cabalidad lo que los niños/as querían explicarnos le preguntamos a ellos/as: ¿cómo es portarse bien y cómo es portarse mal?

Como hemos visto, la escuela además de ser un lugar de transmisión de saberes, es un espacio ideológico y de construcción de subjetividad en el cual se transmite las reglas, valores, y leyes de la cultura dominante. (McLaren, 2005). Las respuestas que han dado niñas y niños sobre el significado de portarse bien giran en torno a dichos valores y reglas que se relacionan con la obediencia, el trabajo y especialmente el trabajo silencioso.

Para Daniel, Pedro, Marco y Marcela portarse bien es:

Daniel: quedarse callado, trabajar rápido, hablar menos, no hablar cuando la profe está al frente (...) escribir, no ensuciarse y hacerle caso a la mamá.

Pedro: escribir en clase, hablar solo cuando la profesora da permiso, como cuando uno ya no tiene que hacer nada”

Marco: hacer el trabajo, quedarse callado y sentado en el pupitre.

Marcela: ser alguien calmado.

Y portarse mal es:

Daniel: estar hablando, parándose, y diciendo cosas, y trabajar y bueno no trabajar mucho o durar mucho haciendo cosas, los trabajos

Pedro: hablar mucho, y no escribir
Hablar en clase

Marco: hablar en clase, y no hacer el trabajo.

Las características resaltadas por los niños son la obediencia, una obediencia jerárquica, y no una obediencia para la emancipación como propone Narodowski (2011) , el trabajo rápido y el silencio. Estos elementos han sido descritos por Foucault años atrás como los componentes elementales de los sistemas disciplinarios (entre ellos las escuelas), los cuáles funcionan con:

Una verdadera micropenalidad del tiempo (retrasos, ausencias, interrupción de tareas) de la actividad (falta de atención, descuido, falta de cuidado) de la manera de ser (descortesía, desobediencia), de la palabra (charlatanería) del cuerpo (actitudes incorrectas, gestos impertinentes, suciedad) (Foucault, 2008, p 210)

Es decir que para Foucault, estudioso del poder, la subjetividad y los sistemas de pensamiento y las instituciones ejercen un control sobre el tiempo, las actividades impuestas, los gestos, las palabras, y el cuerpo en general. El poder desde este enfoque atraviesa el cuerpo, pasa por el cuerpo, es decir las personas son institucionalizadas a través de lo que se le impone al cuerpo, a su vez en materia pedagógica McLaren (2006) llama a este proceso como "encarnación", y hace referencia a como la educación tradicional somete el cuerpo, impone reglas, maneras de ser, moverse, de tener una postura, etc.

Cambiando de enfoque, ahora desde la pedagogía crítica McLaren (1995) mantiene que uno de los propósitos de la escuela como agente de reproducción social es forjar una ética del trabajo, al igual manera diversos autores han denunciado que el sistema educativo funciona bajo una lógica similar a las fábricas, en las que impera la eficacia, la rapidez, el trabajo individual, y la vigilancia jerárquica. Una cita retomada por Foucault (2008) nos resulta ejemplificadora:

está expresamente prohibido durante el trabajo divertir a los compañeros mediante gestos o de cualquier otro modo, entregarse a cualquier juego, comer, dormir, contar historias y comedias (p 175),

Si uno lee la cita, podría pensar que se trata de reglas de una escuela, sin embargo son reglas dictadas a obreros de una fábrica, en este aspecto la similitud entre la disciplina del sistema educativo y la de una fábrica resulta no menos que sorprendente, pero nada extraño si tenemos en cuenta que ubicamos a la escuela, como el aparato reproductor de la fuerza de trabajo necesaria para el desarrollo industrial. (Vain, 2013).

Por último, cabe destacar que aunque hoy en día la relación entre formar una mano de obra y la educación se ha complejizado y ya no es de forma lineal, autores como Gimeno Sancristan indican que la autoridad, la disciplina y el autoritarismo han tomado vida, se han vuelto en sí mismo un fin y ya no un medio. Es en este sentido en donde la Ritalina adquiere mayor legitimidad, ya que adecua a los/las niños/as a dicha disciplina escolar. Incluso autores afirman que esto es lo que logra la Ritalina, sin que haya un impacto directo sobre el rendimiento y las capacidades cognitivas.

Estamos todavía en una situación en la que los sujetos son concebidos principalmente como estudiantes. Y en el que, desde una perspectiva crítica la Ritalina funciona como un medio para la optimización de las funciones cognitivas (Rose, 2011, Echarte 2009) y como una forma de disciplinarización y adaptación del/la niño/a al sistema escolar.

5.4.4 La Ritalina: la pastilla para ser "otro"

*Mamá ¿quién soy yo? ¿El que se toma la pastilla
O el otro?*

Entrevista de una madre con un hijo medicado
GEDIS, Uruguay (2007)

*No está del todo curado, corregido, de actitud,
pero sí le ha ayudado mucho.
Ya no es como antes*

Padres de Pedro

*"David, pero ¿qué siente usted cuando toma la pastilla?,
"es que no, yo no soy yo
Padres de Daniel,*

Hasta ahora hemos hecho la diferencia entre el ser niño y el ser alumno. Hemos descubierto también que la Ritalina se utiliza principalmente cuando los sujetos se conciben como estudiantes, y básicamente como estudiantes en deficiencia.

Encontramos también que hay discursos sobre la Ritalina que versan, por decirlo de alguna forma, sobre la totalidad del "ser", con la subjetividad de los/las niños/as independientemente si se les considera "niños" o "estudiantes". Se trata pues de características de estos sujetos y que resultan problemáticas o bien no deseadas. Aquí los motivos y usos para la pastilla se muestran más efímeros y poco concretos.

Vamos a partir del hecho de que obligar a un/a niño/a a tomar la pastilla es una expresión de las relaciones de poder entre padres y niños, principalmente porque, como veremos más adelante, a los/las niños no les gusta y no se la quieren tomar. El decir que los/as padres obliguen a sus hijos a tomar la pastilla no indica que esto se haga por mala voluntad o como un acto de violencia consciente, sino que en sí mismo se ancla en marcos ideológicos, culturales y familiares.

Foucault, en su etapa más estructuralista le da un giro a los análisis sobre el poder, dándole especial énfasis a como este opera sobre y a través del cuerpo, principalmente sobre el cuerpo de aquellas personas institucionalizadas en dispositivos disciplinarios, es decir a “aquellos a quienes se vigila, se educa, se corrige: sobre los locos, los niños, los colegiales, los colonizados, sobre aquellos a quienes se sujeta a un aparato de reproducción y se controla a lo largo de su existencia” (Foucault, 2008, p 40). El poder crea así una “anatomopolítica del cuerpo”, en la cual se trata de técnicas y rituales que sirven para cercar el cuerpo, pero también para convertirlo en un objeto del saber.

Aunque suene paradójico, estas micropolíticas sobre el cuerpo tienen como fin llegar a el alma, a crearla, delimitarla y controlarla. El alma, en este sentido, sería algo similar a lo que distintas disciplinas han denominado psique, conciencia o personalidad. Sobre esta, también se han erigido discursos científicos y tecnologías construidas desde la educación, la psicología y la psiquiatría (Rose, 2011). Según Foucault (1996), el alma sería algo así como el resultado de las disciplinas del “buen encauzamiento”. En términos sencillos se intentan controlar y crear ciertos tipos de personalidad a través de un trabajo que pasa por el cuerpo. En “este pasar por el cuerpo” incluimos ahora a las pastillas como una forma de “biopoder” (Rose, 2011), quizás las pastillas no son fabricadas con ese fin, lo que nos interesa aquí son cuales son los diferentes discursos que pueden legitimar su uso.

Los aportes de Emiliano Galende (2010) nos resultan de gran utilidad para tratar de entender este fenómeno. Para este autor el uso masivo de psicofármacos en la contemporaneidad no solo responde al deseo de las personas por eliminar distintos síntomas²⁵ y buscar cierto

²⁵ Esto ha sido también propiciado por las mismas empresas farmacéuticas, principalmente por medio de la publicidad. Para un análisis sobre la publicidad de estas remitirse a Martín Hernández, Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura, en Medicina y Cultura, 2000

bienestar sino que las personas buscan realizar un cambio radical en su personalidad, es decir buscan ser “otros”. De cierta forma se mantiene una “ilusión de no ser” aquello que el sujeto debe ser o aquello que anhela ser. Los medicamentos serian así una ayuda para lograr estos objetivos.

Esto va quedando muy claro cuando por ejemplo el papá de Pedro le explica al niño que uno de los objetivos de la pastilla: “ayudarlo a que usted sea mejor persona”

La pastilla tiene la capacidad de hacer que los/las niños/as dejen de ser y sentirse como ellos/as mismos/mas, por lo menos por el tiempo en que están bajo los efectos del metilfenidato.

Algunos padres visualizan esto de forma positiva:

Padres de Daniel: En realidad ya, le empezamos a dar esos medicamentos, y fue otro Daniel completamente El dice “yo no soy Daniel tomándome esa pastilla”... por supuesto él sabe que no es Daniel. A nosotros nos cambio completamente, o sea, Daniel cambió con la pastilla un 100%. (Padres de Daniel)

Madre de Marco: Después de la pastilla vuelve a ser el Marco que es de verdad

Con respecto a las depositaciones y expectativas que se le pueden hacer a la pastilla, nos resulta interesante el testimonio que da la mamá de Marco. El padre del niño fue asesinado mientras cometía un crimen, según la madre de Marco, los comportamientos del padre y su estilo de vida se explican del hecho de que de niño él ocupaba la pastilla pero su madre no se la dio:

El papá de Marco también ocupaba la Ritalina y la mamá no se la dio nunca y la mamá se la dio una vez perdida, y o sea, el papá de Marco nunca avanzó verdad, en la escuela él era... andaba por los techos y todo (Madre de Marco).

Este relato es particularmente interesante puesto que nos ejemplifica las diferentes expectativas que rodean o pueden rodean una pastilla, en este caso la falta de Ritalina tiene

consecuencias totalmente negativas en el papá de Marco, es decir, que si seguimos el discurso de la madre de Marco la Ritalina puede hacer la diferencia y cambiar drásticamente el futuro de una persona.

5.4.5 La Locura: un discurso indirecto acerca del uso de la pastilla.

"yo pensaba que estaba loco"
Andrés

Hay una variedad de motivos y razones que refieren los/las niños/as sobre el uso de la pastilla pero que sus padres rechazan, principalmente porque hacen referencia a aspectos negativos y estigmatizantes.

Los/as niños/as no solo reciben información sobre la pastilla por parte de los padres, sino también de niños/as, compañeros/as, otros adultos y de la cultura general. Estos discursos generan malestar en los/las niños/as y también provocan que no deseen seguir con el tratamiento medicamentoso, principalmente por el pensamiento que vincula a la pastilla con la locura:

fue hace poco que llegó y dijo, verdad, hace como un mes, dos meses, que llegó y dijo "yo ya no quiero seguir tomando eso porque yo no estoy loco", entonces inmediatamente le dijimos "pero ¿quién le dijo a usted que estaba loco?", "no, es que los compañeros dicen que ellos toman eso porque están locos", y "no señor, usted lo toma porque es bueno para ayudarlo a concentrarse, no es porque esté loco, si estuviera loco no estaría aquí y estaría en un manicomio... Pero digamos, él si llegó con esa inquietud "¿me están dando eso porque estoy loco?" (Padres de Pedro).

Asimismo Daniel en nuestra versión del Pata Negra al preguntarle cómo se llama la pastilla que toma Pata Negra contesta que se llama: amanzalocos, nombre despectivo con el que algunos compañeros del niño se refieren al fármaco. El tema de la locura aparece también en el relato de Andrés quien se cuestionó tiempo atrás si le daban la pastilla porque estaba "loco":

me daban pastillas, y yo no tenía nada de dolores. "¿pero por qué me va a dar esta pastilla

si yo no tengo nada, no me duele nada? “Porque se las tiene que tomar”. Ah bueno... Yo pensaba que estaba loco.

5.5. Un día sin Ritalina

*El día que él no se toma la pastilla fijo,
o viene con boleta, o viene como un chanchito*
Padres de Daniel

Para tener bien claro cuáles son las funciones y expectativas en torno a la pastilla le hemos pedido a los padres y los niños que se imaginen qué pasaría si un día no se toman el medicamento. Nótese a continuación que las valoraciones que hacen padres y niños son bastante contradictorias.

Tabla 1.
Expectativas de niños y padres sobre la Ritalina

UN DÍA SIN LA PASTILLA.	
Pedro	Padres de Pedro
<p>di nada, estudio, me concentro, pero mi mamá dice que yo no me concentro</p> <p>una vez en la mañana no me la tomé, pero si me concentré</p> <p>los días que no me tomó la pastilla si me concentro, o a veces no me concentro pero igual termino</p> <p>A veces mi mamá se le olvida darme la pastilla y si me porto bien, de hecho hoy no me la dio y vea, estoy bien portado.</p> <p>(Pata Negra) Sin la pastilla habla mucho</p>	<p>Hicimos el experimento de quitársela por unos días... vino con boletas, porque no se concentraba, no hacía las tareas, o sea, presentaba los trabajos incompletos, se le olvidaba que tenía que hacer tareas en las materias especiales...no las escribía</p>
DANIEL	PADRES DE DANIEL

UN DÍA SIN LA PASTILLA.	
<p>Me pueden mandar boleta. algunas veces, pero algunas veces no me mandan boleta, y otras si.</p> <p>un poquito mal, pero a veces me porto bien</p> <p>bien, se siente uno más relajado,</p>	<p>el día que él no se toma la pastilla fijo, o viene con boleta, o viene como un chanchito. uno ve los cuadernos totalmente ordenados, si se la tomó, yo vengo y reviso y "¿hoy no se tomó la pastilla usted?", "¿cómo sabe papi?", díay eso se ve ahí. O sea, a usted lo canta, si no lo toma, se le canta. O la ropa, desde pequeñito él viene todo sucio</p>
MARCO	MADRE DE MARCO
<p>di nada, solo que ando jimperactivo</p>	<p>Uy, no terrible, ese día (que no se tomó la pastilla) no dejó dar la clase, no deja dar la clase.</p>
ANDRÉS	MARCELA
<p>Cuando no me la tomo hablo... Hablo y de todo y escribo todo lo que pone el profe. Yo estoy así escribiendo y hablo: Keylor vamos a jugar bola mañana.</p> <p>Cuando me la como, digo, tomo pongo masomenos atención. Cuando no me la tomo así masomenos.</p>	<p>(el tiempo sin pastillas) fue tan divertido, hacía un puro despelote.</p> <p>(Sin pastillas)no me concentro.</p>

De la tabla anterior es fácil constatar como a la pastilla se le atribuyen resultados positivos principalmente a nivel conductual, es decir en lograr ajustar al niño a ciertas normas de la cultura escolar. En caso de no tomarla, para los padres las consecuencias son catastróficas: los/as niños/as no "dejarían dar la clase", hay altas probabilidades de que la maestra les envíe

una boleta o alguna otra medida correctiva. Más allá de lo escolar los padres de Daniel indican que sin la pastilla su hijo se ensuciaría o llegaría a la casa como un chanchito o como un “niño de tugurio”.

En general hay una desconfianza sobre el rendimiento académico y la conducta de las/los hijos cuando estos están sin la pastilla. De cierta forma se crean profecías, que aunque no podemos concluirlo aquí, podemos advertir que pueden transformarse en profecías autocumplidas.

Las opiniones de los/las niños/as son en la mayoría de los casos opuestas a las de sus padres. Pedro, con mucha molestia, opina que él puede concentrarse sin necesidad de la pastilla, también que a veces le cuesta pero que aun así termina sus deberes. Daniel por su parte indica que puede que le envíen boleta, que se ensucie, pero también puede ser que se “porte bien”. Para Marco, él no tomar la pastilla puede hacer que se vuelva hiperactivo, o bien jimperactivo como ha pronunciado él, y que ha definido como “andar corriendo” por las clases y también esearparse de estas, cuando le parezcan aburridas o las maestras sean “malas”. Andrés considera que él ya no necesita de la pastilla, y que si no se la toma puede que hable un poco en clases, pero, al igual que Pedro, considera que puede hablar y a la vez cumplir con su trabajo. Marcela, dejó de consumir, la pastilla por casi un año, y nos cuenta que en ese tiempo “hizo” un despelote, y “pasaba en una pura fiesta”. Ella aunque le da una valoración positiva a la pastilla, quiere dejar de tomarla: “yo prefiero que este año me la quiten”.

Hay una diferencia también entre niños y adultos en la valoración de los comportamientos considerados problemáticos, aunque los/as menores indican que quizás su comportamiento cambie un poco con la pastilla y que con esta están más “tranquilos” (Marco) o

un poco más concentrados (Marcela), estos no le dan el mismo peso y la valoración que le dan sus padres, para ellos/as la situación no es tan grave, e incluso la consideran controlable. Por ejemplo Marcela indica que:

¿qué pasa con la pastilla?

Hace que me concentre

ah ya veo

Bueno, supuestamente

¿Pero vas que pensás?

Yo me concentro cuando no me siento cerca de alguien así (hace un gesto con las manos, como indicando mucha actividad)

Sin duda alguna la postura de los niños/as hacia la pastilla es un poco ambigua, por lo menos en lo que respecta al comportamiento sin la pastilla. Por otro lado no podría afirmarse que ellos y ellas no se muestran dependientes de la pastilla, por el contrario siempre intentar dejar de tomarla.

Las docentes por su lado recuerdan que muchos niños muestran cierta dependencia hacia el medicamento:

Algunos chiquitos decían: “es que yo tengo hiperactividad, yo soy hiperactivo y necesito la pastilla” Incluso este año un chiquito me dijo: “es que no me dieron la pastilla y yo sin la pastilla no puedo” o sea casi que no puedo funcionar...había otro que decía: “es que sin la pastilla no lo logro” (Lucia)

Roxana por su parte comenta del caso de un niño que en una ocasión: “se puso a llorar antes del examen porque no trafa la pastilla. Vieras ese niño, sin la pastilla decía que no podía”. Quizás es por esta razón que todas las docentes han afirmado que “la pastilla no es mágica” y que aún con pastilla, padres y madres deben dar apoyo y responsabilizarse por sus hijos/as,

incluso Lidieth hace esa recomendación a las escuelas y las maestras:

la pastilla facilita condiciones para adquirir unos hábitos, y para aprender a auto-conocerme, claro se necesita el papel de la psicología en esto, necesitas acompañar esos procesos. Verdad, no es simplemente hacer el diagnóstico, decir "tiene Déficit Atencional", y medicación. ¿Además de la medicación que más vas a hacer?. (Lidieth)

5.6 Ritalina: La pastilla de la vergüenza

*Él es mi hijo y ya la voy a proteger.
Le haga al niño: ¿qué toma Marco?"
Me contesta: "La pastilla"
y le hago: ¿cuál pastilla toma Marco? Marco no toma nada
Madre de Marco*

5.6.1 Ritalina: La Pastilla Negada

Tener que tomar la pastilla no es un asunto de menor importancia para los/las niños/as entrevistados/as. Distintos estudios demuestran que tener que tomar la pastilla es motivo de burla por parte de los compañeros de las/los niños/as. Alrededor de la pastilla hay mucho estereotipo y prejuicio que es reproducido por las y los niños y sufrido por aquellos y aquellas que la toman. Padres y madres parecían estar conscientes de estos posibles sentimientos y para proteger a sus hijos de sentirse mal en un principio les mintieron diciéndole que lo que tomaban era otra cosa:

Padres de Pedro: a él primero no le dijimos que era lo que tomaba... le dijimos que eran vitaminas... entonces se lo tomaba tranquilo

Padres de Daniel: nunca le dijimos (que era lo que tomaba) (...) porque tampoco consideramos, verdad, hasta ahora que él va creciendo y todo (...)

Los niños con el tiempo empezaron a dudar sobre lo que decían sus padres, según estos últimos, debido a lo que les decían sus compañeros de clase, aún así sus padres con el objetivo de proteger a sus hijos, y de evitar que se sintieran mal consigo mismos, negaban el verdadero uso

de la pastilla. El rechazo, el estigma y la burla conforman la otra cara de la pastilla ante lo cual los padres deben defender a sus hijos:

Padres de Pedro: los compañeritos que toman lo mismo le han ido diciendo “díay yo también tomo” “y es para esto, y esto”, y ya el viene y dice “mami ¿para qué yo la tomo?”. Entonces yo trato de cambiarle el nombre, de decirle que no es eso, para que él no.

Padre de Daniel: ya nosotros sentimos que no había por qué decirle, ni tampoco había por qué decirle que era que él tenía que tomar la pastilla porque era un chiquito tonto, o era un chiquito especial

5.6.2 “Eso es algo privado”: La pastilla doblemente negada

El negar la pastilla se basa en la idea de que los “los chiquitos son muy crueles, verdad” y de que “los niños se expresan diferente a uno, en vez de ayudarle lo empujan” (Padres de Pedro), partiendo de que los/las niños tienen una esencia cruel y no en una falta de un proceso de aprendizaje y sensibilización.

Luego de que a los niños se les admite que toman Ritalina para que se puedan “concentrar”, “sean más inteligente de lo que ya son” y se “porten bien” hay otra negación, que podríamos denominar como una “negación social”, es decir negar el uso de las pastillas a sus pares. Por ejemplo la Madre de Marco nos cuenta que había un compañero de Marco que lo molestaba mucho, un día que la madre de Marco va a la escuela este niño comienza a interrogarla sobre la pastilla que consume el niño:

Un chiquillo lo traía y lo traía, que lo estaba molestando con la pastilla (...) me imagino que es que la maestra se la da así “tome, vaya tómese la pastilla” (...) y un día de estos viene uno y me dice “yo también tengo que tomar lo que toma Marco”, y le hago “¿qué es lo que toma Marco?”...Es que me da cólera verdad, di, él es mi hijo, y yo lo voy a proteger... le hago al niño “¿qué toma Marco?”, me contesta “la pastilla”, y le hago “¿cuál

pastilla toma Marco?, Marco no toma nada" ¿ya?, porque yo a ellas se los he dicho, yo siento como que es algo muy personal de él, verdad, que a ningún... tal vez entre los maestros tienen que saber, pero a los chiquitos no, porque dí, ellos sí son como muy crueles, verdad. De hecho yo a la niña de él, a la gufa, se lo dije "niña, lo están molestando", y yo le dije a Marco, cuando lo vuelvan a molestar, que le diga "¿a usted qué le importa?"... suena feo, pero yo le dije "dígame si lo vuelven a molestar ¿qué le importa si yo tomo pastilla o no?"... y no me ha vuelto a decir que lo han vuelto a molestar. Aparte que cuando yo vengo y algún chiquillo se me arrima yo: "Marco no toma nada", ya, y una vez que venía con la pastilla viene y le hace uno "¿esa es la pastilla para que se quede quedito?", y le hago yo "no, es que le está doliendo la cabeza (Madre de Marco)

Marco por su parte me cuenta con tristeza que los compañeros lo molestan y por eso no le gusta que ellos sepan que él toma la pastilla: "no me gusta... a cada rato me pasan molestando" comenta Marco von voz baja y triste. Lo mismo opina Pedro, que con cierto enojo dice que no quiere que nadie sepa: "que no sepan... no sé, es algo privado" (Pedro).

