Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Rector Emérito

Dr. Roberto Kertész

Rector

Mgter. Nestor H. Blanco

Vice Rectora Académica

Arq. Ruth Fishe

Decana Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Lic. Beatriz Labrít

Directora Carrera de Psicopedagogía:

Lic. Laura Waisman

Directora Educación Virtual

Lic. Lorena Parrilli

Tutor: Lic. Karina Sambataro

Asesor: Mariana Muller

Autor: Liliana Beatriz R. Dominguez

N° de Legajo: 20280

REVISIÓN DE TESTS EMPLEADOS PARA LA DETECCIÓN DEL TDAH Y LA PSICOPATOLOGIZACIÓN DE LA CONDUCTA INFANTIL.

Cuidad Autónoma de Buenos Aires

Julio 2018

INDICE

RESUMEN **3**

1. INTRODUCCIÓN **4**

2. MARCO TEÓRICO **5**

BREVE RESEÑA HISTÓRICA DEL TDAH 5

SÍNTOMAS DEL TDAH 5

LOS TESTS PARA LA DETECCIÓN DEL TDAH 6

LA PSICOPATOLOGIZACIÓN DE LA CONDUCTA INFANTIL 10

3. ANTECEDENTES **14**

4. PLANTEO DEL PROBLEMA **19**

5. OBJETIVOS E HIPOTESIS **19**

GENERAL 19

ESPECÍFICOS 19

HIPÓTESIS 20

6. MÉTODO **20**

6.1 DISEÑO 20

6.2 INSTRUMENTO DE ESTUDIO 21

6.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 21

6.4 PROCEDIMIENTO 22

7. RESULTADOS **22**

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES **24**

DISCUSIÓN 24

CONCLUSIÓN 29

9. REFERENCIAS **30**

RESUMEN

La presente investigación se origina por el interés de indagar acerca de las derivaciones y los criterios que utilizan los docentes en las escuelas para detectar niños sospechados y/o sobrediagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), los cuales son sometidos a medicación como siguiente paso en un proceso de errónea solución. Al respecto se realizó una exploración del tema a través de la investigación documental con relación al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), a traves de diferentes instrumentos que permiten detectar el supuesto trastorno en niños. Para ello se tomaron varios test que se aplican para detectar el TDAH en niños sospechados de padecerlo; se realizó un muestreo no probabilístico intencional de cuestionarios que fueron seleccionados tomando en consideración los siguientes criterios de inclusión: por ser los más legitimados en la comunidad científica de las ciencias de la salud mental, por estar basados en el DSM y la C.I.E, que se hayan creado para ser aplicados a niños y no a adultos, y que tengan escalas o guías para padres y docentes. En función de lo anterior se incluyeron los siguientes instrumentos: Cuestionario para profesores. Criterios diagnósticos del DSM IV y de la O.M.S. (C.I.E. 10); Cuestionarios de Keith Conner (1969); Cuestionario para maestros y para padres adaptado de la Academia Americana de Pediatría (1930) y del DSM IV; Cuestionario SNAP IV, instrumento de detección para niños de 4 años a 14 años, sospechados con el trastorno TDAH. Con la revisión se pudo constatar que las principales características de los tests, son su reduccionismo y subjetividad, atribuyen diferentes manifestaciones o distintos comportamientos en una sola categoría superficial, evalúan comportamientos conductuales como atencionales tales como la impulsividad, la desobediencia, demasiados movimientos corporales. Éstos niños por ser inquietos ya son encuadrados dentro del manual DSM como un comportamiento patológico, cuando en realidad es solo un variante de la normalidad; son niños sanos con demasiado estímulos corporales y con mucha motivación, lo que debe replantearse si éstos signos son suficientes para un diagnóstico tan fuerte.

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo se origina por el interés personal y profesional que lleva a considerar la problemática del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), a indagar acerca de las derivaciones y los criterios que utilizan los docentes en las escuelas para detectar niños sospechados, sobrediagnosticados y posteriormente medicados como siguiente paso en un proceso de errónea solución.

El tema fue elegido por considerarlo de importancia profesional y como relevante en cuanto sea de utilidad para todos los agentes educacionales: docentes, psicopedagogos, psicólogos educacionales, pedagogos, maestros integradores y/o maestros especiales, padres y para todas aquellas personas que trabajan e interactúan con niños a los que les atribuyen un supuesto pronóstico de TDAH. Con este paso se busca contribuir para que el niño antes de ser rotulado, encuadrado en un diagnóstico inverosímil, sea antes escuchado, contenido, mirado y tratado de una manera especial.

