



Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Escuela de Psicopedagogía

TFI

**Medicalización Infantil en Niños con Diagnósticos de TDAH y TEA.
Influencias de las Intervenciones Psicopedagógicas en Contextos Sociales
Vulnerables. Misiones, Argentina.**

Alumno:

María Emilia Romero

N° de Legajo: 28139

Director: Marcela Isabel Sivila

Mayo, 2023

Índice

Resumen	4
Delimitación Del Objeto De Estudio	5
Definición Del Problema	5
Objetivos General y Objetivos Específicos	6
Supuestos Básicos	6
Fundamentación	8
Antecedentes	9
Marco Teórico	14
Infancia y Niñez	14
Medicalización	15
Medicalización infantil.	18
Niños, con Diagnóstico de TDAH y TEA.	20
Intervenciones Psicopedagógicas.	25
Medicalización e Influencias Psicopedagógicas	28
Influencia del Contexto Social Vulnerable	30
Método	35
Diseño	35
Participantes- Muestra	36
Instrumentos-procedimiento.	36
Resultados	38
Discusión	48
Conclusión	55
Aportes y contribución de la investigación	56
Limitaciones de la investigación	56
Propuesta de intervención.	57
Proyecto de Intervención.	57
Referencias	64

Anexo	71
Formulario de consentimiento informado	71
Modelo de Entrevista	72
Mapa de la Provincia de Misiones	73

Resumen

Se buscó investigar sobre las intervenciones Psicopedagógicas con medicalización en Niños con Diagnóstico de Trastorno Déficit Atención Hiperactividad (TDAH) y Trastorno Espectro Autista (TEA), en la provincia de Misiones. Los tratamientos farmacológicos administrados en la infancia son un presente en la realidad actual. Es necesario como profesionales de salud mental que intervienen en los aprendizajes tanto formales como informales y siendo parte de quienes acompañan los procesos evolutivos humanos, considerar el impacto que estos tipos de tratamientos pueden tener en la constitución de los niños, sus personalidades y sus cuerpos, como también reflexionar nuestro rol frente a este fenómeno. Dicha problemática fue abordada en la presente investigación. La misma se llevó a cabo mediante un enfoque cualitativo, para el que se realizó entrevistas a psicopedagogos de esta provincia.

Abstract

We sought to investigate Psychopedagogical interventions with medicalization in Children with Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Autism Spectrum Disorder (ASD), in the province of Misiones. The pharmacological treatments administered in childhood are a present in the current reality. It is necessary as mental health professionals involved in both formal and informal learning and being part of those who accompany human evolutionary processes, to consider the impact that these types of treatments can have on the constitution of children, their personalities and their bodies, as well as reflect on our role in the face of this phenomenon. This problem was addressed in the present investigation. It was carried out through a qualitative approach, for which interviews were conducted with psychologists from this province.

Palabra Claves:

Medicalización infantil- Intervenciones Psicopedagógicas- Contexto Social Vulnerable- Misiones.

Delimitación Del Objeto De Estudio

Definición Del Problema

En el marco de salud mental se considera como problemática de la realidad el incremento actual de la medicalización de infantes, debido a ello, y a la incidencia e implicancia de los psicopedagogos en esta trama, se constituye la presente investigación. La relevancia de esta problemática reside en la observación de una frecuencia y demasía en medicalizaciones destinados a los infantes, a los cuales muchas veces se llega por medio de la solicitud de los psicopedagogos, en busca de una mejoría del desarrollo infantil, pero ignorando tal vez el impacto que podrían tener los fármacos en los niños. De esta manera este estudio pretendió responder a la siguiente pregunta de investigación ¿Qué impactos posee la medicalización infantil en niños con diagnósticos TDAH y TEA y cómo influyen las intervenciones psicopedagógicas en conjunto con esas medicalizaciones?

Así mismo, se pretendió poner en cuestión si es realmente efectivo medicalizar a los niños en pos de un diagnóstico y para quién lo es, es decir, a quién debe responder el niño con su conducta. Entendiendo que la escuela es uno de los ámbitos en el cual el psicopedagogo está inmerso, como también es el lugar de enseñanza y aprendizaje destinados a escolarizar la población infantil, y además, es el actual escenario para la detección de diagnósticos TDAH y TEA en niños, debemos cuestionarnos sobre nuestro rol frente a esta problemática, poniendo en duda si es eficaz y positivo el diagnóstico temprano en el niño, o si por el contrario, hay que evitar caer en la facilidad de rotular con diagnóstico debido a síntomas que en la actualidad este presentando. Del mismo modo, se debe buscar invitar a los actores escolares y tutores del niño, a ver al niño en su totalidad. Desde la psicopedagogía se debe acompañar los procesos de aprendizaje de los niños, conocerlos, mirarlos, contenerlos, darle lugar para su expresión y desarrollo. La niñez e infancia, es una etapa en la que el ser humano está en estado de vulnerabilidad. Esta vulnerabilidad aumenta ante condicionantes externos e internos. En los niños, siendo cerebros, cuerpos e identidades en formación, se ha de tener un especial cuidado sobre su desarrollo para una evolución lo más óptima posible, que supere barreras, pero que lo haga sin incidir de forma nociva en el mismo.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la medicalización infantil en niños con trastorno TDAH y TEA y la influencia de las intervenciones psicopedagógicas.

Objetivos Específicos

- 1- Describir los trastornos de TDAH y TEA en la etapa infantil.
- 2- Caracterizar el proceso de medicalización y sus efectos en niños diagnosticados con TDAH y TEA.
- 3- Indagar las intervenciones y el rol psicopedagógico en niños con trastornos TDAH y TEA.
- 4- Explicitar el impacto entre las intervenciones psicopedagógicas y la medicalización en niños con TDAH y TEA.

Supuestos Básicos

La niñez es una etapa de la vida en donde el ser humano se halla en estado de vulnerabilidad y bajo cuidados de adultos que han de velar por su integridad y bienestar. Actualmente se manifiesta un aumento de la medicalización en niños, entre ellos aquellos diagnosticados con TEA y TDAH, actividad que consecuentemente impacta en la construcción de estas subjetividades infantiles.

- 1- Existe un aumento de la medicalización en niños, diagnosticados con TEA y TDAH, que impacta de forma negativa en la construcción de estas subjetividades infantiles.
- 2- El aumento de la medicalización en niños, diagnosticados con TEA y TDAH, no interfiere en la construcción de estas subjetividades infantiles.
- 3- Las intervenciones psicopedagógicas en niños diagnosticados con TEA Y TDAH medicalizados, posee un alto beneficio en ellos.
- 4- Las intervenciones psicopedagógicas en niños diagnosticados con TEA Y TDAH medicalizados, poseen poca influencia en ellos.

Luego de la investigación realizada, se reafirma el supuesto planteado de que las intervenciones psicopedagógicas en niños con TEA y TDAH posee un alto beneficio en ellos, tanto medicalizados o no, siendo sumamente importante para su desarrollo evolutivo y sus aprendizajes, por las herramientas que el niño puede adquirir para seguir desarrollándose y avanzado en su vida. Así también, se reafirma que la medicalización tiene influencia en la construcción de las subjetividades de los niños, lo cual está condicionado por el acompañamiento y desempeño del entorno directo del niño en este procedimiento, como ser el compromiso y responsabilidad familiar, como también del profesional que asiste al niño con este diagnóstico. Así también se puede considerar que los efectos secundarios están presentes durante este proceso de medicalización, aunque no se sabe con certeza si esto afecta de manera duradera, permanente e irreversible al niño medicalizado.

Fundamentación

Debido al crecimiento actual de la medicalización infantil y la implicancia del psicopedagogo en esta cuestión, es pertinente inmiscuir sobre este tema. Este problema es de suma importancia por el impacto directo que tiene sobre los infantes y su subjetividad. Por tal motivo como agentes de salud mental no se puede desconocer e ignorar dicha actividad, es por ello que amerita desde la psicopedagogía investigar acerca de esta cuestión actual que es de gran relevancia en la vida infantil.

El incremento de diagnósticos que se observa en el presente, puede deberse a la practicidad de encontrar determinados patrones de conductas clasificadas en los manuales de diagnósticos, tales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastorno Mentales 5ta. Edición (DSM-5) y Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), de los cuales algunos niños por derivaciones a consultas médicas neurológicas, terminan siendo medicalizados. Por las sintomatologías que caracterizan a estos trastornos, se ha recurrido a psicofármacos como tratamiento para los niños diagnosticados de TDAH y TEA, lo cual en la actualidad genera diferencias y posturas diversas entre los profesionales de la salud mental y esto por diversas razones. Es menester, como profesionales de la salud mental, ser conscientes de este fenómeno, como así también evidenciar el incremento de dicha práctica y su consecuente impacto actual y futura que puede tener en la formación subjetiva de los infantes y sus familias.

Esta investigación se focalizó en la medicalización infantil y las intervenciones psicopedagógicas en Niños con Diagnóstico de TDAH y TEA en la provincia de Misiones. La misma se realizó mediante el enfoque cualitativo, por lo cual se efectuó entrevistas a psicopedagogos de la provincia de Misiones, buscando explorar sobre las intervenciones psicopedagógicas y medicalización en niños con diagnósticos de TEA y TDAH. La orientación de este estudio se debe que en la actualidad se vislumbra un posible crecimiento de la medicalización infantil, el cual incide en la infancia y en donde los psicopedagogos, siendo agentes de salud mental se hallan dentro de esta trama. Dicho fenómeno constituye una problemática de la realidad debido a la influencia que puede tener en una población vulnerable como son los niños.

Antecedentes

Campolongo (2015) presentó un proyecto de investigación descriptivo y exploratorio, de análisis cualitativo, titulado “Niños medicalizados”. El mismo se llevó a cabo en el Hospital P. Piñero. Tuvo como objetivo general investigar el concepto de infancia y medicalización para posteriormente indagar la representación de los profesionales de la salud mental de esta institución sobre medicalizar a niños que consultan en dicha institución. En principio, la cuestión abordada fue el aumento de diagnósticos psiquiátricos y de la indicación de tomar psicofármacos en su práctica clínica. Este estudio tiene una metodología cualitativa por cual se realizó entrevistas a profesionales de dicho Hospital, los cuales están en la coordinación de la atención de los pacientes infantiles. Del análisis cualitativo de estas entrevistas se concluye con la reafirmación de la hipótesis que sostiene que la patologización del fracaso y por ende el uso de psicotrópicos, es producto de múltiples efectos de la época que inciden en la práctica clínica. Sin embargo, los profesionales entrevistados del Hospital Piñero, expresan que la respuesta a la demanda de medicalizar a los niños no es satisfecha en esta área del sector público, pero sí aluden que es una práctica que se ejerce con mayor frecuencia en el sector privado.

Izquierdo (2010), por su parte, inquirió en los factores que intervienen en la creciente patologización y medicalización infantil en el contexto escolar, siendo este su objetivo principal. Este análisis se realizó en las escuelas llamadas de contexto crítico. También pretendió problematizar que la medicalización en la infancia tiene un ámbito específico en el cual parece ser detectado, este lugar lo constituye la escuela. La técnica de revisión bibliográfica utilizada en este estudio fue la estrategia metodológica. Además, utilizó fuentes secundarias que muestran información de corte cualitativo y datos cuantitativos. Esta investigación concluyó que la desatención en la infancia responde a un problema social que viene siendo redefinido y analizado en términos médicos.

Por otra parte, Dos Santos & Zambenedetti (2018) realizaron una investigación por medio de la revisión de literatura sistemática acerca del “Fenómeno de la medicalización relacionada al contexto de la salud mental”. El método recurrido ha sido la búsqueda de artículos en la base de datos Scielo y Pepsic, para el período que comprende el año 2000 y 2015. El análisis de los datos fue contemplado por el referencial analítico institucional. En los resultados buscaron identificar las comprensiones acerca de la medicalización y discutir las diferencias entre medicalización y medicamentación. Por otra parte, analizaron el proceso de medicalización, y aquellos objetos que lo atraviesan como el saber biomédico, psiquiatría biológica e industria farmacéutica, participación social y modelos de atención. Como resultados

obtuvieron que el concepto de medicalización, en sus diferentes modos, viabiliza movimientos de desnaturalización en las prácticas en salud mental, permitiendo inquirir en las relaciones de saber y poder establecidas.

Además, Torricelli (2008) realizó un estudio llamado la medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos. El cual tuvo como objetivo examinar mediante un enfoque sociológico y con la contribución de un equipo interdisciplinario el proceso de medicalización/medicamentación de la infancia. El mismo consta de un enfoque cualitativo. Las técnicas de recolección de datos utilizadas fueron entrevistas semiestructuradas y grupos focales, además obtuvo datos proporcionados por la confederación farmacéutica Argentina (COFA) para indagar sobre el registro de metilfenidato y atomoxetina por provincia para el año 2006. Entre otros resultados concluyó que en general, la decisión de medicalizar o no medicalizar al niño, se ve influenciada tanto por la familia, como el tipo de profesional que atiende al mismo y la escuela a la que asiste junto con el concepto de sus docentes.

Así también otra investigación es la tesis de grado de Fonseca (2015) llamada "Trastorno del espectro del autismo: ¿Inventar individuos para medicalizar lo normal?". La misma tuvo como objetivo problematizar sobre las nuevas prácticas y maneras de abordar al Trastorno del Espectro Autista, relacionadas con la creciente medicalización de comportamientos de individuos con este diagnóstico. Buscó demostrar que estos diagnósticos se ajustan al sistema de categorización creados por especialistas e instituciones que lo avalan y analizar dichos procesos de producción sociales y etiquetas creadas por los expertos. El enfoque metodológico utilizado fue de tipo cualitativo apoyado en un estudio exploratorio descriptivo en donde se acudió al análisis de aportes de diversos autores, articulando conceptos y procesos históricos. Así también, se reflexionó sobre los fenómenos actuales expuestos en estos estudios, concluyendo que la medicalización de lo no patológico, la cual viene acompañada de la invención de clasificaciones, tales como las que se encuentran en el DSM - 5, se combina con la articulación de prácticas profesionales e instituciones que legitiman el hecho de inventar individuos para medicalizar lo normal.

La siguiente investigación es la de Figueroa Duarte (2016) con el nombre de "Construyendo espacios para el desarrollo de la creatividad y habilidades de alfabetización crítica". Una alternativa para la patologización y medicalización de los problemas en la infancia". Este estudio tiene como objetivo brindar una manera de abordar alternativas para la medicalización de las dificultades o problemas del desarrollo. Para llevarlo a cabo, en una primera etapa se utilizó una metodología cuantitativa y en la segunda una cualitativa. En la primera se empleó una base de datos de expedientes clínicos, identificados dentro de la

categoría diagnóstico de TDAH. La segunda etapa, se enfocó en el desarrollo de talleres de expresión creativa. Como resultados se obtuvieron que, en la primera etapa, los estudios reflejaron que al no tener en cuenta las condiciones de vida de los pacientes y sus familias, los médicos generen sobrediagnósticos y mediquen de manera inoportuna asuntos que posiblemente solo tienen raíz social. En la segunda etapa se encontró que diseñar un programa haciendo uso de actividades creativas y del arte, permitía a estos niños a querer explorar y experimentar, lo cual reforzaba su autoestima y el deseo de aprender, además se expone que al tratar de esta manera la vida de los mismos, se contribuye a su educación integral. Por último, este estudio concluye afirmando que se debe atender los problemas de salud mental infantil con un enfoque de desarrollo humano, y que por ello es necesario trabajar en concientizar de esto a los actores involucrados, como lo son el personal de salud, médicos y maestros, entre otros.

Por otra parte, “La cara oculta del TDAH”, es un estudio de Galarza (2016) que tuvo como objetivo exponer los significados que se han construido socialmente en torno a dicho cuadro. En esta investigación se buscó esclarecer prácticas interpretadas desde un paradigma reflexivo y crítico, considerando cómo dichos significados influyen en el comportamiento de padres, profesionales de salud mental, profesores, y todos los involucrados en el desarrollo del niño con TDAH. La metodología utilizada para esta investigación fue la revisión de artículos de enfoque cualitativo constructivista. Las conclusiones que se obtuvieron fueron la de invitar a reflexionar sobre el papel que juegan los actores implicados en la práctica de salud mental infantil, debido a la influencia que puede tener un diagnóstico psicopatológico en la construcción de la identidad de la persona.

Hay que mencionar el siguiente trabajo de investigación es el de “Psicofármacos y niños de escuela primaria: perspectivas de directivos escolares” de Bruno et al. (2016). Tiene como objetivo estudiar la problemática relacionada al tratamiento con psicofármacos de niños que asisten a instituciones escolares de nivel primario, en la ciudad de Rosario, Argentina. El enfoque metodológico utilizado es el cualitativo. Se utilizó como instrumento de recolección de información la entrevista, las mismas fueron realizadas a directivos de las escuelas de distintas zonas de esta ciudad. Como resultado se obtuvo que el diagnóstico más frecuente en las escuelas es el de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y que, respecto a ello, los profesionales intervinientes en esos casos solamente solicitan un informe escolar al inicio, pero no durante el tratamiento. También se expone que los directivos no están de acuerdo con la medicación de estos niños, pero reconocen los cambios favorables generados por este tipo de intervención en algunos de los alumnos.

Otra investigación fue la de Leiva Nápoles y Orrú (2015) llamada “El peligro de la sobrevaloración del diagnóstico para la vida educacional de niños con autismo” que tuvo como objetivo comprobar cuál era el pensamiento que tenían los docentes acerca del diagnóstico clínico y la repercusión socio-educacional de este sobre los niños con necesidades especiales. Se trató de una investigación cualitativa realizada en el área de la educación. El método utilizado fue el de la investigación documental de textos internacionales que abordan la cuestión de los derechos de personas con deficiencias sin discriminación o segregación social. El análisis señaló que existe una tendencia a sobrevalorar el diagnóstico clínico, lo que puede incitar a la desatención del proceso de aprendizaje de los alumnos con autismo. Del estudio se concluyó que estos niños tienen posibilidades de aprendizaje y los educadores deben crear una organización que favorezca un medio social y educativo, posible de llevar a un aprendizaje real y duradero a todos los alumnos.