Incluso los padres de Pedro comentan que su hijo ha sufrido discriminación por parte de sus compañeros:

lo discriminaban mucho porque si se daban cuenta de que se tomaba la medicina no lo dejaban jugar, entonces "¿no ve mami? que tal chiquita me dijo que eso sólo lo toman los tontos?" y no sé qué, y le digo yo "no, eso no lo toman los tontos, lo toman las personas que necesitan, pero usted es para que se ayude a ser más inteligente de lo que es", verdad, eso es lo que yo le digo, para que él no se sienta mal

Andrés también se muestra molesto, aquí la molestia es doble ya que no quiere que sus compañeros sepan, pero él sabe que ellos sí saben, lo que no sabe es cómo llegaron a enterarse:

Si (saben), pero quién sabe quien les dijo. Ahora que venía para acá (a la sesión), me dicen: "vaya para que le den la Ritalina". Mis compañeros lo dijeron cuando venía para acá. No sé quién les dijo.

Por otro lado Marcela y Daniel afirman que les da igual que sus compañeros sepan. Marcela afirma que le da igual ya que piensa que hay otros compañeros que también la toman:

“yo creo que como tres más toman entonces es normal”. A Daniel no le quedó otra alternativa, él tampoco en un principio le contó a sus amigos, fue su mamá quien de forma indirecta lo hizo. Ella, con el objetivo de que Daniel se acordará de tomarse las pastillas colgó en la pared del aula un cartel que decía: “Pastilla 10 am”. Tanto Daniel, como su madre cuentan la historia, en palabras de Daniel:

Saben los que fueron mis compañeros de año pasado mío porque mi mamá me hizo un cartel que decía David 10 am, y lo pegó en la clase, entonces yo sabía que tenía que tomar la Ritalina a las 10 am... pegado en la pared de la clase

Roxana indica que como docente jamás diría en público que un niño toma la pastilla:

Yo dentro, jamás en público le voy a decir que toma Ritalina. Pero digamos, como ellos lo manejan, yo sé que las toman, pero sus compañeros no, porque hasta el mismo chiquillo dicen que son tontos, o que es un estatequietos, le dicen así a la pastilla... si, un estatequieto.

Como el efecto de la Ritalina dura únicamente 4 horas, las y los niños deben tomarse una pastilla dentro de la escuela. Ahora bien, cómo se regula esto si por un lado no les gusta tomársela y por el otro les da vergüenza que los/as vean tomándosela. Básicamente hay tres alternativas, en ninguna de estas se puede controlar que el niño tome el medicamento, por lo que su uso se hace aún más irregular. Las tres posibilidades son las siguientes:

1) El niño a escondidas. El niño lleva la pastilla por su cuenta y se la toma en el baño o en algún tubo de agua, usualmente lo hacen a escondidas. Esto trae el inconveniente de que a veces, como hemos podido constatar, el niño simplemente decide no tomársela o bien se le olvida hacerlo. Esto es a veces una sorpresa para los padres: “entonces yo creía que se la tomaba, pero se da cuenta uno de que no se la tomó, o él mismo decía “no, es que se me olvidó”. (Padres de Daniel)

2) **La maestra da la pastilla.** Otra forma es la de negociar y lograr que alguna docente le dé la pastilla al niño. Esto sucede por ejemplo con Pedro. Maritza es una profesora que se define a sí misma como “una defensora de la pastilla”, ella es una de las pocas docentes que ha aceptado darle la pastilla. Ella es quien se las da a Daniel y a Pedro. En un principio esto fue difícil de conseguir para los padres de los niños, ya que no todos los docentes están anuentes a darle la pastilla a las/los niños. Por ejemplo Roxana afirma que:

Pero para mí es muy difícil estar recordándoles a ellos (los niños), entonces ellos tienen que buscar algún mecanismo. Yo siempre les digo cómpreles un reloj que suene, y que ellos sepan (Roxana).

Por el contrario, los padres de Daniel tienen la opinión de que a las docentes “nada les cuesta recordarle” (padres de Daniel). Maritza ha sido la única que ha aceptado darle el medicamento al niño: “Maritza ha sido la primera que hemos conseguido, porque los otros maestros decían que: no, di no, esto no es trabajo de nosotros, a mí no me interesa.” (Padres de Daniel). Incluso Maritza no solo le da la pastilla que los padres les manda, sino que a veces cuando a estos se les acaba el medicamento ella ha tenido sus propias reservas:

Maritza sí, Maritza sí sabe que es lo que a él le hace falta, y tiene toda la razón. Un día de éstos se le acabaron, y entonces mientras fuimos ahí (a la clínica), y tampoco lo atendieron porque estaba llenísima la clínica, porque a veces va uno donde la Rodríguez, y la vieja llega cuando le da la gana y cuando no le da la gana no llega, entonces tampoco es así como, muy comprometida (...)entonces yo le mandé un mensaje a la maestra ahí de que le supiera por favor, y que después cuando se las dieran yo se las mandaba, y dijo “sí, yo aquí tengo otros dos chiquillos más con eso, entonces yo les doy” (Padres de Daniel)

Lucía como psicóloga tiene también varias pastillas en su oficina, y se las da a algunos/as niños/as. En el caso de Marco a este también se la da una docente, sin embargo al momento de la entrevista su madre no tenía claro cómo es que la maestra procede a dársela: “me imagino que es

que la maestra se la da así "tome, vaya tómese la pastilla". Esta forma tiene varios inconvenientes, uno es que así es más fácil que los compañeros se enteren de que un niño tome el medicamento, máxime si la maestra actúa de forma poco cuidadosa. Otro asunto delicado es que podría generar dinámicas poco deseables entre la docente y el niño.

3. Que la escuela administre las pastillas. Esto ocurre principalmente en las escuelas privadas donde se lleva un mayor control sobre cuántos niños ocupan el medicamento y también hay una mayor comunicación hogar-escuela. De las tres escuelas del estudio, solo en la escuela privada se tiene contemplado, desde la dirección y como parte de las micropolíticas de la institución darle el medicamento a las/los niños. En este caso la escuela controla las pastillas y tiene a una persona encargada que va aula por aula entregando la pastilla a cada uno de los niños. Según cuenta la directora de esta institución esto lo hacen de esta manera con el fin de evitar la estigmatización naturalizando el uso de la pastilla:

hay una persona encargada que va y se para ahí en la puerta, y ya el chiquillo se levanta. Entonces tampoco es ahí "éste es el de... la pastilla de...", no, es como muy normal: "a usted le toca la pastilla, a usted le toca sentarse de aquel lado, a usted otro le toca...", verdad, no es algo extraño, es algo que usted necesita, y los demás así lo están viendo. No es la pastilla que "tengo que estar escondido, no quiero que nadie se dé cuenta".

En esta forma no hay forma de ocultarle a los compañeros que se toma el medicamento, incluso hasta la directora, las consejeras y los otros profesores tiene conocimiento sobre quien toma y cuánto toma cada niño. Sin embargo desconocemos si esto es un beneficio o más bien un perjuicio.

Cuál es la mejor manera de administrar la pastilla en tiempo lectivo lo desconocemos, nos queda claro eso sí que el consumo de la pastilla está atravesado por la vergüenza y la burla, para muestras un botón, o más bien dos. Hablando del tema con Andrés y Marcela ellos sacan a

colación el tema de la vergüenza. Ante la pregunta sí sus compañeros/as sabían que ellos toman la pastilla él y ella contestaron:

Andrés: nada, porque es una ayuda para mí, me resbala lo que diga la gente. Aun así, con pastilla o sin pastilla yo me comporto mejor que ellos.

Marcela: diay si, me la tomo ahí en la pila. ¿Por qué me va a dar vergüenza? ¿por qué me tiene que dar vergüenza?

Es decir la pastilla se vive como una especie de estigma en tanto este se define como una marca, señal o comportamiento, manifiesto o no, que diverge del comportamiento normal o esperado, y que ubica a quien la porta en una categoría social negativa. (Goffman, 2006). Tomar la pastilla puede ocasionar que los sujetos pierdan cierta credibilidad como personas “normales” en diversos espacios como lo es el aula escolar o en la casa. Dentro del mundo infantil se corre el riesgo de que aquel que tome la pastilla se considere un “otro”, un extraño diferente al resto, Asimismo la pastilla como tal es estigmatizada, y resulta misteriosa para las/os niños/as que no la consumen.

5.7 ;Yo no quiero tomarme esa pastillo! Reocclones y consecuencias del uso de la Ritalina

Ya no me porto mal, ya no me porto mal,
y ya no me quiero comer la Ritalina.
Ya no quiero tomármela, yo sé que yo me comporto bien.
Andrés, 13 años

Afirma el psiquiatra Luis Diego Herrera Amighetti en una nota al periódico La Nación que: “El 99 por ciento de los niños que toman Ritalina quieren dejarla” (Schumager, 2003). Las declaraciones de este psiquiatra son congruentes con los resultados que han arrojado algunas investigaciones como por ejemplo las de Clarke (1997), Kendall y Krueger (2001) y el equipo GEDIS (2007) en Uruguay en las que niños y niñas expresan de abandonar el psicofármaco.

En nuestra investigación los niños y niñas participantes también desean dejar de tomar la Ritalina. Si observamos lo escrito en secciones y párrafos anteriores podemos inferir las razones por las que estos/as niños/as no les gusta tomar el medicamento, entre ellas podemos anotar que: 1) la pastilla según las/los niños/as sabe feo, 2) se sienten raro bajo sus efectos, 3) tiene efectos secundarios que les molesta, 4) no consideran que la necesitan además de que la viven como una imposición y en general tiene muy poca información tanto sobre la pastilla como sobre su diagnóstico. 5) Además el tomarla puede generar la estigmatización y burla por parte de sus compañeros. Siendo este el panorama los niños dejan claro su deseo de no continuar con la pastilla:

Pedro: me llevaron donde un doctor, al hospital de niños y ahora tengo que tomar esa pastilla pero no me la quiero tomar. ..no me gusta tomarme esa pastilla... yo le dije a mi mamá que no la quería tomar más.

Daniel: no creo que la necesite ni ya.

Marcela: prefiero que en este año que me la quiten.

Andrés: Ya no me porto mal, ya no me porto mal, y ya no me quiero comer la Ritalina. Ya no quiero tomármela, yo sé que yo me comporto bien.

Marco: no me gusta (tomar Ritalina).

Tiempo después en sesión del Pata Negra Marco afirma que al cerdito sí le gusta la pastilla pues esta le hace bien ya que con la pastilla el cerdito “se siente mejor...más tranquilo... le sirve mucho”. Posteriormente, ya no refiriéndose al cerdito sino que a él mismo el niño contesta lo siguiente:

E: ¿Y la pastilla cómo te hace sentir?

(silencio, mira al suelo) Bien

E: ¿Te gusta?

mmm si, pero sabe amarga.

E: ¿Sientes que te ayuda?
(silencio) si

Marco, aunque de forma tímida y siempre dudando, es el único menor entrevistado que explícitamente afirma que siente que la pastilla lo ayuda y que está mejor cuando está bajo sus efectos.

Es de suponer que, si los/las niños como agentes activos, transformadores de su propia realidad, y además constructores de sentido y de cultura (Jacobson, 2006, Singh, 2012) no les gusta la pastilla hayan tomado acciones, quizás no planeadas ni elaboradas, para no tomarse el medicamento. A nuestro entender hay dos tipos de acciones posibles para abandonar el medicamento, estas acciones las hemos denominado como resistencias, que siguiendo a McLaren pueden ser activas o pasivas.

Una resistencia pasiva es el intento de tratar de abandonar el medicamento pero a la vez interiorizando el discurso adulto que justifica el uso de la pastilla. En este sentido los niños intentan comportarse de tal forma que sus padres dejen de darle la Ritalina. En este sentido los/las niños/as han intentado portarse según el mandato adulto con el objetivo de no seguir con el medicamento. Por ejemplo Marcela indica que para que no le den la pastilla tiene intenta “madurar un poquito, controlarme, poner atención” y Pedro nos cuenta que para dejar de tomar la pastilla tiene que:

estudiar más, estudiar más, y di sacarme los exámenes mas buenos y hacer todas las tareas y decirles todo lo que tengo que hacer para no tomarme más esa pastilla (Pedro).

No obstante parece que las y los niños utilizan formas más activas -y sencillas- para no tomarse el medicamento, aunque sea por un día. A estas formas las llamamos como resistencias activas. Según McLaren (1995, 2003) las resistencias activas serían aquellos intentos deliberados

por parte de los estudiantes por subvertir o sabotear la instrucción del maestro o las reglas establecidas por las autoridades (padres de familia, docentes) En estas resistencias activas los niños confrontan e intentan imponer su verdad. Un ejemplo claro de una resistencia activa es botar o hacer desaparecer la pastilla

Marcela: me las daban y ya, tómeselas y ya, juah (*hace el sonido como arrojando algo*)... no me gustaba, yo las botaba.

Andrés: En primer grado me la pegaba aquí (*entre el labio y los dientes inferiores*) y la botaba, porque no me gustaba.

Yo no las tomaba, las dejaba ahí, o me las ponía en la mano así, y que se derritieran, les echaba agua obvio. Me ponía la pastilla así (*señala que pone la pastilla en su mano*), y ponía el chorro y ella se derretía así, o las mandaba por el inodoro.

Los padres de Daniel nos informan que en estos momentos el niño no se está tomando con regularidad la pastilla durante escuela. Ellos adjudican este hecho a la presente investigación que despertó dudas en él niño: “él dice que ya no quiere tomársela porque él se siente raro... de hecho yo creo que en la escuela no se la está tomando porque ahí le encuentro las pastillitas en el pantalón” (Padres de Daniel), Asimismo, los padres de Pedro cuentan que “al principio él botaba las pastillas”.

5.7.1 “Que sí, que no” El uso de las pastillas y las relaciones de poder entre padres e hijos

Los padres de familia entrevistados tienen conciencia de que sus hijos desean dejar la pastilla, sin embargo discontinuar el tratamiento no es una opción aun viable para madres y padres por lo que las y los niños siguen con el medicamento. Tomar la pastilla es una obligación.

Es justo recordar cómo se constituyen las familias occidentales en su aspecto relacional. Usualmente las familias son, entre otras cosas, espacios disciplinares basados en asimetrías

jerárquicas, en las cuáles los/as niños/as están a merced de sus padres – con regulaciones estatales e institucionales-, quienes imponen las reglas de la familia, y que deben ser obedecidas por los hijos e hijas. Son pocas las familias que logran buenas negociaciones entre padres e hijos/as.

Para algunos autores como María Fernanda Moscoso (sin fecha) los niños vendrían a conformar lo que Spivak denominó como el sujeto subalterno ya que:

el subalterno no puede hablar en la medida en que no hay institución que escuche y legitime sus palabras. No puede llevar a cabo eso que se denomina un acto de habla, entre otras cosas, porque carece de autoridad para hacerlo (Asensi, 2006, citado Moscoso, sf, p. 10).

Claramente en estos casos los niños/as sí han podido hablar y expresarse, lo que parece suceder es que sus voces no son realmente tomadas en cuenta, es decir, los padres tienen pleno conocimiento de que a las/os niños no quieren tomar la pastilla, e incluso los/as niños/as saben que sus padres saben:

Marcela: si ella (mi mamá) sabe, pero di me obliga (a tomármela).

Marco: ella sabe... pero dice que me la teengo que tomar

Situación similar le ocurre a Pedro, quien dice que sus padres “dicen que no, que tengo que seguir tomándome la pastilla”. Y es que para los padres del niño la pastilla es también una obligación:

Ya últimamente no le gusta tomársela, verdad, porque dice que sabe fea, y un montón de peros que pone, pero díay... a veces se pone rejego, dice “mirá, yo no voy a tomarme la pastilla porque yo no la necesito” pero no, él sabe que obligatoriamente se la tiene que tomar. Hay que darle la pastilla sin importar qué, siempre se les da. Obviamente si les hubiera dado una reacción alérgica sí se les hubiera descontinuado, tal y como decía el folleto, pero nunca les dio más... (Padres de Pedro)

La madre de Daniel nos cuenta, como hemos observado anteriormente, que cuando lava los pantalones de su hijo a veces se encuentra la pastilla: “esa de las 10 a veces estoy lavando, y ahí aparece la pastilla, y ya te dije a como es él que dice “ya no tomo más pastillas y no lo hago”, no obstante tomar el medicamento también es una obligación para Daniel, lo que ha generado discusiones entre él y sus padres, provocando sentimientos de enojo en el niño según nos cuenta su padre:

Un día de éstos iba para el aula del bosque, yo le dije: “di tómete la pastilla porque va ir a...”, ya lo habían explicado que iban a ir a tomar apuntes, ir a conocer árboles, flora y fauna y de todo entonces... diay no se concentra va estar viendo otra cosa, pero viera cómo se pone, bravísimo, bravísimo. (Padres de Daniel)

5.7.2 Valoración positiva de la pastilla por parte de los padres

Estas obligaciones pasan por el hecho de que para los padres la Ritalina es un bien o en todo caso un mal menor necesario. En líneas anteriores hemos descrito que estos padres le tienen expectativas positivas a la pastilla y a la vez poca confianza a sus hijos cuando están sin el medicamento en la escuela. En términos generales madres y padres concluyen que:

Madre de Marco: la pastilla le ha ayudado un montón, él ha mejorado un montón.

Padres de Daniel: Y sí, nosotros se la comenzamos a dar y comenzamos a ver el orden totalmente... Yo no le veo que sea malo... uno sí ve totalmente el cambio

Padres de Pedro: Es una forma de ayudarlo a él, y ayudarnos nosotros, porque así uno le explica más tranquilamente y él comprende... porque notamos que en vez de perjudicarlo le hace un favor, verdad... lo estaba ayudando mucho, lo está ayudando mucho... hemos aprendido a no juzgarla, porque diay, a muchas personas puede que les haga mal, a nosotros nos hizo bien

5.8 ¿Hasta cuando me tengo que tomar la Ritalina?

Aunque los padres ven con buenos ojos el uso de la Ritalina no les gustaría que el tratamiento se prolongara por mucho tiempo, y creen que la pastilla y el seguimiento médico no es para siempre: “yo me imagino que en algún momento se las tienen que llegar a quitar (las pastillas), y a que ellas (las doctoras) ya no lo sigan viendo”. Algunos padres, como los de Pedro por ejemplo tiene la “fe” de que entrando al colegio dejen de utilizar el medicamento:

la fe es que entrando al colegio ya la dejen, pero diay si la necesita ya estando en el colegio, diay tocará dársela, verdad, ya eso sólo lo puede decir el doctor que lo deja, verdad... no va a ser para toda la vida que lo van a tomar...la doctora ella lo que me ha dicho a mí es que más o menos dura hasta los quince años, verdad, que ella no sabe, que hay personas que sí la necesitan hasta su vida adulta, como hay otras que no (Padres de Pedro)

Ahora bien según los padres, ¿cuándo creen que ya no necesitaran del fármaco? La respuesta sería hasta que su hijo “madure” y se “porten bien”:

Padres de Pedro: tal vez en un par de años más ya dejen de necesitar la pastilla. Porque igual, como te digo, han madurado, y ahora dentro de un par de años van a madurar más

Padres de Daniel: Si yo en este momento veo que él da buenos resultados ¡perfecto! o si ya se está portando bien... por eso yo te digo, a mí me gustaría hablar con Maritza para ver qué me dice Maritza verdad, de qué se puede... o sea, cómo ve ella que se esté comportando... cuando él madure, si va cambiando

La finalización del consumo del medicamento es más incierto en el caso de las y los niños/as. Al igual que sus padres, estos relacionan el uso del medicamento con una etapa infantil y esperan que entrando al colegio, o en un estado superior de madurez dejen de tomar la pastilla. Aún así los niños lo tienen menos claro que sus padres:

Andrés: Yo creo que ya ni la ocupo, ya tengo trece años. ¿También cuando tenga 15 años también me la voy a tomar?

Posteriormente Andrés comenta que:

E: ¿y hasta cuando crees que la vas a tomar?

hasta mañana, ya mañana no la tomo y todos los meses y semanas que quedan, no la tomo. Pedro por su parte contesta que cree que se va a tomar la pastilla “hasta los doce”. Las dudas sobre si dejaran el medicamento o si será para toda la vida, afloran en el test Pata Negra, aquí el niño vacila en que “nunca” dejará de consumirlo y que más bien cabe la posibilidad de que cuando crezca tendrá que tomar más cantidad de pastillas

E. ¿Y el cerdito cuándo dejó de tomar la pastilla?

A. nunca, bueno, cuando llegó a la universidad.

E. ¿Y en la universidad, cómo se sentía sin la pastilla?

A. bien, o más bien en la Universidad se tenía que tomar cuatro, porque la universidad es más difícil

Roxana comenta que desde su experiencia como docente ha notado que la pastilla la relación con el “ser niño” y es peor vista cuando ya son adolescentes y están en el colegio: Ellos creen que lo pueden tomar en la escuela, pero ya en el colegio jamás, ya como adolescente no creo que quiera tomarla.

5.9 ¿Cómo funciona la Ritalina? La versión de padres y docentes.

Por último, hemos querido indagar la información que tiene padres y madres sobre cómo funciona el metilfenidato. Es en este tema en donde obtuvimos menos información. Ningún padre de familia tiene alguna idea cercana sobre cómo opera el metilfenidato a nivel orgánico. Por otro lado las docentes tampoco manejan información precisa. Para Rita la Ritalina funciona sobre la visión impidiendo la visión periférica y fortaleciendo la visión central, la pastilla provoca algo así como una visión de túnel. Haciendo un círculo tipo binóculos sobre sus ojos Rita nos explica que:

yo creo que trabaja en lo que es vista, cierra como el foco de los ojos...sí, como de la visión. Yo no, realmente no sé, ni estoy segura, creo que cierra un poco el marco del niño para ver, entonces el niño puede concentrarse más como en un punto, verdad. Siento que es así, tendría que investigar realmente lo que genera la Ritalina.(Rita)

Para Lidieth, quien concibe el TDA/H como un problema en la comunicación interneuronal la pastilla de alguna forma conecta al niño:

Entonces yo le digo a los papás "mire, a mí, yo lo entiendo como un bombillo flojo: están todas las posibilidades para que se dé la luz, pero el bombillo a veces enciende, y a veces no; a veces se conecta y a veces no. Y lo que hace la Ritalina es como conectarlo".

5.10 Conclusiones del Capítulo:

Desde cualquier punto de vista la Ritalina es una pastilla controversial. Desde sus efectos secundarios, efectos orgánicos y mecanismos de acción en el cerebro, efectos a corto y largo plaza hasta la frecuencia y los motivos por los cuáles se utiliza la pastilla genera discusiones y debates. En este capítulo hemos encontrado que hay un claro antagonismo entre las opiniones que mantienen adultos (padres de familia y docentes) y los/las niños/as sobre la necesidad de utilizar el medicamento.

En general los padres y docentes tienen una **valoración positiva** acerca de la pastilla. Sin el uso de esta consideran que los/las niños/as no podrían mantener las aptitudes necesarias para ser educados. Al principio padres de familia tenían desconfianza y miedo hacia la pastilla, sin embargo estas dudas fueron evacuadas por el personal médico, enfermeras y maestras. Hoy los padres reconocen algunos efectos adversos del medicamento, pero sin embargo prefieren seguir con el fármaco. Para algunas docentes los efectos secundarios y adversos son a veces mitos e inventos de las madres para no seguir apoyando psicofarmacológicamente a su hijo.

La pastilla se considera un bien para el niño, en tanto es casi la única forma de lograr que los/las niños mejoren sus resultados académicos y sociales. Entre las razones que legitiman el uso de la pastilla encontramos las siguientes:

- 1) **Concentración, evitar la frustración y optimización cognitiva:** se utiliza la pastilla principalmente para mejorar la concentración y la inteligencia. En algunos casos se parte de que el niño sin la pastilla fracasará y se frustrará.
- 2) **Controlar la hiperactividad:** se hace referencia a que la pastilla “baja la energía” y le ayuda al niño a “estarse quieto”.
- 3) **Para portarse bien:** esto es detectado principalmente por las/los niños. La pastilla funciona como un medio de evitar regaños y boletas. Es una forma de adaptar al niño a la disciplina escolar.
- 4) **Normalización y Ser “otro”:** hay actitudes y formas de ser que los padres consideran problemáticas y que con el medicamento se mitigan, Aquí se resalta que el niño va cambiando y que es “otro”. Con el medicamento los niños afirman sentirse raros y no sentirse como ellos mismos.