En el consultorio la investigadora ha recibido a niños derivados de las escuelas primarias con sorprendentes informes de docentes que no están preparados formalmente para realizar diagnósticos ni cuentan con los conocimientos válidos para tales apreciaciones. Asimismo, los instrumentos de detección que tienen a su alcance tales como los test, no son idóneos, ni suficientes para abordar, con tan sólo valorar determinadas escalas de preguntas y respuestas prototípicas de la conducta de un niño, semejante exacerbación de este supuesto trastorno.

Las frases tan pronunciadas “No atiende”, “molesta en clase”, “no aprende”, no son síntomas ni signos suficientes para establecer un diagnóstico dudoso. Ser “inquieto”, el comportamiento normal de un infante, pasó a considerase una patología para la familia y la escuela, las que urgente buscan una respuesta rápida.

Se espera que los resultados obtenidos tengan alcance para los docentes y las escuelas. La utilidad práctica que tiene la investigación es posibilitar a las psicopedagogas comunicar a los padres tranquilizando las exigencias de éstos ante la desesperada situación de su hijo que no se adecúa a un modelo sistemático educativo. Se podrán ofrecer los resultados obtenidos para que los mismos puedan discernir y optar por un tratamiento adecuado para su hijo o su alumno, siempre en beneficio del niño y dándole la oportunidad de ser escuchado.

2. MARCO TEÓRICO

A continuación se presentan elementos teóricos que sustentan la presente revisión con el fin de poder indagar sobre los elementos que pueden llevar docentes en las escuelas a clasificar como niños sospechosos de poseer el TDAH.

Breve reseña histórica del TDAH

Según Espina y Ortego (2000), el llamado Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, no es de reciente aparición. Se ha denominado con diferentes descripciones médicas y nombres a lo largo de 100 años. En el año 1902, Still, describió como niños problemáticos a los niños con conductas impulsivas y agresivas asociadas a la falta de atención. Hohman, en 1922, lo relaciona a niños que tenían síntomas de lesiones o infecciones cerebrales. En 1934, Khan y Cohen, hablaron de síndrome de lesión cerebral humana.

En 1962, Clements y Peters, describieron como la disfunción cerebral mínima, caracterizada por hiperactividad. En 1968, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), lo introduce en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales II (DSM II) con el término Reacción Hipercinética de la Infancia, haciendo énfasis en la hiperactividad como síntoma ajeno a las lesiones cerebrales. En 1970, Douglas, lo señala como la dificultad de mantener la atención y la impulsividad, asociada a la deficiente auto regulación, como un trastorno. En 1980, basándose en estas afirmaciones, la APA lo incluye en el DSM III con el término de déficit de atención con o sin hiperactividad.

En 1992, la Organización Mundial de la Salud y la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE 10), proponen el término de trastorno hipercinético y en 1994 se introducen en el DSM IV, ya con los tres subtipos que se mantienen hasta la revisión del año 2000. En el año 2013, se produce un cambio en la definición de TDAH, teniendo en cuenta la infancia media, el diagnóstico para adolescentes y adultos. Además, los subtipos se denominan actualmente presentaciones clínicas y varían en el transcurso de la vida del sujeto. Se incluye también la diferenciación en grados leve, moderado y severo. El cambio más significativo, es que se puede realizar el diagnóstico conjunto de TEA Y TDAH.

Síntomas del TDAH

Según Barkley (1990), los tres síntomas que han caracterizado al TDAH, son la hiperactividad, el déficit de atención y la impulsividad. Comenzando con la hiperactividad,

generalmente es muy sencilla de reconocer ya que sus características son evidentes ante cualquier persona, no necesariamente conocedora del área. Al respecto se pueden mencionar las siguientes características: el niño se mueve en momentos en los que no resulta adecuado, se le dificulta permanecer quieto cuando es necesario, habla en exceso, hace ruidos constantemente no importando el tipo de actividad que desarrolle, tiene dificultad para relajarse, generalmente deja actividades inconclusas lo cual también refleja falta de constancia

Con relación al déficit de atención, este síntoma es un poco más complejo de identificar en las edades infantiles. Sin embargo se pueden mencionar algunas características que lo relacionan: presentan problemas en mantener atención por tiempo prolongado por lo que evitan aquellas actividades que requieren de atención prolongada, descuida los detalles y generalmente no finalizan las tareas, tienen dificultades para seguir instrucciones, las normas y detalles de los juegos, generalmente no prestan atención a lo que se les dice, es desorganizado en sus tareas y actividades, habitualmente olvidan donde colocaron objetos por lo que los pierde con facilidad, se distrae fácilmente, cambian de tema de conversación continuamente, presenta dificultades para seguir las normas o detalles de los juegos.