Para finalizar, otro de los antecedentes de investigación fue el de los autores Bianchi et al. (2016) nombrado como “La medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014)”. Los estudios realizados aquí tuvieron como objetivo abordar los modos en que la industria farmacéutica transnacional se inmiscuye en diversos espacios sociales, por medio de estrategias de marketing, con el fin de consolidar procesos medicalizadores en los actores y grupos de la sociedad. Buscaron describir e indagar la incidencia que tiene dicha industria en los grupos de apoyo al TDAH en Brasil como también la manera de intervenir en Argentina, por medio de actores destacados en los sectores de la salud y educación. La metodología utilizada fue el análisis de investigaciones realizadas en Argentina, además de la realización de entrevistas semiestructuradas individuales y grupales a profesionales de la salud, docente y de investigación en el sector público y del subsector privado. Así también, para realizar el análisis de los grupos de apoyo al TDAH en Brasil, tomaron resultados de diversas investigaciones, analizando bibliografías acerca del TDAH, la hiperactividad y el metilfenidato y de igual forma utilizaron la técnica de entrevista semiestructurada a sujetos que habían sido usuarios del metilfenidato, emplearon la técnica de observación participante y entrevistas semiestructuradas a profesores y profesionales de la salud. Como resultados, obtuvieron que la presente globalización del TDAH se configura con características distintas en cada país y con la incidencia diferentes de los actores involucrados. En el caso de Argentina, la incidencia de la industria farmacéutica continúa con estrategias de marketing, teniendo como destinatario principal al médico, e involucra a otros actores no médicos, como los docentes y los padres de los niños diagnosticados. En Brasil, se unieron centros de investigación, laboratorios farmacéuticos y grupos de pacientes para difundir los conocimientos biomédicos sobre el

TDAH por medio de movimientos y publicaciones de reacción a lo que se ha designado la medicalización de la vida cotidiana.

Marco Teórico

Infancia y Niñez

Según Craig (2009) la definición de infancia y la concepción de niñez fue cambiando a lo largo de los siglos, dependiendo del contexto sociocultural de la época y también de la parte del mundo en que se encuentre. No siempre la etapa de la niñez fue reconocida como tal y en ciertos períodos de la historia hasta se la consideró inexistente. Recién en el siglo XVII, se comenzó a distinguir la niñez como un periodo de inocencia, e inició la protección a los niños del mundo adulto, pensamiento que tuvo mayor relevancia en el siglo XVIII, y se terminó por afianzar en el Siglo XIX, cuando se promulgan leyes tocantes al trabajo infantil y a la enseñanza obligatoria. Es por ello que actualmente se encuentra vigente un tratado llamado la *Convención Internacional de los Derechos del Niño* que fue firmado en 1989 por países de todo el mundo, en donde se establece que los niños son reconocidos como sujetos de derecho, es decir que cuentan con una ley que los ampara, reconoce sus derechos y velan por su integridad. En este sentido, según el artículo 1 de la Convención de los Derechos del Niño brindada por la UNICEF (2006), se considera niño a toda persona desde su nacimiento hasta los 18 años de edad, siempre y cuando no sea dado que por algún motivo haya adquirido antes su mayoría de edad.

Por otra parte, Jaramillo (2007) divide a la etapa de la niñez, en dos sub-etapas: la primera infancia que comprende desde la gestación del niño hasta los 7 años, caracterizada por los cambios veloces que se dan en el desarrollo de este período y porque se considera que de ella dependerá la evolución posterior del niño en las áreas cognitivas, conductuales, biológicas, socio afectivas, entre otras. Y la etapa de la segunda infancia, la cual pertenece a las edades de 8 a 10 años, y en donde considera a la educación básica como trascendental para la potencialización de capacidades y habilidades adquiridas o heredadas.

De igual manera, pero con algunas diferencias, Mansilla (2000) plantea que la etapa de la primera infancia corresponde al período de 0 a 5 años y se caracteriza por la dependencia, por tal motivo establece que tienen alto grado de riesgo en relación inversa a la edad, dando a entender que entre más pequeños sean mayor es el riesgo de morbo-mortalidad que los niños corren y debido a esta condición de riesgo, ella domina esta etapa como la edad vulnerable. Por otro lado, habla también de la etapa de la segunda infancia, y considera que corresponde a las edades de seis a once años y se caracteriza por la adquisición de habilidades sociales y el ingreso al mundo sociocultural. Además, esta autora habla de una categoría más, la adolescencia, reconociendo como tal a la población comprendida entre los 12

a 17 años y describiéndola como un período en el cual se vive cambios físicos, psicológicos y sociales muy importantes, como ser el crecimiento acelerado del esqueleto, la percepción de la autoimagen, su identidad social, el trato con los pares y su familia, la percepción de la autoimagen, entre otras. Por estas características observables en el desarrollo de dicha etapa, la autora reconoce dos sub-períodos intrínsecamente de la categoría adolescencia: los adolescentes primarios, grupo que comprende de los 12 a 14 años. Y los adolescentes tardíos, son aquellos que alcanzan las edades de los 15 a 17 años.

Por otro lado, Abud Rodríguez (2018), define a la infancia como la etapa donde han de asentarse las bases para el desarrollo de las capacidades, potencialidades y habilidades, por lo que las personas necesitan exclusivo cuidado y contención durante ese período. Así también, establece que la niñez adquiere contenido según la sociedad en la que los individuos se hallen inmersos e involucra una serie de valores, normas, saberes y creencias que son legitimadas por los actores involucrados. Expresa, además, que la niñez, es una categoría que tiene la característica de ser un espacio identitario por el que pasan todos los seres humanos pero que, en cierto tiempo, dejan de estar en esta etapa para pasar a otra categoría etaria. Aclara finalmente que la forma en que cada niño atraviesa este espacio de identidad, determinará la manera en que vivirá lo que resta y las futuras identidades que adquiera, de allí su importancia.

Desde su perspectiva, Carli (1999) habla de la infancia moderna, definiéndola como una construcción social relacionada con las transformaciones de la familia y la emergencia de la escolaridad. Los niños comenzaron a ser visualizados como una generación constitutiva de la población y la educación fue el mejor espacio para su inclusión. La escolaridad, al ser institucionalizada, fue impuesta como obligatoria y dio lugar a la aparición de un espacio específico para la educación de los niños, al emergente de un grupo de especialistas de la infancia y a la destrucción de otros modos de educación. De forma más específica, esta autora refiere que en Argentina la escolaridad obligatoria y la constitución de la escuela pública funcionó como un dispositivo de disciplina en los niños de los sectores populares, de la población nativa e hijos de la inmigración. Es así, que los niños comenzaron a ser vistos como sujetos y se vieron en medio de discursos, que oscilaron entre la protección, la educación y la represión.

Medicalización

Según Orueta Sánchez et al. (2011), la definición más aceptada sobre medicalización es la que la define como la conversión en procesos patológicos de situaciones que antes eran

consideradas como normales y que no tienen que ver con la medicina, sino más bien son asuntos de índole social o interpersonal, y que forman partes de otros campos, como la religión, la educación, la ley (Márquez y Meneu, 2007). Pero qué, sin embargo, la medicina en pos de su expansión de los últimos años, pretende abarcar muchos de estos problemas, para los cuales muy posiblemente no tenga respuestas que sean las más pertinentes. Dicha extensión de la medicina sobre las vidas de las personas puede observarse en la actualidad, entre otras cosas, en cuestiones como considerar necesario el control médico de etapas y condiciones de la vida como ser la adolescencia, el envejecimiento, menstruación, menopausia, entre otras. También en que problemas personales y sociales son considerados problemas médicos como, por ejemplo, la tristeza, el duelo, el insomnio, soledad, pobreza (Orueta Sánchez et al. 2011).

Por su parte, Stolniker (2013) define a la medicalización como aquella que analiza la articulación que se da entre lo institucional, lo económico, y la vida diaria en los procesos de producción. Esto refiere a que, en la actualidad, la medicalización busca comercializar con la vida y la salud, encerrando un problema dentro del encuadre de enfermedad o síndrome. En esta trama, los actores implicados son los médicos, especialistas, empresas de marketing, periodismo científico, corporaciones, y organizaciones apoyadas financieramente por la industria a la que pertenece. Es así, según esta autora, que se genera una cultura que busca la salud perfecta, siendo esta la nueva utopía. Mines (2014) en este sentido, refiere a que se debe privilegiar un enfoque de salud que priorice a las personas y su autonomía, prevaleciendo en la relación de médico-paciente el trabajo comunitario, fundado en el paso de conocimientos y herramientas que se puedan brindar, de esta manera se podría promover la desmedicalización.

Barcala et al. (2009), desde una perspectiva similar a Stolniker (2013) y Orueta Sánchez et al. (2011), declaran que actualmente la comercialización de los medicamentos está dirigida a problemas de la vida cotidiana, debido a que las compañías farmacéuticas precisan que las personas pasen a ser meros consumidores de pastillas por medio de convertir los altibajos de la vida en trastornos mentales. Todo lo cual, según estos autores, permite un control social de los individuos y de los grupos por medio de ser rotulados como enfermos o personas con riesgos. Así también, plantean que se ha naturalizado la difusión de fármacos como una solución a los problemas de conducta y atención, y es considerado como el principal tratamiento para estos problemas, tanto así que está implícito en el discurso familiar, escolar y médico. Además, manifiestan que los laboratorios producen psicofármacos ligados a diagnósticos como TDAH para transformar a niños desatentos e inquietos en potenciales

pacientes, haciendo uso de estrategias de marketing para su comercialización, y llegando a así, a los destinatarios principales, los cuales son los usuarios como pacientes/padres y/o familiares, la comunidad educativa, como ser docentes y los gabinetes psicopedagógicos escolares, los médicos, siendo los psiquiatras infanto-juveniles y los neurólogos el centro de propagandas y privilegios por parte de los laboratorios, llegando a ellos desde diferentes tipos de apoyo en las organizaciones de eventos, congresos y/o conferencias. Y finalmente está destinado líderes de opinión, quienes son encargados de difundir los actuales hallazgos en relación con las enfermedades y/o síndromes y las viables terapéuticas, en las cuales se incluyen la medicación.

Por otro lado, es notable que al hablar de medicalización hay que hacer mención por consiguiente de los fármacos. Un fármaco, según Lynch (2009) puede ser cualquier producto biológico o químico que altera al organismo y su funcionamiento. Este es utilizado para el diagnóstico, el tratamiento, la curación o la prevención de una enfermedad, o para tratar afecciones que redunden en el funcionamiento o composición del organismo. Siguiendo en esta línea, está el psicofármaco, el cual es definido por Escalas et al. (2010) como un medicamento usado para el tratamiento de las enfermedades mentales como depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, etc. También se utiliza para las perturbaciones psíquicas que se presentan mediante síntomas o signos, por ejemplo, el insomnio, la agresividad, la angustia, entre otras. Estos psicofármacos sirven para operar en el cerebro regulando las alteraciones químicas que causan las enfermedades mentales. Por su parte, Pozo de Castro et al. (2005) exponen que los psicoestimulantes son los fármacos más utilizados en psiquiatría infanto-juvenil y que hay eficacia en su uso. A los psicoestimulantes que más se han recurrido son el metilfenidato, la anfetamina y la pemolina. Así también, estos autores explicitan que no se aconseja su empleo antes de los 6 años de edad, cuando el niño comienza la educación primaria, ya que no hay muchos estudios respecto del uso de psicoestimulantes en edad preescolar. Además, agregan que se recomienda hacer interrupciones del tratamiento descansando durante los períodos de vacaciones o durante los fines de semana, dependiendo de los síntomas que manifieste como de la tolerancia del entorno familiar a las conductas del niño, esto es debido a que su administración ininterrumpida durante largo tiempo puede generar tolerancia al fármaco, haciendo imperioso un incremento progresivo de la dosis para obtener la misma eficacia, lo cual puede producir potencialmente una detención del crecimiento. Finalmente, expresan que no existen contraindicaciones claras para su uso, los efectos secundarios son raros, transitorios, leves y tienen una gran variabilidad entre los individuos. Los más frecuentes son la irritabilidad, disminución del apetito e insomnio de conciliación. Sin embargo, aclaran que deben administrarse con precaución cuando hay antecedentes personales y/o familiares de tic, abuso de sustancias tóxicas o retraso en el

crecimiento. Siguiendo esta línea Loro-López et al. (2009), expresan que el metilfenidato actúa mayormente sobre la corteza prefrontal, a cargo en gran medida de los síntomas atencionales y manifiesta que, dependiendo de la dosis, este fármaco induce mejoras en medidas de atención, tiempo de reacción, memoria a corto plazo, impulsividad cognitiva, y aprendizaje de material verbal y no verbal. En cuanto a efectos sobre el comportamiento, dicen que se visualiza eficacia dependiendo de la dosis, en trastornos conductuales asociadas al TDAH, incluyendo impulsividad, conductas disruptivas y oposicionismo. Asimismo, y en concordancia con los últimos autores, expresan que muchos de los efectos secundarios son transitorios, siendo los más frecuentes en el uso de metilfenidato el insomnio, cefalea y gastralgia la disminución de apetito y, consecuentemente, pérdida de peso, y los menos usuales son los tics, labilidad o irritabilidad emocional. Para terminar, estos autores hablan acerca de un fármaco que es seguro y eficaz para el tratamiento del TDAH en niños, adolescentes y adultos. Este fármaco es la atomoxetina, el cual es un potente inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina y se recomienda su uso en casos de potencial abuso de fármacos, como también podría ser de elección para pacientes con trastornos por tics, ya que los disminuye. De igual manera, este fármaco tiene efectos adversos, que son principalmente digestivos como ser, epigastralgia, náuseas e hiporexia.

Por otro lado, Hervás y Rueda (2018), plantean que en el caso de tratamientos para personas con TEA, los fármacos más utilizados son el metilfenidato, guanfacina, clonacepam y clonidina, usados para agresión, agitación y problemas conductuales, también es utilizado la nacetilcisteína y naltrexona utilizados como estabilizadores del estado de ánimo. En caso de las alteraciones del sueño con problemas de conducta, las autoras declaran que las posibilidades terapéuticas con fármacos son melatonina, clonidina, trazodona y antihistamínicos. Así también, al presente, la risperidona y el aripiprazol, son los fármacos utilizados para las comorbilidades de conducta en personas con este diagnóstico, se supone que mejoran la irritabilidad, hiperactividad, conducta estereotipada, agitación y labilidad emocional. Respecto de los efectos secundarios, expresan que los más habituales son ganancia de peso, sedación y efectos extrapiramidales.

Medicalización infantil.

La presente investigación se focalizó en la medicalización infantil y las intervenciones psicopedagógicas en Niños con Diagnóstico de TDAH y TEA en la provincia de Misiones. Dicha provincia cuenta con una población de 1.280.960 habitantes, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC, 2022). La misma se realizó mediante el enfoque cualitativo, por lo cual se efectuó entrevistas a psicopedagogos de la provincia de Misiones, buscando explorar

sobre las intervenciones psicopedagógicas y medicalización en niños con diagnósticos de TEA y TDAH. Dueñas (2013) considera que sin tener en cuenta otras alternativas de tratamiento, los psicopedagogos recurren últimamente con frecuencia a este tipo de medicalización. Así también la misma autora plantea que no se tiene en cuenta lo psíquico y socio cultural de estos niños, ya que en las últimas décadas la sociedad en la que ellos se constituyen ha cambiado y con ello también cambió los modos de mirarlos y brindarles atención. De esta manera, pone en duda la supuesta necesidad de medicar a los niños y de igual modo, es apreciable indagar si desde la psicopedagogía hay tratamientos opcionales al tratamiento con fármacos que pueden responder a la demanda que requiere el diagnóstico dado en esos momentos. Como así también se establece que es relevante instruirse en la manera en que se brinda el diagnóstico, esto refiere a tener cuidado en las palabras que se transmiten, en las conductas y en el tipo de tratamiento que se realiza con el infante y la familia del mismo.

Por su lado, Savino Galia (2019), entiende que el fenómeno de la medicalización infantil ha crecido y se da en todos los sectores sociales, como así también, que la influencia de la industria farmacéutica hoy tiene mucho que ver en esta problemática, la cual tienen como fin que el consumo aumente y el mercado de expanda. Es ahí donde, según esta autora, nace la creación de enfermedades, de modo que se va definiendo un problema y se lo cataloga como enfermedad o síndrome distinguiendo algunas de las características como síntomas y para lo que se ofrecen una respuesta medicamentosa. La misma afirma que actualmente se buscan cuerpos dormidos que no generen resistencia, y se hace uso de una nomenclatura pseudocientífica para nominar el padecimiento psíquico. Expresa también que la medicalización abusiva en los cuerpos dóciles de los niños, el etiquetamiento y la clasificación de diagnósticos que el saber médico impone, por medio de políticas de salud, ha tomado fuerza en este último tiempo, catalogando al niño, sin tener en cuenta las vivencias históricas y sociales, expresando además que este modo de clasificar no es ingenuo, sino más bien responde a intereses ideológicos y económicos. Finalmente, dicha autora propone que, desde la psicología, la psicopedagogía y el trabajo social se habilite un espacio de reflexión a partir del cual se comience a pensar en el hecho que, en el presente, se tolera menos el movimiento de los sujetos, generando así discusiones acerca de los niños y la patologización que están padeciendo. Establece, además, que se debe reflexionar, sobre lo que se pone en juego en cada uno de los síntomas que los niños presentan, mirando la singularidad de cada uno y ubicando ese padecer en el contexto familiar y social en el que ese niño está inmerso. Refiere que es necesario indagar respecto de la historia del infante, conversar con él, dar valor a su palabra con el fin de no caer en diagnósticos tempranos desubjetivantes, en el que el niño quede borrado.