La pastilla es básicamente utilizada para la escuela. No se reporta que los/las niños/as se sientan mal sin esta, o que hay un problema físico que atraviesa la vida de ellos y ellas. Los niños no desean continuar con el medicamento por varias razones: efectos secundarios negativos, y además, quizás más importante **no reconocen como validos los discursos de los adultos** en tanto no consideran tan negativo su desempeño sin la pastilla. En el discurso de los niños/a existe un poco de ambigüedad, y un límite difuso entre la resistencia y la interiorización del discurso adulto.

El uso de la pastilla puede generar conflictos intrafamiliares entre los/las niños/as y sus padres, e incluso entre los padres. Los padres están conscientes de la insatisfacción que sienten sus hijos hacia la pastilla, pero para ellos tomarse la pastilla es una obligación para las y los niños/as.

En ambas escuelas públicas el tratamiento suele reducirse al uso de las pastillas y las adecuaciones que los profesores hacen en sus aulas, van dirigidas al comportamiento y conductas de los/las niños/as. En la escuela privada se utilizan además técnicas de relajamiento, meditación, autonocimiento y psicoeducación. Aquí la pastilla es solo un complemento y su uso se enfoca mayoritariamente hacia la producción, en las escuelas públicas hay un énfasis en el comportamiento y conducta. Tanto niños como padres esperan que prontamente la pastilla no tenga que utilizarse, para los segundos la pastilla dejara de usarse cuando, primeramente un medico lo recomiende, y segundo sus hijos hayan “madurado”.

Por último, es importante resaltar que hay indicios de procesos de etiquetamiento y estigmatización hacia los/as niños/as principalmente por el uso de las pastillas, situación que los convierte en un “otro” o un “extraño” ante sus compañeros/as de quienes sufren también burlas e incluso discriminación. La pastilla es algo extraño para los niños/as y de alguna forma también para los y las docentes, quienes también –como advierten algunas docentes entrevistas- pueden estigmatizar y darle un trato diferencial a un niño/a por el hecho de tomar el medicamento.

Capítulo 6

Subjetividad, sueños y miedos que se tejen a través del TDA/H y la Ritalina

¿Etiquetar a un niño de TDA/H—con el potencial de estigmatización que esto trae y los efectos negativos en el auto estima -- es acaso una forma de abuso psicológico?
Jaboson, K (2006)

A lo largo de los capítulos anteriores hemos observado como sobre los/las niños/as diagnosticados/as con TDA/H se erigen toda una serie de discursos, representaciones y descripciones que en su gran medida se centran en aspectos negativos. Los padres de los/as niños/as enfatizan la falta de concentración, la impulsividad y la hiperactividad, aspectos que devienen en un mal comportamiento y que pronostican un oscuro futuro escolar si se detiene el consumo de la pastilla. Así, el uso de la Ritalina adquiere una función primordialmente disciplinaria y de normalización social poco ligada a la salud y a la cognición y el bienestar integral de las niñas y los niños. En este sentido, el TDA/H se visualiza más como un conjunto de “malas conductas” y de una personalidad problemática y no tanto como una patología psiquiátrica que afecta globalmente la vida de los niños/as.

En todo lo que se ha discutido hasta el momento han estado casi ausentes las representaciones y discursos que elaboran los/as niños/as sobre sí mismos/as y sus vidas. Es justamente en este capítulo en donde queremos profundizar y analizar esto. Intentaremos responder a preguntas tales como ¿qué opinión tienen las y los niños sobre sí mismos/as? ¿Cómo se describen y representan a sí mismos? ¿Qué posición mantienen ante el discurso adulto?

¿Cuáles visualizan como sus principales problemáticas y miedos? ¿Cuáles son sus deseos y anhelos?

Partimos de la premisa de que la identidad de los niños se construye a partir de las representaciones y discursos que sobre ellos tengan sus otros significantes, los procesos y las experiencias vividas en las instituciones claves como la escuela y la familia, y además los discursos que sobre ellos/as tengan distintos saber como la pedagogía y la medicina. Mantenemos así la hipótesis de que el diagnóstico de TDA/H y el consumo de Ritalina configuran en gran medida la identidad y subjetividad de niños y niñas. Esta sería una identidad que se formula a partir de una deficiencia cognitiva, conductual y moral y que trae consigo una serie de prejuicios y estigmas negativos.

Distintas investigaciones indican que los/as niños/as diagnosticados/as con TDA/H tienen una baja autoestima, procesos de autoetiquetamiento y sentimientos de culpa. (Singh, 2012). Asimismo diversos autores (Rodulfo, 2011, Janin, 2005) apuntan hacia la posible dimensión iatrogénica del diagnóstico, indicando que el diagnóstico por sí solo puede tener un efecto patológico y negativo. Uno de estos posibles efectos negativos es que tanto el diagnóstico como el uso de la pastilla –y los discursos que la fundamentan su uso- pueden encadenarse, fortalecer y/o transformar, miedos, ideas, pensamientos y construcciones subjetivas que han construido los/las niños/as u otros significantes sobre ellos, es decir que pueden fortalecer una idea negativa que el niño tenga sobre sí mismo/a.

6.1 La construcción de identidad por los caminos de la deficiencia

Las descripciones que hacen las docentes y los padres sobre los niños participantes bien pueden dividirse en dos aspectos de la vida de los/las niños/as.

1) *Las actitudes y conductas que tienen los/as niños/as, principalmente en lo que respecta al aprendizaje y la escolarización. Nos acercamos a una descripción sobre cómo el niño se comporta en la casa y principalmente en la escuela.*

2) *La personalidad, los atributos y la subjetividad del niño. Nos acercamos a una descripción sobre cómo el/la niño/a es.*

Claramente esta división puede ser un tanto superficial si partimos del hecho de que no se puede dividir entre actos y conductas y personalidad, sin embargo esta división presente - en ocasiones contradictoria en los discursos de los padres de familia y de los niños- nos permite realizar un análisis de mayor profundidad y así tener mayor claridad sobre la posición subjetiva de los niños.

6.1.2 Sobre la conducta de los niños/as en la escuela: “Malas conductas” y cultura infantil

Hemos anotado anteriormente que los padres de familia tienen negativas referencias sobre sus hijos en lo que a conducta escolar se refiere. Básicamente, los padres no conciben por el momento la posibilidad –por el momento- de que sus hijos puedan mantenerse adecuadamente en clase sin el medicamento, ya que son poco atentos, impulsivos e incluso “no dejan dar la clase” (Madre de Marco).

Los niños por su parte, no desmienten totalmente estas afirmaciones. En lo que respecta a la capacidad de concentración hay una oposición al discurso adulto, pues los niños reclaman que sí poseen la habilidad para concentrarse y trabajar en clase. Quien se muestra más seguro de esto es Pedro el cual en diferentes ocasiones y con cierta molestia, ha dicho que “yo me concentro... me concentro, pero mi mamá dice que yo no me concentro”. Esto no quiere decir que los/as niños/as, incluso Pedro, no reconozcan que con la pastilla obtienen una mayor concentración, lo

que sí nos dicen es que no la necesitan, pues pueden trabajar sin ella, por ejemplo Andrés afirma que sin la pastilla: “Hablo y de todo y escribo todo lo que pone el profe. Yo estoy así escribiendo y hablo: “Keylor vamos a jugar mañana bola”, y sigo escribiendo”.

Por un lado desmienten que les sea imposible concentrarse, pero por el otro tienen una visión diferente sobre lo que pueden hacer y cómo deben trabajar en el aula. Marcela, es la única de los/as niños/as participantes que categóricamente afirma que sin la pastilla “no me concentro”, sin embargo, al igual que los otros/as niños, ella prefiere que “este año me la quiten”. La falta de concentración es vista por los niños como una falta de inteligencia, esta sin duda es una de las razones por las que durante las primeras entrevistas rechazan tener un déficit de atención.

En lo que respecta a la conducta, diversas investigaciones han demostrado que niños diagnosticados con TDA/H y bajo tratamiento médico perciben su comportamiento como inadecuado e incluso malo (Singh, 2012). En nuestro estudio hemos encontrado que este es un tema de gran complejidad, y que a veces los niños rechazan estas apreciaciones y a veces las interiorizan, sintiéndose mal por ello. Recordemos que como principal razón los/las niños apuntaron que les dan la pastilla para lograr que ellos/as se “porten bien” lo que entienden como “trabajar rápido,” “estar sentados y no hablar en clase”.

Varios de los niños/as entrevistados/as afirman que sí se “portan mal” o que por lo menos, como en el caso de Andrés, se portaba mal en el pasado: “ya ni me comporto mal”. Similar sucede con Marcela quien nos cuenta que:

yo era terrible, terrible, nadie se metía conmigo porque sabían que yo les mandaba un solo... yo andaba con unas güilillas ahí todas zorrillas, y ya, después yo me separé de esas güilillas y anduve con otras más, más bajitas eh, o sea eran todas calmadas y diay aquí estoy... aquí no soy tan terrible... antes era toda pleitera, y ahora una fiesta...un puro chingue

Daniel por su parte indica que él es muy activo y que además a veces le gusta portarse mal:

yo soy muy eléctrico, entonces hago cualquier cosa para estar bien, como activo o algo así...yo soy como un niño nocturno, me acuesto como a las 12 y entonces me tomo a pastilla y me quedo tranquilo, igual me acuesto a las 12 y duermo mejor. (...) a veces me gusta como portarme un poquito mal, y después portarme bien.

Pedro, en la prueba de Pata Negra dijo que al cerdito le dan la pastilla para que no “haga loco” pero que más bien “él quiere hacer loco”. Con hacer loco se refiere a “hablar en clase” y “portarse mal”.

Como se observa, estos “malos comportamientos” no reciben necesariamente una valoración negativa por parte de los/as niños/as. De hecho, la valoración que realizan los padres y los niños sobre los mismos comportamientos es totalmente diferente: desde el punto de vista de los niños no son tan “malos” ciertos “malos comportamientos” que ocurren dentro del aula. Parece que aquí el “portarse bien” se identifica claramente como un discurso adulto que solo se interioriza parcialmente, y que no tiene la misma carga axiológica entre adultos y niños. Para Pedro, al igual que Daniel, el portarse mal o portarse bien son hasta cierto punto una decisión. Es decir que el “mal comportamiento” no se define solo como una debilidad, deficiencia o impedimento, sino que también pueden desearse estos comportamientos, que en la cultura infantil adquieren el significado opuesto al del mundo adulto (Jacobson, 2006).

Esta es sin duda es una situación interesante que nos convoca a reflexionar, ya no la génesis de dichos comportamientos, sino la interpretación que se puede hacer de los mismos. Para tales efectos nos es útil la investigación llevada a cabo por Ken Jacobson (2006) quien realizó un estudio etnográfico de carácter transcultural en escuelas de Estados Unidos e Inglaterra con el objetivo observar sistemáticamente a niños y niñas que cumplieran con los criterios diagnósticos del TDA/H, con el fin de establecer una línea base que permitiera separar a

niños “normales” de los niños con el trastorno. En la investigación participaron más de 100 niños, algunos diagnosticados con TDA/H y otros sin diagnóstico alguno, considerados como alumnos normales. El estudio tuvo una duración de 16 meses, y se usaron como recursos metodológicos las entrevistas individuales, grupos focales, muestras focales individualizadas y cuestionarios diagnósticos.

No obstante, los resultados que fue obteniendo Jacobson a lo largo de la investigación lo llevaron a cambiar su objeto de estudio al llegar a la conclusión de que, en palabras del autor que *“no creo que sea científicamente posible separar los niveles normales o patológicos del comportamiento en estos niños”* (Jacobson, 2006, p 161). A partir de aquí el autor da un giro a su investigación, ahora centrándose en el estudio de las relaciones de poder entre niños y adultos.

Entre sus hallazgos Jacobson mantiene que en la escuela se construye toda una cultura infantil y que niños y niñas se organizan de la misma forma que lo hacen los adultos, es decir estableciendo leyes, reglas, valores, formando grupos sociales y fortaleciendo y reprimiendo conductas, obligaciones y roles. Aunque en esta cultura claramente hay una influencia del mundo social adulto y de sus valores, lo que se sugiere es que los/las niños/as no son simples recipientes de la socialización adulta, y que por el contrario se forman en grupos y subgrupos propios. Esta postura también ha sido postulada por autores como Moscoso (2002) y McLaren (1995) entre otros/as.

Parte de esta cultura infantil sirve en muchas ocasiones como vehículo para el uso de estrategias en contra de la autoridad adulta y de los intentos de esta por disciplinar y controlar a los/as niños/as. Para Jacobson los/as niños/as utilizan tres estrategias para lidiar con los adultos: 1) negociación simbólica y conductual, 2) negociación activa y 3) confrontación directa. Tanto para este autor como para McLaren (1995) los y las estudiantes recurren a formas no organizadas

y espontáneas de resistencia, las cuales pueden brindar cierto alivio y relajamiento ante las exigencias escolares: “cualquier excusa para levantarse de la silla, hacerle punta al lápiz, preguntarle a la maestra o a algún compañero, salir del aula para ir al baño, recoger papeles, tareas libros, es utilizada para visitar a los amigos y despejar la mente” (Jacobson, 2006, p 164). De la misma manera Gimeno Sacristán (2003) entiende ciertos comportamientos etiquetados como “malos” como el resultado a la falta de actividades y movimientos dentro del aula:

Las aulas son el verdadero “cuarto de estar” de las escuelas. Allí se pasa realmente el tiempo aunque no sea el espacio más confortable ni el que permita usos más variados. (...) Un espacio de vida tan eseaso como el del aula no se tiene ni en la celda de la prisión...Las experiencias habidas en ese territorio acotado no son, precisamente, motivos para añorar el estar allí. (Gimeno, 2003, p 171)

Ahora bien, parece que estas situaciones solo son percibidas por los/las niños/as, no así por sus padres y profesores. Esta puede ser una de las razones por las cuales ellos/as no vean negativamente sus comportamientos. Desde la perspectiva de los niños/as, las “malas conductas” no surgen de una especie de sin razón o de un descontrol generalizado e incontrolable, sino que estas tienen sentido y explicación. Como bien afirma Gimeno (2003) algunos niños/as no toleran estar en el aula porque las actividades realizadas ahí les parecen aburridas o desagradables y por tanto buscan salir de ellas, como en ocasiones le sucede a Marcela:

Y ella (la profesora) se pone así toda enojada: cállense mocosos, cállense mocosos. Yo por eso en hogar me paso escapando, porque no me gusta. Voy al baño, algunas veces le pido permiso, si me dice que sí, voy, si me dice que no, voy.

También Marco nos cuenta que a veces se escapa de la clase. Él niño relaciona esto con ser hiperactivo o bien como lo dice él “jimperativo”. Él también justifica dicho comportamiento. En el caso de él podría afirmarse que se trata de una hiperactividad selectiva:

Ando jimperactivo

E: ¿ah, y cómo es eso?

que me pongo a correr muchas veces, y que me escapo de la clase (se ríe)

E: ¿Sin la pastilla te escapás de la clase?

Sí.

¿Y por qué te escapas de la clase?

Solo me escapo en las de inglés y las industriales, y las de plásticas

¿Y por qué te escapas de esas?

son muy aburridas

¿Y con la pastilla te quedás ahí?

sí

¿Y con las pastillas también te parecen aburridas?

Sí (*se ríe*) a veces cuando me la tomo también me salgo de la clase. Es que ella pone siempre en todos los años, nos pone a hacer cosas igual y da pereza, luego tenemos que buscar cosas en el diccionario y solo eso. Y ella solo pasa por el teléfono hablando y mensajeando

Ella, ¿la profesora solo pasa mensajeando?

sí ella, no nos deja ni ir al baño.

¿No los deja ir al baño?

No, no

¿Y por qué?

Porque dice que nos portamos mal

Marco incluso afirma que no solo él se porta mal, sino que casi todos sus amigos lo hacen:

Un montón, casi todos (se portan mal). Hay unos amigos que se portan mal, uno que se llama Fabián, otro Carlos y otro Luis y uno llamado Elian, Juan Carlos y otro Mario, y

también un amigo que se llama Johnny, uno no puede decirle nada porque ya el empieza a hacer tonto

Marco y Marcela hacen así una crítica a la forma en que son tratados/as por sus docentes: primero denuncian un trato injusto (gritarle mocosos, no dejarlos ir al baño) y segundo indican que las clases les parecen aburridas, repetitivas y que, en el caso de Marco, la docente habla por celular. De hecho en las sesiones con los niños/as fuimos descubriendo que estos no se sienten a gusto en la escuela y que es muy poco lo que les gusta de esta. Algunas cosas que suceden en la escuela parecen vivirlas como una especie de violencia. Quien manifiesta tener más problemas con las autoridades escolares y con la escuela como tal fue Marcela, que fue suspendida por un lapso de 15 días y que de nuevo está reprobando varias materias. Esta niña me fue descrita por las docentes como “la ovejita negra de la escuela” y una “líder negativa”, Marcela también contó varios sucesos con algunas profesoras:

Marcela: Ella (la profesora) nos empezó a gritar y nos dijo que nos fuéramos a sentar y hago yo: ‘diay sí, está bien, ni se escuchó y nos está gritando’. Y ella entendió que yo le dije perra y un poco de güilillas que ahora son mis mejores amigas, le dijeron que sí, que yo le dije eso, que no se qué, pero la mitad del aula se dio cuenta que yo no le dije nada de eso. Me expulsaron quince días (...) El promedio de este año, de este periodo fue un 49, digamos yo arranqué la hoja del colerón y ella me hace, tráigame su promedio, y yo: ‘ay, lo rompí’, ‘ah no, ahora se queda con esa nota’, me hacc. Pero es que yo estaba así, con cólera.

Como se observa, la relación entre alumnos y docentes es bastante compleja, y de ninguna forma puede entenderse como una relación lineal vertical donde los/las niños/as no son receptáculos indefensos ante la disciplina adulta sino que, en muchos casos, son agentes que resisten de diversas formas y que crean cultura. Asimismo los alumnos defienden y reivindican una micropolítica del aula diferente a la de sus padres, madres y docentes. Cabe aclarar que de ninguna forma se está intentando justificar o simplificar todas estas conductas argumentando

que son resistencias hacia el autoritarismo adulto. Lo que sí se intenta es problematizar las relaciones entre alumnos y docentes/padres, escapando a juicios de valor como el tildar de bueno o malo un comportamiento, y mostrar cómo los/las niños/as pueden tener otra perspectiva y darle sentido a lo que les rodea. Jacobson parte de la idea de que a los/as niños/as les gusta aprender y que ellos mismos pueden censurar a algunos compañeros:

Si los niños encuentran la materia intrínsecamente interesante y quieren aprender, ellos sancionaran negativamente a aquellos pares que no dejen dar la clase. La mayoría de los niños sienten cuando sus actos disruptivos no serán bienvenidos positivamente por sus compañeros. (Jacobson, 2003, p 165)

Desde la teoría del TDA/H es precisamente este límite el que no reconocen los/as niños/as con TDA/H, es decir, las conductas asociadas con esta patología son universales, todos/as los/as niños/as las manifiestan, pero su frecuencia e intensidad son particulares, es decir persisten por más tiempo y afectan significativamente el desempeño académico y las relaciones sociales de los/as niños/as.

6.2 Sobre la subjetividad: culpas, miedos y deseos de niños y niñas ritualizados/as.

En el apartado anterior reflexionamos sobre lo “que hacen” los/as niños/as, en este nos centraremos en cómo se definen ellos, qué elementos sobre su personalidad destacan y qué deseos, problemáticas y miedos pueden surgir a partir de dichas representaciones. Antes nos encontrábamos en un nivel más conductual y ahora estamos en uno subjetivo.

Primero, teniendo en cuenta la gran influencia e importancia que el discurso de padres y madres tiene sobre la construcción de la identidad y subjetividad de los/as niños/as, se nos hace imperativo recopilar sucintamente el cómo han descrito los padres entrevistados a sus hijos. Una

opinión de este tipo nunca es totalmente coherente, por lo tanto los padres resaltan tanto aspectos positivos como negativos.

Por ejemplo la madre de Marco describe a su hijo de la siguiente forma

- Él es muy inquieto.
- Él es muy inteligente, muy muy inteligente.
- Para escribir es muy lerdillo, y sí, para aprenderse las cosas también le cuesta.
- Los exámenes fueron notas de 75, pero para mí es un éxito verdad, por cómo es Marco, digamos.
- Marco es muy ambicioso, él es muy platero (...).
- Yo lo veo como un profesional.

Sobre Daniel sus padres han dicho que:

- Él es volado en las notas.
- Él necesita adecuación curricular.
- La actitud de David era imposible.
- Él es muy pesado, realmente pesado.
- Parecía un chiquito de turgio.
- Él es muy impulsivo, él no mide consecuencias.
- Él tiene por virtud esa capacidad de aprender.
- No aprende de la prueba, o sea, de la experiencia no, no aprende.
- Enamorado como él solo.

Sobre Pedro sus padres han dicho que:

- Él es tequioso... O sea, empezaba el trabajo, lo dejaba a medio palo, verdad, lo dejaba a la mitad y se iba a hacer otras cosas.
- (La psiquiatra dijo que) sí, es muy desconcentrado, que se concentra 5 minutos y el resto de los veinte está en otra cosa.
- (...) cuando agarra confianza habla, habla, habla, habla y habla, y no se calla.
- Él ve una mosca pasar, y ya se fue atrás, la vio pararse, vio lo que hizo, le contó una historia y se devolvió.
- Súper inquieto y no trabajaba en la escuela, no copiaba, dejaba todos los trabajos que tenía que hacer incompletos.
- El necesita adecuación curricular.

Estas descripciones apuntan tanto a aspectos positivos como a aspectos que los padres consideran negativos. Es habitual que los/los niños/as asuman estas descripciones y las incorporen al construir su identidad, por ejemplo Pedro utilizando el mismo adjetivo que su padre, se describe a sí mismo como un niño tequioso:

Pedro: yo soy tequioso

¿sos qué?

Pedro: tequioso

ah, ¿y qué es eso?

Pedro: di que no se puede estar quieto

ah y ¿vos te consideras así?

Pedro: sí

¿en qué momento sos tequioso?

Pedro: en todo momento, todo lado

Y entonces, ¿cómo es que decís, digamos, que puedes concentrarte pero a la vez dices que sos tequioso?

Pedro: di no sé, me concentro pero no es con la pastilla cuando no me tomo la pastilla sí me concentro, o a veces no me concentro pero igual termino... me concentro, pero mi mamá dice que yo no me concentro

Además de señalar la influencia que tienen los padres sobre la identidad de los/as niños/as, el relato de Pedro nos da pistas de cómo entender la construcción de identidades. Es curioso el viraje en la última respuesta del niño puesto que por un lado se dice "tequioso" pero por el otro lado dice que puede concentrarse y no necesitar de la pastilla. Al igual que sus padres, los/las niños/as muestran cierta ambivalencia a la hora de hablar sobre sí mismos/as, desde este punto de vista encontramos que no hay identidades totales sino que estas también se encuentran en constante contradicción y alimentadas de distintos discursos que vienen de distintas personas. No obstante las entrevistas junto al uso de las láminas del test proyectivo Pata Negra han permitido

tener hilar más fino y entender de mejor manera la autopercepción que tienen las niñas y los niños.