Continuando con el síntoma de la impulsividad, el mismo se considera como el menos frecuente de los mencionados. Esta característica se refiere fundamentalmente a la dificultad para pensar las cosas antes de actuar. Un niño con estas características, supone un problema sobretodo en la edad adulta, ya que podría vivir situaciones conflictivas ponerse en peligro innecesariamente. Al respecto, algunas características que presenta en niño, se mencionan a continuación: es impaciente y generalmente tiene problemas para esperar su turno, no piensa antes de actuar, tiende a no tener las manos quietas pues su tendencia es a tocarlo todo, generalmente tiene conflictos con los adultos, suele tener respuestas con tilde de prepotencia, generalmente interrumpe constantemente a los demás.

Los tests para la detección del TDAH

Los profesionales que realizan los diagnósticos utilizan como base el DSM V o bien el CIE. Lo que se pone en cuestión es la conceptualización actual, el criterio de los síntomas, los cuales deben estar presentes en dos o más entornos tales como el hogar y la escuela. Barkley (1990) advirtió que esto conllevaba implícitamente una confusión entre el lugar donde se genera la conducta (casa o colegio) y la fuente de información (padres, docentes). Unos padres rígidos valoran como disruptiva una conducta que para otros padres es

aceptable. Además, ciertas conductas se expresan más o menos en función de las personas que están con el niño.

Por otro lado, Francés (2013) realiza una crítica a lo indiscutible del Manual DSM y a la presión de la industria farmacológica, pero hay que reconocer que los que prescriben las píldoras son los profesionales y, como se ha documentado, es el propio DSM en sí mismo que da un aluvión de *psicopatologización*. De hecho, como sostiene Francés (2013), la industria psicofarmacéutica está inculcando la idea de que muchos de los problemas normales de la vida son trastornos y que pueden solucionarse engullendo pastillas; que además está extendiendo su mercado a la población infantil con el sobrediagnóstico de TDAH que se extendió como pólvora. Agrega en su interpretación que se convierte a las experiencias vitales y problemas psicológicos en psicopatologías.

Francés (2013), refiere que el DSM considera "trastornos" como patrones de comportamientos sin referencias a sus causas, no duda en referirse a personas normales "preocupadas pero sanas" por enfermedades mentales como contrapuestas a enfermedades médicas. La pregunta sería ¿Con qué derecho declara "enfermedades" a la colección de comportamientos, trastornos o problemas que conforma en síndromes? ¿Con qué derecho denomina síntoma sino se ha identificado la entidad patológica?

La revisión sistemática realizadas en las distintas metodologías utilizadas para elaborar estimaciones, así como en los diferentes criterios utilizados para el diagnóstico solo aumentan el juicio clínico. ¿A qué se le atribuye la prevalencia? Gómez, Heredia y Mancona (2014) interrogaron sobre la utilización las diferentes guías a la hora de tratar a un niño. La respuesta de estas guías no puede inferirse sólo de la aplicación desigual de tales guías, sino de la influencia de otros factores intervinientes para el diagnóstico, tal como los elementos artefactuales, es decir, el criterio de que el comportamiento se manifiesta en un determinado contexto, la escuela; factores sociales; el entorno educativo donde los niños con supuesto TDAH se encuentran integrados bajo las pautas psicoeducativas adaptadas a sus necesidades especiales y la presión de la industria farmacológica sin olvidarse que la conductas agresivas, desafiantes, entre otras, pueden prescribirse como TDAH.

Hay que establecer la existencia de una notable discrepancia entre los padres y docentes sobre la frecuencia e intensidad de los síntomas para reconocerlos como parámetro o indicador de conducta en un test de TDAH. Castroviejo (2009) sostiene la desigualdad que

existe en conjeturar la falta de una frontera psicopatológica clara entre personalidad y patología en las manifestaciones externas de los sujetos con TDAH. Asimismo ha recalcado que las mayorías de las pruebas para evaluar las funciones cognitivas complejas se han confeccionado en población adulta lo que dificulta aplicarlos en la población infantil.

Las escalas utilizadas hasta ahora para el juicio clínico del TDAH puntúan síntomas con escasa correspondencia con la disfunción a considerar, por ejemplo social o académica donde se centran en la valoración en los que padres y/o docente entienden que es una conducta anormal, sesgo que indudablemente afecta a las valoraciones clínicas que se llevan a cabo de un niño o adulto.