Siguiendo con Dueñas (2013), la misma hablo de “diagnostico etiqueta” refiriéndose a la influencia que este tipo de diagnóstico puede tener en la constitución subjetiva del niño, el cual también es sensible a la mirada que sobre él tienen las personas de su entorno. Así mismo, Janin (2016) expresa que los diagnósticos no deben funcionar como un sello estable ya que pueden ser temporales y por ese motivo se ha de tener cuidado con la imagen que personas significativas brindan durante el proceso diagnóstico al niño. Por el contrario, Fernández-Jaén et al. (2016) establecen la efectividad en los tratamientos farmacológicos sobre los síntomas del TDAH y que los pacientes que han recibido este tipo de tratamientos muestran en un corto plazo un mejor rendimiento global, que los que no lo han hecho. Asimismo, plantean que se deben efectuar nuevas investigaciones sobre los tratamientos no farmacológicos con mayor severidad en lo metodológico para comprobar así la eficacia de los mismos. De forma similar, Pozo de Castro et al. (2005) declaran que el tratamiento en niños con TDAH, debe incluir fármacos, junto con psicoterapia, intervención familiar y ajustes en lo pedagógico, debido a que este diagnóstico se caracteriza por una dificultad para mantener la atención, que puede ir acompañada también de una dificultad para controlar el nivel de actividad motora y los impulsos, lo cual afecta en los diversos entornos donde el niño desarrolla sus actividades, provocando problemas de rendimiento escolar y del comportamiento. Además, estos autores expresan que es indispensable proporcionar una información adecuada sobre los objetivos, potenciales beneficios y posibles efectos adversos a la familia y al paciente, y de esta manera contar con la colaboración de los mismos. Así también, en cuanto al tratamiento de niños con TEA, las autoras Hervás y Rueda (2018), manifiestan que solo en casos de niños que presentan episodios de agresividad puede hacerse uso de intervenciones farmacológicas ya que hay evidencia de efectividad en su uso, pero debe realizarse junto con un plan detallado de intervenciones psicoeducativas, multidisciplinarias y de intervenciones sociales en los diferentes contextos en los que vive la persona con TEA.

Niños, con Diagnóstico de TDAH y TEA.

El *Trastorno del Espectro Autista* (TEA) es uno de los trastornos del neurodesarrollo que se encuentran en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (2014), según el cual se caracteriza por la manifestación de patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, como también por deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social en diversos contextos. Estos síntomas han de estar presentes en los inicios del período de desarrollo y causan un deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual. Dichas alteraciones no se justifican por la discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo.

Por su parte, Bedia et al. (2006), declaran que el autismo es un trastorno grave del desarrollo de origen prenatal, que afecta a la persona durante toda su vida y plantean la importancia de la detección precoz antes de los tres años, la cual puede marcar la diferencia entre un pronóstico favorable o desfavorable, como así también, establecen que si el diagnóstico precoz va seguido de una intervención temprana, el pronóstico será mejor, especialmente en el control del comportamiento, las dificultades de comunicación y las habilidades funcionales en general.

Por otro lado, Hervás et al. (2012) expresan que los niños con TEA, en su etiología y presentación clínica encierran un grupo heterogéneo de trastornos, que comienza en la infancia y duran toda la vida, teniendo en común la afectación en la comunicación social y la presencia de patrones repetitivos y restrictivos de la conducta. Aclaran que, si bien se desconocen la etiología del TEA, este es de etiologías múltiples, aunque la etiología genética es la más sostenida como también se sabe que existen diferentes mecanismos genéticos en TEA y que los niños con este diagnóstico tienen fenotipos similares. También, al igual que Bedia et al. (2006), hacen referencia a la importancia de la detección precoz del TEA, estableciendo que la misma debe realizarse por medio del uso de instrumentos, seguimiento del desarrollo del niño, el reconocer los signos de alertas específicos e instaurando un programa de tratamiento temprano, para todos los entornos en donde vive el niño. Lo cual puede mejorar la adaptación funcional a su entorno, mejorar el pronóstico de los síntomas y las habilidades cognitivas. Además, agregan que, según estudios recientes, la prevalencia de TEA sigue en incremento, como también que en la primera infancia no existen alteraciones evolutivas muy marcadas, estos niños están educados en educación común. Por último, especifican que más del 62% de la población TEA tiene una capacidad intelectual dentro de la normalidad con un CI mayor o igual que 70, de los que un 38% tienen un CI mayor o igual que 85, como también manifiestan que la discapacidad intelectual asociada a TEA es más prevalente, en chicas que, en chicos.

Desde otra perspectiva, Vargas Baldares y Navas Orozco (2012) definen al autismo como una difusión física del cerebro lo cual perturba la integración, coordinación y sincronización entre distintas áreas cerebrales. Esto se traduce en las alteraciones propias de este trastorno, como lo son la ausencia de flexibilidad en el comportamiento y razonamiento del cerebro, la interacción social, y la comunicación. Dichos síntomas por lo general se presentan durante los inicios de la niñez, alrededor de los 3 años y se extienden toda la vida. Las autoras establecen que, si bien no hay cura, se puede promover un desarrollo respectivamente normal, como también reducir las conductas no deseables por medio de tratamientos y cuidados provechosos para este trastorno. Los tratamientos para sujetos con TEA suelen ser cognitivos

y conductuales, Cuxart (2000) plantea que los mismos abarcan las áreas de relaciones personales, tareas estructurales, comunicación, atención e imitación, como también autonomía personal y social. Sin embargo, también expone que no todos los trastornos conductuales se pueden resolver con estos tratamientos y que es por ello que en muchos casos se acude a la psicofarmacología para desarrollar conductas moduladas, mediante factores biológicos.

Finalmente, Hervás y Ruedas (2018) manifiestan que los niños con TEA, suelen mostrar problemas en su flexibilidad cognitiva, organización y planificación por lo cual se les dificulta anticipar situaciones y responder de una manera óptima ante una situación no esperada, es por ello, que pueden responder con estrés y desregulación emocional, ya que hay una asociación entre las demandas del entorno y las respuestas fisiológicas en el cuerpo de los niños con este diagnóstico. Especifican que la desregulación emocional y la hiperreactividad se relacionan con una menor respuesta al entorno, se encierran en sí mismos, pudiendo llegar a estados mutistas o catatónicos. También expresan que la raíz de muchos comportamientos inadecuados de las personas con TEA, es por las dificultades de entender intenciones y pensamientos de otras personas, de comprender y adaptarse a las necesidades del entorno. Además, generalmente está alterado en ellos la empatía cognitiva, siendo esta la capacidad de comprender los pensamientos que lleva a otras personas a determinadas emociones, pero la empatía emocional, entendida como la capacidad de sintonizar emocionalmente con las emociones de otras personas, está más resguardada. Los niños con TEA, debido a la falta de empatía y de comprensión de las emociones, puede presentar conductas inadecuadas, inclusive agresivas, pensando que es una experiencia agradable para la otra persona, estas cogniciones incorrectas pueden conducir a conductas desinhibidas cuando son más mayores. Aspectos cognitivos del TEA relacionados con problemas de conducta.

Así también, dichas autoras describen aspectos que pueden vincularse con TEA, como la ansiedad la cual puede ser ansiedad fóbica, ante estímulos a los que previamente se han sensibilizado, ansiedad generalizada ante situaciones nuevas que no sepan afrontar o ansiedad social. Debido a la dificultad para expresar emociones, es difícil poder identificar esta ansiedad en ellos como también para ellos es difícil que puedan pedir ayuda en estas situaciones. Así también, están los episodios depresivos donde, lo único que puede reconocerse en ellos es un comienzo brusco de irritabilidad y alteración conductual. Siguiendo con estos aspectos vinculados al TEA, están los episodios psicóticos que tienen base en sus dificultades de comprensión social, en ocasiones están relacionados con el estrés, también lo más habitual es la aparición de ideas sobrevaloradas autorreferenciales o malinterpretación de las intenciones de otras personas, experiencias sociales o contextos. Finalmente, exponen que

un 40-80% de niños con autismo presentan dificultades para dormir, estas alteraciones del sueño y del apetito, malestar y cansancio también se asocian a empeoramiento conductual, inclusive en ocasiones, ante el dolor de cualquier tipo, cuando no son capaces de reconocer la sensación o identificar el lugar del dolor, o no saben comunicarlo puede generar que tengan conductas inesperadas (Hervás y Ruedas, 2018).

Por otra parte, el DSM-5, (2014) define al *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* (TDAH) como un trastorno del neurodesarrollo de origen neurobiológico, caracterizado por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por Inatención e Hiperactividad e Impulsividad. En Argentina, según los datos que se provee en el proyecto de la "Creación programa nacional de tratamiento integral e interdisciplinario de las personas con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad" propuesto por el Congreso Nacional de la Nación (2019), el TDAH compromete entre un 2 y un 5% de la población infantil, con lo cual se estima que uno de cada 20 niños está diagnosticado con TDAH. En este sentido, Arco Tirado et al. (2004) definen al TDAH como un trastorno del desarrollo del autocontrol, conformado por dificultades en el control de los impulsos, atención y exceso de actividad motora. Estos síntomas pueden afectar tanto la vida escolar como social de los niños, esto se manifiesta como ser cuando la inatención afecta el trabajo en clase y rendimiento académico, mientras que los síntomas impulsivos pueden llegar a quebrar con reglas familiares, educativas y/o interpersonales.

De la Peña Olvera (2000), declara que anteriormente el TDAH se lo nombraba como disfunción cerebral mínima, trastorno hiperquinético, hiperquinesia, entre otros. Este autor, sin embargo, definió al TDAH como una enfermedad crónica, la cual comienza en la infancia y que en la mayoría de los casos persiste en la adolescencia y en la vida adulta. Expresa, además, que es uno de los problemas de salud mental más frecuente en la población pediátrica y que se caracteriza por una tríada sintomatológica de inatención, hiperactividad e impulsividad que causan deterioro en el funcionamiento familiar, académico, social o laboral. Así también, expone que el tipo de tratamiento para disminuir síntomas, debe ser multisistémico, es decir, farmacológico y psicosocial, incluyendo terapias psicopedagógicas, cognitivas, conductuales, neuropsicológicas y familiares entre otras. En cuanto, al tratamiento farmacológico, expresa que los que priman son los estimulantes, principalmente el metilfenidato.

Rodillo (2015), define al TDAH como un trastorno neurobiológico frecuente. Esta autora manifiesta que el mismo tiene un fuerte componente genético, con múltiples genes involucrados, los cuales interactúan con factores ambientales y neurobiológicos, lo que conlleva a una heterogeneidad del cuadro clínico. También expresa que los descubrimientos más sólidos

apuntan a una disfunción, dimorfología y baja conectividad de múltiples redes, fronto-estriatal, fronto-parietal y fronto-cerebelar, que es lo que se visualiza en los distintos aspectos cognitivos afectados en TDAH, como la atención, inhibición, percepción del tiempo y aversión a la espera. Afirma, además, que el TDAH no se resuelve en la adolescencia, pero cambian sus manifestaciones, su complejidad y potencial de daño. Por último, expresa también que el diagnóstico de TDAH es complicado por su alta heterogeneidad clínica.

Según Soutullo Esperón y Diez Suarez (2007) el TDAH, es un trastorno de origen biológico, que se puede producir por múltiples causas, pero la causa principal es la genética, esto quiere decir que, si el padre o la madre tienen TDAH, el riesgo de tenerlo es mayor. Este trastorno ocasiona un deterioro sustancial en la capacidad del niño de desarrollarse en el ámbito académico, familiar y social. Las dificultades observables en los niños con TDAH, se condicen con alteraciones cerebrales en los mismos. Diversas investigaciones, han hallado que las regiones cerebrales afectadas se manifiestan en la corteza frontal, el cuerpo calloso y en los ganglios basales. Estas áreas cerebrales están relacionadas justamente con la memoria de trabajo, la atención y la inhibición de respuestas, como es el caso de la corteza cerebral. Del mismo modo, dichas áreas están implicadas en el control de impulsos, por lo cual coordinan la información que llega de otras regiones del cerebro y la filtran, inhibiendo también respuestas automáticas. Estos autores advierten que el tratamiento adecuado es el que incluye la combinación de medicación, tratamiento conductual y apoyo familiar, social y escolar, dejando en claro además que, se debe asumir el riesgo de aplicar tratamiento farmacológico al niño con TDAH, ya que esto es mejor que no asumir dicho riesgo.

Por otro lado, y distanciándose de los últimos autores, Fernández (2015) refiere acerca de cómo algunos factores gestacionales y perinatales perturban el neurodesarrollo y facilitan así la aparición de síntomas propios del TDAH. De esta manera, hace mención de la teoría de la programación fetal en relación con dicho trastorno, la cual explica que el sistema biológico del bebé durante la vida fetal, se adapta a lo externo del ambiente, durante etapas de alta sensibilidad del desarrollo. Por lo cual, si hay estrés en unos momentos del transcurso de la vida fetal, algunas áreas cerebrales evolucionarían programadas para una situación de estrés permanente, lo que da lugar a la conducta desadaptativa que se observa posteriormente en los niños con TDAH. Además, la misma autora evoca estudios en los cuales se observa una correspondencia de la ansiedad materna del tercer trimestre y las alteraciones de problemas y conductas emocionales en la primera etapa de la niñez, exponiendo que es trascendente la ansiedad prenatal ya que tiene efectos a largo plazo, como de igual manera lo tiene la exposición al alcohol, tabaco, pesticida y otros tóxicos, todo lo cual aumenta el riesgo del

desarrollo del TDAH. Este autor, refleja una postura alejada del tratamiento con fármacos, presentando estudios que reflejan que si bien inicialmente hubo mejoras en el tratamiento con metilfenidato (MTF), a lo largo de los años esta medicación no mejoró realmente a los pacientes con este trastorno, y en esos años muchos de los mismos mantuvieron la intensidad igual o más severa de los síntomas (hiperactividad, déficit de atención e impulsividad), teniendo como conclusión que es lo mismo tomar la medicación o no hacerlo. Entre los efectos adversos que han tenido y puede tener el tratamiento con este fármaco se muestra la hipertensión, irritabilidad, insomnio, taquicardia, letargo, pérdida de apetito, retraimiento social, dolor de estómago, incluyendo una disminución de la velocidad de crecimiento. Además, estos estudios demuestran como tratamiento eficaz, la terapia no farmacológica, enfocada en la educación parental, que busca seguir el modelo de la teoría del apego, en donde se prepondera las conductas positivas, empáticas y de apoyo por parte de los padres de niños con TDAH, potencializando la expresión de afecto, el consuelo, la comprensión y la sensibilidad como respuestas al niño, y reforzando así un vínculo seguro y permitiendo la autorregulación emocional. Por último, este tipo de tratamiento incluye la psicoeducación y la importancia de tener hábitos saludables en la vida, como la alimentación, paseos, juegos libres y deportes.

Intervenciones Psicopedagógicas

La intervención psicopedagógica refiere a un conjunto de actividades que aportan para la solución de determinados problemas, como también prevenir otros, colaborar con distintas instituciones y organismos para que la enseñanza y educación sean cada vez más dirigida a las necesidades de alumnos y sociedad en general. Además, se actúa desde diversos campos como la orientación y la intervención psicopedagógica, que encierran a un conjunto de conocimientos, metodologías y principios teóricos que facilitan la ejecución de acciones preventivas, correctivas o de apoyo, desde múltiples áreas, modelos y principios, dirigiéndose a diversos contextos (Henoa López et al. 2006).

Así también, Martínez Dueñas (2008) define la intervención psicopedagógica como un conjunto de procesos y procedimientos, por lo cual esta autora aclara que no puede ser realizada de forma aislada, mediante una sola técnica o línea de acción. Así mismo, Martínez Dueñas (2008) establece que la intervención psicopedagógica debe basarse en los principios de la libertad de actuación por parte del orientador y la intencionalidad del sujeto. Esto quiere decir que el orientador no ha de actuar bajo parámetros rigurosos, sino más bien se ajustará a la persona que lo necesita, como así también que la persona quiera ser ayudada. Además, otro principio relevante en la intervención psicopedagógica planteado por esta autora, es el del trabajo interdisciplinario, puesto que por un lado se estudian los procesos conductuales y

evolutivos y por otro, se estudia el impacto en los procesos de enseñanza-aprendizaje, aunque siempre se debe evitar apropiarse de funciones de otros profesionales.

Mateo (2005) propone que las mejores formas de intervención en el TDAH, son por medio de procedimientos de modificación de conductas, las técnicas cognitivas-conductuales y el tratamiento farmacológico. Pero plantea que una combinación de estos tratamientos es lo que alcanza mejor resultado a medio y largo plazo. En cuanto a la realización de las técnicas de modificación de conducta (TMC) lo que se presenta es un conjunto de estrategias que utilizan el refuerzo y el castigo para establecer o incrementar las conductas deseadas y reducir o eliminarlas conductas inadecuadas. Además, propone técnicas de manejo de contingencias, lo cual promueve la atención, la obediencia y también puede ayudar a reducir los comportamientos disruptivos e hiperactivos. En cuanto a las intervenciones farmacológicas, considera que las mismas debieran ajustarse a las particularidades y necesidades de cada niño. No siendo esta una intervención única sobre el infante, sino priorizando que el mismo aprenda una serie de habilidades que le permite autorregularse, además de intervenir con las medicalizaciones correspondientes. Así también, expone la importancia del trabajo y colaboración conjunta entre los ambientes en los que el niño se forma, como ser la clínica-hogar-escuela en dicha intervención.

Por su parte, Ison y Korzeniowsk (2008), como forma de intervención sobre niños con TDAH y TEA, se enfocaron en brindar estrategias psicoeducativas a padres y docentes, intentando promover en ellos herramientas específicas para interactuar efectivamente con el niño, como también un cambio de actitud frente a los prejuicios que el trastorno ocasiona. Esta intervención contribuye a que los adultos asuman el TDAH como una condición que se maneja, teniendo como fin principal, enmendar y preservar la salud psicológica del niño. De este modo, diseñaron el programa de entrenamiento parental, con el propósito capacitar a padres de niños con TDAH en el uso de habilidades y técnicas específicas para abordar la sintomatología del trastorno en sus hijos. Cómo así también, el Taller para docentes, el cual se centró se brindar información a los docentes sobre el trastorno y se los entrenó en el uso de técnicas y habilidades específicas para ajustar las características del alumno con TDAH y las posibilidades del contexto educativo.