6.2.1 El Pata Negra.

Como se ha explicado en el apartado metodológico, a las niñas y los niños se les ofreció la oportunidad de crear un cuento a través de un ejercicio en el que se utilizaron unas láminas del test proyectivo Pata Negra. Se utilizaron 5 láminas de dicho test, y de cada una de ellas los/las niños/as debían explicar qué es lo que ocurría y quiénes estaban en la escena presentada en la lámina. Las fichas están diseñadas para abordar temas como la culpa, los deseos, el miedo, los sentimientos de rechazo, entre otros. A continuación se presenta cada una de las historias que realizó cada niño, para después hacer una valoración general.

Pedro

1. Frontispicio

Pedro nos cuenta que en la lámina se encuentran Pata Negra, sus padres y sus amigos, y que estos últimos están “burlándose de él”, pero luego dice que “le están diciendo como: Chao, adiós”.

Al referirse a la pastilla, Pedro guarda silencio, y luego menciona que se llama “Bomba atómica” y que “se la dan para que se le estalle los intestinos”, retractándose en seguida para asegurar que la pastilla funciona “para que sea más inteligente y ponga más atención en clase”, agregando que la mamá de Pata Negra le decía al cerdito que la “tenía que tomar porque si no hacía loco y ... quiere que se concentre, y quiere que pase los exámenes, que pase los exámenes

y que sea una mejor persona”. No obstante Pata Negra “no se la quiere tomar” ya que “quiere hacer más loco”, lo que es definido por el niño como “hablar en clase”.

2. *Vacilaciones*

Sobre esta lámina, Pedro nos explica que:

El mae (Pata Negra) tenía dos hermanos, este está en colegio y este está en la U. Y Pata Negra en la escuela, está en quinto grado de la escuela, igual que yo. El papá y el hermano están comiendo y él hermano está comiendo, y no sé, este (Pata Negra) parece que está echando popó. Y el otro tomando leche.

Pata Negra se encuentra solo, ya que según menciona Pedro: “nadie lo quiere”, porque “supuestamente dice malas palabras, o porque trata mal a otras personas. Se agarra con los hermanos... porque lo quieren más a él (el hermano)”. Al preguntarle sobre esto último, Pedro de nuevo guarda silencio y no contesta. Se le pregunta entonces: “¿cómo termina esta situación?” Pedro, responde que Pata Negra: “estudia, no se pelea y así todos se acercan a él”.

3. *Hada Madrina: Baja el Ángel Chanco*

“Bajó el ángel chanco y él (Pata Negra) estaba ahí”, así es como Pedro define la escena del hada madrina. El ángel chanco, bajó del cielo con el objetivo de darle a Pata Negra poderes especiales. El poder especial que le otorga el ángel chanco a Pata Negra es el de ser un “supersaiyajin”²⁶. Al preguntarle sobre que otros poderes le da a Pata Negra, Pedro deja a un lado la ficción y contesta:

1. Que sea más inteligente en clase.
2. Que no se porte mal.
3. Que se muera cuando él quiera, y que toda la familia solo se muera cuando él quiera.

Comenta que tiene miedo de que su “familia se muera”. La escena termina cuando el ángel chanco le otorga los poderes a Pata Negra.

²⁶ Un supersaiyajin es un tipo de combatiente con súper poderes que aparece en el famoso anime Dragón Ball Z.

4. *Pelea*

En esta lámina, Pedro cuenta que Pata Negra está peleando con el hermano. Recuerda una vez que él se peleó con su hermano ya que este “se me tomó la coca cola.” Pedro relata este incidente personal, su hermano y el se pelean en la noche y su padre termina pegándole con una faja: “mi hermano me botó el fresco, o se tomó mi Coca (...) yo casi le quiebro la nariz de un cabezazo. Y mi papá me pegó con una faja...me hizo una cicatriz. Ya se me quitó pero era una faja toda fea, hace como dos años fue... a veces pasa, a veces mi papá o mi mamá nos tiene que separar con un palo de escoba.”

Volviendo a Pata Negra, Pedro relata que en esa ficha están peleando porque alguien se le “tomó la coca cola”. La escena, que es exactamente igual a la que contó anteriormente, termina cuando el padre de los cerditos le pega con la faja y lo castiga. Pata Negra, al igual que Pedro en aquella noche, se siente muy “mal y enojado” con lo sucedido.

5. *Caminito*

Ante la imagen de Pata Negra que se aleja siguiendo un largo camino, Pedro afirma que el cerdito “se fue del país. Sin amigos”. Según nos cuenta, Pata Negra se va solo porque “nadie lo quiere”. Al preguntarle a Pedro, por qué nadie quiere a Pata Negra él, con tristeza contesta:

Porque peleaba mucho, no se portaba bien en clase, y no se quería tomar la pastilla.
Entonces los papás lo mandaron a vender verduras (...) lo echaron de la casa.

En la historia de Pedro, su comportamiento, su rechazo hacia las pastillas y el conflicto que esto ha venido generando en su núcleo familiar le generan miedo de perder el amor y cariño de sus padres. Esto claramente lo hace sentir triste e “infeliz... porque los papás lo echaron, sin ropa y sin nada”.

La historia que cuenta Pedro, termina de la siguiente manera:

Pata Negra se va y se pone feliz, bueno, no se pone feliz, sigue triste pero a los días se pone feliz, porque los papás lo vuelven a recoger (...) Vuelve hace las paces con la familia, y se van a la casa. Excepto Pata Negra el solo regresa a ver a la familia y eso, pero, regresa a vivir donde la abuela.

Sin embargo, Pata Negra no es feliz tampoco viviendo donde la abuela:

E: ¿Se queda viviendo donde la abuela?

Sip

E: ¿Le gusta más vivir donde la abuela?

No

E: ¿Entonces por qué se queda a vivir donde la abuela?

Porque los papás no lo aceptaron.

E: ¿Uy por qué?

Porque seguía peleando mucho, no a diario, pero seguía peleando, solo cuando se le tomaban la Coca.

Es así como termina la historia de Pedro. En esta el niño construye una imagen de Pata Negra, como un cerdito mal portado, que a veces pelea, “se agarra” con los demás y supuestamente dice malas palabras. Es importante notar como su deseo de ser, se opone al de sus padres. Por un lado, Pedro, indica que Pata Negra quiere seguir “haciendo loco” y no “tomarse la pastilla” pero por el otro lado Pedro, expresándose a través de Pata Negra, parece sentir culpa y tener ganas de cambiar, en aras de ser admitido y bien recibido por su familia y amistades. Esto se refleja en dos deseos que Pata Negra le pide al “ángel chancho”: “ser más inteligente” y “que no se porte mal”.

En el relato de Pedro, así como en las otras entrevistas, el niño expresa un desencuentro con sus padres, que se ejemplifica muy bien en la lámina de caminito. En esta lámina Pedro ha contestado que Pata Negra se va del país, porque “nadie lo quiere”, y precisamente nadie lo

quiere porque él se porta mal y no quiere tomar pastillas. Al final Pata Negra se va de su casa, retoma la amistad con su familia pero sin embargo no vuelve a vivir con ellos. A Pedro incluso le cuesta decir si al final Pata Negra termina feliz o infeliz. No deja de interesar la constante comparación de Pedro con su hermano, quien según el niño es el preferido por sus padres.

Marcela

1. Frontispicio.

Luego de escuchar la consigna, y observar rápidamente la ficha del frontispicio, Marcela señala a Pata Negra y riéndose dice “esta soy yo”, al preguntarle “¿cómo?”, ella contesta “sí, esa soy yo”, y menciona que los otros son la mamá, el papá y los hermanitos. Luego cuenta que Pata Negra tiene 6 años y le gusta estar en el barro, se lleva bien con sus hermanitos y con sus papás, de hecho en la lámina están todos juntos en un parque y están felices. Sobre la pastillita comenta que se la dan a Pata Negra para que se porte bien, pero al cerdito no le gusta porque sabe feo y amargo.

2. Vacilaciones.

Al ver la lámina, Marcela exclama: “ay qué bonitos”, y posteriormente relata que “están tomando agua, y el otro está tomando leche de la mamá. Y el otro está haciendo nada (...), y ella se siente incómoda, porque los dos están haciendo algo y ella no” A Pata Negra no la invitan a tomar ni agua ni leche:

E: ¿Y por qué ella no está haciendo algo?

Porque no la llaman

E: Ya veo, y ¿por qué no la llaman?

Porque se pone, en lo de ella, y no en lo demás. O sea ella no se pone en lo de ellos, y no se preocupa por lo demás.

Es decir que, no se invita a Pata Negra como una forma de castigo, según explica la niña, ya que ella solo “se preocupa por ella”. La escena termina en que “todos se unen y todos hacen de todo”.

3. *Hada*

Sin necesidad de preguntarle, Marcela, dice que en esta lámina llega un hada mágica y le ofrece tres deseos a Pata Negra. Al preguntarle por estos tres deseos, ella ríe y luego contesta que la cerdita pide:

- 1) Que siempre esté con la familia unida.
- 2) Que le dé inteligencia.

Luego la niña se queda, en silencio y pensando. Se le pregunta, que porqué quiere más inteligencia de la que ya tiene, y contesta: “dí para ayudarle a los hermanos” y luego contesta “Vamos a ver...tres... que le ayude a los hermanos, que lo que los hermanos quieran ella se los dé.”. Es decir, que Pata Negra tenga la capacidad “para ayudar a sus hermanos”.

4. *Pelea*

En esta lámina, Pata Negra está peleando con otros cerditos en el barro, ya que le dijeron “tonta”. La cerdita se sintió “enojada” y los atacó. Los padres corren a separarlos y castigan a ambos, prohibiéndoles jugar en el barro.

5. *Camino.*

Apenas ve la ficha, Marcela explica: “Él (Pata Negra), se fue de la casa, para no tener más problemas con los hermanos.” Pata Negra se siente “triste” y se dirige a “a otra casa donde

lo reciban”, sin embargo después “ella se va, y al tiempo empieza a reflexionar y se devuelve a la casa”, y es así como termina la historia de Pata Negra relatada por Marcela.

En su historia, se recalca el deseo (que desconocemos si es una especie de imposición o rol familiar que a la niña se la ha depositado) pero a la vez la imposibilidad de Pata Negra de ayudar a sus hermanos, esto sin duda genera conflictos en la vida de Marcela quien tiene una hermana menor en primer grado de la escuela, y que según la profesora Roxana, está a punto de reprobar el año. También es palpable un sentimiento de miedo al rechazo por parte de los adultos por no poder cumplir con la demanda de ayudar a los hermanos. Al igual que Pedro, Marcela le pide al hada más inteligencia, lo que también tiene cierta concordancia con que el insulto que molestó tanto a Pata Negra en Pelea fue “tonta”. Pata Negra se describe así como un cerdito, que solo está en lo de ella y no logra ayudar a sus hermanos. Al final, Marcela expresa cierto temor de no ser aceptada en su casa y también es palpable el fuerte deseo de ella de seguir con su familia y que esta permanezca unida.

Marco

1. Frontispicio

En esta lámina Marco indica que los cerditos están jugando, y le están preguntando a Pata Negra el por qué tiene la “patita negra”. Los cerditos juegan en el lodo, hasta que llegan sus padres. En referencia a la pastilla dice que esta es pequeña y sirve para que esté “más tranquilo”, cuenta que con la pastilla se siente “mejor...y que le sirve mucho” y que la mamá se la da “por su propio bien”. La pastilla que toma Pata Negra se llama Imipramina.

2. Vacilaciones

En esta lámina están el papá, en un lado y la mamá y la hermana en el otro. Pata Negra está en el centro ya que le está preguntando a la mamá que si puede ir a jugar al lodo. Al preguntarle “¿cómo se siente?” Marco mira al suelo, y lentamente contesta “bien”. La escena termina cuando todos van a jugar al lodo.

3. *Hada*

Marco cuenta que llegó un hada chanchito y le concedió tres deseos a Pata Negra y él le pidió tres deseos: 1) Tener una piscina de lodo 2) Un, cómo se llama, cómo se llama, un montón de comida. 3) Y también que, que tengan su propia taza para comer. Luego agrega que a él le gustaría tener una taza donde solo coma él. El angel le da los podres al cerdito, y continuamos con la siguiente lámina.

4. *Pelea*

Lo que sucede en esta lámina es que: “Pata Negra está mordiendo a su amigo, y la prima va corriendo a decirle al papá y la mamá y los papás van corriendo a detenerlos”. Pata Negra se siente “enojado”, y se peleó con su amigo porque: “estaban jugando y se golpearon, se hicieron, o se enojaron por algo del juego”. Al final, los padres arreglan la situación “castigándolo” con que “no lo dejan salir a jugar, y con ver tele”.

5. *Caminito*

En esta escena Marco comenta que Pata Negra se está yendo al bosque, “porque se quiere ir de la casa”. Al preguntarle el porqué de tal intención, él contesta que: “porque la familia se enojó con él y Pata Negra se enojó con la familia”. El cerdito se enojó con la familia ya que esta “lo castigó, por haberle pegado a su amigo”, él se siente “triste” pero “luego regresa y pide

perdón a sus amigos y a la familia”. La escena tiene un final feliz, ya que Pata Negra vuelve al hogar y su familia se siente feliz.

Del relato de Marco no nos es posible tener una imagen más o menos completa de Pata Negra. Sobre la pastilla, el niño hace referencia a la imipramina, medicamento que recién comienza a utilizar y que cuenta lo hace sentirse “bien”. Al describir la última lámina, Marco expresa cierto enojo hacia su familia, principalmente con el tema de los castigos y de cómo se ha resuelto el problema de agresividad del niño. Esto parece generar el sentimiento de querer irse de su hogar y abandonarlos, sentimiento que se transforma en culpa, cuando en su historia Pata Negra vuelve pidiéndole perdón a todos.

Andrés

1. Frontispicio.

Ante esta primera ficha Andrés señala al cerdito con la pata manchada, e indica que ese es Pata Negra. Al preguntarle “¿qué está haciendo?”, él contesta que Pata Negra está “peleando con las personas” específicamente con sus primos. Seguido, el niño nos comenta que Pata Negra es un cerdito “que pelea mucho”.

También dice que Pata Negra está “botándola” y luego me explica que el cerdito está “botando la pastilla...porque no le gusta, porque sabe horrible”. Cuenta que esta es para el dolor de cabeza, pero luego murmura que es “Ritalina” y que se la dan para “quedarse quedito en el aula”.

2. Vacilaciones

En cuanto a esta lámina, Andrés señala que: “Este está tomando leche, mamando leche, este está tomando agua, y Pata Negra está haciendo caras feas”; estas las hace puesto que no lo dejan tomar ni agua ni leche “porque es muy peleón”, y además “no comparte con las demás personas, con los demás chiquitos”.

Lo anterior hace que Pata Negra se sienta “triste” y “decepcionado”

E: ¿Cómo se siente Pata Negra?

Triste, o decepcionado.

E: ¿Y decepcionado con qué?

Di, porque molesta mucho a los hermanos y por eso no lo dejan tomar agua ni tomar leche.

E: ¿Con quién está decepcionado?

Con los papás y la mamá, y con él mismo

La escena termina en que a “lo último le dieron (a Pata Negra) agua y leche”.

3. Pelea

En esta escena Andrés nos cuenta que “Pata Negra está mordiendo a la hermana, la otra está tirada por ahí, porque ya la mordieron, y los papás van a separarlos... Pata Negra le mordió la pata y no puede correr”.

Esto sucedió porque las hermanas estaban molestando a Pata Negra “diciéndole cabezón”. Esto ocurre en una granja, en donde Pata Negra vive con su familia, de la cual los miembros se lleva bien entre sí, “menos con Pata Negra”. Al preguntarle por qué sucede esto, Andrés contesta que: “porque Pata Negra es muy peleón”.

Al final, los padres de Pata Negra arreglan el conflicto “hablándole a Pata Negra de buena manera: ‘no golpee a sus hermanas’”.

4. *Hada*

Apenas observa la ficha, Andrés comenta que Pata Negra “está pidiéndole al Ángel de la Guardia que le ayude a no ser mal portado, con la mamá el papá y las hermanas”. Al preguntarle qué quiere decir él con ser un mal portado responde que: “no pegarle a las hermanas, no molestar y que los papás lo perdonen”. En esta línea, se le dice a Andrés, que se imagine que Pata Negra puede pedirle tres deseos al ángel. Los tres deseos de Andrés son:

- 1) Deseo ser un buen portado.
- 2) Ayudarle a mi mamá.
- 3) No molestar.

5. *Caminito*

En esta lamina, Pata Negra va en “búsqueda de un potrero...para embarriarse” va solo ya que “ninguno (de sus familiares) lo quiso acompañar”. Andrés comenta que el cerdo se siente “mal y aburrido” ya que le gustaría ir con “los papás y los hermanos”.

El relato de Andrés es claro en describir a Pata Negra como un cerdo que golpea y maltrata a su hermana. La imagen que construye Andrés sobre Pata Negra es sumamente negativa, se describe a este como un cerdo “peleón”, que “hace caras” y que no comparte.. Esto evidentemente genera miedo al rechazo por parte de las otras personas. En Andrés, al igual que en los otros niños se expresa un fuerte sentimiento de culpa que viene acompañado con un deseo de “no ser así”, ejemplificado en los tres deseos que casi religiosamente le pide Pata Negra al ángel, y que tienen que ver con no portarse mal, no molestar y ayudarle a su mamá. Estos sentimientos sin duda alimentan la fantasía y el miedo de ser abandonado por su familia, o bien que su familia no quiera estar con él, como bien relata en la última ficha. También encontramos

en el relato de Andrés, al igual que en el de Pedro y Marcela, un disgusto hacia la pastilla, la cual no representa un recurso útil para resolver los problemas ya relatados.

Daniel

1. Frontispicio.

En la lámina, Daniel menciona que ahí están Pata Negra, sus padres y sus hermanos. Sobre la pastilla comenta que esta se llama: “amansalocos” y que se la dan al cerdito “porque la ocupa, para que se porte bien”. Agrega que sin la pastilla Pata Negra “no se comporta mal, pero no sé, se ensucia más”. Las pastillas se las da “la mamá” y al preguntarle “¿qué opina Pata Negra?”, Daniel, observando el piso fijamente, y con cierta aprehensión contesta que al cerdito “le gusta”.

2. Vacilaciones.

Sobre esta lámina Daniel cuenta que: “ellos están tomando agua, el otro tomando leche, y Pata Negra, no sé, este, está viendo que no le hacen caso... los hermanos y los papás”. Al preguntarle por qué no le hacen caso, el niño contesta “porque lo ignoran, porque él se ensucia mucho y ellos no”. Esto hace que Pata Negra se sienta “mal”. La escena termina en que “no sé (Pata Negra fue), limpiándose y jugando con ellos.

3. Hada

Al observar la lámina, Daniel afirma que “Pata Negra le pide que, que tenga algo que no lo haga que se ensucie”

Posteriormente, los tres deseos que le pide Pata Negra al Hada son los siguientes:

- 1) Que tenga una barra protectora para que no se ensucie.

2) Que tenga amigos.

3) Que no se lo coman, en diciembre con los tamales.

La historia termina cuando: “le ponen una barra protectora a Pata Negra, y hace amigos, y no lo hicieron en tamal.”

4. *Pelea.*

Cuenta Daniel que en esta ocasión “como que Pata Negra trató de jugar con ellos, y ellos se enojaron y se fueron” pues “no sabían si los iban a ensuciar o así.” Al preguntarle “¿Pata Negra ensucia a la gente?” Él, tristemente, comenta que “sí”. Siguiendo con las preguntas, contesta que eso lo hace sentir: “enojado, mal, porque no querían jugar con él”.

5. *Caminito.*

En esta escena Daniel describe que: “Pata Negra se fue porque nadie lo quería, los hermanos”. El crédito se va a “otra granja”. Al preguntarle por los papás de Pata Negra, contesta que “se quedaron con los hermanos, y él se fue en la noche. Los hermanos no lo querían porque antes los ensuciaba”. La escena termina en que “llega a otra granja y y los amigos ya lo quieren”. En este caso, Daniel se muestra bastante conmovido, incluso cercano al llanto. Se decide entendiendo la situación, terminar la prueba.

En el caso de Daniel, el tema central tiene que ver con la higiene y la suciedad. La imagen que se construye de Pata Negra es negativa, para Daniel, de quien su madre ha dicho que a veces llega como un “chiquito de tugurio” y que en general se ensucia mucho, Pata Negra además de ensuciarse a sí mismo, ensucia a los demás, generando así rechazo en sus pares y la consecuente imposibilidad de hacer amigos. Esta situación parece salirse del control del mismo

niño, quien le pide al hada tener una barrera que le impida ensuciarse y así tener amigos y ser aceptado.

Daniel le pone de nombre “amansalocos” a la pastilla, la cual se la dan para que se porte bien, y que también le ayuda a no ensuciarse. Incluso, el niño afirma que Pata Negra sin la pastilla no se porta mal, pero que quizás sí se ensucie. Esta situación se convierte en enojo y en un miedo a ser abandonado o bien en que el cerdito se tenga que alejar de sus seres queridos porque donde está no lo aceptan. Al final el cerdito no logra dejar de ensuciarse, pero sí encuentra otros “amigos” que lo aceptan, es decir en su relato el cerdo no vuelve a su casa, sino que encuentra otro espacio. Asimismo, no debe dejar de llamar la atención el grado de conmoción que este ejercicio produjo en Daniel, quien se mostró bastante triste y afligido.

Nuestra versión del test Pata Negra nos permitió profundizar en la forma en que se relacionan consigo mismos los/as niños/as. En este test se cubrieron temáticas que resultan difíciles de abordar por medio de las entrevistas. Con este ejercicio, los niños/as lograron hablar de sus vidas y conflictos, pero a través de Pata Negra.

Son notables las similitudes que hay entre todas las historias. En todas estas, menos en la de Marco, se construye una imagen negativa de Pata Negra. Para Pedro, Pata Negra hace caras, pelea y no se quiere tomar las pastillas; para Marcela Pata Negra no se preocupa por los demás y además no logra ayudar a su hermana; para Andrés, Pata Negra es un “peleón” y “un mal portado”; y para Daniel, el cerdito se ensucia y además ensucia a los demás.

Los atributos otorgados a cada Pata Negra desencadenan deseos, miedos y fantasías. Es muy importante notar también la similitud de deseos que se le solicitaron al hada, estando estos relacionados con la cotidianidad de los niños, quienes sin embargo contaban con la oportunidad de pedir cualquier cosa (por ejemplo tener muchos juguetes o cuestiones más desapegadas a la

realidad diaria). Así los/as niños, entre otras cuestiones, pidieron que el cerdito se portara bien, no molestara, que pudiese ayudar a sus hermanos, que tuviese una barrera para no ensuciarse, que tenga amigos, que no se porte mal y ayude a la mamá, y le dé inteligencia. Lo que parece expresarse con estos deseos es la necesidad de ser “otro”, de no tener esas características negativas y así no ser rechazado por los demás. Cabe preguntarnos sobre ¿quién desea? ¿Serán realmente estos sus deseos o serán la interiorización de lo que otros, sus padres por ejemplo, desean y quieren que el niño sea?

El rechazo y abandono fueron una fantasía y un miedo presente en todos los relatos. Los/as niños/as contaron en la última lámina, que Pata Negra se abandona la casa y la familia, el cerdito está enojado y molesto, y la razón de su partida es que no logra ser amado y aceptado por sus familiares debido a alguna cualidad negativa del cerdito. Por ejemplo, Daniel cuenta que Pata Negra se va porque nadie lo quiere, principalmente porque ensucia a la gente; en el cuento de Marcela Pata Negra se va para no tener más problemas con los hermanos; y en el caso de Pedro, Pata Negra abandona a su familia porque nadie lo quiere, pelea con los demás, no se porta bien, y además no se quiere tomar las pastillas. En estos casos los niños no son expulsados por sus familiares, sino que ellos mismos deciden, o bien, se sienten empujados a abandonar el hogar y la familia. En dos casos (Pedro y Daniel), Pata Negra se va de la casa y no vuelve a vivir con su familia, sino que encuentra un lugar en donde es mejor aceptado, sin alcanzar aun sin embargo sentirse totalmente feliz.