A mayor información se ha apostillado que ni el DSM ni la CIE capturan la heterogeneidad fenotípica del TDAH, lo que se justifica al usar un sistema categorial y no dimensional. Al respecto, Saiz (2013), refiere que el espectro categórico exige una clara distinción entre normal y lo patológico algo que no sucede con el TDAH.

En otro plano, es cuestionable la edad de inicio de los síntomas, establecida antes de los 7 años en el DSM V, porque explicaría que se haya elevado al determinarse cuando el supuesto trastorno del neurodesarrollo abarcaba típicamente lo hipercinético y propio de la infancia, aún cuando se desarrolla a lo largo de la historia vital. La reducción de síntomas se justificó para limitar el falso negativo, no contemplar los falsos positivos, por lo que cuestionan seriamente las premisas estadísticas.

Por otro lado, Cardo, Servera y Llobera (2007), señalan que la estrategia psicométrica basada en las escalas que hay para que maestros y padres apliquen a los niños en un intento de ser objetivos, requiere menos esfuerzo y costo. Respecto a las limitaciones inherentes al uso de escalas y autoinformes, como requisitos para fortalecer la estrategia psicométrica, se ha postulado que la información provenga de dos o más fuentes, que los ítems coincidan con un modelo clínico de diagnóstico, que se disponga de puntuaciones normalizadas por sexo y edad y que sus puntos de cortes o sistema de detección deriven de estudios clínicos.

La detección del supuesto TDAH se puede confundir con desórdenes de la infancia y no existe una prueba única que permita un diagnóstico exclusivo y confiable. Siempre se basará en el cumplimiento de los criterios del DSM V establecidos por la Academia de Psiquiatría Americana (APA, 1944) y/o de los criterios de las CIE 10 (1992) reconocidos y establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Estos dos manuales son guías de referencias para la formulación de los tests. La diferencia entre ambos es importante para entender porqué el TDAH se diagnostica más en algunos países que en otros (los criterios de inclusión y exclusión varían entre una guía y otra) por qué se puede llegar a tratar a unos niños sí y a otros no, por qué hay algunas diferencias de prevalencias entre estudios, etc. (Fundación CADAH)

Si bien el diagnóstico del supuesto TDAH únicamente puede ser efectuado por personal médico especializado, existen los test guías, por todos lados. Es importante recalcar que estas pruebas no tienen validez formal ni mucho menos concluyente. Las mismas se hacen en función de las respuestas, donde se realiza un cálculo automático que indica si el niño es sospechoso o no de padecer este trastorno.

Los manuales CIE y DSM son inicialmente los libros de consultas a donde se ofrece una clasificación y descripción del TDAH con la supuesta patología vista a través de la neurología y la psiquiatría. Es en ellas a donde nace el TDAH como diagnóstico. Pero hay otros factores que podrían ser explicados por el hecho de que los criterios diagnósticos de los manuales no expresan una línea directa ni única. Con las fallas o el mal funcionamiento la psicología tiene la oportunidad de hacer otras teorías clínicas psicopatológicas y establecer tratamientos en los que la medicación y farmacología no son la única alternativa. Es decir que los tratamientos que ofrecen la neurología y la psiquiatría pueden ser discutidos.

Existe una marcada rivalidad entre médicos y psicólogos, pues los primeros consideran a los psicólogos simples rehabilitadores y lo relacionan con el área cognitiva y conductual. Sostienen que la postura médica es más acertada y está por encima la base biológica, por lo que la psicopatología no parece dar una explicación etiológica del TDAH, por lo tanto la psicología clínica de la línea psicoanalítica y psicoterapéutica queda afuera. A lo largo de la historia de las ciencias sigue la discusión sobre la dualidad mente - cuerpo. Esto se ve reflejado no solo en la validación del psicoanálisis como ciencia, sino en la patologización del TDAH como un supuesto trastorno que mueve varias teorías.

La psiquiatría cuestiona a la biología que no ha podido abarcar o responder a ciertos cuestionamientos. Por ejemplo, el Tratado de Psiquiatría (2004), deja ciertas cuestiones abiertas sin poder dar respuestas a asuntos tales como: La inconsistencia de la conducta hiperactiva ya que la intensidad de los síntomas varía de un ambiente a otro, de una persona a otra, e incluso en el mismo ambiente y misma persona; resulta inconsistente la