Desde otra mirada, Abad-Mas, et. al (2013) plantean que antes de ocuparse de las dificultades de aprendizaje, de los problemas conductuales o emocionales del niño, hay que enfocarse en un rendimiento centrado en las funciones ejecutivas, debido a que la base de la disfunción en niños con TDAH se localiza en el lóbulo frontal, específicamente a nivel orbito frontal, dorso lateral y en el cíngulo. En dichas áreas se localizan funciones como, la atención selectiva y sostenida, los procesos de control inhibitorio, la memoria de trabajo y la flexibilidad

cognitiva. Es por ese motivo que estos autores establecen que la intervención psicopedagógica debe enfocarse en el niño y en su funcionamiento ejecutivo enfocado en realizar un entrenamiento en funciones ejecutivas para que el niño vaya adquiriendo mayor funcionalidad en procesos afectados. En el caso de los niños diagnosticados con TEA, Alessandri et al. (2005) plantean que las intervenciones deben ser pedagógicas y conductuales, los cuales se pueden centrar en la enseñanza estructurada, técnicas conductuales y la psicofarmacología, compartiendo elementos comunes como afectación intensiva, una estructura y la participación.

Por su lado, Mulas et al. (2010), plantean que hay en el abordaje de un niño con TEA, diversas maneras de intervenir y que es importante seleccionar un método de intervención adecuado, acompañando al niño y su entorno. Entre los distintos modos de intervenir nombra al modelo TEACCH (tratamiento y educación de niños autistas y con problemas de comunicación), el cual se centra en entender la forma que tienen las personas con TEA de pensar, aprender y experimentar el mundo e intenta también mejorar la comunicación, la cognición, la percepción, la imitación y las habilidades motoras. Sus actividades incluyen, entre otras: diagnóstico, desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, entrenamiento del lenguaje, entrenamiento de los padres y búsqueda de empleo. Otro modelo de intervención es ABA (Análisis Aplicado de la Conducta) el cual, aplican los principios de la teoría del aprendizaje de una manera sistemática para incrementar, mantener, o transferir conductas a otra situación de habilidades académicas, sociales, de comunicación y de la vida diaria. Busca que los niños con TEA aprenden nuevas habilidades y reduzcan las conductas desadaptativas. Por otro lado, están las Intervenciones biomédicas, las cuales se basan en tratar los síntomas del autismo por medio de medicaciones o modificaciones en la dieta. En cuanto a la medicación, se tratan los síntomas y las enfermedades que suelen asociar los niños con TEA, como la epilepsia, los trastornos de conducta o las alteraciones del sueño, con fármacos específicos. Así también, la medicina complementaria y alternativa promueve a realizar dietas de libres de gluten, tratamientos antimicóticos, los suplementos dietéticos o vitamínicos, entre otros. Finalmente, este autor hace referencia a las intervenciones psicoeducativas, como ser las intervenciones conductuales, también las intervenciones evolutivas, que promueve en los niños el desarrollo de relaciones entendiendo planificación como un acto en el que se incluye el análisis de necesidades, establecimiento de objetivos, metas, diseño y evaluación; su fin central es contribuir al mejoramiento del acto educativos positivas y significativas con otras personas, se centran desarrollar habilidades para la vida diaria, así como en enseñar técnicas sociales y de comunicación, en ambientes estructurados. Además, las intervenciones enfocadas en terapias, las cuales buscan trabajar dificultades específicas y por último las intervenciones basadas en la

familia las cuales se fundamentan en la idea de que la inclusión de la familia en el tratamiento es fundamental para las necesidades del niño.

De una forma distinta, Volpe (2020), esboza como modo de intervención en niños con TEA, la arteterapia, definiéndola como el conjunto de prácticas terapéuticas realizadas por distintas formas expresivas-creativas o por la aplicación de algunas de ellas. Así también, la autora indica que esta modalidad proporciona a las personas con TEA un medio de comunicación no verbal y alternativo, más que nada, en aquellos cuya utilización del lenguaje o comprensión de este sea parcial o inexistente. La arteterapia para las personas con autismo el arte puede crear el puente entre sus pensamientos internos y el mundo que los rodea. Volpe (2020) refiere, además, que este modo de intervenir se basa en razón de que algunos de los niños con TEA manifiestan tener alteradas las funciones superiores básicas como el lenguaje, el acceso intersubjetivo y la organización narrativa de la experiencia, entre otras. Estas funciones no pueden adquirirlas por los mismos procesos que otros niños, aunque sí pueden desarrollar por otras vías alternativas, competencias asociativas básicas que compensen o sustituyan parcialmente los cauces del desarrollo. Este tipo de intervención involucra lo cenestésico, sensorial, perceptual y simbólico, y estimula a modos alternativos de comunicación receptiva y expresiva, que pueden vencer las limitaciones del lenguaje, mediante el uso de diferentes medios artísticos para ayudar a las personas a expresar sus pensamientos, sentimientos y experiencias. Dicha autora describe que cuando hablamos de niños que presentan TEA, se debe tener presente que pueden disfrutar con el arte, pueden expresar su forma de ver el mundo, de entender las formas, los colores, o incluso detalles que para ellos son importantes y para los demás imperceptibles. Para terminar, esta autora declara que la arteterapia es un medio artístico que provee una herramienta capaz de comunicar a niveles no verbales, como así también que los procesos artísticos favorecen el desarrollo de la imaginación, las capacidades de juego y calman frustraciones.

Medicalización e Influencias Psicopedagógicas

Dueñas (2009) desde una perspectiva actual, planteó lo paradójico que resulta que en un mundo cada vez más acelerado, propiciado por la inmediatez, que relega los tiempos de espera y en donde los estímulos que llegan del exterior desaparecen antes de poder procesarlos, se soporta menos el movimiento de sujetos aprendientes en el ámbito escolar. Es así que dicha autora establece la necesidad de habilitar un espacio de reflexión entre profesionales intervinientes en el desarrollo evolutivo y educativo de estos niños. Teniendo en cuenta que el niño como tal, está unido a un entorno que no suscita la permanencia, lo cual se manifiesta en la conducta de los infantes y adolescentes. Es entonces que se vuelve menester

realizar debates entre especialistas de psicopedagogía, psicología y educación sobre la infancia y sus contextos, y la patologización. De igual manera, considera que cómo profesionales de la salud mental y educación, se debe observar la relación que existe entre la subjetividad actual de los alumnos y pacientes, y las imposiciones disciplinarias que hoy se promueven en las instituciones escolares. Así mismo, considera que es importante reflexionar sobre los efectos que pueden tener algunas prácticas y discursos desde la psicología y psicopedagogía, los cuales pueden inmiscuirse en el ámbito escolar de manera negativa, promoviendo etiquetamientos a los alumnos que muestran ciertas dificultades en el aprendizaje. Por lo cual, la misma establece como posibles intervenciones psicopedagógicas accionar en el ámbito escolar, con los docentes, con los padres y con los propios alumnos, brindando a los docentes herramientas que asistan con la posibilidad de hablar de los alumnos de otras maneras, alejadas de etiquetamientos, y propiciar la búsqueda de nuevos modos de acercarse a los infantes y adolescentes en la actualidad. Así también, plantea que se debe generar espacios de reflexión con los docentes que permitan experimentar nuevas maneras de vincularse con la manera de ser niños en el mundo de hoy, buscando y reforzando que los mismos piensen las dificultades de aprendizajes como diferencias y no como déficits. De igual manera, se debe aportar, mediante encuentros y entrevistas, elementos a los padres que promuevan y sirvan como “sostén” de sus hijos, contextualizando así, la dificultad que los niños puedan estar manifestando y favoreciendo así, una mejor y mayor intervención. Como también propiciar la construcción del sentimiento de reconocimiento mutuo mediante encuentros con otros, lo cual puede promover y favorecer la atención y la mutualidad afectiva, que tal vez fue escasa en las experiencias tempranas (Dueñas, 2009).

De una forma similar, Sánchez Domínguez (2015) hace referencia a la aparición de una racionalidad postmoderna de entender la infancia, la cual está vinculada con discursos y cambios producidos por la revolución tecnológica, las nuevas lógicas de mercado y la institucionalización de la educación. Todo esto lleva a una nueva psicopatologización infantil donde si bien hay una conciencia sobre estos nuevos malestares infantiles, se desvanece la subjetividad del niño, sin traer solución a su condición o problemática. Es así, que el abordaje de dichos malestares dentro del ámbito escolar, como resultado de esta racionalidad posmoderna, influyen en los agentes escolares, quienes terminan sin poder comprender el sufrimiento psíquico infantil en estos espacios, motivo por el cual, en muchas ocasiones los fracasos escolares, tienen síntomas inconscientes derivados de las propias dinámicas familiares y no precisamente de una causa orgánica. En este sentido, termina siendo preocupante como se ha promovido el tratamiento farmacológico en niños escolares, legitimado por un discurso psicopedagógico, empleando medicamentos como herramienta para

la construcción de un diagnóstico, sin tener en cuenta los riesgos que pudieran tener en el infante, sumado al prediagnóstico del sistema escolar que a veces trae una solicitud de tratamiento por medicamento, como condición para que el niño continúe en la escuela.

En concordancia con este último autor, Barcala et al. (2009) exponen que los laboratorios intentan contar con la colaboración de docentes y gabinetes psicopedagógicos escolares para el diagnóstico de niños con TDAH y TEA, ingresando a la escuela para que desde allí, estos agentes escolares, realicen una detección temprana de posibles niños con TDAH, y realicen la correspondiente derivación al ámbito clínico, utilizando como estrategia charlas informativas sobre la detección de TDAH destinada a los gabinetes psicopedagógicos como también elaboran y brindan información consistente destinada a los maestros. En cambio, tocante al tratamiento farmacológico, Mas Pérez (2009) expresa que este junto con el tratamiento conductual, aunque en menor medida, eran los más utilizados con anterioridad. Aclara, distanciándose de Dueñas (2009), que estos fármacos pueden ser de mucha ayuda para poder trabajar con los niños cuando responden bien a los mismos y comenta que los resultados que se obtienen con estos tratamientos son más rápidos y de mucha amplitud. No obstante, reconoce que parte de estos pacientes no responden a la medicación, o no la toleran. Así mismo, indica que ningún tratamiento aislado es beneficioso a largo plazo. Pero finalmente, este autor instituye la necesidad de una intervención en la que, de igual a igual estén interviniendo profesionales de la educación, la psicología clínica, la psicopedagogía, y la medicina y que de esta manera los campos de actuación sean el biológico, la psicoterapia, el tratamiento psicopedagógico y la intervención familiar.

Influencia del Contexto Social Vulnerable

Liedo (2021) afirma que vulnerable es alguien susceptible de ser dañado o herido, ya sea de forma psíquica, física o moral, para lo que se carece de defensas suficientes. Este daño es debido a estar expuesto a elementos amenazantes o a no poder defenderse adecuadamente. Afirma, que un sujeto nunca aparece aislado, sino en relación con el entorno que le rodea, por lo cual la vulnerabilidad es relacional, se es vulnerable a algo o alguien, y que esta marca la interdependencia humana, en su sentido positivo de cooperación y unión para desarrollarse en la vida, como negativo, explicando que la acción de unas personas sobre otras puede producir daños a nivel individual o grupal.

La vulnerabilidad social según Pizarro (2001), refiere a la indefensión e inseguridad que viven personas, comunidades o familias debido a sus condiciones de vida como resultado del impacto ocasionado por acontecimientos traumáticos de índole económico social. Por su parte Santi (2015) habla de población vulnerable refiriendo a un conjunto de personas que se

encuentran en desnivel social o sus capacidades cognitivas son limitadas y por lo cual, precisan una protección especial. (Nickel, 2006, como se citó en Santi, 2015). Así también, Cortés Moreno (2019) hace mención de la definición que brinda el *Departamento para el Desarrollo Internacional* (DIFD, 2001) sobre quiénes serían considerados vulnerables, refiere a las minorías, pobres, mujeres, los que viven en zonas rurales, en países de recursos limitados, y a las personas con discapacidad, y esto debido a los obstáculos que deben atravesar al momento de tomar decisiones, reclamar sus derechos y por la protección que requieren en situaciones adversas. En correspondencia a estos conceptos, los niños con TEA y TDAH, considerados personas con discapacidad, forman parte de dicha población vulnerable. Según el último autor, esta vulnerabilidad trae consigo factores de riesgo social para el niño con TEA, como lo son los obstáculos y discriminaciones en el acceso a la educación, a la salud o el maltrato que pueden cometer las instituciones con ellos, todo lo cual puede derivar en una exclusión social para estos niños y sus familias. Otro factor de riesgo es la situación socioeconómica familiar de un niño con TEA, debido a que esto puede influir en el acceso a apoyos y servicios especializados, como también la detección temprana del trastorno, su diagnóstico y tratamiento (Cortés Moreno, 2019).

Por su parte, Figueroa-Duarte y Campbell-Araujo (2014) observaron que últimamente se diagnostica con frecuencia TDAH a los niños. Sostienen que esto corresponde a que se aborda esta problemática solamente desde un modelo médico-clínico, sin tomar en cuenta la influencia de los factores sociales como las condiciones de vida, pobreza, situación socioeconómica y familiar, la marginación, entre otros. Exponen, además, que esto a su vez afecta a la vida y relaciones de las personas, como ser la relación entre padres e hijos, sus oportunidades, estilo de crianza, ambientes de aprendizajes, entre otros. Es por ello que estos autores, proponen que se debe aplicar acciones políticas éticas y responsables, orientadas a contribuir y mejorar las condiciones y ambientes en donde nacen, crecen y viven las familias y sus hijos. También aseveran que se debe aspirar a entender que las conductas que presentan los niños y que se relacionan con el llamado TDAH, son un corolario de los contextos en los que viven, de la falta de oportunidades de estimulación, de las situaciones de precariedad y violencia donde viven, afirmando que esto no se resolverá sólo con un tratamiento médico.

A su modo, las ya nombradas autoras Hervás y Ruedas (2018), llaman población vulnerable a los niños con diagnóstico TEA, y esclarecen que, en casos de tratamiento farmacológico, como en cualquier población infantil y adolescente, los padres deben estar íntimamente comprometidos con la colaboración para llevar adelante el mismo. Dichas autoras amplían que los padres deberán tener una vasta información de los efectos esperados con el

tratamiento farmacológico, siendo los efectos secundarios los más frecuentes, como también en qué casos deberían suspender la administración del fármaco por algunos de estos efectos. Así también, dicen que el profesional del niño debe controlar los posibles efectos secundarios, intentando maximizar y esperar la efectividad de un fármaco antes de realizar cambios, evadiendo así una politerapia. Finalmente agregan que se debe evitar comenzar tratamientos farmacológicos durante situaciones escolares muy estresantes o períodos de cambio en la vida.

Ortega y Plancarte (2017), por su parte, afirman que las personas con discapacidad requieren de diferentes servicios para gozar de una condición que los habilite para desempeñarse como ciudadanos activos, como crecer en una familia, asistir a la escuela, trabajar y aportar a la toma de decisiones sobre asuntos políticos y en los programas de rehabilitación que más los beneficien. Estas autoras expresan que las personas con discapacidad son sujetos que pueden contribuir de manera significativa a la sociedad empero el prejuicio, la discriminación y la exclusión agravan su situación y vulneran sus derechos. Además, establecen que para la inclusión de personas con discapacidad a la sociedad se debe tener un conjunto de condiciones creadas por el ambiente social, lo cual requiere de la actuación y la responsabilidad social y colectiva para llevar a cabo las modificaciones ambientales necesarias y propiciar así, la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social.

En aspectos que coincide con las últimas autoras, Barcala y Luciani Conde (2015), hablan de la vulnerabilidad de las infancias, y plantean que los cambios culturales y la fragilización de las instituciones, como la de la familia, junto con las transformaciones socioeconómicas, generaron cada vez más niñas y niños en situación de vulnerabilidad social y fragilidad psíquica. De forma paralela, plantean que los servicios de salud contribuyeron al proceso de medicalización al definir y tratar problemas no médicos como problemas médicos, realizando la construcción de diagnósticos psiquiátricos, lo cual permitió que comenzara a implementarse la medicación como estrategia única y aislada para la resolución de problemas. Es así, que establecen que apareció en la Argentina a mediados del 2000, la medicación como respuesta a niñas y niños inquietos, alcanzando un alto porcentaje de niños medicalizados en ese período, para los cuales se dejó de tener en cuenta la comprensión de su subjetividad, el cuidado integral de su salud, el funcionamiento familiar y social. Según estos autores, luego de ser diagnosticados, sobremedicados y patologizados, estos niños perdían la categoría de pertenencia a la niñez, siendo despojados de su singularidad. De este modo, en lugar de

ayudar y potenciar en el desarrollo del bienestar del niño junto con su inclusión, el diagnóstico se volvía destructivo para la subjetividad infantil.

Además, dichos autores expresaron que los servicios de Salud Mental son constructores de estigmas y aseveran que estos conllevaron a la pérdida de inclusión social o a mantener una exclusión estructural. En ese periodo, la estigmatización funcionó como barrera de acceso a los servicios y fue causa de exclusión en salud, dando lugar a comportamientos de exclusión y evitación por medio de la práctica frecuente de clasificar y etiquetar a los niños. Conjuntamente, afirman también que actualmente está la necesidad de pensar los servicios de salud mental desde una perspectiva de derechos. Desde esta mirada, las problemáticas actuales de la niñez y la adolescencia se las deben ver desde un modelo de atención comunitaria en salud mental, el cual evite la medicalización, exclusión de los espacios sociales y estigmatización. En definitiva, estos autores concluyen que el principal reto es asumir que debido a la complejidad de los nuevos modos de padecimiento psíquico se necesita de una política integrada desde diversos sectores, la cual cree condiciones para responder efectivamente a las necesidades de las niñas, los niños y sus familias. Esta nueva mirada, debe tener por objeto desarrollar acciones que transformen las condiciones adversas de la vida infantil y favorezcan la construcción de un proceso más equitativo y justo, garantizando la protección integral de la niñez, y evitando o mitigando el sufrimiento psicosocial de niñas y niños (Barcala y Luciani Conde, 2015).