Queda evidenciado que, en estos casos, se percibe que el amor de los padres está condicionado a que el niño o la niña sean y se comporte de cierta forma, y esto provoca la

angustia y la culpa. Esto sin duda generó sentimientos de tristeza y enojo, que fueron la tónica común en todos los cuentos.

Cabe mencionar que, aunque en los relatos en torno a las láminas los niños identificaron ciertos problemas de su vida cotidiana, ninguno dio una valoración positiva de la pastilla como recurso para resolverlos. Incluso en dos casos esta recibe un nombre totalmente negativo: Daniel le llamó “amansalocos” y Pedro “bomba atómica”, mostrando así el carácter violento que para los niños reviste el verse forzados a tomar el medicamento. En los otros casos se rechaza el uso de la pastilla, siendo esta relacionada con el mandato de portarse bien y “estar queditos”.

Como resultado de la prueba encontramos que cada niño identifica en sí mismo un conjunto de atributos negativos y que estos son entendidos como que ellos/as son “mal portados”. Hay que tener en cuenta que tras un largo proceso de citas médicas y diagnósticos, estos niños/as han escuchado a lo largo de sus vidas comentarios negativos sobre sus conductas y formas de ser, algunos de estos discursos son rechazados y otros interiorizados, quedando siempre presente una identidad negativa.

El uso de la pastilla se relaciona con estos comportamientos, los cuales también se relacionan al TDA/H, y que han sido descritos por sus padres en las entrevistas; sin embargo los niños no parecen encontrar en esta la solución. Por otro lado, tampoco hay claridad en que los/as niños/as tengan herramientas propias para lidiar con estos comportamientos, es decir, no parece que por ellos/as mismos/as puedan tener una solución. Al final, todas estas situaciones provocan malestar subjetivo, enojo y tristeza.

6.3 Conclusiones del Capítulo

Profundizar sobre la construcción identitaria y subjetiva de una persona, o un grupo de niños en nuestro caso, es una tarea considerablemente compleja y por tanto digna de toda una investigación advocada a solo ese tema. Sin embargo, hemos recorrido parcialmente el cómo se representan a sí mismo los niños y cómo se sienten, esto siempre en relación específica a los discursos del TDA/H y el uso de la pastilla.

Por motivos analíticos dividimos en dos los discursos y representaciones que se construyen sobre los niños/as: 1) La conducta de los niños/as principalmente en la escuela. 2) La subjetividad e identidad de los niños, sus miedos, deseos y sentimientos tanto en la escuela, como en el hogar y con la familia.

En el caso del punto 1 encontramos que los/as niños/as rechazan los discursos adultos, y que reflexionan sobre su comportamiento. Los niños y niñas no niegan “portarse mal” en la escuela, pero no le dan la misma valoración negativa que le dan padres y docentes. Queda clara que la relación entre los adultos y los niños es bastante compleja. Los comportamientos de las y los niños/as no son siempre el producto de la impulsividad e irracionalidad, sino que ellos y ellas le han dado sentido siempre relacionándolo con el contexto y la interacción que tienen con sus docentes. Asimismo, estas conductas no ocurren en un vacío, sino que se anclan en una cultura infantil (con sus grupos, valores, códigos, roles, etc) la cual es diferente a la cultura de los adultos. Otro asunto importante es que las y los niños tienen un conjunto de experiencias no agradables dentro de la escuela, los cuales a menudo no tienen en cuenta los adultos y mucho menos la teoría del TDA/H.

El segundo aspecto resulta aún más complejo. Empezamos el análisis recopilando expresiones de los padres de familia sobre sus hijos. La mayor parte de estas hicieron referencia a las características atribuidas al TDA/H, que resultan negativas y estigmatizadas, pero también se resaltaron aspectos positivos sobre los niños. En algunos casos estas afirmaciones resultaban contradictorias, pero en ellas predominaron los elementos sobre la inatención, impulsividad y "mala conducta". Algunos de estos discursos son repetidos e interiorizados por los niños, como en el caso de Pedro.

Con respecto al segundo punto, los niños sí hicieron una valoración negativa sobre sí, interiorizando y objetivando parte del discurso que sobre ellos han hecho sus padres y docentes, y que también son en parte reproducciones de discursos expertos sobre el TDA/H y que justifican el uso de la pastilla.

En el Pata Negra el espacio se trasladó de la escuela al hogar, es decir, los niños se enfocaron más en la relación que tienen con sus padres, sus hermanos y sus amigos. Esta relación se mostró difícil y compleja en todos los casos, debido principalmente por algún aspecto negativo del niño que provoca el rechazo de sus familiares y amigos (ejemplificado en la lámina 2 y lámina 5). Así, los niños no se sienten totalmente queridos y aceptados por amigos y familiares. En la prueba, se hicieron manifiestos sentimientos de culpa, tristeza, enojo y hasta de decepción.

No podríamos afirmar aquí cuál es la génesis de los sentimientos expresados por los niños, sin embargo, queda claro que el discurso de padres y docentes sobre el TDA/H y la Ritalina encuentra eco en las elaboraciones de los niños, movilizando procesos de autoestigma y baja auto eficacia percibida, a la vez que profundizan los sentimientos de odio, decepción y

tristeza. Esto debe ser tratado con el mejor de los cuidados teniendo en cuenta que 1) puede tener efectos negativos en la construcción de la subjetividad de las y los niños, que hasta el momento se ha ido construyendo sobre la deficiencia y las auto-representaciones negativas. 2) Estas auto-representaciones tienen efectos y consecuencias en el rendimiento académico y en los procesos de aprendizaje. 3) Más allá de las consultas médicas, los/as niños/as no han tenido un espacio de escucha y expresión de sus problemáticas y sus malestares.

Capítulo 7

Reflexiones Finales

Ocho meses después de haber concluido el trabajo de campo es decir la sesiones con las y los niños, me²⁷ encontré en la calle a Lucia, la psicóloga de la escuela de Tibás. Con mucha preocupación y tristeza Lucia me cuenta la situación de Marco, según ella el niño está “imposible”, sus conductas agresivas han aumentado, y además ninguna profesora lo quiere en la escuela. Lo peor del caso, me comenta Lucía, es que al niño le tienen que quitar las pastillas puesto que “se le ha subido mucho la presión”. Actualmente el niño tomaba dos dosis de Metilfenidato y una de Imipramina, pero de pronto, por su salud física tiene que dejar de tomar ambas. El único tratamiento que recibía el niño era el psicofarmacológico

La madre de Marco está desesperada y no sabe qué hacer, por el momento tanto ella, como Lucia, solo ven como posibilidad que el niño sea evaluado en el Hospital Psiquiátrico ya que ahora “es algo más serio”. Asimismo se considera cambiar al niño de escuela, y pasarlo a una “escuela especial”.

Ese día no pude dejar de pensar en Marco. Independientemente de que tuviese hiperactividad o no, Marco dio señales de necesitar un espacio de escucha y una atención integral. También lo necesitaba Lucia, quien cada vez parece está más desbordada por la gran carga laboral, por el gran esfuerzo diario, los pocos resultados que observa y los pocos recursos que tiene para trabajar.

²⁷ A diferencia de como lo he venido esta primera parte del capítulo será escrita en primera persona ya que se tratan de conclusiones tanto teóricas como personales de la experiencia. No hay porque invisibilizar que un trabajo final de graduación también implica afectos propios en los que la subjetividad del investigador también es explorada.

Con respecto a Marco sentí una fuerte frustración y una gran impotencia. En todas las sesiones el niño se mostraba triste, a veces evasivo, a veces molesto. Marco había sido diagnosticado y puesto en tratamiento desde hace un tiempo atrás, pero es poco lo que el niño ha mejorado. En el caso de Marco, el TDA/H parece ser una enfermedad progresiva, que empeora cada vez más.

Algo similar ha sucedido con Andrés, Pedro, Marcela. A finales del año Pedro, según cuenta su docente guía, estaba más “malcriado” y no quería trabajar en clase. La última vez que estuve con él, tenía fuertes miedos sobre si iba a aprobar el año o no. El último día que vi a Marcela, fue después de que ella se peleara con un niño. Cuando llegué a la escuela la niña lloraba sentada en el suelo, luego me comentó que estaba “harta”. Por el momento iba reprobada en casi todas las materias. Su maestría guía me cuenta que ya está “cansada de intentar ayudarla”. Al igual que Marco, ellos/as, tras años de ser diagnosticados/as y tratados con psicofármacos, no solo no han mejorado su situación sino que en algunos casos esta ha empeorado. Sin duda, hay algo que no ha estado bien, hay algo que ha hecho falta y quizás hay algo que ha sobrado en la vida de ellos y ellas.

Estas situaciones pueden ser interpretadas de muchas formas, incluso alguien puede decir: “esto solo prueba de que los niños tienen TDA/H” e incluso puede decirse “los/as niños/as necesitan una dosis más fuerte del medicamento o necesitan otros medicamentos” Independientemente de que ellos/as tengan TDA o no, sean hiperactivos o no, es evidente que tienen cierto malestar y conflictos que aun no han podido elaborar. Además de los conflictos personales, sociales, psicoaféctivos, subjetivos y educativos que puedan tener nos hemos dado

cuenta que el diagnóstico de TDA/H y el uso de la Ritalina puede convertirse también en un problema para ellos y ellas.

Una de las principales conclusiones²⁸ de nuestra investigación es que **tanto el diagnóstico como el tratamiento psicofarmacológico pueden tener efectos iatrogénicos**, es decir consecuencias negativas. En nuestro caso hemos observado que el diagnóstico de TDA/H así como el uso de pastillas para su tratamiento pueden devenir en procesos de estigmatización y etiquetamiento, exclusión, violencia y discriminación. A continuación, explicaremos estos puntos con detalle.

7.1 Reconstruyendo la historia de Marco, Pedro, Daniel, Marcela y Andrés.

7.1.1 Los primeros pasos.

El camino que han recorrido los/as niños/as no ha sido el mejor ni el más deseable. Todos ellos/as presentaron desde sus primeros años de vida dificultades que fueron interpretadas como problemas médicos o por lo menos problemas que podían ser evaluados por un especialista médico o de un área relacionada a la salud.

Con el objetivo de ayudarlos, los padres llevaron a sus hijos donde algún especialista (psiquiatra, médico, Hospital Psiquiátrico), pero no obstante antes de esto ya alguien (una profesora, un tío, una vecina) había sentenciado que el niño era o parecía ser hiperactivo. Algunas madres indican que desde que estaban embarazadas tenían el presentimiento, de que su niño iba a ser hiperactivo, incluso en el caso de Pedro alguien le auguró a su madre que el niño iba a ser hiperactivo, esto por unos medicamentos que ella tomaba mientras estaba embarazada.

²⁸ Le recordamos al lector que cada capítulo cuenta con sus propias conclusiones.

Los niños presentaron ciertas problemáticas en la escuela, y fueron las maestras quienes primero recomendaron a los padres de familia llevar a sus hijos a un especialista del área de medicina. Las docentes- de maternal y preescolar- fueron las primeras, en dos casos, en realizar un pre diagnóstico de TDA/H.

7.1.2 El diagnóstico y el seguimiento médico.

Con respecto al diagnóstico, este fue realizado en tan solo una sesión. Ni los padres ni los niños pueden explicar qué métodos se utilizaron y cómo se llegó a la conclusión de que el niño tenía TDA/H y no otra problemática. Los padres indican en su mayoría que a los niños se les hicieron pruebas o que los pusieron a dibujar. Los niños/as no recuerdan casi nada de esa primera visita pero sí recuerdan que en esta se les dijo que *"tenían que tomar una Pastilla"* (Pedro). Daniel por su parte fue diagnosticado sin siquiera ser evaluado directamente por la doctora.

Los niños van a citas de control con intervalos de meses. Ellos/as muestran insatisfacción ante estas citas, que percibimos son protocolarias (Singh, 2008, Davis, 2006, Armstrong, 2001) es decir se resumen en una pequeña entrevista a los niños y luego en monitorear el efecto de la pastilla. Los niños perciben que "no hacen nada" durante las consultas y que solo van para que les den las pastillas, algunos niños/as como Marcela expresan abiertamente estar insatisfechos y tener roces con su doctora. Los padres tampoco tienen mucha información sobre las citas de control, también resaltan que ahí les dan seguimiento a las pastillas y que también los/as médicos/as se encargan de "regañar" a los niños por sus comportamientos en la escuela. Es por esta razón que mantenemos que el seguimiento médico se reduce al control farmacéutico y disciplinario.

7.13. Sobre el TDA/H

Los niños no tienen información sobre lo que es el TDA/H, tampoco parece ser que se los hayan explicado. Los padres tampoco manejan información sobre el déficit, más allá de enumerar sus síntomas. Lo mismo ocurre con las docentes, quienes apuntan a que el TDA/H es algo biológico pero que no logran explicar. Docentes y padres entran en un conflicto en el que ambos se acusan de no asumir las responsabilidades que les corresponde. Siempre pensando en quien tiene la culpa sobre el rendimiento de los niños, los docentes afirman que los padres no son responsables y se desentienden de los/as niños/as y no los quieren ayudar, y por su parte los padres alegaron que las docentes no saben tratar el TDA/H y nos les gusta dar las adecuaciones curriculares.

Sobre el TDA/H se tiene una imagen totalmente negativa, se le asocia con la distracción, con estar en otro mundo, no poder seguir el ritmo de la escuela. También se relaciona con la agresividad y con la posibilidad de tener accidentes, herirse o herir a los demás. Según padres y docentes, los niños con TDA/H no miden consecuencias, no “dejan” dar las clases y pueden incluso representar un peligro para sus compañeros/as. El TDA/H augura, desde estos discursos, serios problemas en el rendimiento escolar y en el ámbito de las relaciones sociales, y por ende una vida más difícil.

7.1.4 La pastilla.

Los niños entran en conflicto con la pastilla y también con sus padres por este motivo. Al principio algunos niños/as como Marcela, Andrés y Marco botaban la pastilla, y al día de hoy a veces no se la toman en la escuela. La pastilla no les gusta principalmente porque sabe feo, y además porque tiene efectos secundarios adversos. Por otro lado, los padres de los niños tienen

una positiva valoración de la pastilla, sin esta creen que sus hijos reprobarían en la escuela y que se frustrarían. La valoración positiva de la pastilla se relaciona directamente con la imagen negativa que tienen sobre el TDA/H.

La pastilla se utiliza para diferentes motivos: ayudar a los niños a estudiar, calmarlos, bajarles la energía, hacer que se “porten bien”, evitar las boletas y hacer que no se ensucien. Los/as niños/as apuntan principalmente que la pastilla es para concentrarse y para que se “porten bien” Los niños rechazan estas ideas, y sostienen que sin la pastilla, pueden portarse bien. Para los niños tomar la pastilla es una obligación y esto también genera molestias con respecto a sus padres.

La pastilla por otra parte es una aliada para las docentes, quienes resaltan los beneficios que tienen para los/as niños/as, entre estos beneficios se encuentra que a los niños/as los regañan menos, les mandan menos boletas y se quedan más quietos. Las docentes tienen un rol activo en darles información a los padres. En muchas ocasiones reducen los efectos negativos a mitos que reproducen los padres con tal de desentenderse, en su mayoría las docentes niegan sus posibles efectos adversos. Ni los docentes, ni los niños, ni los padres tienen una idea cercana sobre cómo funciona la Ritalina a nivel cerebral.

7.1.5 Identidad y Subjetividad

Los discursos acerca del TDA/H y la Ritalina tienen un efecto sobre la construcción identitaria y subjetiva de los/as niños/as, ya sea que ellos rechacen los discursos o lo interioricen parcialmente. Lo que no cabe duda es que la situación de tener un diagnóstico y de tomar Ritalina los pone constantemente a pensar sobre sí mismos y cuestionar constantemente sus actos.

Los niños manifiestan sentimientos de culpa y miedo al abandono de sus padres. Todos los niños identifican en sí mismos algún aspecto negativo, que bien se puede relacionar con el TDA/H y el uso de la pastilla (p. ej ser mal portado, peleón, poco inteligente, descuidado con la limpieza, entre otros) y que según ellos genera el rechazo de padres y amistades.

En la prueba del Pata Negra el espacio se trasladó de la escuela al hogar, es decir, los niños se enfocaron más en la relación que tienen con sus padres, sus hermanos y sus amigos. Esta relación se mostró difícil y compleja en todos los casos, producto de algún aspecto negativo del niño que provoca el rechazo de sus familiares y compañeros.

Como puede observarse no hay dudas de que este es un tema complejo y que tiene gran peso en la vida de los/as niños/as y sus padres de familia, volvemos a recomendar ir a los capítulos para un análisis más detallado de lo que hemos expuesto. Como resultado del trabajo investigativo, tanto empírico como teórico, obtenemos las siguientes conclusiones.

7.2 Conclusiones Temáticas.

7.2.1 El TDA/H se aborda desde un paradigma medicalizante, patológico e individual.

Hay varios tipos de medicalización: macro, que hace referencia a cómo se definen los conceptos de enfermedad, normalidad y anormalidad. Meso que se refleja por medios de las políticas públicas y el funcionamiento de las instituciones, y la micro que sería la interacción doctor-paciente, además de las relaciones que tienen los pacientes, o los individuos consigo mismos en relación a temas médicos.

En nuestro caso podemos encontrar ejemplos de estos tipos de medicalización en varios elementos: 1) En la forma rápida y poco profunda en que se hicieron los diagnósticos, 2) El papel que tiene la Ritalina como única forma de tratamiento y 3) El concepto y definición del TDA/H.

1) El diagnóstico.

Recordemos que para muchos autores (Benasayag, 2011, y Davis, 2006) lo más urgente en la situación del TDA/H es lograr hacer un buen diagnóstico diferencial para así lograr un tratamiento adecuado (González de Rivera, 1998).

Sobre los diagnósticos nos preguntamos dos cosas: quiénes lo hacen y cómo se hacen. La primera se responde muy fácil: la hace un representante del poder médico. El diagnóstico se realiza donde usualmente va la gente con algún padecimiento o enfermedad: en un hospital o una clínica. Es un diagnóstico hecho por alguien que porta gabacha blanca y que parte de que las conductas del TDA/H son una patología.

En nuestros casos, así como sucede en Costa Rica, quienes evalúan primero a los niños con síntomas de TDA/H son los psiquiatras, los neurólogos, los pediatras, y médicos generales. Es decir que se presupone que estos comportamientos son causados por lo biológico, por una cualidad fisiológica del niño.

Afirma Armstrong (2001, 2006) que años atrás, ante los problemas de aprendizaje y educativos se hacían las siguientes preguntas:

- ¿Cómo aprende mejor este niño?
- ¿Qué tipo de situación de aprendizaje debo crear a fin de que ponga de manifiesto su capacidad natural para aprender?
- ¿Cómo puedo modificar mis clases para captar su atención?

Sin embargo, estas preguntas parecen haber sido remplazadas por: ¿qué déficit/ trastorno puede tener el niño? En este caso hay una lógica que prioriza primero lo médico y de segundo lo

educativo. Esto también hace referencia a las hipótesis y las lógicas deficitarias. Aunque los hijos presentaban distintos problemas y situaciones difíciles todo el análisis recayó sobre ellos, los niños habían nacido “así” y es un problema de “ellos”. En este aspecto se cumple lo propuesto por Baquero (2006) en que los/as niños/as se vuelven: *“la unidad de análisis privilegiada... unidad auto explicativa del desarrollo dotado de esencias y atributos, que permitirían predecir y explicar sus comportamientos (p. 40)*. Es decir que ante los problemas y las dificultades se suele pensar que el niño porta algún trastorno o un déficit.

Descubriendo la lógica que está detrás del diagnóstico cabe preguntarnos ahora, ¿Cómo se realizó el diagnóstico? Lo primero que nos llama la atención del diagnóstico es la rapidez con la que se hizo. El proceso diagnóstico duró tan solo una sesión.

En el caso de la clínica que atiende a los/as niños de la escuela de Tibás, el niño no se evalúa directamente sino que los doctores llenan en conjunto con los padres el test de Cornners y tienen el EDAH²⁹ que llenan las profesoras. A los niños solo se les hacen unas breves preguntas. En dicha clínica es mínima la interacción entre los niños y los doctores/as. Más trágica es la situación de Daniel, quien fue diagnosticado sin siquiera asistir a la cita médica.

Ni los niños ni los padres tiene claridad sobre cómo se lleva a cabo el diagnóstico, es decir que no hay un verdadero proceso de información. También resulta particular que los padres no contaban con la anamnesis, ni con el diagnóstico escrito y aunque no logran explicar cómo se hace el diagnóstico ni que fue lo que el médico hizo, le dan una total validez y legitimidad al diagnóstico, dando a entender el gran poder simbólico que tiene la palabra médica y también las pocas herramientas (materiales, culturales, etc) que tiene la población para entender y criticar estos procesos.

²⁹ Para consultar el EDAH revisar el Anexo 3.

El diagnóstico fue un proceso vertical, con poca consulta e interacción entre las partes y en donde los niños fueron poco incluidos. En caso de que se hubieran evaluado a los niños esto se hubiese hecho en un escenario artificial (consultorio médico) ya que no se hicieron observaciones del/la niño/a en diferentes situaciones, no se tomó en cuenta su contexto ni la interacción del niño con el aprendizaje, entre otros elementos necesario descritos por Davis (2006) y Singh (2001, 2012).

Al final parece ser que si un niño tiene los comportamientos descritos en el DSM-IV y en los tests tiene automáticamente TDA/H y necesita medicación.

Cabe rescatar que un diagnóstico va más allá de ser un simple método de comunicación entre especialistas para seguir un tratamiento sino que un diagnóstico puede convertirse en una etiqueta, un rotulo y una identidad que acompañaran al/a niño/a. Como afirman González de Rivera (1996) y Smith (2008) un diagnóstico de TDA/H puede brindar confort cognitivo, tanto para el especialista médico que diagnostica, como a los padres y madres quienes pueden verse librados de responsabilidad sobre lo que les pasa a sus hijos, y que además encuentran una rápida solución a la problemática, solución que viene en forma de pastilla.

Ritalina: el tratamiento predilecto.

A nivel institucional la Ritalina, es el tratamiento que primero se utiliza. En los casos de estudio fue recetado el medicamento desde la primera cita. A nivel nacional la Ritalina se utiliza casi que únicamente en tiempo lectivo, y solo cuando los niños están en la escuela. (Santamaría, 2007). La Ritalina así tiene un uso institucional, que sirve para insertar a los niños/as dentro de las prácticas del dispositivo escolar. La pastilla es parte del habitus escolar y se ha convertido en una técnica propia de la disciplina escolar. En los discursos sobre la pastilla el rendimiento académico se delega a un segundo plano, y se le da más énfasis al plano conductual, la pastilla

suprime conductas y síntomas, y logra que un niño se comporte de cierta manera, esto no implica que el niño vaya a aprender más y mejor. Estamos entonces una etapa en la que los medicamentos, así como a psiquiatría y la psicología sirven como un medio de control dentro de las instituciones (Comstock, 2003).

Hay otras razones por las cuáles sostenemos que la pastilla Ritalina sigue una línea medicalizadora: 1) Sobre el uso de la pastilla no se hace mención a ningún problema de salud, ni tampoco se hace mención a que los niños tengan algún malestar o sufrimiento. Principalmente la pastilla ayuda para evitar conductas inadecuadas dentro de la escuela, pero que incluso son permitidas dentro de la casa de las y los niños/as. 2) Personas sin formación médica ni información precisa sobre la pastilla, como la profesora Roxana, Maricela³⁰ y la mamá de Marco, y se vuelven una especie de “agentes médicas” que se encargan de informar y promocionar la Ritalina. Maricela por ejemplo dice ser una defensora y representante de la pastilla además de que se encarga de convencer a los padres. 3) El tratamiento para el TDA/H se redujo a solo el uso de la pastilla.