explicación acerca del proceso dimensional como área deficitaria responsable de desencadenar hiperactividad motora, ya que ha habido hallazgos en los que se encontró aumento de la actividad motora durante el sueño; hay carencias en la explicación de los procesos afectivos a los que se denominan "interferencias" que afectan a los supuestos síntomas nucleares (Déficit de Atención, hiperactividad, impulsividad) refiriéndose a los conflictos familiares sin mayor profundidad, estos necesitan que se indague sobre la variabilidad de los problemas comportamentales de hiperactividad y de agresividad que contribuyen a la tipificación del TDAH; También de incidencia de varones sobre mujeres, no se tiene en cuenta el papel que tiene la familia, los roles y los determinantes psicológicos, con los que una sociedad valora las conductas aceptables y las no aceptables en niños y niñas. Tampoco alcanzan las explicaciones hormonales que llevan menores grados de impulsividad en mujeres que en hombres. Actualmente el ritmo de vida y el cambio de roles han modificado lo esperable para cada género; ausencia de una teoría psicopatológica no subordinada a la función fisiológica, donde la depresión, la ansiedad son conflictos intrapsíquicos que pueden generar cambios fisiológicos como los trastornos del sueño.

Isis (2010), citada en Martínez, (2010), refiere que lo lamentable es que frecuentemente los médicos basan su diagnóstico únicamente en el cumplimiento de criterios clínicos descriptivos, de tal manera que los tratamientos se ven reducidos al uso farmacológico o con terapias de modificación conductual sin tener en cuenta el estado emocional del niño, ni el significado de la sintomatología en la familia y el mismo niño. De igual manera, Benasayag (2011), señala que el trastorno por Déficit de Atención es una entidad, una construcción que no cuenta con bases científicamente fundadas y en consecuencia mucho menos justificada como diagnóstico para la prescripción de sustancias psicotrópicas.

La psicopatologización de la conducta infantil

La escuela es un agente principal en la detección del supuesto TDAH y suele ser quien da la primera voz de alerta. Según Scandar (2003), los niños pasan muchas horas en la escuela y eso hace que los maestros estén en una posición privilegiada para observar el comportamiento de los alumnos, así como para poder comparar la conducta y el funcionamiento cognitivo entre niños de la misma edad. Ellos son quienes advierten conductas tales como las mencionadas en el apartado anterior.

De igual manera, Scandar (2003), señala que el hecho que un maestro ya haya tenido algún alumno con supuesto TDAH facilita la detección de nuevos casos, ya que a estas conductas las consideran como sintomatología y serían una alteración del comportamiento "normal". Algunas conductas disruptivas de los niños son considerados como síntomas del TDAH. Los comportamientos derivados de un supuesto trastorno se encuentran en todos los niños, con mayor o menor intensidad y frecuencia. Por lo tanto, al dar la voz de alarma, algunos docentes suelen caer en interpretaciones erróneas de la situación que están atravesando.

Sennett (2003), refiere que la patologización de las conductas es una forma de ocultamiento de los conflictos que padece la sociedad se evidencian cuando, por ejemplo, una persona se quedó sin trabajo y se dice que está deprimido "es un depresivo"; si tiene miedo de perder el trabajo, "tiene ataque de pánico"; los niños sanos que se mueven mucho son hiperkinéticos y se tiende a medicarlos. "Es una sociedad con tanto deterioro que existe el debate sobre lo saludable y no sobre lo normal. Lo normal hoy no es saludable".

De igual manera, Janin (2014), con relación a la patologización de la infancia y la adolescencia, refiere que la misma trae como consecuencia, tratamientos dados a los niños, niñas y adolescentes para evitar preguntarse sobre deficiencias que presenta la sociedad en su conjunto, convirtiendo esta situación en elementos de deshumanización y descalificación de esta área de la sociedad. La autora refiere que cuando a un niño se le medica por molestar en clases, por estar distraído, por no copiar lo que dice en la pizarra, por no hacer tareas que le disgustan, etc., se le está trasmitiendo un mensaje a los niños, niñas y adolescentes, de que deben tomarse una pastilla para portarse bien. Es la idea de lo que la autora denomina "cuerpo-maquina", el cual requiere de un estimulante externo que le va a permitir mantener una actitud socialmente aceptable, es decir, se resuelve un problema tomando patillas sin hacer cuestionamientos.

El filósofo francés Redeker (2007) asegura que "es el hombre, en la humanidad de su vida, lo que está en cuestión en la triple crisis, crisis de la enseñanza, crisis de la escuela, crisis de la educación" (Redeker, 2007. p.9). Es por ello que en la actualidad existen discusiones en concordancia al sistema educativo y su pertinencia con relación a las necesidades humanas, la cual debe considerar el desarrollo integral del ser. De igual manera, el actual sistema, por la falta de actualización a los nuevos tiempos ha promovido la marginación de niños que no logran adaptarse a "un sistema que no los contempla y que los expone a la estigmatización y exclusión social" (Redeker, 2007, p.12)

El TDAH, junto a otras muchas etiquetas, es cuestionado y resistido por especialistas y psicólogos de todo el mundo. En consecuencia, los niños ante un formato al que no pueden adaptarse y no terminan de comprender, comienzan a ser tildados como niños problemáticos y que no encajan en la escuela, situación a la que la mayoría de los docentes no saben cómo enfrentar.