Abud Rodríguez (2018) habla sobre la vulnerabilidad en Argentina, y afirma que la misma excede la definición de pobreza y abarca a toda la problemática social que existe en nuestro país relacionada con causas externas como la evolución del mercado de trabajo, inseguridad ciudadana, recortes en los recursos de protección social, deterioro ambiental, clima social, entre otras. Y también con causas internas como el miedo, sensación de inseguridad, pérdida de autoestima y confianza en las propias capacidades. Es así que esta autora afirma que la vulnerabilidad crece ya que no solo se trata de personas que son vulnerables porque experimentan el deterioro de sus condiciones materiales de vida, sino que también crece su sentimiento de vulnerabilidad e indefensión ante amenazas presentes y futuras, expectativa de desempleo, actuales condiciones de cambio social, de falta de pensiones o de escasos recursos médicos ante futuras enfermedades. Todo lo cual esto lleva a que la vulnerabilidad sea susceptible de ser padecida por amplísimos sectores de la población, extendiéndose y diversificándose, afectando así a un número creciente de niños y familias y a distintos sectores de la sociedad. Así también, Abud Rodríguez (2018) habla acerca de una total interrelación entre los conceptos de infancia, riesgo, vulnerabilidad, exclusión e inclusión, ya que refieren al

estudio de todas aquellas situaciones que exponen al infante a situaciones que pueden afectar tanto su desarrollo físico y cognitivo como emocional. Explica que la exclusión social de la infancia es sustancialmente grave en cuanto afecta al proceso de maduración física, afectiva, psicológica y relacional en períodos tempranas de la vida que repercute en el futuro del infante. Además, expresa que se vulneran los derechos de los niños y se deterioran su bienestar, cuando el mismo vive en condiciones y situaciones que favorecen su exclusión social, lo cual pueden ocasionarles graves secuelas en el presente, al mismo tiempo que condicionar negativamente su futuro como personas adultas, limitando su autonomía como su capacidad para desarrollarse. Es por ello, que esta autora declara que deben desarrollarse políticas para tender a la inclusión social, entendiendo la misma como la ejecución de políticas públicas encauzadas a la vinculación de todos los miembros de la sociedad para la participación de los beneficios que esta adquiere, teniendo como principal cimiento la singularidad y la legitimidad de la diferencia de cada sujeto. Por último, afirma que es necesario también enfocarse en la ayuda a las familias, específicamente a los adultos mayores que están a cargo de los niños, ya que puede ser que dada la misma condición socioeconómica en la que se encuentran, pertenecen a ese sector social vulnerable y establece que se debe buscar lograr la inclusión de los niños al sistema educativo, debido a que considera que es necesario recibir educación de calidad desde la infancia, lo que contribuirá en el futuro a mayores posibilidades de inclusión, posibilitando el acceso a buenos empleos y a la capacitación continua, lo que también influye en el intercambio social de la vida diaria.

Desde otra perspectiva, Savino Galia (2019), refiere que el niño viene siendo estigmatizado dentro de los distintos ámbitos de la vida, incluyendo el escolar. Motivo por el cual, se debe observar los procesos que viene atravesando la institución escolar, debido a que la misma se transforma en el escenario de definición y captación de la problemática de medicalización infantil, en donde se ha vuelto habitual escuchar a los docentes referirse a sus alumnos llamándolos por la sigla que los identifica como portador de una determinada dificultad. Esta autora expone que en las escuelas lo que se puede notar hoy es que los niños ya no se portan mal, sino que más bien tienen un déficit, no se distraen, sino que tienen una enfermedad, no son inquietos, sino que sufren de un trastorno. Y expresa, además, que los niños que no responden a las exigencias del momento son diagnosticados como deficitarios, medicados y en ocasiones, expulsados de las escuelas.

Método

La presente investigación se basa en un enfoque cualitativo. Este tipo de enfoque se centra en indagaciones sobre la vida de las personas, experiencias vividas, consecuencias de situaciones, comportamientos de las personas, movimientos sociales, emociones y sentimientos, entre otras. Es un plan de exploración que busca el significado de estos sucesos, fenómenos y/o acontecimientos (Sampieri, 2014).

Así también, al decir de Sampieri (2014) en el enfoque cualitativo el problema de investigación no es medible y para desarrollarlo y acercarse a él, se parte de ideas mencionadas en textos, palabras, imágenes, escritos, textos, entre otras fuentes. Estos son recolectados por técnicas como cuestionarios de preguntas abiertas, observación, notas de campo, documentales, audiovisuales, grupos focales, comunidades, y foros. En este estudio se utilizó como instrumento para la recolección de datos la entrevista semiestructurada de alcance individual, realizada a doce (12) profesionales de la psicopedagogía por separado. Para la misma se contó con un contenido de preguntas que guiaron la entrevista y sirvieron como base de la misma.

Diseño

En la investigación aquí planteada se tomó como unidad de análisis a los psicopedagogos de Misiones. Se buscó identificar y analizar la influencia de las intervenciones psicopedagógicas en relación a la medicalización en niños con diagnóstico de TDAH y TEA. Montero y León (2007) diseñaron una clasificación sobre métodos de investigación que permiten que se tenga a disposición un sistema conceptual para la organización y realización de trabajos de investigación. Los tipos de estudios de esta clasificación son el estudio teórico, estudio empírico con metodología cuantitativa y estudio empírico con metodología cualitativa. Respecto a lo abordado, el diseño de esta investigación está conformado por un estudio empírico con metodología cualitativa debido a que se trató de un estudio que presenta datos tomados de la unidad muestral, la cual es un grupo de psicopedagogos, partiendo de la perspectiva de los mismos, se enmarca esta investigación dentro de lo que los antedichos autores llaman una lógica subjetivista interpretativa.

De forma similar, Sampieri (2014) establece que el análisis cualitativo incluye examinar la mirada de las personas y su valoración personal sobre la cualidad de algún fenómeno, persona u objeto. Para el análisis de los datos obtenidos aquí, se buscó relacionar la información encontrada y expuesta sobre el tema abordado y las respuestas brindadas por los profesionales entrevistados.

Participantes- Muestra

La muestra refiere a los sujetos involucrados en la investigación. En el enfoque cualitativo se pueden recolectar datos como muestra de un grupo de personas, comunidades, eventos, acontecimientos, entre otros. Pero sin que sea obligatoriamente representativo de manera estadística de una población (Sampieri, 2014). En esta investigación cualitativa se tomó como muestra a profesionales de la psicopedagogía, oriundos de la provincia de Misiones, quienes variaron entre sexos femeninos y se encontraban dentro de una franja etaria entre 25 y 60 años, que trabajan o están trabajando con infantes y adolescentes diagnosticados con TEA y TDAH, en los distintos ámbitos de este campo como consultorios, escuela, hospitales, entre otros. La franja etaria escogida pretende que hayan tenido un recorrido de ciertos años en esta profesión, lo cual puede admitir que posean determinado conocimiento o experiencia sobre la medicalización infantil en sujetos con estos diagnósticos.

Instrumentos-procedimiento.

Para la recolección de datos, se contactó con los participantes por medio de la aplicación WhatsApp y mediante llamadas telefónicas, solicitando la participación y el consentimiento ¹de licenciados en psicopedagogía para llevar a cabo esta investigación. El instrumento a través del cual se buscó obtener datos para lo mismo, fue la administración de una entrevista. Dicha técnica es definida por Sampieri (2014) como aquella que en un encuentro permite conversar e intercambiar información entre el entrevistador y el entrevistado. En las entrevistas ² se logra la comunicación a través de preguntas y respuestas en torno al tema central, lo cual permite dar sentido al mismo y otorgarle significados. En esta ocasión, se empleó como instrumento para la recolección de datos la entrevista semiestructurada, la cual se basa en un guía de preguntas o cuestiones, en donde durante el transcurso de la entrevista se puede profundizar en las respuestas, agregando o cambiando preguntas que enriquezcan la información buscada como también que permitan obtener conceptos que se precisen, buscando que se brindan. Asimismo, al realizar esta guía, se pretende anticipar a las posibles respuestas y reacciones de los entrevistados para un desarrollo óptimo de la entrevista (Sampieri, 2014).

Para el análisis de las entrevistas, conforme a lo planteado por Sampieri (2014), se tuvo presente el problema planteado inicialmente para poder obtener las respuestas que se requerían. Una vez obtenidas las respuestas de las entrevistas, se realizó el análisis, anotando las dimensiones de acuerdo a los objetivos propuestos, posteriormente se realizaron las

¹ https://drive.google.com/drive/folders/13zA1ZELdY1z1e3r2MFvPaPc5zqSbBCqK?usp=share_link

² https://drive.google.com/drive/folders/1UTAR0PhrddYWf6djArwmxV2GihvEHZTy?usp=share_link

categorías correspondientes a cada dimensión, para luego señalar y agrupar cuales de las posturas eran comunes y cuales eran distintas. Se concluyó el análisis cualitativo luego de interpretar las respuestas.

En cuanto al análisis de los datos obtenidos, se establecieron ejes de análisis mediante los objetivos específicos. Estos ejes fueron:

Conocer cuántos de los profesionales encuestados han trabajado con pacientes menores que requieran medicalización.

Describir si los psicopedagogos encuestados han identificado efectividad en el tratamiento con fármacos.

Descubrir si dichos profesionales se cuestionan sobre la medicalización infantil y su impacto en la vida de los niños.

Resultados

Para realizar el análisis de las entrevistas correspondientes, se tuvo en cuenta los ejes de análisis especificados con anterioridad, como así también los objetivos y la pregunta de investigación inicial.

DIMENSIONES	CATEGORÍA
Definición de TEA y TDAH	<ul style="list-style-type: none"> ● Definición de TEA y TDAH ● Sintomatología ● Vulnerabilidad de los niños con estos diagnósticos y su relación con la medicación
Medicalización infantil y sus efectos en los niños con TEA y TDAH	<ul style="list-style-type: none"> ● Definición de medicalización infantil ● Impacto en la vida los niños y su efectividad ● Posibles efectos secundarios

<p>Intervención psicopedagógica en niños con diagnóstico TDAH y TEA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Intervención en niños con diagnóstico TDAH y TEA medicalizados y no medicalizados ● Comparación entre los diagnósticos de niños con TEA y TDAH medicalizados y no medicalizados y las posibles diferencias ● Tratamiento interdisciplinar ● Abordajes psicopedagógicos
<p>Impacto de las intervenciones psicopedagógicas y la medicalización infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Complementación de la psicopedagogía y la medicalización infantil ● Impacto de las intervenciones psicopedagógicas y la medicalización infantil ● Resultados obtenidos desde la psicopedagogía.

1. DIMENSIÓN: Definición de TEA y TDAH

En la categoría de definición de TEA y TDAH, cinco entrevistadas han definido al TEA como una condición y espectro, diciendo “se lo denomina como trastorno, pero es una condición de vida. Porque tiene tratamiento y se lo lleva toda la vida, por eso tiene el nombre espectro también porque tiene diferentes niveles, diferentes características dependiendo de la persona.” Seis de ellas la han definido como un trastorno, dos de las mismas agregaron que es un trastorno generalizado y así también una de ellas lo definió como un trastorno multifactorial, “es un trastorno generalizado en niños que afecta principalmente la comunicación, el lenguaje, la interpretación del otro, y hoy en día se lo denomina como CEA” y “es un trastorno

multifactorial, está implicado la comunicación, afectado.” Mientras que una de las entrevistadas no definió al TEA de forma específica.

Respecto del TDAH, siete entrevistadas lo han definido como un trastorno, una de ellas lo ha definido como una condición, otra de las entrevistadas lo definió como un desorden neuroquímico, mientras que las tres restantes no dieron una definición específica del TDAH “Es un trastorno que afecta directamente a las funciones ejecutivas, referida al mantenimiento de la focalización de la atención”, “El TDAH es un desorden neuroquímico, que tiene indicadores químicos, está ligado a la neurociencia”, “Es un trastorno que afecta el comportamiento y tiene que ver con la atención y actividad motriz”, “Esta condición que muchas veces tienen algunas personas, mayormente niños, como el nombre lo dice se caracteriza por el déficit de atención a causa de la hiperactividad”. En la categoría de sintomatología de TEA, gran parte de las entrevistadas estuvieron de acuerdo en que las áreas principales afectadas están relacionadas con la interacción social mencionando incapacidad en la socialización y en la comunicación, dificultad para desarrollar vínculos, como así también en la interpretación del otro y la escasa lectura de las emociones. Una de las entrevistadas agregó que el lenguaje está afectado, otra entrevistada dijo que el cociente intelectual puede verse comprometido. Dos de ellas añadieron que otro de los síntomas son los movimientos estereotipados y una agregó la rigidez en el pensamiento. Por su parte una de ellas añadió que puede haber comorbilidad con TDAH y con discapacidad intelectual. En cuanto a la sintomatología del TDAH, gran parte de las entrevistadas reconocieron que la dificultad está en mantener la atención, además muchas de las mismas afirmaron que las funciones ejecutivas son las que están comprometidas, como la atención, la memoria, la capacidad de planificar y el control inhibitorio, lo cual en su experiencia lo han visto en los niños que no pueden inhibir sus impulsos ni controlar sus niveles de energía, no pueden trabajar de manera ordenada y tranquila, no acata consignas y no pueden sostener la atención de forma perdurable lo cual afecta su desempeño humano. “Por lo general las personas que tiene autismo presenta varias características, algunas estereotipias, rigidez del pensamiento, escasa lectura de las emociones del contexto”, “El autismo también va a asociado a otras condiciones, como TDAH, discapacidad intelectual, entre otras. Hoy trabajo con un niño TEA con discapacidad intelectual severa”, “Focalizar la atención en algo e inhibir otros estímulos, tiene que ver con el control inhibitorio, inhibir otros estímulos, eso es lo que está afectado en el TDAH, el control inhibitorio, no pueden inhibir otros estímulos, perciben todo al mismo tiempo”.

En la categoría de vulnerabilidad de los niños con estos diagnósticos, varias de las profesionales entrevistadas han mencionado que los objetivos de la medicalización están

relacionados con que el niño pueda ingresar y permanecer en las escuelas y que muchas veces son estas instituciones las que piden que los niños estén medicados para su permanencia en ellas, con la mira en que este niño pueda estar más atento, acatar consignas, estar tranquilo y quieto, lo cual dos de las entrevistadas hacen mención de que esto lleva a adormecer al niño por medio del fármaco, sofocando los síntomas que el niño esté presentando y anulando comportamientos que no se consideren adecuados para el entorno social. Tres de las entrevistadas respondieron que a veces son los padres los que retiran la medicación sin que se les diga y esto repercute en la salud y comportamiento del niño, “La mamá se olvida, el papa no se involucra, de repente vuelve los síntomas, y te preguntas que paso y te dice no porque nos olvidamos, o no nos organizamos o se terminó”, “Lo negativo es cuando solo dependen de la medicación, sacan terapias porque ya bajaron un cambio”. De igual forma otras de las entrevistadas hablan que a veces no hay compromisos por parte de los padres para administrar la medicación en el horario que corresponde o que algunos de ellos se le olvida esto, todo lo cual altera el funcionamiento del niño y su rendimiento “Culpo a los padres que no se hacen responsables del horario, teníamos chicos que los padres que no le daban en el horario que correspondían, y teníamos niños, a los que cambiaban los horarios y no rendían como deberían si hubiese tomado en el horario”. Tres entrevistadas, por el contrario, explicitan que en ocasiones los padres se vuelven dependientes de la medicación y por la cual dejan tratamientos y terapias que deben acompañar a la misma “Los padres ponen toda su confianza en el medicamento, no siguen consignas, no refuerzan contenidos en casa y no acompañan, están pendiente del medicamento si el hijo toma o no toma” y “No tienen confianza en el profesional que va a trabajar con las técnicas y va a realizar el tratamiento con ese sujeto” .Por último, una entrevistada declaró asimismo que con la medicalización se adormece el cuerpo para que esté en un ámbito social y escolar y define a estos pacientes como víctimas de la sociedad.

2. DIMENSIÓN: Medicalización infantil y sus efectos en los niños con TEA y TDAH

En la categoría definición de medicalización infantil una de las entrevistadas lo ha definido como un mecanismo utilizado para el trastorno, otra de las mismas nombró que la medicina es para poder mejorar el rendimiento del niño. Mientras que una de las entrevistadas lo conceptualizó como un tratamiento multimodal que debe ser suprimido y debe dejar herramientas instaladas. Así también, varias de las licenciadas lo han definido como aquel que acompaña a un tratamiento y al proceso de aprendizaje y que es el neurólogo quien lo receta. Por otra parte, una de ellas ha relacionado la medicalización infantil con una connotación negativa y mencionado que debe ser el último recurso utilizado “Por mi experiencia tiene una

connotación negativa, hay distintos puntos de vistas, pero entiendo que es justamente cuando la infancia te llega al límite de decidir que ese ser humano necesita de medicina para poder mejorar su funcionamiento”. De igual forma, otra de las entrevistadas mencionó que la medicalización infantil está estigmatizada en la actualidad y finalmente una de ellas, la definió como una nueva era en donde los niños requieren de fármacos para recepcionar mejor los tratamientos. “La farmacología infantil o medicalización infantil tiene que ver con la nueva era, donde hay niños que requieren de fármacos para recepcionar el tratamiento de la mejor manera”.

En la categoría de impactos en la vida de los niños y su efectividad ocho de las doce entrevistadas consideran que, la medicalización bajo un buen criterio médico y constancia, tuvo un impacto positivo y efectividad, evidenciado en las conductas posteriores a ese tratamiento, como ser prestar atención y manifestar concentración en actividades, control de ira y mejora de conductas disruptivas, disminución de estados de ánimos fluctuantes, mejora en el rendimiento académico y conductual. “Yo creo que el impacto es positivo, no me parece que haya que darle a cualquiera, pero revisado el caso, la intensidad y frecuencia de los indicadores hay que darla, hay que darla como cualquier medicación”. Así también algunas de las profesionales aclaraban que este suceso positivo se daba si los padres eran responsables con la administración de la droga, en cuanto a cumplir horarios y dosis suministradas. Al no cumplir con ello, la medicalización se volvía negativa y perjudicial para el niño “Los padres que se comprometen notan resultados y avances en esos, si se medican bien”. Por el contrario, y en menor porcentajes, cuatro de las entrevistadas manifestaron que la medicación tuvo un impacto negativo, por la dependencia de los padres al medicamento, por la prueba y error en las dosis administradas al paciente infantil, por la consecuencia adversas y negativas que tiene en la vida del niño y por el impacto que generó en el cuerpo del niño, como cansancio, cambio de personalidad y mal humor “el paciente se siente bombardeando, porque muchas veces se prueba se pasa una medicación a otra, y en el juego de ensayo y error a ver si resulta o no”. “Los químicos en el cuerpo siempre tienen consecuencias, y siempre tienen consecuencias adversas, digamos que se puede resolver algo, por un lado, pero siempre tienen consecuencia negativa en otro lugar”.