Algunos especialistas indican que están a favor del medicamento siempre y cuando se acompañe de un proceso psicoterapéutico o psicopedagógico. En unos casos la pastilla es tan solo el inicio de un proceso más integral que incluye otras prácticas, en algunos de estos casos la pastilla es temporal y su uso no se prolonga por mucho tiempo. En nuestros casos la pastilla fue casi que el único tratamiento, además su temporalidad no guarda relación con otras intervenciones. 4) Cabe preguntarse sobre realmente quien se ve mayormente beneficiado con el psicofármaco. Si a los niños que hacen desorden y “molestan en clase” se les suprimen sus

³⁰ La profesora Maricela me concedió varias entrevistas, y fue el contacto con la escuela de Coronado, sin embargo nunca se concretó una entrevista grabada.

síntomas y conductas también se beneficia la escuela y las docentes. Los padres también se benefician, y encuentran cierta respuesta a sus preocupaciones. Por otro lado, la pastilla sí trae algunas problemáticas físicas y sociales a las y los niños, además de que no les gusta y la sienten como un tipo de violencia y castigo. Nos atrevemos a decir que en nuestros casos los niños son los menos beneficiados con el tratamiento médico, pues este además de poder estar ocultando otros conflictos, no ha demostrado ser eficaz y no ha logrado mejorar la situación de los/as niños.

Está claro que la pastilla por sí sola no es el problema, no se trata aquí de satanizar un medicamento, sino que cuestionamos los discursos que la legitiman y las prácticas, las cuales creemos autoritarias en tanto se le impone, sin un proceso real de información y sensibilización, a niños consumir un fármaco que su efectividad en cada caso no está bien documentada y mucho menos cuestionada.

7.2.2 El TDA/H se ha convertido en una categoría social.

*Gracias a los eufemismos no hay tontos.
Solo personas con un poquito
de déficit de atención.
Eva Hache*

Siempre utilizamos categorías para entender la realidad, en estas se agrupan a las personas o las cosas según una unidad común. En muchos casos esta agrupación es arbitraria y responde a factores culturales, sociales, ideológicos, etc. Según Bowker y Leigh (2000) las clasificaciones y categorías constituyen fuertes tecnologías del poder, las cuales son invisibles pero que tienen efectos materiales y simbólicos.

Como bien apunta Martín-Baró (2007) solo hace falta ir a la calle para encontrarse una gran cantidad de categorías: el pobre, el mendigo, el trabajador, la campesina, el burgués, etc.

Las categorías simplifican la complejidad de la realidad social, de eso no hay duda, pero sin embargo pueden ser reproductores y creadores de estereotipos y estigmas. Asimismo las categorías pueden naturalizar las relaciones sociales y el sistema. Si bien es cierto las clasificaciones y categorías hacen que la realidad tenga algo de sentido, es cierto también que estas en ocasiones tienen una lógica reduccionista y además, al ser producciones abstractas lingüísticas siempre dejan algo por fuera que resulta ser inexplicable desde el lenguaje.

Todo trastorno psiquiátrico inicia siendo una categoría producto de su tiempo, primero se agrupan ciertas cualidades, características y conductas que se cree tienen un origen común. Cabe decir que muchas de estas conductas no representan una patología sino que también son socialmente considerados "anormales". Luego se encuentran (a veces no) datos científicos sobre dicho origen, en algunos casos los datos son más verificables que otros, y logran explicar la categoría. De esta forma se pasa de una categoría a un trastorno, síndrome, cuadro, etc que supuestamente puede ser explicado científicamente. El trastorno queda así objetivizado y se toma como un dato objetivo, real y neutral.

Otro problema con el afán por la categorización psiquiátrica es que se unifica y homogeniza la diversidad de casos, además de que se plantean como universales y ahistoricos.

Según Elizabeth Lloyd la ciencia forma sus categorías a partir del conocimiento social y cultural. Por eso en tanto va cambiando la sociedad y la cultura, las explicaciones científicas también cambian, a la vez que también la ciencia cambia y modifica la cultura y la sociedad. Lloyd advierte que el conocimiento científico puede legitimar y fortalecer prejuicios sociales que serían legitimados por la ciencia.

En nuestra investigación encontramos que el TDA/H más allá de entenderse como un término científico, o una patología, se utiliza como una categoría social, en la cual simplemente se agrupan los/as niños con comportamientos muy activos, dificultades de atención, y agresividad. En la jerga popular parece ser que el TDA/H opera como una especie de eufemismo para describir a un niño que antes se le hubiese llamado “mal criado, desobediente, o mal educado”. Sin duda que la categoría de TDA/H le da sentido y logra explicar el comportamiento de los/as niños, además de marcar la ruta a seguir en su tratamiento.

Ni los docentes ni los padres de familia tenían un conocimiento preciso sobre el TDA/H, este fue descrito como algo particular del niño, una condición del niño que es probablemente biológica pero que se entiende desde una óptica moral. Mayoritariamente el TDA/H resultó ser una *patología moral* en tanto el comportamiento de los niños se entiende como “malo”. Por otro lado los padres no creen que el TDA/H sea para siempre, lo interpretan en su mayoría como un problema de madurez del niño.

Podemos entender las descripciones que hicieron padres de familia y docentes acerca del TDA/H como “asunciones preteóricas” (Lloyd, citada en Singh, 2002) es decir que son una mezcla de conocimiento científico y conocimiento social, prejuicios y estereotipos. Estas asunciones preteóricas según Singh (2002)

juegan un rol mayor en la práctica que la ciencia per sé...Múltiples suposiciones sociales y creencias previas juegan roles primordiales en la creación del TDA/H y la Ritalina... (Esta) dinámica puede preparar el terreno para la legitimización de prejuicios sociales y culturales a través del la teoría y práctica científica. (Singh, 2002, p 695).

A nivel macro, la medicina ha convertido los comportamientos asociados al TDA/H en un problema médico, pero a un nivel popular hay una mezcla entre la ciencia y el sentido común. La gente no solo obtiene información del TDA/H por medio de la ciencia, sino también de lo que aparece en televisión, de los chistes, de familiares, amistades, redes sociales, etc.

Esta situación no solo sucede con TDA/H sino que cada vez más las personas utilizan categorías psiquiátricas para representarse y pensarse a sí mismas. Sin duda como explica Rose (2006) la medicina construye la forma en que nos juzgamos y entendemos a nosotros mismos. Asimismo no solo el poder médico juega un rol en la expansión de los diagnósticos, sino que la gente empieza a utilizar un lenguaje psiquiátrico y psicológico en la que palabras como bipolar, depresivo, hiperactivo, neurótica adquieren también un significado popular.

Como categoría, con el TDA/H se pretende unificar a un conjunto heterogéneo de niños/as, se simplifican sus comportamientos, se individualizan las causas, y se propone métodos homogéneos de tratamiento. Además como categoría socialmente aceptada, esta permite que muchas docentes realicen prediagnósticos y señalen rápidamente a un niño como TDA/H. También posibilita que muchos niños/as se asuman como con TDA/H y sean tratados como tales sin tener un diagnóstico ni tratamiento. Por último, como categoría, el TDA/H forma parte del *habitus* escolar y legitima las relaciones de poder, los dispositivos y tecnologías disciplinares propias de este espacio.

7.2.3 La escuela: entre la fetichización y la naturalización.

Schools must also have ways of interpreting and handling children who do not meet these normative expectations. Therefore, the school can also function as a mediating mechanism to diagnosis. In other words, school personnel may support, negotiate or instigate the pathway towards medical assessment and treatment of a child's behaviour.

Singh (2000)

*Que aburrimiento, que tontería
Tendré que tomarme una anfetamina
Y recuerdo el tiempo cuando todo, esta me
Resultaba constructivo,
Inspirador y educativo.
Kortatu.*

La escuela resultó libre de toda problematización. Esto es sin duda sorprendente si pensamos en la relación directa entre el TDA/H y la escuela. Hay dos aspectos cruciales del sistema educativo que se ligan directamente con el TDA/H.

Estos dos aspectos son: 1) los pauperrimos recursos y las condiciones materiales y estructurales de las escuelas y 2) la praxis e ideología con que funciona el sistema educativo. Ambos aspectos pueden ocasionar los síntomas que se asocian al TDA/H y también generar malestar y apatía en los niños y las niñas, como es el caso de los niños de nuestra investigación.

Condiciones materiales y estructurales

Además de ser en una época en que las explicaciones neurológicas y las respuestas farmacológicas dominan el ámbito del malestar psíquico, el TDA/H surge en nuestro país paralelamente con el incremento de las políticas neoliberales de la década de los 90s, las cuáles sin duda han golpeado el sistema educativo. (D'Antoni *et al.* 2013). Entre otras cosas esto provocó que:

A los estudiantes se les recibe en centros estructuralmente dañados, con condiciones de insalubridad, deficiencias de mobiliario, con escasez de materiales, didácticos y tecnológicos, escaso personal, apoyo y motivación, con poca o nula participación en la

toma de decisiones institucionales y dentro del aula, con profesores pocos motivados y desencantados, con alta deserción, expulsión y exclusión, entre otras. (D' Antoni *et al.* 2013, p 30)

Esto puede generar que la experiencia educativa sea poco satisfactoria y más difícil de llevar. Si se tiene TDA/H estas situaciones hacen que sea muchísimo más difícil estudiar y poner atención en clase. Por otro lado estas condiciones hacen que sea imposible brindar una atención adecuada a los niños con TDA/H. Así profesoras y padres de familia afirmaron que a los niños no se les puede dar una atención diferente debido a las difíciles condiciones y la gran cantidad de niños que hay por aula. Roxana por ejemplo nos contaba que tiene casi 40 alumnos en su clase, por lo que dar una atención personalizada a los niños con TDA/H resulta casi imposible.

Estamos entonces ante una violencia y negligencia institucional en tanto por un lado las condiciones institucionales violentan a los niños, y a la vez la institución no les pueden ofrecer alternativas ni soluciones. Esto sin duda es un problema político que trasciende de las dos escuelas del estudio. Esta situación puede generar:

- 1) Cansancio, irritabilidad y frustración en las docentes, lo cual puede provocar que sean menos tolerantes con las conductas asociadas al TDA/H.
- 2) Intervenciones pedagógicas únicamente de control (sentar cerca al niño, observarlo constantemente, etc) y no intervenciones “para facultar” (Armstrong, 2001). Además pueden llevar a prácticas educativas excluyentes como las aulas para niños “especiales” entre otras.
- 3) Que la pastilla se visualice como el único medio posible de tratamiento y tenga gran aceptación entre el cuerpo docente.

- 4) En la escuela de Tibás las malas condiciones generan que la mayoría de niños/as sean referidos a la clínica sin ser evaluados por la psicóloga de la escuela.

Sin embargo estas situaciones no suelen ser problematizadas en los enfoques dominantes del TDA/H ni tampoco en la entrevistas, es decir que no son factores que se tomaron en cuenta para explicar lo que le sucedía a Marcela, Pedro, Daniel, Andrés y Marco.

La praxis y la ideología educacional.

Otro punto sumamente discutido por el enfoque crítico es el cómo y para qué funcionan las escuelas. En este caso la ideología educacional marca los límites de lo permitido y lo prohibido, de lo bueno y lo malo, de lo que es TDA/H y no TDA/H. Por ejemplo es poco probable que en una escuela como Summerhill hayan muchos niños/as diagnosticados/as con TDA/H y medicados. Hay escuelas que categóricamente no permiten la medicación³¹ y hay otras donde el número de niños medicados es sumamente elevado.

Desde la pedagogía crítica el sistema educativo es un aparato ideológico y político que reproduce las relaciones sociales y culturales. Además de reproducir las clases sociales, formar trabajadores (manuales, cognitivos, etc), y profesionales, la escuela se encarga de socializar a los niños, implantarles la cultura, las normas, y la ideología de la época, y además se encarga de producir ciudadanos, identidades y ciertos tipos de subjetividad. Para varios autores (Freire, Giroux, McLaren, Puigros, Foucault, Baquero) las condiciones estructurales, la economía y los fines políticos definen las pedagogías utilizadas en la escuela.

Podemos definir el sistema escolar como un sistema piramidal, autoritario que funciona por medio de la violencia simbólica y la arbitrariedad cultural, con contenidos mucha veces

³¹ Estas sin dudas son los menos, pero existen. Por ejemplo en Nueva York, hay una escuela dirigida por Chris Mercanglano en la que no se permite el uso de la Ritalina. Para mayor información consultar el libro *Teaching the restless. One schools remarkable No-Ritalin approach to helping children learn and succeed.*

alejados de la realidad de los estudiantes, con un curriculum oculto que fomenta la obediencia, la disciplina, la pasividad, y que resalta como valores el trabajo individual, la competencia y la eficacia.

Asimismo es un sistema enfocado principalmente en la alfabetización, (aprender a leer y escribir) y en el aprendizaje de las funciones matemáticas básicas. Para este motivo se busca que los niños/as pasen callados y sentados la mayor parte del tiempo escolar. Esto hace que para muchos niños, como para Andrés, Marcela, Pedro y Marco la escuela sea un lugar aburrido, y poco motivador. Casi sin duda podemos afirmar que un niño con TDA/H es a la vez, un niño poco motivado. Esto puede suceder porque el proceso educativo les resulte difícil, no les hallen sentido o más bien lo vean sumamente fácil y se aburren, como en ocasiones parece que le sucede a Daniel

Por otro lado las micropolíticas educativas ayudaron a generar la categoría del TDA/H. Baquero (2009) resalta los inconvenientes que tiene el componente simultáneo (se le enseña de la misma forma a un montón de niños/as) y homogenizante de la educación, que parten del supuesto de que todos los niños de una misma edad tienen el mismo desarrollo. Para Baquero el TDA/H, es solo una nueva forma de significar y dar sentido a la dispersión de la atención y las diversidades en el desarrollo. Así como pasa con las deficiencias estructurales, las políticas educativas no son cuestionadas, no se cuestiona porque los niños deben permanecer sentados, en línea recta, sin poder hablar, sujetos a la autoridad del profesor, etc.

Esto puede generar conflictos entre docentes y alumnos. Como han demostrado Jacobson (2006) Singh (2012) y McLaren (1995) no hay una buena relación en las escuelas entre la cultura infantil y la adulta. Por otro lado Singh (2012) descubre que los niños/as no suelen encontrar en sus profesores y docentes personas de apoyo.

La escuela y sus valores (no las docentes) siguen siendo una institución “fetichizada” que parece adquirir vida propia, más allá de los individuos que la manejan. Se puede caer en el riesgo de que *“la institución en tanto fetiche, se muestra como ley absoluta y ante ello el sujeto se manifiesta negado. De tal suerte que el proceso de institucionalización contiene cada vez menos humanidad”* (Zuñiga, 2011, p 35). Así las instituciones sociales (y el desamparo del estado hacia ellas) quedan cristalizadas y naturalizadas. De alguna forma se parte del hecho de que seguir el comportamiento que exige una institución es un sinónimo de salud, bienestar y normalidad,

7.2.4 Los niños y las niñas: el último escalón en las relaciones de poder

La niñez es tanto un dato biológico como una construcción cultural y social (González, 2011, Baquero 2009, Bustelo, 2011). Como construcción social, la infancia cambia según también lo hace la sociedad y la cultura, la niñez se ha configurado como producto de las políticas públicas, la cultura, la economía, así en distintas épocas los/as niños/as han gozado de ciertos derechos y deberes que en otras épocas no. (De Mause, 1974, Áries, 1986, González 2011)

Como construcción cultural, socialmente se le atribuyen a la infancia ciertos atributos, rasgos, roles, expectativas, derechos y deberes. Como rasgos esenciales a los niños se les adjudica desde inicios del siglo XIX dos tipos de discapacidades, una epistémica (es decir que están imposibilitados de conocer y entender lo que los rodea) y otra moral. (Narodowski, 2011). Debido a estas discapacidades lo infantil debe someterse a lo adulto:

En la cultura occidental esperamos que los niños obedezcan como respuesta funcional a su incapacidad para sostenerse a sí mismos...no se trata de la obediencia como reacción a un mando adulto natural, a una autoridad eterna... la obediencia será ahora un instrumento

propio de una relación asimétrica, en la que uno de los miembros se encuentra en condiciones de precariedad. (Narodowski, 2011, p 106).

Evidentemente esta obediencia no es absoluta, y los adultos van otorgando, por lo usual, pequeñas dosis de libertad y autogobierno que en teoría serán mayores conforme el niño tenga más edad.

Todo el paradigma del TDA/H se enmarca por estas relaciones de obediencia y por los supuestos de la discapacidad. Así los niños no son tomados en cuenta y tampoco son partes activas del proceso, ni del diagnóstico ni del tratamiento.

1. Falta de información y de un tratamiento integral

Como hemos observado los niños casi que no tienen información sobre el TDA/H ni sobre la pastilla, ellos/as afirmaron no tener ni idea de que es el TDA/H. Asimismo es muy poca la información que tiene sobre el medicamento, además en un principio sus mismos padres les dijeron que tomaban otra cosa, como vitaminas por ejemplo. En muchos casos los niños se enteraron de que tomaban Ritalina por medio de sus compañeros. Esto sin duda nos deja la duda y nos hace pensar en el derecho a la información que tienen niños y niñas.

2. El carácter obligatorio de la pastilla.

El tratamiento farmacológico se impone a los niños. Esto plantea un dilema ético que debe ser estudiado. Los niños perciben la pastilla como un castigo y a veces como un acto de violencia. Cuando hablan sobre estos temas suelen ponerse tristes o enojados, esto no es un tema ligero sino que está cargado de sentimientos y afectos. No parece que entre los padres y los niños estos temas se discutan y se intente llegar a un acuerdo, sino que, los padres han decidido que “deben” tomarla “pase lo que pase” (Padres de Pedro).

Un estudio llevado a cabo por Efron (1998) en el Royal Children Hospital y con la participación de 102 niños evidenció fuertes diferencias entre padres e hijos por el uso de la pastilla. A los niños/as no les gustaba por sus efectos colaterales, mientras que los padres resaltaban las supuestas ventajas del medicamento, sin embargo, ahí también los niños se veían obligados a tomar la pastilla.

Desde la literatura se intenta explicar el porqué los niños no desean el metilfenidato, estas explicaciones parten de ideas preconcebidas sobre la niñez como por ejemplo: 1) a los niños/as no les suele gustar las pastillas 2) los niños no pueden discernir sobre lo que les hace bien o mal. Con lo anterior se les niega a los/as niños/as la posibilidad de tener voz ya que esta será una voz discapacitada epistemológica y moralmente. Como bien sabemos por Foucault (1998) no hay relaciones de poder sin resistencia, por lo que los/as niños optan a veces por formas de resistirse al encasillamiento y a tomarse las pastillas, botándolas o escondiéndolas.

Cabe hacer la aclaración de que no se trata de juzgar a los padres, pues en muchos casos, la pastilla se visualiza como algo bueno, lo mismo que seguir la disciplina y ser un “niño bien portado” se han convertido en sinónimos de bienestar y de salud mental. Por otro lado los padres de familia suelen sentir presión sobre el comportamiento de sus hijos/as. Nos parece muy apropiado en este sentido, el término de sentimiento bifronte acuñado por Áries (1986) en el cual sobre los niños hay dos formas de actuar, una en la que hay amor, protección, compasión y sentimientos de ternura, pero otra en donde hay una responsabilidad de parte de los adultos por educar, y que a veces cae en la severidad y la sujeción.

Por otro lado, esta visión de la infancia que se construye desde el paradigma biológico del TDA/H, y que sostienen los docentes y padres entrevistados puede llevar a que no se respeten ciertos derechos de los niños como por ejemplo el derecho a la información (información sobre

su diagnóstico y tratamiento) derecho a ser escuchado y poder hacer preguntas, el derecho a que en las citas medicas y de control los niños tengan el espacio para externar dudas, miedos y opiniones, y que estas no sean solo para monitorear la pastilla.

Asimismo creemos, al igual que Singh (2012) que las y los niños deben tener el espacio para discutir y confrontar las razones y el uso de las drogas psiquiátricas. Asimismo debe ser posible que puedan discutir y protestar ante las demandas y estándares que construyen los adultos sobre sus conductas y el rendimiento académico. No hay que olvidar que los niños deben ser la parte más importante del proceso, sin embargo se ha constituido como el grupo más vulnerable.

7.2.5 Cuidado con los diagnósticos: Posibles efectos Iatrogénicos del TDA/H y del uso de la Ritalina.

El conocimiento sobre uno mismo puede ser personal, pero habitualmente es un conocimiento compartido y desarrollado dentro de un grupo de personas y de instituciones a las que somos adscritos en virtud de la forma en que somos clasificados.
Ian Hacking, (2001)

Quizás esta sea nuestra conclusión más importante. Sostenemos que el diagnóstico de TDA/H y el uso de la Ritalina pueden tener efectos iatrogénicos, es decir efectos negativos luego de un abordaje o intervención médica. (Illich, 2002). Estos efectos negativos pueden ser físicos- como los efectos secundarios, que han reportado las y los niños/as las docentes o bien pueden ser sociales y subjetivos.

El TDA/H puede insertar a los/as niños en procesos de discriminación, etiquetamiento, estigmatización y situación de vulnerabilización de derechos. Evidentemente estos procesos tienen consecuencias negativas en la subjetividad de ellas y ellos, y que paradójicamente, pueden afectar su rendimiento académico.

Explica Hacking (2001) que la psiquiatría y la ciencias sociales han intentado imitar a las ciencias naturales en la forma en que hacen sus clasificaciones, sin embargo hay una diferencia sustancial ya que en las clasificaciones provenientes de las ciencias sociales y médicas las personas interactúan con las categorías en las que son clasificados es decir que estas pueden afectar la vida de los individuos, ponerlos tristes, felices, enojados, cambiarles el sentido de la realidad, etc. Ahora bien, pensemos el efecto que una categoría como la de TDA/H puede tener sobre un niño:

Sin pastilla no puedo: procesos de autoestigmatización.

Uno de los principales efectos que puede tener es que el niño se desresponsabilice de sus actos, interiorizando el discurso “tu, estás enfermo, no puedes sin la pastilla”, de esta forma cuando están sin el fármaco no intentan inhibirse o regularse. Esto ha quedado evidenciado en las investigaciones de Ilina Singh y en nuestra investigación las docentes afirman que esto sucede en sus escuelas.

En este caso el/la niño/a forma su identidad a partir de la deficiencia, se vuelve poco tolerable a la frustración y puede volverse dependiente de la pastilla. Pienso, en el caso que cuenta Roxana, de un niño que ante un examen se pone a llorar ya que no se había tomado la pastilla. También Lucía cuenta de niños “que se portan mal” y que le argumentan que ellos son hiperactivos y no pueden cambiarlo. Estos/as niños/as quedan encerrados en una etiqueta y suelen caer en profecías autocumplidas. Estos niños son vivos ejemplos del estigma internalizado es decir del *“proceso imbuido en un contexto socio-cultural, que se caracteriza por sentimientos negativos (sobre si mismo), comportamientos desadaptativos, transformación de la identidad o aplicación de estereotipos resultantes de una experiencia individual, percepción o anticipación*

de reacciones sociales negativas" (Livingston y Boyd 2010, citado en Muñoz y Pérez, 2011, p.41). Algunos autores han estudiado este proceso, por ejemplo Manonni nos recuerda del gran peso que un rotulo puede tener dentro de las instituciones, cuestión que denominó como la *violencia del significante*.