En este orden de ideas, Gerver (2010) insiste que hay que devolverles a los enseñantes el placer por la enseñanza, sosteniendo que el actual sistema se diseñó hace más de 150 años, por lo que predomina un nivel de insatisfacción de los actores educativos por la incapacidad para transformarse (construir una estructura viva y dinámica). Esto, deriva en una psicopatologización de las conductas y los comportamientos de los niños y adolescentes, cuando el verdadero problema está en que el sistema educativo se cierra y se desentiende de las necesidades de ellos, no adaptándose a los cambios de las diferentes épocas.

Por otro lado, Porlan (2011), citado en Martínez (2010), coordinador de la campaña del manifiesto del I.R.E. (Investigación y Renovación Escolar) expresó: "Los niños, niñas y jóvenes de hoy y los de antes son producto de la sociedad en la que viven, juzgarlos negativamente como colectivo es un ejercicio simplista y una forma de ocultar la responsabilidad de la sociedad adulta".

Doin (2011) refiere que "si nos guiamos por las descripciones de etiquetas, tal como la "hiperactividad", son en realidad las descripciones de un niño que está con muchísimas ganas de aprender" (Doin, 2011, p.2). De igual manera, el autor menciona a Montessori (1907) cuando describe lo siguiente:

…que la vivencia de los niños a la edad de los cinco o seis años estaría describiendo a un niño hiperactivo ¿hasta qué punto eso que llamamos enfermedad, síndrome o desorden no es la naturaleza misma de un niño que busca expresarse? (Doin, 1907, p.3)

Clasificar niños está de moda; por lo consiguiente, se colocan nombres a los trastornos, nombres validados por un referente único, el Manual DSM V. Hay una afirmación rotunda, indubitable, bíblica, que implica incorporar nuevos diagnósticos o rótulos. Según Balidar, (1995), el DSM V aparece promoviendo lo que más temíamos: la inclusión de muchas variantes de la *normalidad* bajo la rúbrica de enfermedad mental. Algo muy grave que hay que tener en cuenta son los sistemas clasificatorios del DSM V, de cómo pretende recoger evidencias, hechos, imponiendo nombres sin interpretaciones teóricas, no toma en cuenta

otras lecturas o la condición de provisorio. Antes éstos nombres no existían (TDAH, TOD, TGD) y debido a la epidemia los nuevos trastornos crecen a nivel mundial. En el mismo manual se encuentra la base genética, el trastorno biológico y el arsenal de medicamentos para ´”normalizar” tantos trastornos. La práctica e ideología científica y clasificatoria del DSM V aleja de la verdad, de la sensibilidad y la lógica del sufrimiento infantil.

Es importante resaltar que la niñez es una etapa de la vida en donde se crean las bases el adulto del futuro. En ella se dan transformaciones, los deseos, las identificaciones y los modelos a seguir. Esos modelos son dados por otras personas o elementos de la sociedad, y es lo que le permite al niño tomar una imagen de sí mismo, la cual es dada durante los primeros años de vida. Es por ello que Janin (2014) plantea la responsabilidad que tienen todas las personas que trabajan con niños, y que son los responsables de hacer diagnósticos de los mismos. Al respecto, la autora refiere preguntas que llaman a reflexión con relacion al rotulo que se impone a los niños: “¿cómo sentirse valioso si de entrada se es rotulado, clasificado y ubicado como portador de un síndrome?… ¿Cómo podrán los padres mirar a ese niño si lo que les devuelven es que es un “Déficit de…” o un “Trastorno generalizado” o algún otro “trastorno”? (Janin, 2014, p.7). Entonces, el peligro es generar un ser que, en lugar de tener esperanza, “en lugar de ser alguien que va desplegando potencialidades, se es deficitario de entrada”. (Janin, 2014, p.7).