En cuanto a la categoría de posibles efectos secundarios, la mayoría de las entrevistadas han asegurado efectos adversos por la medicalización administrada, como ser aumento o disminución del apetito, sentir asco a comidas que antes de la medicación gustaban mucho, erupción en la boca, somnolencia, como quedarse dormido durante horas escolares o, por el contrario, estar sin poder dormir. En este sentido algunas de ellas manifestaron “Tuve un

paciente de 12, 13 años, que refirió que sentía que el corazón le latía fuerte, que se le iba a salir del pecho, yo supongo que el nombre técnico sería taquicardia”. “Si se de los primeros casos de déficit atencional, cada vez que se ponían mal o gritaban tenían acceso a las pastillitas que se le daba para que se calmen, y terminaron siendo adolescentes y jóvenes adictos”. “Hay niños que toman medicación para la atención y quedan agresivos, hay niños que toman para la hiperactividad, y se dopan, quedan dormidos, no quieren ir a la escuela”. Por otro lado, algunas de ellas exponen que a lo largo de los años se podrá detallar un análisis mayor respecto de las drogas y su consecuencia, consideran que es muy reciente este fenómeno como para ser analizado en la actualidad: “No hay evidencia científica por la que nos podamos registrar, no tenemos todavía”. Finalmente, cuatro de las entrevistadas no percibieron efectos secundarios durante la medicalización brindada, como una de ellas expresaba: “No, en los casos que yo tuve, efectos secundarios no. No vi que hayan tenido efectos adversos, todo lo contrario, sino que vi que funcionaba, que iban cambiando, pero adversos no”.

3. DIMENSIÓN: Intervención psicopedagógica en niños con diagnóstico TDAH y TEA

Sintetizando los datos de la categoría de intervención en niños con diagnóstico TDAH y TEA no medicalizados y medicalizados, de las 12 entrevistadas, todas han trabajado alguna vez con pacientes menores que han estado o están medicalizados, una de ellas expresaba “La mayoría estaba medicado, principalmente por sueño, y por conductas disruptivas” otra de ellas dijo “en uno de los casos si, se agotó todas las herramientas, pero luego de 2 años de tratamientos se pide medicación para el niño, porque era dañino para él”. Siete de las entrevistadas manifestaron que durante el tratamiento brindado no todos los niños con TEA y TDAH necesitaron medicalización, pero si varios, en algunos casos, la mayoría. Tres de las entrevistadas manifestaron que todos necesitaron medicalización “Con todos los niños que trabaje, tanto TEA como con TDAH, lamentablemente el neurólogo los terminaba medicando, no por pedido mío, sino porque los medicaba y llegaban al consultorio con un diagnostico súper armado y estructurado”. Y dos de ellas, indicaron que ninguno fue medicalizado durante el tratamiento actual.

La categoría de comparación entre niños con diagnósticos TEA y TDAH medicalizados y no medicalizados y sus posibles diferencias, una de las entrevistadas refirió a que si hay diferencia el control inhibitorio y de impulsos. Desde otra perspectiva, otra de las licenciadas dijo que hay discrepancia en el caso de niños con TEA, ya que algunos niños con este diagnóstico, tienen el lenguaje y pueden comunicar lo que les sucede, y no hace falta medicarlos, “Los que no están medicados, tiene una comunicación bastante elevado, son

sociables, se puede trabajar con pictogramas nada más, y otras maneras”. Mientras que otros niños con TEA, son no verbales por lo cual, no pueden comunicar lo que les pasa o lo que sienten, y al no poder hacerlo tienen conductas disruptivas y por ese motivo terminan siendo medicados “La mayoría que yo conozco son no verbales, si ellos pudieran comunicar, no tendrían crisis, y al tener crisis derivan en conductas disruptivas que son consideradas que sean medicadas”. De forma similar, otra de las entrevistadas afirmó que, en el caso de niños con dichos trastornos, el diagnóstico es más leve, es por ello que no es necesario la medicación. Por su parte, otra entrevistada afirmó que la diferencia en que los niños que no están medicalizados tardan más en lograr los mismos resultados que los que sí han sido medicalizados “tarda más tiempo en lograr los mismos resultados, el que no ha sido medicalizado, su tiempo de aprendizaje es más extendido”. De lo contrario, una de las entrevistadas atestiguó que no hay diferencias. Por último, varias de las entrevistadas afirmaron que no se puede comparar, ya que cada niño es distinto y si bien, los diagnósticos son los mismos, el entorno y contexto varía, “no se puede comparar porque cada ser humano es distinto, dentro del autismo podés tener la misma condición, pero los niños van a ser distintos, lo mismo en el TDAH”.

En cuanto a la categoría de tratamiento interdisciplinar, la mayoría considera que es necesario un abordaje interdisciplinar para llevar a cabo el tratamiento de niños con TEA y TDAH, consideran fundamental el trabajar en equipos y en conjunto con las familias de los pacientes con estos diagnósticos, para que el tratamiento abordado a los niños funcione, mayormente con profesionales como los psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales y psiquiatras. “Ningún tratamiento se puede hacer sin equipo interdisciplinario, es muy importante la interdisciplinariedad en todo tratamiento que se aborde. Yo trabajo con equipo”. “Siempre es necesario la intervención de varios profesionales y cuanto más relacionados es mejor porque se abordan mejor las cuestiones y se abordan mejor las temáticas. Las intervenciones interdisciplinarias fueron mejor que las solitarias”. No obstante, una de las licenciadas piensa que es violento y perjudicial como en el presente muchos equipos de profesionales operan los casos de niños con estos diagnósticos, atomizando y disociando al sujeto en tratamiento desde las distintas disciplinas “Yo estoy en contra del abordaje que hacen la mayoría de los equipos terapéuticos, cada día de la semana con un profesional diferente, lo están disociando al niño. No lo ven como un ser integral, lo disocian en pedacitos”. Quien expresa, además, que prefiere abordar su tratamiento psicopedagógico solo con profesionales de la salud como nutricionistas y médicos pediatras especializados, ya que esto ha traído resultados positivos en su tipo de abordaje, sin recurrir a medicamentos, pero si a dietas

especializadas que impacten positivamente en el bienestar integral de estos niños “Ahí si trabajaría interdisciplinariamente, con un pediatra, nutricionistas especializadas”.

En la categoría de abordajes psicopedagógicos, una licenciada afirmó que interviene desde lo que se conoce como ABA, que es el análisis de comportamiento aplicado “Yo aborde el desarrollo del aprendizaje de habilidades de la vida diaria, trabajo desde la teoría ABBA, en algunos casos trabajo terapia cognitivo conductual (TCC), cuando la capacidad intelectual lo permite.” Siete entrevistadas afirmaron que hacen uso de Terapias cognitivas conductuales (TCC) para la intervención de niños con estos diagnósticos “En algunos casos trabajo desde la terapia cognitivo conductual (TCC), cuando la capacidad intelectual lo permite”, “Dentro de mi experiencia lo cognitivo conductual junto con la medicación es lo más efectivo”, “Trabajo generalmente desde la línea del TCC, en diagnósticos de TEA que tenga comorbilidad con otros diagnósticos”. Por el contrario, una de las licenciadas afirmó que no hace uso de TCC, ya que considera que los niños no aprenden de esa manera y prefiere trabajar desde lo lúdico pedagógico, más específicamente desde el juego y lo sensorial “Conozco TCC, no la aplico porque no me gusta porque me parece muy de manual, yo hago mucho lúdico pedagógico”. Otra de las licenciadas indicó que trabaja desde la estimulación neurocognitiva y la vinculación. También algunas de las licenciadas comentaron que intervienen en las escuelas, realizando las adaptaciones curriculares y trabajando en conjunto con los maestros y directivos, también que intervienen con la familia de estos niños, instruyéndolos en cuanto a cómo intervenir desde el hogar como también con la medicación, realizando psicoeducación.

4. DIMENSIÓN: Impacto de las intervenciones psicopedagógicas y la medicalización infantil

En la categoría de complementación de la psicopedagogía y la medicalización infantil, tres de las profesionales entrevistadas consideraron la medicalización como una de las patas del tratamiento psicopedagógico “Contribuye a mejorar la vida de la persona, porque ayuda en el aprendizaje y por ende contribuye a mejorar la calidad de vida. Es una de las cuatro patas del tratamiento, la familia, escuela, niño”. De igual forma una de ellas mencionó la medicalización una práctica clínica que acompaña el proceso de aprendizaje, mientras que otras de las entrevistadas solo consideraban que debían hacerse uso de los medicamentos en caso de ser necesario y cuando las terapias no hayan sido suficientes “Te lleva al límite de decidir que ese ser humano necesita de medicina para poder mejorar su funcionamiento, es como el último recurso que usamos nosotros”. Por el contrario, dos de las entrevistadas se posicionaron totalmente en contra de la medicalización infantil. Además, las mismas coincidieron al decir que la droga solo debe ser dada en casos específicos, donde la

integridad y la vida del niño corra riesgo “No estoy a favor en absoluto de la medicación, salvo caso extremo donde quizás alguna especie de ataque impulsivo, pueda poner en riesgo la integridad del niño o un familiar, entonces será un proceso de medicalización transitorio, no para quedarse”. “Todo depende del niño si el niño requiere mediación por una cuestión biológica que atenta contra su cuerpo y su bienestar, la medicación por sí sola no es eficaz, tiene que ser acompañada por un tratamiento para llegar a un buen puerto”. Además, una de ellas expuso que “La mayoría de estos niños están medicado por los objetivos que presentan los equipos terapéuticos para que todos estos síntomas se sofoquen. El medicamento puede sofocar, anular estos comportamientos que hacen que estos sujetos sean antisociales”.

En la categoría de impacto de las intervenciones psicopedagógicas y la medicalización infantil, una de las entrevistadas afirmó que si hay una buena medicalización las intervenciones funcionan. Varias de las entrevistadas afirmaron que la medicalización por sí sola no sirve, pero si ambas entidades juntas, medicalización y tratamientos psicopedagógicos, argumentando que estos últimos son necesarios como acompañamientos del proceso de enseñanza y aprendizaje “Las intervenciones siempre son necesarias porque la medicación por sí misma no ayuda en nada y a veces termina acrecentando los problemas”, “Solamente con la medicación no sirve de nada y si es necesario la medicación, pero no la toma no sirve el tratamiento. Uno sin el otro va a disminuir la eficacia”. De igual manera, otra entrevistada aseveró que la medicalización ayuda a que el niño pueda adquirir los aprendizajes, ya que un niño que no puede inhibir impulsos, se le dificulta adquirir aprendizajes tanto escolares como cotidianos “Si el niño no puede inhibir no puede asimilar ciertos aprendizajes, en cambio si el niño tiene medicación puede mejorar aprendizajes y la calidad de vida”. Por su parte, una entrevistada afirmó que la medicalización puede favorecer las intervenciones psicopedagógicas si los niños con estos diagnósticos están bien diagnosticados y dosificados “Dependiendo del criterio del profesional que indica esa medicación, tiene muy buen resultado. Me parece que puede favorecer en las intervenciones psicopedagógicas en el caso que este bien diagnosticados y dosificado”. Dos de ellas coincidieron en afirmar que se debe poder trabajar por sobre los síntomas y más allá de si el niño está o no medicalizado “Debemos enfocarnos en nuestras intervenciones más allá de si hay medicalización o no, debemos bajar las crisis que tienen”. Por el contrario, una de las entrevistadas, atestiguó que cualquier químico en el cuerpo tiene consecuencia y debe haber una mirada integradora y humanizante hacia los niños con estos diagnósticos.

La categoría de los resultados obtenidos desde la psicopedagogía, varias de las profesionales entrevistadas consideran fundamental las intervenciones psicopedagógicas en

niños con estos diagnósticos, dado que por medio de ellas se puede mejorar la calidad de vida, y se obtuvieron logros tales como desarrollar la aparición y fortalecimiento de vínculos y comunicación, lograr una mayor permanencia en la escolaridad, alcanzar objetivos propuestos escolares y de bienestar integral del niño. De forma similar, una de las licenciadas afirmó que las intervenciones psicopedagógicas son importantes porque acompañan el proceso de desempeño del aprendizaje, en interacción con los pares. Así también, otra de las licenciadas expresó que las intervenciones psicopedagógicas influyen de forma positiva, ya que promueve a que estos niños se apropien de nuevos saberes y acompañan el trayecto escolar, como el trayecto de vida.

Discusión

En relación a la definición de TDAH y TEA, cinco de las entrevistadas refirieron en cuanto al TEA, en la actualidad ya no se habla de trastorno, sino más bien de condición, distanciándose de la definición brindada por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2014)*, el cual lo define como uno de los trastornos del neurodesarrollo. Del mismo modo, los autores Bedia et al. (2006) y Hervás et al. (2012), declaran que el autismo es un trastorno grave del desarrollo de origen prenatal, que afecta a la persona durante toda su vida y expresan que los niños con TEA, en su etiología y presentación clínica encierran un grupo heterogéneo de trastornos que tienen en común la afectación en la comunicación social y la presencia de patrones repetitivos y restrictivos de la conducta. Una de las entrevistadas agregaba que esta incapacidad del niño de socializar de manera espontánea con el medio que lo rodea, afecta su percepción y la codificación de los aprendizajes que va a recibir, en la escuela y la casa. En este último sentido, la mayoría de las entrevistadas coincidieron con estos autores respecto de los síntomas que caracterizan al TEA como ser los patrones restrictivos, la rigidez de pensamiento, estereotipias y deficiencias permanentes en la comunicación e interacción social. Por otro lado, gran parte de las entrevistadas concordaron al definir al TDAH como un trastorno, en el que el área mayormente afectada es la atención y el control de impulsos, como también, algunas de ellas especificaron que lo que se encuentra afectado son las funciones ejecutivas, así también, una de ellas expresaba que tiene que ver con no poder frenar el control inhibitorio, no está regulada de forma acorde, y hace que el sujeto no pueda controlar sus niveles de energía y tenga hiperactividad. En relación a esto, Soutullo Esperón y Díez Suarez (2007) como también la autora Rodillo (2015) plantean que lo afectado en el TDAH son las áreas cerebrales de la corteza cerebral, y que investigaciones manifiestan que las mismas apuntan a una disfunción, dimorfología y baja conectividad de múltiples redes, fronto-estriatal, fronto-parietal y fronto-cerebral, que es lo que se visualiza en los distintos aspectos cognitivos afectados en TDAH comprometiendo la memoria de trabajo, la atención y la inhibición de respuestas, control de impulsos, como la atención, inhibición, percepción del tiempo y aversión a la espera.

En cuanto a la medicalización infantil y sus efectos en los niños con TEA y TDAH, Lynch (2009) planteó que el fármaco altera al organismo y su funcionamiento, respecto de lo mismo, las entrevistadas refirieron que han visto modificaciones en la conducta, positivas y negativas, luego de que los niños con TEA o TDAH, hayan sido medicados. Positivas en cuanto a que generaba una estabilidad a nivel químico en el niño, que hacía que las

intervenciones psicopedagógicas alcancen una efectividad mayor. Asimismo, expresaban que por medio de la medicación se logra inhibir la conducta disruptiva y la impulsividad, como también que cuando hay medicación de por medio, se puede regular más la conducta, cuando esta y el control están muy desregulados. Sin embargo, por otra parte, gran parte de las entrevistadas han advertido efectos secundarios durante la administración del fármaco, los cuales se condicen con los planteados por Escalas et al. (2010) y Loro López (2009), como ser taquicardia, irritabilidad, insomnio, letargia, insomnio, cefalea y gastralgia y seguidamente, pérdida de peso, siendo los menos frecuentes son los tics, labilidad o irritabilidad emocional. Según Pozo de Castro et al. (2005), los efectos secundarios son transitorios y leves si los hay. De igual modo, estos autores recomiendan, además, hacer interrupciones del tratamiento descansando durante los períodos de vacaciones o durante los fines de semana, ya que aclaran que la administración ininterrumpida durante largo tiempo puede generar tolerancia al fármaco. Esto se corresponde con lo manifestado por dos entrevistadas, quienes referían que la medicación se da por temporadas, cuando es necesario, en épocas escolares, cuando los niños tienen evaluación o también los padres se lo dan cuando se levantan ansiosos, y aclaran, que cuando están por comenzar las vacaciones cortan la medicación. Así también, al igual que dicho autor, una entrevistada manifestaba que aparecieron efectos secundarios durante el tratamiento farmacológico pero que por lo general cuando se suspendió la medicación no quedaron instalados, fueron efectos secundarios inmediatos. En tal sentido, Hervás y Ruedas (2018), establecen que al tratarse de una población infantil y adolescente, en casos de tratamiento farmacológico, los padres deben estar íntimamente comprometidos con la colaboración para llevar adelante el mismo y que estos tutores deben tener una extensiva información de los efectos esperados con el tratamiento farmacológico, siendo los efectos secundarios los más frecuentes, como también en qué casos deberían suspender la administración del fármaco por alguno de estos efectos. En relación a lo cual, tres entrevistadas, dijeron que en ocasiones los padres se vuelven dependientes de la medicación y por la cual dejan tratamientos y terapias que deben acompañar a la misma, otras tres de las entrevistadas respondieron que por el contrario, a veces son los padres los que retiran la medicación sin que se les diga y esto repercute en la salud y comportamiento del niño, de forma parecida, otras de las entrevistadas hablan que a veces no hay compromisos por parte de los padres para administrar la medicación en el horario que corresponde, todo lo cual altera el funcionamiento del niño y su rendimiento. En este sentido, Ison y Korzeniowsk (2008), plantean como forma de intervención sobre niños con TDAH y TEA, brindar estrategias psicoeducativas a padres y docentes, es así que formularon el programa de entrenamiento parental, con el propósito capacitar a padres de

niños con TDAH en el uso de habilidades y técnicas específicas para abordar la sintomatología del trastorno en sus hijos. Así mismo, Janin (2016) expresa que los diagnósticos no deben funcionar como un sello estable ya que pueden ser temporales y por ese motivo se ha de tener cuidado con la imagen que personas significativas brindan durante el proceso diagnóstico al niño. Por su parte, una de las entrevistadas expresaba que a veces las intervenciones tienen el efecto deseado y a veces no, depende del entorno, de la familia, del contexto. De allí hay que buscar otras formas, está en el profesional que escriba con lápiz el diagnóstico o no, que lo mediques no significa que lo medicas toda la vida, desde ese punto de vista y teniendo en cuenta esa individualidad, está bueno.