Esto sin duda puede tener efectos negativos a nivel escolar, pues es más difícil enfrentar los retos educativos si a priori se supone que uno no tiene las capacidades para hacerlo como bien lo ha demostrado Ray Rist (1991). En nuestros casos ningún niño parece estar en esta posición, empezando porque ellos no se asumen como con TDA/H y que quieren dejar de tomar el fármaco.

Un niño problemático.

Hacking (2001) afirma que las categorías tienen efectos prácticos, así tal vez la gente y en este caso, quizás los niños no interactúan directamente con la categoría TDA/H sino con los efectos prácticos que generan la categoría (control en el aula, tomarse la pastilla, etc):

No quiero decir que los niños hiperactivos como individuos, por si solos, lleguen a conocer cómo son clasificados y reaccionar así, a la clasificación. Por supuesto que pueden hacerlo, pero la interacción ocurre en la matriz más amplia de instituciones y prácticas que rodean esta clasificación. (Hacking, 174)

Así aunque los niños no se reconocen como TDA/H, las practicas que se ejercen sobre ellos, principalmente el uso de la pastilla, los regaños, las boletas los hace pensarse a sí mismos de una forma negativa. En el Pata Negra los niños se representaron como problemáticos, y es que ese parece ser el dilema en el que están los niños: ¿soy o no problemático? ¿soy o no soy bueno?

Hay algo particular en cada niño que se visualiza como malo, algunos de estos aspectos también han sido delimitados por los padres, y es probable que los niños lo hayan escuchado muchas veces y que incluso hayan sido regañados por eso. Todo esto se materializa en la pastilla, que se visualiza como un método, un intento de los padres y docentes, por enmendar y enderezar esas conductas.

Las adecuaciones curriculares y las intervenciones de control pueden también tener este efecto, y crear identidades en deficiencia y reforzar la idea de que sus vidas y sus formas de ser son un problema, lo cual sin dudas trae consecuencias para su autoestima y auto-eficacia percibida.

Algunos de ellos y ellas como Marcela, Pedro y Andrés se perciben como niños mal portados, y absolutamente todo ellos afirmaron que les daban la pastilla para que “se porten bien”. Los mismos resultados reporta Singh (2012) en su estudio llevado cabo con más de 150 niños de EEUU e Inglaterra, en esta investigación los niños se describirán como malos, mal portados, sucios, entre otros.

En palabras de Singh (2012), nuestros participantes le dieron mayor enfoque a un nicho conductual, y menos importancia al académico. Aún así algunos niños piensan que son menos inteligentes de lo que se suponen que deben ser, y por eso en el Pata Negra le han pedido al Hada Chanco tener más inteligencia. Estos niños sin duda sienten mucha presión por salir bien, y estar constantemente demostrando que no son malos o que si pueden portarse bien y concentrarse, esto nos lo ha contado por ejemplo Marcela y Pedro. La relación con la inteligencia es bastante compleja, pues según analiza Singh (2012) el hecho de no ser inteligente se entiende también desde un enfoque moral, en el que lo inteligente es bueno y lo no inteligente es malo.

La inteligencia, se entiende como una capacidad y una esencia de la persona, no se entiende como el producto de procesos sociales y culturales y de diferencias en la crianza. En la escuela, donde los niños son usualmente comparados y tener buena notas es sinónimo de ser un buen niño, no ser lo bastante inteligente puede vivirse como una especie de fracaso.

La investigación de Quesada (2006) los/as niños/as con TDA/H afirmaron sentirse “encasillados” y también mostraron sentimientos de enojo y vergüenza por las constantes llamadas de atención y la exposición pública de sus errores que hacia su maestra guía. Asimismo afirma que niños con TDA/H percibían un trato discriminatorio en el que se les hacía sentir como un obstáculo para sus compañeros/as de clase. Es así como estos alumnos manifestaron una fuerte necesidad de validación, gratificación, y que se les llame la atención de forma respetuosa y privada.

Identidad social, Ritalina y estigmatización.

Toda identidad es individual y social a la vez, a través de las clasificaciones y las categorías el individuo porta una identidad que es reconocida por los otros, a esta identidad de se le atribuyen roles, formas de ser, estereotipos, etc. (Berger y Luchmann, 1993). Según estos autores, los sujetos se insertan en submundos en los que hay roles definidos e identidades sociales. Un submundo puede ser la escuela y la cultura infantil.

La Ritalina y la hiperactividad también son reconocidas en este submundo escolar. La cultura infantil genera conocimiento y le otorga significado tanto a la hiperactividad como a la Ritalina. Ambas son muy mal vistas y se convierten en una especie de marca que difiere del comportamiento normal o esperado, y que ubica a quien la porta dentro de un estigma, es decir

en una categoría social negativa. (Goffman, 2006). Para el mundo infantil la Ritalina es algo extraño, ajeno, y que solo se utiliza con “tontos” o “loco³²”. Tomar la pastilla puede convertir a un niño en un extraño, en una especie de *otro* para sus compañeros. Pero no solo es la pastilla, sino que los niños ya conocen y utilizan la categoría de hiperactivo, a eso habría que sumarle que en algunos casos los niños diagnosticados y medicados suelen ser “molestos” y extravagantes lo que a su vez podría generar mayor exclusión.

Todo esto puede devenir en un proceso de estigmatización y etiquetamiento, que también será definitivo en la construcción identitaria y subjetiva de los/as niños/as. En las discusiones sobre el estigma, los defensores del modelo individual y patológico del TDA/H afirman que con un modelo biológico se evita la estigmatización, ya que ya no sería culpa ni de la madre, ni del contexto, ni de los niños. Es decir no es responsabilidad de nadie solo de la genética y del azar biológico, que además puede ser controlado con una simple pastilla. Sin embargo, nosotros encontramos justamente lo contrario, primero que el TDA/H no se entiende solo como una enfermedad, sino como una mezcla de factores sociales y biológicos en el que las cuestiones biológicas también pueden estigmatizarse. Por ejemplo las personas discapacitadas, las minorías étnicas, y los defectos físicos también han sido históricamente estigmatizados y discriminados, además de constituirse como objeto de burla. Las conductas del TDA/H y el consumo de Ritalina provocan la burla y exclusión en el ambiente educativo, ya no solo de niños sino también de las docentes, quienes construirán expectativas diferentes sobre los/as niños/as con TDA/H.

³² Conozco a un niño que le llaman Loco, por su comportamiento agresivo y extravagante. La prueba de que está loco es, según sus compañeros, que el toma Ritalina. Este mismo niño, un día me dijo que el no podía controlarse porque estaba enfermo y necesitaba una pastilla.

Ahora bien, tampoco se trata de caer en el otro extremo, de reducir todo a cuestiones sociales (*sociologismo*) ya que esto también puede generar procesos de estigmatización.

La pastilla es una especie de marca negativa, ningún niño quiere que sus compañeros se den cuenta que ellos toman la pastilla, de hecho todos los niños entrevistados (menos Daniel) mantienen en secreto a sus compañeros el uso de la Ritalina. No obstante sus compañeros se dan cuenta lo cual genera molestias a los niños en los niños que consumen el fármaco, por ejemplo Pedro y Andrés muy enojados afirman que alguien les dijo a sus compañeros que ellos toman la pastilla:

Quien sabe quién les dijo. Ahora que venía para acá, dicen: vaya para que le den la Ritalina. Mis compañeros lo dijeron cuando venía para acá. No sé quién les dijo. (Andrés)

Asimismo, Marco comenta muy triste que no le gusta tomar la pastilla porque sus compañeros se burlan de él. En el caso del hermano de Pedro, quien también consume Ritalina, su madre nos ha contado que por temporadas sus compañeros no lo dejaban jugar porque tomaba el medicamento.

La pastilla es una especie de Tabú que se niega, por ejemplo la madre de Marco ha negado públicamente en la escuela que su hijo consume Ritalina, y también nos ha contado que Marco ha sufrido de bullyn y por esa razón ella le dice a los compañeritos del niño que Marco “no toma ninguna pastilla.”

En un principio, los padres, con el objetivo de no hacer sentir mal a sus hijos les mintieron sobre la pastilla, algunos les dijeron que eran vitaminas y otros que era para los dolores de cabeza.

Asimismo en esta investigación encontramos que las profesoras no están sensibilizadas ni capacitadas para trabajar desde otras alternativas el TDA/H, ni para evitar la estigmatización. Tanto los niños diagnosticados, padres de familia, docentes y niños en general tienen enormes vacíos de información, que hacen que este tema se vea envuelto por los estigmas, estereotipos y violencia. En esta línea Singh, advierte que en casos donde los niños sufren de violencia y desigualdad social el modelo del TDA/H y el tratamiento basado únicamente en las pastillas puede vulnerabilizar aún más las situaciones y los derechos de los niños y las niñas.

Como se observa un diagnóstico de TDA/H puede generar procesos de autoestigmatización, estigmatización, sentimientos de culpa, rechazo social y violencia simbólica, además crea *bioidentidades* y subjetividad construida desde la deficiencia y de los aspectos supuestamente negativos. Por otro lado puede provocar que los distintos sufrimientos y malestares subjetivos sean invisibilizados y no sea atendidos, empeorando así la situación de las y los niños. Por todo lo anterior es preciso afirmar que se debe tener mucho cuidado con hacer diagnósticos. También debe procurarse que no se refieran tantos niños a las clínicas, debe existir otro modelo, en el que primero se descarten diversas problemáticas y luego se piense en un problema médico, esto debido a que se están saturando las clínicas y consultorios haciendo que cada consulta sea más rápida y de menos calidad.

Pensemos en un caso ficticio.

Para ejemplificar los hallazgos que hemos encontrado y delimitado en nuestra investigación presentamos un caso ficticio pero que se alimenta de historias verdaderas, algunas de estas vividas por los/as niños/as participantes de esta investigación. Creemos que esta historia

presenta algunas de las consecuencias que pueden tener los diagnósticos rápidos, el uso excesivo de psicofármacos y los procesos de medicalización y patologización.

Juan es un niño que vive en una zona marginada donde hay mucha violencia, delincuencia y drogadicción. En su casa hay mucha violencia también, principalmente por parte de su padrastro que le grita y pega a su madre. Su padrastro, y a veces su madre, también le pegan a Juan. Él ha tenido una serie de conflictos y problemáticas con sus compañeros, y con la escuela en general. Juan no tolera a su maestra guía, la cual le envía muchos recados y le pone malas notas. A veces esto hace que le peguen en la casa.

A Juan le cuesta controlarse, a veces lo intenta y no puede, y eso lo hace sentirse bastante mal. Juan quiere salir bien, para que así su madre se sienta feliz y agradecida. Sin embargo el niño no lo logra y eso lo hace sentirse presionado y sentir mucho estrés ante los problemas de matemáticas, por ejemplo. A veces Juan prefiere olvidar sus tareas, no las hace, o mientras las hace prefiere pensar en un mundo mejor, donde tiene mucha comida, amigos, y sus hermanitos y madre son felices. La madre de Juan es empleada doméstica y trabaja mucha, por las tardes el niño cuida de sus hermanitos menores, esto lo hace sin problemas e incluso siente cierta satisfacción en hacerlo.

A Juan lo llevaron un día donde el doctor. Mientras unas doctoras hablaban con la mamá de Juan, el niño jugaba en el suelo. La interacción con el niño fue mínima. Luego de 25 minutos de consulta, la madre de Juan le explica que tiene que tomarse una pastilla antes de irse a la escuela, y otra cuando está en ella.

Juan no entiende muy bien, pero su madre le dice que es solo para que se concentre y se porte mejor en la escuela. A Juan la pastilla le sabe feo y no le gusta, en un principio le daba mucho sueño y mareos. Últimamente ya no le da tanto, a veces le da mareos, le quita el hambre y le da dolor de cabeza. Sin embargo Juan se siente extraño y raro con la pastilla. A veces a Juan le da dolor de cabeza y no puede concentrarse, por lo que prefiere dormirse en el pupitre. Esto pasa mucho cuando el niño ha llegado sin desayunar a la escuela. A veces el niño se siente frustrado y con mucho enojo, a veces Juan golpear a algún compañerito o simplemente ocupa moverse y correr para sentirse bien. A veces la pastilla le quita este impulso, pero él tampoco puede sentirse bien.

Los compañeritos se han empezado a burlar de Juan, algunos no lo toleran porque Juan molesta mucho, y además dicen que Juan es raro y toma una pastilla. Esto hace que Juan se enoje aún más, y tenga deseos de golpear a sus compañeras. En una ocasión Juan golpea a un compañero que le estaba diciendo raro. Él fue expulsado por 15 días, y además su padrastro lo castigó físicamente. Su madre le quitó el televisor. Las doctoras, regañaron a la madre de Juan, porque seguro, decían ellas, no le daba bien la pastilla al niño. Las doctoras le aumentaron la dosis al niño. Juan le dijo a la doctora que no quería seguir tomándose la pastilla, y esta le contestó que si no se la tomaba se iba a quedar en el año, y que si no se la tomaba ella misma se la iba a inyectar.

Cuando el niño volvió a la escuela, se dio cuenta que ahora tenía que estar sentado al frente de la profesora que no toleraba y que le daba miedo. Juan se siente observado todo el tiempo. Su profesora de la cual de tanto en tanto le toca la cabeza. Juan se siente incomodo en la clase, además está la compañera que le gusta, lo que hace que el niño se sienta nervioso. Una vez escuchó decir a esta niña que solo los tontos toman esa pastilla, Juan se sentía muy mal. Lo peor de todo es que el niño no tenía con quien hablar, y cada vez se volvió más sensible, violento intolerable. Juan empieza a sentirse realmente mal. Juan empieza a odiar todo.

7.3 Finalizar es tan solo otro comienzo.

Esta investigación es apenas un primer esfuerzo que logra alumbrar solo una pequeña parte de una gran oscuridad, sin embargo esta pequeñita luz que se ha encendido permitirá dar unos primeros. En este caso, no hay conclusiones cerradas, ni totales, sino solo parciales. No nos queda duda alguna que muchos de los temas que aparecen en esta tesis deben ser profundizados y estudiados de una manera más robusta y sistemática. Aquí simplemente hemos tomado una fotografía general y borrosa, que permite encontrar puntos que deben observarse con un microscopio. Finalizar este proceso de investigación debe ser tan solo un paso para iniciar a investigar diversos temas, y empezar también a intervenir en la realidad.

De manera resumida estas son algunas conclusiones de la investigación:

- ✦ El TDA/H se entiende y trata desde una óptica medicalizadora, patológica e individual.
- ✦ El diagnóstico de TDA/H y el uso de la Ritalina pueden tener efectos iatrogénicos relacionados con la estigmatización, la exclusión y la violencia simbólica.
- ✦ Los diagnósticos se hicieron de forma rápida, usualmente en una sesión. En este proceso los niños, y en menor medida los padres, no son partes activas. El proceso es tan solo un diagnóstico.
- ✦ En todos los casos, menos Marcela, el tratamiento se reduce al uso del metilfenidato.

- ✦ En todo el proceso no hay un espacio de escucha y de expresión para los/as niños/as.
- ✦ El TDA/H ha tenido una gran aceptación social y popular y se ha convertido en una categoría social.
- ✦ Padres de familia, docentes y niños tiene muy poca información sobre lo que es el TDA/H y la Ritalina. El conocimiento usualmente es una mezcla de ciencia y conocimientos sociales (estereotipos, prejuicios, etc).
- ✦ La pastilla forma parte del *habitus* educativo y de la disciplina escolar.
- ✦ El uso de la pastilla no se relaciona con un tema de salud, sino que su uso va más orientado a reprimir ciertas conductas. Tanto niños como padres y docentes reconocen los efectos de la pastilla como un medio para que los niños se “porten bien”, “estén queditos” y “no les manden boleta o los regañen”
- ✦ A los niños no les gusta la pastilla, y la ven innecesaria. Sus padres y docentes por el contrario la creen necesaria. Sin la pastilla los niños no podrían seguir en la escuela.
- ✦ Los padres no creen que sus hijos tengan las capacidades y habilidades, principalmente conductuales, para estar en la escuela si el uso de las pastillas.
- ✦ La pastilla tiene efectos secundarios que afectan a las/os niñas/os.
- ✦ Las escuelas no cuentan con los recursos necesarios para atender adecuadamente a los niños con TDA/H.
- ✦ El TDA/H también es un tema político, ya que las escuelas ni el sistema de salud pueden atender adecuadamente a las y los niños, y esta situación se deriva de las políticas sociales, económicas, etc.
- ✦ Las intervenciones para tratar a los niños con TDA/H son estrategias de control y no para facultar. (Armstrong, 2001).
- ✦ A los/as niños/as no les gusta la escuela. Lo que sí rescatan de ella es el tiempo que pueden pasar con sus amigos, y que también a veces aprenden cosas.

- ✦ La pastilla es ajena a la cultura infantil. En las escuelas, el uso de las pastillas es objeto de burla y rechazo por parte de algunos compañeros. Los niños aceptan sufrir bullying a causa de tomar la Ritalina.
- ✦ El TDA/H y el uso indiscriminado de Ritalina pueden encubrir otros conflictos y malestares subjetivos que no se están atendiendo.
- ✦ El TDA/H y el uso de la Ritalina es un tema importante en la vida de los niños participantes. Es un tema que moviliza afectos y sentimientos. No debe tomarse a la ligera.
- ✦ No se debe caer en psicologismos o sociologismos para explicar el TDA/H, ya que ambos pueden generar estigmas. Por otro lado hace falta modelos integrales e interdisciplinarios para la atención de estos/as niños/s.
- ✦ En general reina un sentimiento de impotencia, en el que nadie realmente sabe como solucionar las problemáticas que presentan las y los niños. Esto hace que desde diferentes lugares se culpabilice a los otros. Por ejemplo las docentes culpando a los padres y viceversa.

7.4 Recomendaciones.

Hay dos dimensiones en las que podemos hacer recomendaciones: 1) Recomendaciones académicas destinadas a futuras investigaciones. 2) Recomendaciones prácticas destinadas a las instituciones.

7.4.1 Recomendaciones académicas

En Costa Rica el TDA/H está subestudiado. Creemos que hay que aumentar las investigaciones en la que los/as niños participen de forma activa. Sin duda deben de realizarse más investigaciones que empleen mas técnicas, especialmente aquellas lúdicas. Entre algunos temas a estudiar podemos destacar:

- El complejo proceso de la estigmatización.
- La relación entre niños/as medicados y sus padres.
- Los procesos de subjetivación y construcción de identidad a partir del TDA/H y el uso del metilfenidato.
- Sin duda debe estudiarse la influencia de la cultura, del ambiente, y de la clase social en el llamado TDA/H.
- La diferencias entre las experiencias y discursos del TDA/H y la Ritalina según la clase social.
- Se deben hacer investigaciones sobre el conocimiento y las representaciones del TDA/H por parte de especialistas médicos.
- Analizar los procesos diagnósticos.
- Deben generarse estadísticas sobre el uso de la Ritalina y el número de niños con TDA/H.
- Es importante analizar el rol docente ante el TDA/H, principalmente su función en referir y prediagnosticar a los/as niños/as.
- Se debe sin duda indagar cuáles son las depositaciones y expectativas que sobre la pastilla construyen los padres de familia.
- Por último, creemos que es necesario estudiar estos temas por medio del método etnográfico.

7.4.2 Recomendaciones Institucionales.

Hay varias recomendaciones que se le pueden hacer a las instituciones que trabajan directamente con los niños. Primero procurar que formen parte activamente de los procesos y sean parte de la toma de decisiones. Se recomienda además llevar a cabo procesos de sensibilización y capacitación a docentes con el fin de que no sean reproductores de la estigmatización. También desde las instituciones deben hacer esfuerzos por dar una real atención

a los y las niñas/os, en el ámbito médico esto implica mejorar los procesos diagnósticos, y en el educativo esto implica mejorar las intervenciones pedagógicas. Por otro lado, los resultados de las investigaciones, máxime si estas parten de enfoques críticos, deben ponerse en diálogo con las experiencias y conocimientos populares.

8. Referencias bibliográficas

- Aboitz, F. & Schroter, C. (2006). Genética y Conducta en el Síndrome de Déficit Atencional e Hiperactividad. *Revista Chilena de Neuropsicología*. N. 1. p, 15-20.
- Aguilar, I. & Ocampo, M. (2004). *Criterios diagnósticos utilizados por psicólogos (as), médicos (as), pedagogos (as) para definir la presencia de déficit atencional en niños y niñas que asisten a las escuelas líderes de los circuitos 01 y 04 de la Dirección Regional Educativa de Guápiles y rol asumido por los (as) profesionales en psicología que diagnostican déficit atencional*. Tesis para optar el grado de licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica.
- American Psychiatric Association (1995) *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV*. España: MASSON. S.A.
- American Psychiatric Association (2002) *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV-TR*. España: MASSON. S.A.
- Apple, M. (1997). *Teoría crítica y educación*. Buenos Aires: Mino y Dávila.
- Ariés, P (1986). La infancia *Revista de Educación* , Num. 281
- Armstrong, T (2001) *Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (ADD-ADHD) Estrategias en el Aula*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Armstrong (2006) *Canaries in the coal mine: the symptoms of children labeled "ADHD" as biocultural feedback*. En Lloyd, G; Stead, J; y Cohen, D. London (Eds) *Critical New Perspectives on ADHD*. Routledge.

- Ballesteros, G. (2011). *Asociación entre reportajes maternos y paternos de estilos de parentaje, coparentaje, y rasgos endofenotípicos ligados al Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDA/H) en una población no clínica de niños entre 6 y 13 años*. Tesis por optar por el grado de Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica.
- Baquero, R. & Narodowski, M. (1994). ¿Existe la infancia? *Revista del Instituto de Investigaciones en las Ciencias de la Educación* N 4.
- Baquero, R. (2009). *Sujetos y Aprendizaje*. Buenos Aires, Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación.
- Baughman, F. (2009). *The ADHD Fraud: How psychiatry makes "patients" of Normal Children*. Estados Unidos: Trafford Publishing.
- Barkley, R. & Cunningham, C. (1978) The effects of methylphenidate on the mother-child interactions of hyperactive identical twins. *Development Medicine and Child Neurology*. N. 20. p, 634-642.
- Barkley, R. (1997). *ADHD and the nature of self control*. Estados Unidos: Plenum.
- Barkley, R. (1999). *Niños hiperactivos: Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. España: Paidós.
- Berger, P & Luckmann, T (1993). *La construcción social de la realidad*. Argentina: Amorrortu.
- Bourdieu, P. (1990). *El racismo de la inteligencia*. En Sociología y cultura. México DF: Grijalbo.

- Bourdieu, P & Passeron, JP. (1996) *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Mexico DF. Fontamara
- Bowker, G & Leigh, S (2000) Invisible Mediators of Action: Classification and the Ubiquity of Standards. *Mind, Culture, and Activity*. 7(1&2), 147–163.
- Breggin, P. (2001). *Talking back to Ritalin: What doctor arent telling you about stimulants and ADHD*. Estados Unidos: Perseus Publishing.
- Bustelo, E. (2011). *El recreo de la infancia: argumentos para otro comienzo*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Cardo, E., González de Dios, J. & Servera, M. (2006). Metilfenidato en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: ¿realizamos una práctica clínica adecuada? *Rev Neurol*. N. 43(12), p. 705-714.
- Cardo, E. & Severa, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Rev Neurol* N. 46. p, 365-372.
- Clarke, K. (1997). *An exploratory study of the meaning of prescription medication to children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder*. Tesis para optar por el grado de doctor en Trabajo Social, Universidad de Loyola, Chicago.
- Comstock (2003) The end of drugging children: Toward the Genealogy of the ADHD subject. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. Vol. 47 (1), 44-69.
- Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En Ingleby, D. (Ed.), *Psiquiatría crítica: La política de la salud mental*. España: Grijalbo.