De acuerdo con Artigas y Pallares (2011), el DSM V promete cambio de paradigma, del actual paradigma categorial por otro dimensional con límites más borrosos y gradientes de gravedad tal como ocurre con el espectro autista. Esta tendencia lleva la confusión de una niña soñadora a la desatención; un niño inquieto padece TDAH; ambos reciben Ritalina bajo la concepción que ambos son variantes del ADD. El cambio se debe a los inclasificables cuadros mixtos y heterogéneos y de comorbilidades; se incluyó que un trastorno para ser tal requería presentar una afectación clínicamente significativa o limitación de un funcionamiento. Artigas y Pallares (2011), señalan que esa significación clínica queda relativizada tanto entre los cuadros como lo normal y lo patológico. Por lo que el enfoque de categoría medicaliza y el actual enfoque dimensional, patologiza. Es así que el actual DSM V postula más de 600 desórdenes.

Siguiendo con los mismos autores, se resalta la incongruencia del modelo categórico del DSM, los aportes a la psicopatología evolucionista que permiten entender los trastornos mentales como conductas adaptativas pero desajustadas en el individuo que las padece. En este sentido, el término categórico significa que los diagnósticos hacen referencia a

entidades discretas. Esto significa que se marcan límites entre normalidad y anormalidad, un trastorno, comportamiento alguna "alteración". Por lo que se deduce que el diagnóstico de TDAH está fuertemente mediatizado por el hecho de haber sido valorado de una manera con diferentes criterios de una década a otra.

3. ANTECEDENTES

En la exploración de antecedentes en la materia se encontraron algunas investigaciones que siguen la línea de investigación, los cuales se muestran a continuación.

Untoinglich (2009), realizó una investigación con relación a aspectos históricos lidibinales en niños y niñas con problemas de aprendizaje. En el mismo destacó la subjetividad, la historia de los vínculos y el contexto socio – histórico y escolar como prerrequisitos necesarios para que la atención se constituya como función de un sujeto. El objetivo general fue utilizar estudios teóricos clínicos donde la autora descubrió y analizó en las entrevistas diagnósticas con los padres y niños, destacando tres ejes de análisis: análisis de las historias libidinales; la producción simbólica y la modalidad cognitiva atencional.

La muestra estuvo conformada por 20 Historias Clínicas de niños y niñas entre 7 y 11 años, pacientes del servicio psicopedagógico de la cátedra de Psicopedagogía Clínica de la Facultad de Psicología de la UBA. Las conclusiones a las que arribó la autora se refieren a entender la atención como función yoica que puede construirse, lejos de ser una función exclusivamente biológica, que la atención está relacionada a un entramado de deseos propios e intersubjetivos del niño además de otros significados del mundo representativos de una determinada época histórica y social. La temática de la tesis es importante para la investigación del presente trabajo porque permite entender y conceptualizar la función atencional desde una mirada psicoanalítica y neurobiológica.

De igual manera, Faraone, Barcala, Torricelli, Bianchi, y Tamburino (2011) realizaron un trabajo a través de un convenio entre el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y el SEDRONAR, Observatorio Argentino de Drogas de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico. El objetivo de este estudio fue analizar el consumo de psicotrópicos en niños diagnosticados con TDAH y cuál es la relación con el proceso de medicalización. El trabajo de campo se realizó en las provincias de Buenos Aires, Corrientes, Salta y Tierra del Fuego. El fundamento del estudio apuntó a analizar la

dinámica, circuito y actores involucrados en la detección, diagnóstico y abordaje del TDAH, partiendo de discursos de los pediatras, psiquiatras infanto juveniles y neurólogos infantiles. Se analizó cómo se va construyendo el diagnóstico del TDAH, cuáles son los planteamientos terapéuticos y cómo operan las industrias farmacológicas. La investigación se llevó a cabo a partir de 45 entrevistas semiestructuradas dentro de una institución escolar (análisis, detección, diagnóstico circuito y abordaje). Lo más importante de esta tesis es que negó la validez de los criterios para el TDAH que el manual DSM IV establece como tales, realizando una crítica sobre la medicalización del Metilfenidato, el cual contiene una acción con potencial adictivo y está incluido en un listado de psicofármacos de alta vigilancia controlados por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de la ONU. El estudio apunta que el tratamiento con medicación es erróneo, dado que se unifica a todos los niños (desatentos, inquietos) en una clasificación psiquiátrica donde una categoría descriptiva pasa a ser explicativa de todo lo que le ocurre al niño. Está documentado que la mayoría de los profesionales acordaron la existencia del TDAH como entidad clínica, tal como lo describe el DSM lV. La investigación permitió revelar que es relativo y que son incorrectamente diagnosticados como enfermedades, síndromes o padecimientos y que el tratamiento inscripto en la decisión de medicar está dado en la escuela, la propone la familia que la solicita y el médico que la receta. Sobre la base de este análisis del TDAH se permite considerar ciertas expresiones naturales y vitales de los niños como enfermedades, síndromes o padecimientos.