Por otra parte, Fernández-Jaén et al. (2016), Mas Pérez (2009) con Pozo de Castro et al. (2005), coincidieron en establecer la efectividad en los tratamientos farmacológicos sobre los síntomas de niños con estos diagnósticos, como también lo han expresado varias de las entrevistadas, sin embargo, las licenciadas aclaraban que eso sucede si la medicalización estaba dentro de un tratamiento integral, en conjunto con terapias psicopedagógicas y psicológicas. En relación a esto, una de ellas declaraba que los tratamientos farmacológicos ayudan a que los niños puedan adquirir aprendizajes, ya que un niño que se le quiere enseñar cómo tiene que hacer determinada actividad, si no puede inhibir su actividad, no pueden asimilar ciertos aprendizajes, en cambio si el niño tiene medicación puede mejorar aprendizajes y la calidad de vida. Una de las entrevistadas expresaba que la medicación controlada con criterio profesional, juntamente con la familia y la responsabilidad de los padres, produce cambios en las funciones ejecutivas y cognitivas. Así, también, otra de ellas refería que si los fármacos estaban bien administrados y había padres responsables que cumplían con el horario de medicación, se veían buenos resultados, el efecto del medicamento funcionaba y se lograba que inhiba la conducta disruptiva y la impulsividad, obteniendo un buen trabajo. En cambio, decía otra de ellas, el problema es que si no hay una constancia de los padres no se ven los resultados, la cuestión es que los padres puedan cumplir con este tratamiento. Por otro lado, una entrevistada señalaba que se debe hacer foco en las intervenciones psicopedagógicas más allá de si hay medicalización o no, bajando las crisis que los niños puedan tener y el enojo, lo cual puede, en ocasiones, estar asociado a descargar energía por estar medicados. Además, estos últimos autores declaran que los pacientes que han recibido este tipo de tratamientos muestran más rápido un mejor y amplio rendimiento que los que no lo han hecho, lo cual tiene concomitancia con lo expuesto por dos de las entrevistadas quienes referían que una de las diferencias con los niños diagnosticados con TDAH y TEA, que no

están bajo tratamiento farmacológico, es que el tratamiento es más lento, aunque llegan a los mismos resultados.

En relación a la vulnerabilidad de los niños con estos diagnósticos, Santi (2015), plantea que la situación de estos niños, trae consigo factores de riesgo social desde la educación y la salud, debido a que las acciones por parte de estas instituciones pueden derivar en una exclusión social para estos niños. Así también, Savino Galia (2019), refiere que el niño viene siendo estigmatizado dentro de los distintos ámbitos de la vida, incluyendo el escolar, donde las escuelas son actualmente el escenario de definición y captación de la problemática de medicalización infantil, siendo habitual hoy escuchar a los docentes referirse a sus alumnos llamándolos por la sigla que los identifica como portador de una determinada dificultad. En concordancia con estos autores, algunas de las entrevistadas han referido que en ocasiones son las instituciones las que piden que los niños estén medicados para su ingreso y permanencia escolar, con el objeto que este niño pueda estar tranquilo, quieto y acate las consignas, como también que pueda suprimir conductas que se consideren disruptivas. Una de ellas articulaba que se presiona a el niño para que ingrese a la escuela, para lo cual debe dejar de gritar y golpear, que son características que hacen que una persona se quede afuera de un grupo social. Es así, decía ella, que el medicamento sofoca y anula estos comportamientos que hacen que estos sujetos sean antisociales y puedan ingresar como permanecer en el ámbito escolar. Asimismo, Figueroa-Duarte & Campbell-Araujo (2014) expresan que la problemática de estos diagnósticos, se aborda principalmente desde un modelo médico-clínico, sin tener en cuenta cómo influyen otros factores sociales sobre la conducta de niños con diagnósticos, como el TDAH. Del mismo modo, Dueñas (2013) plantea que actualmente de los profesionales de salud mental, incluyendo psicopedagogos, no tienen en cuenta lo psíquico y socio cultural de estos niños, no obstante, todas las entrevistadas han establecido en mayor o menor medida, la importancia del medio y entorno de los niños, siendo necesarios al momento de abordar un tratamiento, expresando además, que de eso depende la evolución en el desarrollo de los tratamientos brindados a estos, y unas cuantas de ellas, inclusive, han atribuido a los padres la responsabilidad y culpa en aquellos casos en los que sus hijos no responden a los distintos tipos de tratamientos abordados. En este sentido, una de las entrevistadas afirmaba que el niño que afronta el diagnóstico no es solo el niño, es la familia y el contexto que lo acompaña, y a su vez, expresaba que tiene que ver con la manera en la que estos afrontan el tratamiento, de ello depende el progreso y tipo de técnicas que se realicen con el niño.

Respecto de la medicalización infantil y las intervenciones psicopedagógicas, varias de las licenciadas coincidieron en establecer la medicalización infantil como parte de un tratamiento global, que debe ser llevado a cabo en niños con TEA y TDAH, que lo necesiten, en conjunto con terapias y técnicas que promuevan sus aprendizajes. Coincidente a esto, Mateo (2005) propone que una combinación del tratamiento farmacológico, junto a técnicas cognitivas-conductuales alcanzan resultado más óptimos y duraderos. Así también, una de las entrevistadas planteaba que la medicalización genera una mayor estabilidad a nivel químico y hace que las intervenciones alcancen mayor efectividad, en concordancia con esto, Mas Pérez (2009) reconoce que los fármacos pueden ser de mucha ayuda cuando estos niños reaccionan bien a ellos, pero que como tratamiento aislado no es beneficioso, lo cual corresponde a lo que expresado por la mayoría de las licenciadas entrevistadas. Dueñas (2013), por su lado, considera que sin tener en cuenta otras alternativas de tratamiento, los psicopedagogos recurren recientemente con continuidad a la medicalización. Empero, varias de las licenciadas entrevistadas han expresado que a veces los niños ya vienen con su diagnóstico a costas a la consulta psicopedagógica, junto con el tratamiento farmacológico, agregando que no suelen ser ellas quienes recomiendan o solicitan el uso de fármacos, sino que los neurólogos son quienes prescriben y recetan debido al diagnóstico del niño y algunas de las entrevistadas han establecido además, que si hay una buena dosificación del fármaco, junto con el compromiso de los padres y la asistencia a terapias psicopedagógicas, se logran óptimos resultados. Sin embargo, no todas están de acuerdo con el tratamiento farmacológico, solo en casos puntuales, en los cuales la vida del niño pudiera verse en peligro por su diagnóstico. En tal sentido, las mismas entrevistadas que han estado de acuerdo con la medicalización como parte del tratamiento, plantearon que no se debe medicar por medicar, ni que la administración del fármaco sea el único tratamiento que se lleve a cabo a los niños con estos diagnósticos, además una de ellas puntualizó que la medicalización debe dejar herramientas instaladas y ser suprimida pronto, esto coincide con lo planteado por Mateo (2005), el cual afirma que la medicalización no debe ser la única intervención sobre estos niños, y que lo mismos deben adquirir habilidades. Del mismo modo, De la Peña Olvera (2000), expone que el tipo de tratamiento para disminuir los síntomas en niños con diagnósticos TDAH y TEA, debe incluir terapias psicopedagógicas, cognitivas, conductuales, neuropsicológicas y familiares entre otras, teniendo así, un enfoque multisistémico, farmacológico y psicosocial. Desde su mirada, la autora Savino Galia (2019), propone que, desde la psicología, la psicopedagogía y el trabajo social se habilite un espacio de reflexión a partir del cual se reflexione, qué es lo que se pone en juego en cada uno de los síntomas que los niños presentan, sin rotularlo y

mirando la singularidad de cada uno, ubicando ese padecer en el contexto familiar y social en el que ese niño está inmerso. Agrega además que se debe llevar a cabo un trabajo de campo sobre la historia de ese niño, hablar con él, darle valor a su palabra para no caer en diagnósticos tempranos. En tal sentido las entrevistadas, coincidían en decir que la intervención del psicopedagogo es muy importante, estén los niños medicalizados o no, ya que acompaña la trayectoria escolar y de la vida del niño, brindando herramientas para la apropiación de nuevos saberes, una de ellas, coincidiendo con dicha autora establecía que, desde la psicopedagogía, se brinda un espacio de escucha, los niños sienten que hay un respeto hacia ellos, que sus ritmos de aprendizajes son respetados. Del mismo modo, Martínez Dueñas (2008), establece como principio de la intervención psicopedagógica el trabajo interdisciplinario, para poder abordar procesos conductuales y evolutivos junto con el impacto en los procesos de enseñanza-aprendizaje, evitando apropiarse de funciones de otros profesionales, lo cual concuerda con lo expresado por la mayoría de las entrevistadas. Sin embargo, una de las entrevistadas, por el contrario, está en contra de este tipo de abordaje, estableciendo que el mismo disocia al niño y aún lo perjudica en su desarrollo y evolución, declarando también, que se debe tener una mirada más humana e integral de los niños con estos diagnósticos.

Por otra parte, varias de ellas plantearon, que es muy reciente este fenómeno y que se debe esperar un tiempo para ver su impacto. Sin embargo, Fernández (2015) describe que, si bien en un principio se puede ver mejoras en el tratamiento con metilfenidato, en un tiempo prolongado esta medicación no mejoró a los pacientes que la han tomado, y aún los síntomas pueden volverse más severos. Además, el mismo autor, plantea la importancia de trabajar con los padres, desde la psicoeducación, los hábitos saludables y generando un vínculo seguro entre los niños y ellos, lo cual corresponde con lo que gran parte de las licenciadas referían, ya que establecieron la importancia que ocupan los padres en este proceso de tratamiento. Dueñas (2013), de forma similar, hace énfasis en intervenir sobre el accionar en el ámbito escolar y en el entorno del niño, dando las herramientas pertinentes, estableciendo vínculos de manera más óptima y efectiva con estos alumnos, como así reflexionar sobre los discursos y prácticas que desde la psicopedagogía llega a las escuelas, para que no sean de forma nociva y para que también los docentes vean la dificultad de aprendizaje como diferencia y no como déficit. De forma similar, Sánchez Domínguez (2015) planteaba, que termina siendo preocupante como se ha promovido el tratamiento farmacológico en niños escolares, legitimado por un discurso psicopedagógico, empleando medicamentos como herramienta para la construcción del diagnóstico, sin tener en cuenta los riesgos que pudieran tener en el infante. Así también, agrega que propio de esta

racionalidad posmoderna, este tipo de abordaje sobre los síntomas que los niños presentan dentro del ámbito escolar, influyen en los agentes escolares, quienes terminan sin poder comprender el sufrimiento psíquico infantil en estos espacios. En razón a esto último, algunas de las entrevistadas dejaron entrever que a veces son los mismos docentes quienes piden a los padres que realicen las consultas con profesionales de salud mental, como psicopedagogos y neurólogos. Siguiendo con este punto, Barcala et al. (2009), manifestaban que se ha naturalizado la difusión de fármacos como la solución a los problemas de conducta y atención, siendo visto como el principal tratamiento para estos problemas, tanto así que está implícito en el discurso familiar, escolar y médico. De forma similar, a los últimos autores una entrevistada expresaba que hay instituciones que solicitan que el niño este medicado si o si, por una cuestión de tranquilidad o atención, lo cual, según expresaba esta entrevistada, es algo que también se puede lograr con técnicas trabajando sobre áreas cognitivo conductuales, sin tratamiento farmacológico, expresaba esta entrevistada, que se busca cambios rápidos, los padres tienden a llevarle al neurólogo, que le medique y que el niño esté medicado a temprana edad. Lo cual, no es positivo para el niño, ya que esos intercambios neuronales deben ocurrir de forma natural y el medicamento a su tiempo va desregulando evolutivamente ese proceso, y finalmente esto genera que al no darle la medicación el sujeto, éste retrocede, no puede recibir lo que se le trasmítis y vive dependiente del medicamento.

Conclusión

Luego del análisis de las entrevistas, se puede concluir que aún se desconoce el impacto real que puede tener a la larga la medicalización infantil en la salud de los niños con TEA y TDAH, sin embargo, se puede vislumbrar los efectos secundarios como parte de este tipo de tratamiento. Así también, se debe tener en cuenta el presente actual que atraviesan los niños y los adultos de hoy, el de la inmediatez, el obtener acceso a muchas cosas a la vez, de manera más fácil, rápida, y en cuantiosas veces con el menor esfuerzo. Es así que en incontables ocasiones como adultos se exige tolerancia, paciencia y respeto por parte de los niños, cuando desde ese lugar se demuestra lo opuesto y lo cual se refleja en algunas de las conductas de niños diagnosticados con TEA y TDAH, lo que en ocasiones puede derivar en pseudodiagnósticos.

De igual manera, no se puede ignorar que hay bases científicas para realizar estos diagnósticos, y que son evidenciables los síntomas de los mismos, es decir, que no se puede negar que exista el TDAH y TEA. Ante esta realidad y su impacto en la vida infantil, coincidiendo con algunas de las entrevistadas, considero que el uso de medicamentos durante un tratamiento administrado a niños con estos diagnósticos, debe ser limitado a casos en los que niños con tales diagnósticos corran riesgo en su integridad, siendo dado con suma responsabilidad y a padres que muestren compromiso y responsabilidad con la situación de su hijo, debido a que es la vida y salud del niño la que puede salir perjudicada. El tratamiento debe ir acompañado de aprendizajes que busquen la autonomía y la mayor potencialización en estos niños, además de brindarles herramientas para su bienestar en todo ámbito de la vida, procurando que, en función de cada caso, se desprendan prontamente de la medicación administrada.

Para finalizar, quedan por responder las siguientes preguntas ¿La medicalización infantil viene por haber una sociedad medicalizada? ¿Vale realmente medicar a un niño para que permanezca en la escuela, siendo este un sistema que no siempre tiene en cuenta la diferencia de los niños? ¿Si la escuela como constructo social que surgió en el siglo pasado, no existiría en el presente, habría estos diagnósticos en la medida que hoy se observa? ¿Cuán beneficioso es la medicalización infantil y para quién? ¿Es una nueva era que comienza? ¿Cómo hacer frente a ella? O por el contrario ¿Formaremos parte de esta era? ¿Qué rol tomar desde nuestro lugar como profesionales que acompañan procesos de aprendizajes dentro de un sistema que puede volverse desfavorable para nuestros pacientes? Se espera que algunas de estas preguntas tengan respuestas prontas, optimas, favorables y acorde a la necesidad de una población tan vulnerable como son los niños y personas con diagnósticos de TEA y TDAH.

Aportes y contribución de la investigación

Esta investigación contribuirá a analizar y concientizar sobre el impacto de la medicalización infantil y el rol de los psicopedagogos en esta trama.

Este estudio busca proporcionar información sobre el impacto de la medicalización infantil y la gran influencia que tienen los actores implicados en este suceso, como lo son los profesionales de salud mental y el entorno del niño diagnosticado con TEA o TDAH. Así también, se pretende que se establezca una mirada integral respecto de la situación del niño con TDAH o TEA, comprometiéndose con su situación, y cuidando de ellos como población vulnerable, velando por su integridad y potenciando su desarrollo.

Limitaciones de la investigación

Las limitaciones que se encontraron al momento de llevar a cabo esta investigación, pueden situarse en la unidad de análisis y en el instrumento utilizado para esta investigación. En principio, se buscó contactar con las posibles entrevistadas mediante la aplicación WhatsApp, debido a la situación de pandemia en la cual nos encontramos, como así también, las entrevistas realizadas fueron por medio de esta aplicación, lo cual pudo limitar en alguna medida captar la información en mayor amplitud. La unidad de análisis, fueron las Licenciadas en psicopedagogía, y las reticencias respecto de ello vinieron dadas en principio por la complejidad para poder recolectar la cantidad de profesionales solicitados para este estudio. Mayormente las limitaciones presentes al momento de la búsqueda de estas posibles informantes para esta investigación, fue en relación a que no todas las psicopedagogas tenían carrera de grado, es decir que aún no eran licenciadas. Otra de las razones fue que algunas licenciadas consideraban que no podían aportar respuestas a las preguntas de la entrevista ya que sus experiencias en la profesión no se relacionaban con la temática planteada, también algunas de ellas si bien tenían la experiencia en niños con diagnósticos TEA y TDAH, no tenían tiempo de responder las preguntas. Por último, otras de las licenciadas simplemente no contestaron a la solicitud de participar de las entrevistas.

Propuesta de intervención

Frente a esta problemática, se debe intervenir desde un enfoque preventivo y asistencial. Basándose principalmente en la orientación y acción a profesionales de salud mental infantil y educación involucrados en esta situación, como también a las familias de los niños con diagnósticos de TEA o TDAH. Se busca realizar en los actores implicados una

concientización del impacto de la medicalización sobre estos niños, así como la importancia que tiene el compromiso de quienes involucran este suceso.

Para la propuesta de intervención, se requiere la participación de padres, doctores, docentes y licenciados en psicopedagogía. Entre las propuestas de intervención de prevención y asistencia, se realizarán talleres y charlas informativas y de concientización sobre medicalización infantil y su impacto en los niños, a Licenciados en psicopedagogía, docentes, neurólogos y padres. Además, se darán capacitaciones respecto al rol que cada uno debe tener en esta problemática.

En cuanto a los padres se les brindará psicoeducación, donde se informe en qué consiste la medicalización y la responsabilidad que se debe tener si un fármaco es suministrado a los niños, como así también, especificando la importancia de que, si se administra alguna sustancia farmacológica, lo sea dentro de un tratamiento integral en conjunto con otras terapias que permitan adquirir habilidades, aprendizajes y herramientas a estos niños. En cuanto a los docentes, brindándoles estrategias sobre cómo abordar esta problemática dentro del aula. En cuanto a los actores licenciados en psicopedagogía, repensando el rol que tiene en esta problemática, brindando alternativas para trabajar con el niño con TEA o TDAH, medicalizados o no. Específicamente, en cuanto a los actores de salud mental y física, como lo son los neurólogos y pediatras, se pretende trabajar desde el repensar sobre la medicalización infantil y permitiendo concientizar el papel que tienen como parte de ese fenómeno, en donde el motivo no sea el diagnóstico del niño para medicarlo, sino que tomen otras pautas para este suceso, en donde la medicalización sea el último recurso y cuando la integridad física del niño sea afectada.