Corao, M y Mora, L. (1998). El adolescente con déficit atencional, su vivencia, conflictos y necesidades : un estudio cualitativo. Tesis para optar el grado de licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica.

D'Antoni, M.,Gómez, J., Gómez, L., Soto, J. (2013) *La escuela en cuestionamiento. Diálogos sobre la resistencia escolar en procesos pedagógicos emergentes*. Costa Rica: Arlekin.

Davis, J. (2006). Disability, childhood studies and the construction of medical discourses. Questioning attention deficit hyperactivity disorder: a theoretical perspective. En Lloyd, G; Stead, J; y Cohen, D. London (Eds) *Critical New Perspectives on ADHD*. Routledge.

Delval, J. (2001). *Descubrir el pensamiento de los niños. Introducción a la práctica del método clínico*. España: Paidós.

Echarte, L. (2009) Psicofarmacología terapéutica y cosmética. Riesgos y límites. *Cuad. Bioét.* XX/2

Flick, U (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. España: Ediciones Morata.

Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*. N.50, p. 3-20

Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Argentina: Editorial Altamira .

Foucault, M. (2008) *Vigilar y Castigar: el nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Fundación DA (s.f.) ¿Qué es el Deficit Atencional?. Extraído el día 13 de julio de:
http://fundacionda.org/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=85

Hacking, I. (2001) *¿La construcción social de qué?* Barcelona: Paidós.

Goffman, I. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. España: Amorrortu.

- Gaillard F, Quartier V, Besozzi. (2004) Más allá de la hiperactividad: Un detallado análisis retrospectivo de 30 casos estudiados en la Clínica de Psicología de la Universidad de Lausanne. *Revista Argentina de Neuropsicología* N. 2, p. 15-25.
- Galland, C., Tripp, G. & Tripp (2010) The sleep of children with attention deficit hyperactivity disorder on and off methylphenidate: a matched case-control study. *Sleep Res* N.19 p,366-373.
- Goffman, I. (2006). Estigma: La identidad deteriorada. Esparaña: Amorrortu.
- González de Rivera, (1996) La ética del diagnóstico: aspectos clínicos. *Psiquis* 17(6):263-278.
- González Ortega, A (2011) *La infancia en el lenguaje y la cultura costarricense (1950-2000)* San José: Editorial Universidad de Costa Rica.
- Gorga, Marcelo (2013) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el mejoramiento cognitivo. ¿Cuál es la responsabilidad del médico?. *Rev. Bioet.* 21 (2): 241-250
- Gutiérrez, Z. (2007) *Asociación entre polimorfismos en el gen del transportador de dopamina (DAT1) y la respuesta al metilfenidato en niños costarricenses con déficit de atención e hiperactividad.* Tesis para optar por el grado de maestría en Biología, Universidad de Costa Rica.
- Gurdian, A. (2010). *El paradigma cualitativo en la Investigación Socio-Educativa.* Editorial UCR: Costa Rica.
- Jacobson, K. (2003) "When order becomes disorder. A cross-cultural study of attention deficit hyperactivity disorder and its implications for the social construction of "normal". Tesis en antropología para optar por el grado de Doctor en Antropología. University of Massachusetts- Amherst.

- Janin, B. (2005 a). ¿A qué atienden los niños desatentos? en *Niños desatentos e hiperactivos TDA/H/: Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Argentina: Noveduc Editorial.
- Janin, B. (2005 b) Un niño que se mueve demasiado. *Niños desatentos e hiperactivos TDA/H/: Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Argentina: Noveduc Editorial.
- Lasa , A. (2001). Hiperactividad y trastornos de la personalidad. *Cuadernos de psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. 31 (32), p 5-81.
- Kendall J y Krueger M. (2001). Description of self: An exploratory study of Adolescents with ADHD. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 14: 2, pp 61-72.
- Kirk, S & Kutichins, H. (1992). *The rhetoric of science in psychiatry*. Estados Unidos: Aldine de Gruyter.
- Leavy, P. (2013). "¿Trastorno o mala educación?" Reflexiones desde la antropología de la niñez sobre un caso de TDAH en el ámbito escolar. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 11 (2), pp. 675-688.
- Martín Baró, I (2007) *Acción e Ideología. Psicología social desde Centroamérica*. El Salvador, UCA EDITORES.
- McLaren (1995) *La escuela como un performance ritual. Hacia una economía política de los símbolos y gestos educativos*. México DF: Siglo XXI.

- Mueller, A., Fuermaier, A., Koertz, J., Tucha, J. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Def Hyp Disord*. N. 4. p, 101-114.
- Muñoz, M., Pérez, E., (2011) Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio cognitivo comportamental. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud* .N. 7. p, 41-50.
- Narodowski, M. (2011) No es fácil ser adulto. Asimetrías y equivalencias en las nuevas infancias y adolescencias. *Revista Educación y Pedagogía*, vol. 23, num 60.
- Organización Panamericana de la Salud & Ministerio de Salud Pública (2004) Situación actual de la Salud Mental en Costa Rica. Extraído de <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/mental.pdf>
- Pérez Soto, C. (2012) *Una nueva Antipsiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Chile: LOM Ediciones.
- Phillips, C. "Medicine Goes to School. Teachers as Sickness Brokers for ADHD", *PLoS Medicine*, vol 3, nº 4, abril 2006.
- Quesada, F (2006) *Los conflictos socio afectivos de niños con Déficit Atencional con Hiperactividad, generados en la relación con sus maestras guías. Un estudio de caso*. Tesis por optar por el grado de Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica.
- Rist, R. (1991). Sobre la comprensión del proceso de escolarización: aportaciones de la teoría del etiquetado. *Educación y Sociedad*. N. 9. p, 179-191.

- Rodríguez, W (2004) Una Aproximación al Estudio del Funcionamiento Ejecutivo y el Lenguaje en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad desde su Complejidad. *Revista IRICIE*. 18: 51-56.
- Rodríguez, W. (2010). El concepto de Calidad Educativa: Una mirada crítica desde el enfoque histórico cultural. 10: (1) p, 1-28.
- Rosabal, M. (2013). *La Disciplina parental: ¿Cómo niños y niñas prescolares la viven? Un estudio en niños y niñas costarricenses*. Informe final de investigación. IIP, San José, Costa Rica.
- Rose, N (2007a) Beyond Medicalisation. *The Lancet*. 369: 700-01
- Rose, N (2007 b) *The politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton University Press.
- Schumacher, C. Atención a la Ritalina. *Periódico La Nación*. Marzo 2003.
- SEDRONAR & Instituto de Investigaciones Sociales Gino Germani.
- Singh, I. Bad boys, Good Mothers, and the “Miracle” of Ritalina. *Science in Context*. 15 (4), 577-603 (2002)
- Singh, I. Clinical Implications of Ethical Concepts: Moral Self-Understandings in Children Taking Methylphenidate for ADHD. *Clin Child Psychol Psychiatry* 167 (12) 167-182, (2007)
- Singh, I. ADHD, Culture and Education. *Early Child Development and Care* 178 (4), 347-361, (2008)

Singh, I (2012). *VOICES Study: Final Report*. London, UK.

Smith, M (2008). Psychiatry Limited: Hiperactivity and the evolution of American Psychiatry, 1957-1980. *Social History of Medicine*. (21):3 p,541-559.

Solano, M. Ritalina conduciría a adicción. *Periódico La Nación*. Abril 1998

Solano, M. Desvirtúan malos efectos de Ritalina. *Periódico Lo Nación*. Abril 1998

Szasz, T (2007) Medicalizing Quackery. *The Freeman* vol 57: 22-23. Extraído de <http://www.szasz.com/freeman23.html>

Taylor, E (2004) ADHD is best understood as a cultural construct. *British Journal of Psychiatry*. 184, 8-9.

Tallis, J (2004) *Neurología y Trastornos por Déficit Atencional: Mitos y Realidades*. En Janin, B. (Ed) Niños desatentos e hiperactivos TDA/H/: Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Argentina: Noveduc Editorial.

Terigi, F. (2009) El fracaso escolar desde la perspectiva psicoeducativa: Hacia una reconceptualización situacional. *Revista Iberoamericana de Educación*. N. 50. p, 23-39

Timimi & Colaboradores.(2004) Critique of international consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*. N.1. p, 59-73.

Timimi (2004) ADHD is best understood as a cultural construct. *British Journal of Psychiatry*. 184, 8-9.

- Tubert, Silvia (2010). La medicalización de los niños. Observaciones sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA/H). *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid*, Vol 20. Extraído de <http://www.centropsicoanaliticomadrid.com/revista/20/art6.html>
- Valles, M (2000) *Técnicas Cualitativas de Investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial Síntesis: España.
- Valverde, A. Escasez de Ritalina en la CCSS preocupa a padres de niños con déficit atencional. *Periódico La Nación*. 10 de agosto 2012.
- Vega, K (2011) *La dimensión afectiva y social del autoconcepto de un grupo de escolares de I ciclo diagnosticados con déficit atencional y su relación con el rendimiento académico: una propuesta metodológica*. Tesis para optar el grado de licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica.
- Walker, D (2006) *ADHD as the new "feble-mindedness" of American Indian Children*. En Lloyd, G; Stead, J; y Cohen, D. London (Eds) *Critical New Perspectives on ADHD*. Routledge.
- Zuñiga, M (2010) *Pensar a las personas jóvenes: Más allá de modelos o monstruos*. DEI: Costa Rica

ANEXOS

ANEXO 1

Guiones de Entrevista.

Los presentes guiones tienen el propósito de orientar temáticamente la entrevista la cual se llevara a cabo más bien como una especie de conversación. Lo que se presenta a continuación son las preguntas básicas, que abrirán el camino para las preguntas complementarias (Delval, 2001) En este sentido el orden de las preguntas puede variar según se esté llevando a cabo la conversación.

1.1 Guías de Entrevista enfocada a Niños y Niñas

Se presenta el investigador y se vuelve a explicar el propósito de la entrevista y se explica cómo se va a llevar a cabo la entrevista.

Consigna: *Ahora me gustaría que hablemos sobre varias cosas y de todo esto que te he explicado. Yo te voy a hacer varias preguntas, pero quiero recordarte que esto no es un quiz ni una tarea, por lo que no hay respuestas malas ni buenas. Lo que nos interesa es conocer tu opinión y lo que piensas así como conocer sobre tus experiencias. Te recuerdo también que lo que digamos aquí nadie más lo va a escuchar, ni tus maestras/os ni tus padres. Si en algún momento te sientes cansado o no quieres seguir con la conversación me lo puedes decir y la paramos. Para no tener que estar escribiendo para recordarme sobre lo que hablamos, voy a grabar la conversación. Te recuerdo que solo yo voy a oír la grabación. Empecemos.*

Conocimiento sobre niña o el niño: Seguiremos el consejo de Delval quien indica que durante el camino de la clase al lugar de la entrevista es oportuno conversar con el niño sobre “lo que

hacía en la clase, sobre algunos temas generales de la escuela, sobre sus gustos, etc” (p.119). Por lo que en este apartado se seguirán con preguntas de esta índole como: *¿Y dónde vives? ¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre? ¿Hace cuanto estás en esta escuela? ¿Qué es lo que más te gusta de la escuela? ¿qué es lo que menos te gusta de la escuela?*

Sobre TDAH: Me han informado que se supone que tienes algo llamado “Déficit atencional/hiperactividad”³³ *¿tú sabes qué es eso? ¿me lo podrías explicar? ¿y quién y donde te explicaron sobre esto? ¿y tu porque qué crees que algunos niños/as se comporten de esa forma? O ¿cuáles crees tú que son las causas del TDA/H? ¿cómo te sentiste cuando te explicaran o dijeron que tenías TDA/H? ¿y tu papá y mamá que opinan sobre esta situación? ¿tus maestras que te han dicho? ¿has sentido que te tratan del algún modo diferente por tener TDA/H? ¿Sabes si algún/a amigo/a o compañero/a sabe sobre esto? ¿y qué dicen? ¿Conoces sobre otros niños o niñas que también les hayan dicho que tienen TDA/H?*

Sobre la el medicamento: *¿y a ti te dan alguna clase de pastilla? ¿Y por qué crees que te tienes que tomar esa pastilla? ¿Quién te la da? ¿Cada cuanto tienes que tomártela? ¿Cómo crees que funciona la pastilla? ¿Te gusta tomarla? ¿Cómo te sientes cuando tomas la pastilla? ¿Qué dice tu papa o mama sobre la pastilla? ¿Qué dice tu maestra? ¿Tu amigos/as o tu compañeros/as saben que tomas la pastilla? ¿Qué dicen ellos/as? ¿Qué crees que pasaría en el futuro si dejaras de tomar el medicamento? ¿Hasta cuando crees que vas a seguir tomando el medicamento?*

Creo que podríamos terminar aquí la conversación. Nos veremos otro día y haremos otra actividad. Que tengas muy bonito día.

1.2. Entrevista enfocada a padres de familia

Primero se le explicará sobre lo que consiste el proyecto y posteriormente se dará inicio a la entrevista.

Consigna: Buenas tardes/días. Me gustaría que conversemos un poco sobre la experiencia que usted ha tenido con respecto al llamado Déficit Atencional. Le recuerdo que nos interesa su opinión así como lo que particularmente usted ha vivido por lo que no hay respuestas buenas ni malas. Asimismo le recuerdo que esto es totalmente confidencial y que la grabación de esta entrevista solo será escuchada por mi persona.

Historia del diagnóstico: Entiendo que su hija/o ha sido diagnosticado con TDA/H ¿podría usted hacerme una breve historia de la vida del niño hasta el momento actual? ¿Cómo se lleva a cabo el diagnóstico? ¿Cuándo empiezan a aparecer los síntomas del TDA/H? ¿Cuáles son estos síntomas? ¿Quién le habla por primera vez sobre el TDA/H? ¿Quién y en donde le realizaron el diagnóstico? ¿Cómo le hicieron el diagnóstico? ¿Qué pruebas le realizaron a (nombre del niño) para realizar el diagnóstico? ¿Qué piensa usted sobre todo esto? ¿Cómo se sintió usted cuando le dieron el diagnóstico? ¿Cómo tomó el diagnóstico el resto de la familia? ¿Cómo cree usted que se siente (el nombre del o la niña) con respecto a esto?

Sobre el tratamiento: ¿está el/la niño/a llevando algún tratamiento? ¿el/la niño/a toma o tomó algún medicamento? ¿Quién se lo recetó? ¿Qué cambios observó usted en el niño bajo la medicación? ¿Cómo se comporta el/la niño cuando toma la pastilla? ¿Sabe usted cómo funciona la pastilla? ¿Qué le ha dicho el niño/la niña con respecto a la pastilla? ¿Cómo se siente él/ella tomando la pastilla? ¿Conoce usted otros tratamientos para tratar el TDA/H? ¿Ha notado usted

algunos efectos secundarios? ¿Se le brindó información sobre los posibles efectos secundarios del medicamento? ¿Qué cree usted que pasaría si su hijo/a no hubiese sido diagnosticado/a con TDA/H? ¿Qué cree usted que pasaría en el futuro si (nombre de la niña o del niño) no tomara la medicación? ¿Hasta cuándo cree que usted que la va a seguir tomando?

1.3 Entrevista enfocada a los docentes.

Primero se le explicará sobre lo que consiste el proyecto y posteriormente se dará inicio a la entrevista.

Consigna: Buenas tardes/días. Me gustaría que conversemos un poco sobre la experiencia que usted ha tenido con respecto al llamado Déficit Atencional. Le recuerdo que nos interesa su opinión así como lo que particularmente usted ha vivido por lo que no hay respuestas buenas ni malas. Asimismo le recuerdo que esto es totalmente confidencial y que la grabación de esta entrevista solo será escuchada por mi persona.

Sobre el TDA/H: ¿Le ha dado clases usted a algún niño diagnosticado con TDA/H? ¿Cómo ha sido esa experiencia? ¿Podría usted explicarme cuales son las causas del TDA/H? ¿Ha recibido usted alguna capacitación, taller, curso sobre el TDA/H? ¿Ha participado alguna vez en el diagnóstico de una niña o un niño? ¿Podría usted explicarme en que se diferencia un niño "sano" por llamarlo de alguna manera a un niño con TDA/H? ¿Cómo se comporta un niño con TDA/H? ¿Y cómo se puede diagnosticar? ¿Qué tipos de adecuaciones curriculares reciben estos/as niños/as? ¿Cómo cree usted que se sienten los niños y niñas con TDA/H?

Sobre el tratamiento: ¿Cuáles diría usted que son los tratamientos más eficaces para el TDA/H? ¿Qué opinión le merece el uso de pastillas? ¿Ha tenido algún alumno/a bajo medicación?

¿Cómo se comportan los y las niñas que consumen estos medicamentos? ¿Cuáles son las consecuencias positivas y negativas de estos tratamientos? ¿Conoce usted otros tratamientos?

ANEXO 2

Entrevista con uso de reactivos.

Explicación: Esta prueba no tiene tiempo ni se puntúa. Se le explica la consigna al niño y luego se empieza. El investigador va pasando las láminas, y si el niño o niña lo desea puede agarrarlas.

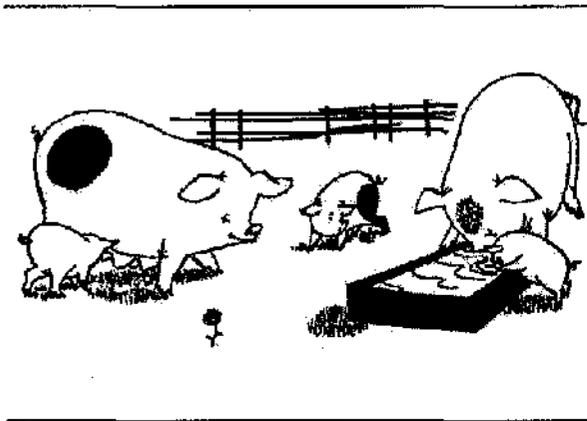
Instrucciones: A continuación quiero que inventemos una historia. Yo te voy a mostrar unas imágenes y te voy a ir haciendo algunas preguntas. Tenemos que usar la imaginación, y no hay respuestas buenas ni malas. Es como si esto fuera un libro de cuentos, yo te enseño los dibujos del libro y vos vas diciendo lo que pasa en cada dibujo.

Consigna: Vamos a hacer la historia del cerdito Pata Negra. Pata Negra es un cerdito que tiene que tomar una pastilla para ir a la escuela.

1. Frontispicio:



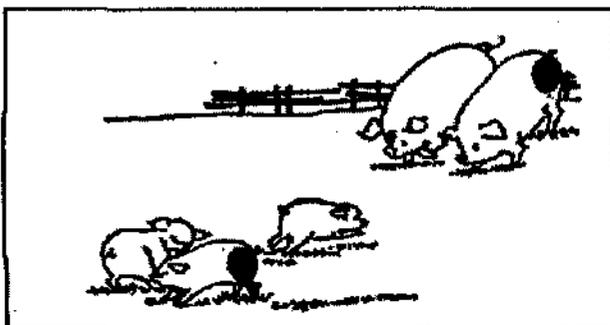
2. Vacilaciones



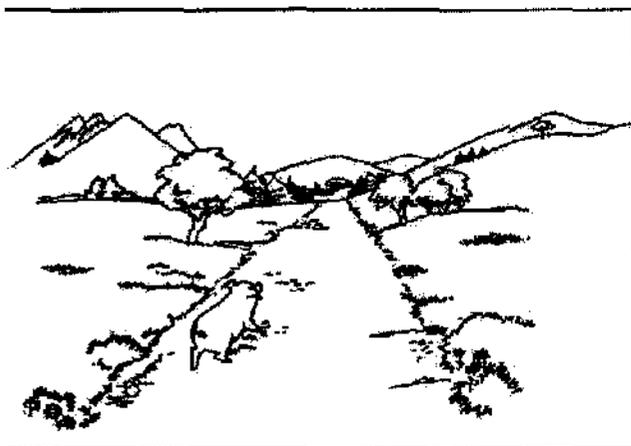
3. Hada



4. Pelea



5. Caminito



ANEXO 3

Consentimientos Informados

3.1 Consentimiento Informados para Padres

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO
Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Escuela de Psicología

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Para ser sujeto de investigación)

Título del proyecto:

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre del Investigador Principal: Eduardo Bolaños Mayorga

Nombre del participante: _____

- A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Esta investigación constituye parte del proceso de creación del proyecto de Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica, del bachiller Eduardo Bolaños Mayorga. Esta tesis tiene el propósito de conocer la percepción, vivencia y sentimientos que tienen niños y niñas diagnosticadas con el Trastorno de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad, sus padres de familia y docentes sobre el Trastorno de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad. Todo esto con el objetivo de conocer todo lo que implica dicho diagnóstico para así ayudar a construir intervenciones éticas y eficaces desde la psicología.
- B. ¿QUÉ SE HARÁ?:** Su participación como adulto consistirá en ser entrevistado/a una sola vez. Dicha entrevista tendrá una duración aproximada de entre una y dos horas. Y se profundizará sobre la historia del/la niño/a así como sobre su experiencia propia con el Déficit de Atención e Hiperactividad. La participación de su hijo consistirá en participar en tres sesiones de aproximadamente 1 hora cada una. La primera será para jugar y conocer al investigador y en las otras dos se realizarán entrevistas con el niño en las que se harán preguntas como: ¿Sabes que es el déficit atencional? ¿Por qué crees que ocurre? Entre otras. La otra entrevista es diferente ya que consistirá en que el/la niño/a relacione fotos de niños mostrando diferentes emociones con situaciones como: "Es temprano y tengo que ir a la escuela" para así conocer cómo se siente el/la niño/a en diversas situaciones.

- C. **RIESGOS:** La participación en esta investigación no representa ningún peligro directo hacia su integridad física, psíquica, ni a su privacidad, ya que es totalmente anónimo.
- D. **BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que los investigadores aprendan más acerca del Deficit Atencional y cómo esto es vivido por quienes viven día a día con este diagnóstico.
- E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Eduardo Bolaños y el debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando al teléfono celular 8616 35 83.
- F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para uso personal.
- G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento.
- H. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos) fecha

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149 REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.

CELM-Form.Consent-Form 06-08

3.2 Consentimiento Informados dirigido a docentes

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO
Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Escuela de Psicología

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Para ser sujeto de investigación)

Título del proyecto:

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre del Investigador Principal: _____

Nombre del participante: _____

- J. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Esta investigación constituye parte del proceso de creación del proyecto de Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica, del bachiller Eduardo Bolaños Mayorga.
Esta tesis tiene el propósito de conocer la percepción, vivencia y sentimientos que tienen niños y niñas diagnosticadas con el Trastorno de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad, sus padres de familia y docentes sobre el Trastorno de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad. Todo esto con el objetivo de conocer todo lo que implica dicho diagnóstico para así ayudar a construir intervenciones éticas y eficaces desde la psicología.
- K. ¿QUÉ SE HARÁ?:** Su participación como adulto consistirá en ser entrevistado/a una sola vez. Dicha entrevista tendrá una duración aproximada de entre una y dos horas. Y tratará sobre como perciben, cuales son las experiencias y el conocimiento de los y las docentes con respecto al Déficit Atencional.
- L. RIESGOS:** La participación en esta investigación no representa ningún peligro directo hacia su integridad física, psíquica, ni a su privacidad, ya que es totalmente anónimo.
- M. BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que los investigadores aprendan más acerca del Deficit Atencional y cómo esto es vivido por niños y niñas diagnosticadas, padres de familia y docentes.
- N.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Eduardo Bolaños y el debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando al teléfono celular 8616 35 83.

- O. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para uso personal.
- P. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento.
- Q. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- R. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos) fecha

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESIÓN DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149 REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.
CELM-Form.Consent-Infom 06-08