Proyecto de Intervención.

Propuesta de talleres y capacitación a Licenciados en Psicopedagogía, neurólogos, padres y docentes.

Nombre del Proyecto	Taller “Cuidando las infancias, enfocado en niños con TDAH y TEA”
---------------------	---

Fundamentación	Por medio de las investigaciones y entrevistas realizadas se puede entrever que la medicalización infantil es una problemática del presente actual y que la misma está en auge. Por lo cual debemos repensar el rol que ocupamos en esta problemática y alternativas de cómo intervenir con el objeto de favorecer y ayudar a los niños en esta era actual desde el lugar que nos toca.
Objetivos Generales	Concientizar sobre el impacto de la medicalización en niños con TDAH o TEA. Generar un espacio de reflexión y contención para los actores involucrados.

Objetivos Específicos	<p>Reflexionar sobre la medicalización infantil y sus efectos en los niños, poniendo en contexto las situaciones de los niños en el presente del mundo de hoy.</p> <p>Visualizar y asumir el rol que cada actor ocupa cuando se medicaliza a un niño.</p> <p>Repensar los criterios que se usan para recetar fármacos a niños.</p> <p>Brindar herramientas para intervenir desde el rol de cada actor.</p> <p>Lograr una reflexión en pos de una nueva forma de mirar a las infancias con TDAH y TEA.</p>
Responsables	Licenciados en psicopedagogía y doctores pediatras
Destinatarios	<p>Doctores neurólogos</p> <p>Docentes</p> <p>Padres</p> <p>Licenciados en Psicopedagogía</p>

Recursos	<p>Zoom</p> <p>Proyector</p> <p>Hojas en blanco</p> <p>Material bibliográfico relacionado con la temática.</p> <p>Biromes</p> <p>Fotocopias de actividades</p> <p>Pizarrón</p> <p>Marcador de pizarra</p>
Tiempo y duración	Se realizarán 4 talleres de dos horas, una vez por semana cada uno.
Desarrollo	Se aborda las propuestas de intervención en modalidad de taller con el objetivo de llevar una dinámica activa y óptima por parte de los responsables de los talleres como de los actores involucrados, logrando que por medio de debates, charlas informativas, historias de vida y experiencias se alcancen una mirada integral que favorezca a los niños con diagnóstico TDAH o TEA.

Actividades a implementar	<ul style="list-style-type: none">● Presentación de los responsables del taller y de la temática del taller como también de sus objetivos.● Presentación de los actores involucrados.● Dinámica grupal y actividad para romper el hielo.● Presentación de textos y audiovisuales en función de la temática.● Exposición de experiencias desde el rol de cada actor.● Actividades en relación a la temática.● Debate entre los actores involucrados en la problemática.● Reflexiones finales.
---------------------------	---

<p>Contenidos a tratar</p>	<p>Taller 1: medicalización infantil y su impacto en la niñez:</p> <ul style="list-style-type: none">● Charlas informativas: Definición, prevención y asistencia.● Historiales clínicos sobre niños medicalizados.● Debates sobre experiencias con niños con TDAH y TEA medicalizados y no medicalizados, desde los distintos actores involucrados. <p>Taller 2: Responsabilidad y participación necesaria en los actores involucrados</p> <ul style="list-style-type: none">● Evaluar detalladamente antes de recetar fármacos.● Psicoeducación a los padres ante la responsabilidad de medicar y su compromiso con ello.● Deconstruir ideales sobre el TDAH y TEA, proponer alternativas y herramientas sobre cómo acercarnos a los niños con estos diagnósticos. <p>Taller 3: Intervenciones sobre niños con TDAH y TEA</p> <ul style="list-style-type: none">● Educación, organización y planificación en el hogar, como en la escuela y consultorio.● Potenciación y desarrollo de la autonomía de los niños con estos diagnósticos.
----------------------------	--

- Propuesta de objetivos en función de las necesidades de los niños con TDAH y TEA.
- Herramientas a maestros para trabajar dentro del aula.

Taller 4: Conclusiones finales

- Repensar nuestro rol y reflexionar sobre nuestra participación en esta problemática.
- Debates y conclusiones finales sobre intervenciones específicas desde el rol de cada actor involucrado.

Referencias

- Abad-Mas, L., Ruiz-Andrés, R., Moreno-Madrid, F., Herrero, R., y Suay, E. (2013). Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurológica*, 57(1). <https://n9.cl/zff9f>
- Abud Rodríguez, S. (2019). Infancia, niñez en riesgo, vulnerabilidad infantil, ¿Qué reflejan estos conceptos? *Revista Omnia*, 1(1), 51-62. <http://revistas.ucasal.edu.ar/index.php/RO/article/view/24>
- Alejandro Lázaro, G., Butrón Gómez, T., Carmona de la Morena, J., Del Campo J., Díez Andrés, M., Fagundo Becerra, E., González Hidalgo, E., Orueta Sánchez, R., Rodríguez Alcalá, J., Santos Rodríguez, C. y Vallés Fernández, N. (2011) Medicalización de la vida. *Revista Clínica de Medicina de Familia* 4(2). <https://n9.cl/ge356>
- Alessandri, M., Thorp, D., Mundy, P. y Tuchman, R. (2005) ¿Podemos curar el autismo? Del desenlace clínico a la intervención. *Revista Neurológica* 40(1). <https://doi.org/10.33588/rn.40S01.2004648>
- Arco Tirado, J.L., Fernández Martín, F., Hinojo, L., y Francisco, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16 (3), 408-414. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72716312.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Americana.
- Barcala, A. y Luciani Conde, L. (2015). *Salud mental y niñez en la Argentina legislaciones, políticas y prácticas*. Teseo. <http://www.infeies.com.ar/numero5/bajar/RL1.Barcala&Luciani%20Conde.pdf>
- Barcala, A., Ballesteros, I., Bianchi, E., Faraone, S., Leone, C., López Casariego, V., Torricelli, F. y Tamburrino, C. (2009) *Medicalización/medicamentación de la infancia. Políticas públicas, actores sociales y nuevos escenarios*. Acta Académica. <https://cdsa.aacademica.org/000-062/1874>
- Bianchi, E., Ortega, F., Faraone, S., Gonçalves, V. P. y Zorzanelli, R. T. (2016). Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014). *Saúde e Sociedade*, 25(2). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016153981>

Boada Muñoz, L., Canal Bedia, R., García Primo, P. Ferrari, J., Franco Martín, M., Guisuraga Fernández, Z., Martín Cilleros, V., Martínez Velarte, M., Posada de la Paz, M., Rey, F., Santos Borbujo, J., Touriño Aguilera, E. Y Fuentes Biggi, J. (2006). La detección precoz del autismo. *Intervención Social*. 15 (1), 29-47.

<https://scielo.isciii.es/pdf/inter/v15n1/v15n1a03.pdf>

Brunno, S., Muraca, F., Mases, M., y Audisio, E. (2016) *psicofármacos y niños de escuela primaria: perspectivas de directivos escolares*. Acta Académica

<https://www.aacademica.org/000-044/471>

Calleja-Pérez, B., Fernández, A., Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayoralas, D., López-Arribas, S., López-Martín, S., y Perrone, J. (2016). Disfunción en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad: evaluación y respuesta al tratamiento. *Revista de Neurología*, 62(1). <http://hdl.handle.net/10486/678030>

Campolongo, D., Martin, A., Tammaro, M. y Torregiani, M. (2015). *Niños medicalizados*. Acta Académica. <https://www.aacademica.org/000-015/714>

Carli, S. (1999). La Infancia como Construcción Social. *De la familia a la escuela. Infancia, socialización y subjetividad*. Santillana. <https://n9.cl/vc8sq>

Congreso Nacional de la República Argentina (abril, 2019). *Creación Programa Nacional de Tratamiento Integral e interdisciplinario de las personas con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Trámite Parlamentario N° 41.

<https://www.diputados.gov.ar/proyectos/proyecto.jsp?exp=1846-D-2019>

Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. 2da. Edición. McGraw-Hill <https://n9.cl/tnrbk>

Cortes Moreno, J. (2019) *Vulnerabilidad de los /as menores con Trastornos del Espectro Autista. Detección temprana e inclusión socioeducativa*. Universidad de Jaén. Facultad de trabajo social. <https://n9.cl/f9w07>

Craig, G. y Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. Ed. Pearson. <https://n9.cl/su1ol>

Cuxart, F. (2000). *El autismo, aspectos descriptivos y terapéuticos*. Ed. Aljibe, S.L.

Da Fonseca, A. (2015). *Trastorno del espectro del autismo: ¿Inventar individuos para medicalizar lo normal?* Universidad de la República (Uruguay).

<https://hdl.handle.net/20.500.12008/21827>

De la Peña Olvera, F. (2000). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 43(6).

<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no43-6/RFM43609.pdf>

Dos Santos, R. y Zambenedetti, R. (2019). Comprensión del actual proceso de medicalización en el contexto de la salud mental. *Salud & Sociedad*, 10(1).

<https://doi.org/10.22199/S07187475.2019.0001.00002>

Duarte, A. S. F. (2016). Construyendo espacios para el desarrollo de la creatividad y habilidades de alfabetización crítica. Una alternativa para la patologización y medicalización de los problemas en la infancia. *Boletín Clínico de la Asociación Médica del Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 33(2). <https://n9.cl/8ugbv>

Dueñas, G. (2013). Importancia del abordaje clínico de los problemas de aprendizaje frente a la tendencia de medicalizar a las infancias y a las adolescencias actuales. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2).

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v3n2/v3n2a03.pdf>

Dueñas, G. y Kligman, C. (2009). La Patologización y Medicalización de la Infancia. *SIGNOS Universitarios de la USAL*, 28(44).

<https://p3.usal.edu.ar/index.php/signos/article/viewFile/2152/2698>

Escalas, J., Guerra, A. y Rodríguez-Cerdeira, M. (2010). Tratamiento con psicofármacos de los trastornos psicodermatológicos. *Actas dermo-sifiliográficas*, 101(6).

<https://n9.cl/flvy7>

Faraone, S., Barcala, A., Bianchi, E. y Torricelli, F. (2009). La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/ medicamentación en la infancia. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, 54. <https://www.margen.org/suscri/margen54/faraone.pdf>

Félix Mateo, V. (2005). *Intervención psicopedagógica y farmacológica ante los trastornos de comportamientos de inicio en la infancia y en la adolescencia*. Academia.

<https://n9.cl/datu0>

Figuroa-Duarte A, S. y Campbell-Araujo Ó, A. (2014). Determinantes Sociales de la Salud; su relevancia en el abordaje de los problemas de salud mental infantil. El Caso del TDAH. *Boletín Clínico de la Asociación Médica Infantil del Estado de Sonora*, 31(2).

<https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2014/bis142b.pdf>

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. <https://n9.cl/65f>

Hervás Zúñiga, A., Balmaña, N., Salgado, M., y Sánchez Santos, L. (2012). Los trastornos del Espectro Autista. *Pediatría Integral*, 16(10). <https://n9.cl/35n9b>

Hervás, A. y Rueda, I. (2018). Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista. *Revista Neurológica*, 66(1). <https://n9.cl/jjs3m>

Instituto Nacional de Estadística y Censos INDEC (2022). *Resultados Provinciales*. <https://www.censo.gob.ar/>

Ison, M. y Korzeniowsk, C. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 7(1), 65-71. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921796006.pdf>

Janin, B. (2016). El sufrimiento psíquico en los niños en los tiempos actuales – Intervenciones subjetivantes. *Actualidad Psicológica: Infancias y Sociedad*. <https://n9.cl/gf2qs>

Jaramillo, L. (2007). Concepciones de infancia. *Zona Próxima*, (8), 108-123. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85300809>

Liedo, B. (2021). Vulnerabilidad. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, 20, 242-257. <https://doi.org/10.20318/eunomia.2021.6074>

Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Varela-Casal, P., Campos, J.A., y Correas-Lauffer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurológica*. 49(5), 257-264. <https://n9.cl/mbkk4>

Lynch, S (2019). *Introducción a los fármacos*. Manual MSD. Última vez revisado en julio, 2019. <https://n9.cl/k9ap5>

Mansilla, M.E. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación en Psicología*, 3(2). <https://doi.org/10.15381/rinvp.v3i2.4999>

Márquez, S. y Meneu, R. (2007). La medicalización de la vida y sus protagonistas *Revista de Filosofía*, 2(8). <http://www.revistadefilosofia.org>

Martínez Dueñas, M.S. (2008). Principios de la intervención psicopedagógica. *Revista Panamericana de Pedagogía*, (12). <https://doi.org/10.21555/rpp.v0i12.1809>

Mas Pérez, Carlos. (2009) El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica Clínica y Salud. *Clínica y Salud*, 20(3). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613881006>

Mines, A. (2014). Medicalización ¿Una categoría útil para reflexionar sobre el desarrollo de la salubridad en la Argentina? *Hospital Italiano de Buenos Aires*, 34(4). <https://n9.cl/to0o2>

Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M.G., Etchepareborda, M.C., Abad-Mas, L., y Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista Neurológica*, 50(3). <https://doi.org/10.33588/rn.50S03.2009767>

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.

Orrú, S. y Leyva Nápoles, R. (2015). El peligro de la sobrevaloración del diagnóstico para la vida educacional de niños con autismo. *Educere*, 19(63). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35643049002>

Ortega Silva, P. y Plancarte Cansino, P. (2017). Discapacidad: factores de riesgo y prevención y profesionales relacionados. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(2), 183-196. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29255774005.pdf>

Ortega, S.P., Plancarte Cansino, P. (2017). Discapacidad: factores de riesgo y prevención y profesionales relacionados. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(2), 183- 196. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29255774005.pdf>

Pizarro, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. Ed. CEPAL. <http://hdl.handle.net/11362/4762>

Pozo de Castro, J.V., De La Gándara Martín, J.J., García Mayoral, V., García Soto, X.R. (2005). Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Bol Pediatr*, 45, 170-176.

http://www.sccalp.org/documents/0000/1056/BolPediatr2005_45_170-176.pdf

Ramírez Palacio, C., Henao López, G, C. y Ramírez Nieto L, A. (2006). *Qué es la intervención psicopedagógica: Definición, principios y componentes*. Academia.

<https://n9.cl/nqdmr>

Ramos Galarza, Carlos. (2016). La cara oculta del TDAH. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(1). <https://n9.cl/m5lrf>

Rodillo, B. E. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 52-59.

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2015.02.005>

Rodríguez Izquierdo, M. (2010). *Escolares y fármacos: Un estudio acerca de la medicalización infantil en escuelas de contexto sociocultural crítico*. Tesis de grado.

Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. <https://n9.cl/gppyoy>

Sánchez Domínguez, J.P. (2015). Psicoanálisis, una lectura acerca de la subjetividad en el proceso de medicalización infantil escolar. *Revista Electrónica sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación en Iberoamérica*. 2 (3).

<http://www.cagi.org.mx/index.php/CAGI/article/view/98/92>

Santi, M. (2015). Vulnerabilidad y ética de la investigación social: perspectivas actuales. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 2(29).

<http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v15n2/v15n2a05.pdf>

Savino Galia, A. (2019). *Niñeces medicalizadas: el uso de la medicación abusiva en los cuerpos dóciles*. Universidad de La Plata. Facultad de Trabajo

Social. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/94028>

Soutullo Esperón, C. y Díez Suárez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Ed. Médica Panamericana. <https://n9.cl/8mwog>

Stolkiner, A. (2013) *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental*. Ed. Psicolibro. <https://n9.cl/89o44>

UNICEF. (2006) *Convención sobre los derechos del niño*.

<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Vargas Baldares, M.J y Navas Orozco, W. (2012). Autismo Infantil. *Cúpula*. 26(2).

<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art5.pdf>

Volpe, S. (2020). *Arteterapia como intervención psicopedagógica en niños con trastorno del espectro del autismo*. Universidad FASTA. Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Psicopedagogía.

<http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/handle/123456789/356>

ANEXO

Formulario de consentimiento informado

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, de UFLO Universidad, desean conocer la medicalización infantil en niños con Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad (TDAH) y Trastorno del Espectro Autista (TEA), Influencias de las intervenciones psicopedagógicas. Influencias de las Intervenciones Psicopedagógicas en Contextos Sociales Vulnerables. Misiones, Argentina. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre analizar la medicalización infantil en niños con estos diagnósticos y la influencia de las intervenciones psicopedagógicas en ellos. Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán a continuación. La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto. Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento. Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de la UFLO Universidad, y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar (o equipo responsable).

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, aceptó participar en este trabajo de investigación.

Firma:

Firma Profesional Informante:

Aclaración:

Aclaración:

DNI:

DNI:

Fecha:

Protocolo N°:

Modelo de Entrevista

1. ¿Qué entiende por el Trastorno del Espectro Autista?
2. ¿Qué conocimiento posee sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad?
3. ¿Qué entiende por el proceso de medicalización infantil?
4. ¿Considera que este proceso de medicalización tiene un impacto en la vida de quienes lo realizan? ¿Por qué? ¿De qué manera?
5. ¿Ha trabajado con niños diagnosticados con TDAH y TEA?
6. Para realizar el tratamiento de los mismos ¿Fue necesario el uso de fármacos? ¿Por qué?
7. ¿Conoce si los fármacos utilizados en estos tratamientos han tenido efectos secundarios en los niños? ¿Sabe si estos efectos secundarios afectan de manera duradera a los niños usuarios de los medicamentos?
8. Como profesional de la psicopedagogía ¿Qué intervenciones realizó con niños que poseen estos diagnósticos? ¿Qué observó en las intervenciones? ¿Los resultados fueron los esperados?
9. Puede comparar un niño diagnosticado con TEA o TDAH, que ha sido medicalizado, con uno que no lo fue ¿Qué observa?
10. ¿Qué otra manera de abordar estos diagnósticos conoce? Se complementa las intervenciones psicopedagógicas con la medicalización infantil ¿Cómo?
11. ¿Qué impactos posee la medicalización infantil en niños con diagnósticos de TDAH y TEA y cómo influyen las intervenciones psicopedagógicas en ellos?

Mapa de la provincia de Misiones.