De la misma forma, Acosta C.; Corigliani, G.; Huanca, T. y Poch, J. (2011), realizaron una investigación la cual tuvo como objetivos conocer la percepción de los agentes de salud que asisten a niños/as y adolescentes con trastornos conductuales y la medicalización; *analizar los motivos que tienen para la derivación a los sistemas de salud e indagar sobre qué concepciones poseen los adultos para determinar una derivación. El interés del análisis estuvo centrado en los niños y niñas diagnosticados con TDAH, transmitidas por padres y maestros quienes por lo general demandan soluciones inmediatas y de corto plazos a las supuestas patologías, buscando una legitimación del discurso médico. A partir de los testimonios de los entrevistados, se concluyó que el camino empieza en la escuela, donde algunas veces es abordado por un grupo de psicopedagogos y que luego se solicita intervención neurológica buscando causa orgánica. Lo que resulta destacado en la investigación es que tanto padres y docentes demandan soluciones rápidas ante estas supuestas patologías.

Igualmente, Dueñas (2012), realizó una investigación con el objetivo de esclarecer el fenómeno de la patologización y medicalización en los niños a través de la descripción de ciertos aspectos socio-afectivos y cognitivos según aquellas concepciones de los docentes que aparecen asociadas a la tendencia a derivar alumnos a consultas neurológicas por ADD/H. La pregunta sería ¿cuáles son las principales características de las concepciones docentes para hacer la derivación? Se analiza lo cognitivo (ideas, creencias, información) y lo socio-afectivo (sentimientos, valoraciones, emociones). De la muestra, se concluyen concepciones de docentes de escuelas primarias privadas de la Ciudad autónoma de Buenos Aires. Los docentes derivan a consulta neurológica según la baja o nula consideración de los factores socioambientales en la emergencia de problemas atencionales con/sin hiperactividad en las niñas; la escasa y confusa información sobre la que se fundan las creencias que la componen; la presencia de sentimientos de malestar frente a la reacción de los padres cuando se les informa de la dificultad de conducta y de los problemas de aprendizajes de sus hijos, lo que los lleva a derivar. Con este trabajo la autora espera desnaturalizar las concepciones erróneas y transformar las prácticas docentes que estarías contribuyendo a reproducir y consolidar el fenómeno de la "Patologización y Medicalización".

Igualmente, Ferreyra (2014), presentó una investigación cuyo objetivo fue indagar acerca de las creencias, ideas, teorías implícitas que tienen los psicopedagogos en la Ciudad de Salta para establecer un diagnóstico de Trastorno ADD- ADHD; qué significación tiene la medicalización para el tratamiento del TDAH y cuál es el lugar que ocupan la familia, la escuela, los docentes en el abordaje que efectúan en las prácticas los Psicopedagogos que atienden estos casos. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a psicopedagogos de Salta que trabajaban con niños diagnosticados y/o medicados. Se buscó comprender los hechos teniendo en cuenta los escenarios en su original singularidad. La investigación busca romper con los modelos y estrategias con estructuras simplificadas que sirven como guías en el desarrollo de la intervención clínica. Concluye que no solo se mal diagnostica en la medicina sino que también ocupa un lugar en las escuelas, en los informes docentes y la posibilidad de un diagnóstico por el simple discurso de los padres y aunque no exista una causa biológica demostrada se termina medicando al niño.

Por otra parte, Molina (2013), realiza una revisión del avance en el estudio de auto percepción de niños con TDAH. La misma dio lugar a resultados contradictorios; se llegó a la conclusión que actualmente existe la tendencia a sobrestimar las competencias de los

niños sospechados con TDAH en relación con su desempeño real. Con esta investigación se buscó la revisión de los estudios de los mecanismos explicativos del sesgo positivo ilusorio del TDAH. Se utilizaron fuentes de REDALIC, SCIELO, PUBMED, CLASE. Mostró evidencia que cumple una función de autoprotección frente a sus habituales fracasos y que está relacionado con las fallas en las funciones ejecutivas asociadas al supuesto trastorno, que tiene un fuerte impacto en el ajuste psicosocial de estos niños. Siguiendo la línea de investigación del Dr. Benasayag (2011) se han demostrado las limitaciones de los métodos para evaluar y diagnosticar el TDAH. El autor caracteriza a esa agrupación de signos y síntomas que pueden presentarse como aislados o en forma conjunta y obedecen a múltiples causas. Por lo que el diagnóstico se comparte desde diferentes ámbitos, creado de manera arbitraria o deliberada, de sesgo innatista, sin perjuicio de vulnerar los derechos de los niños.

Algo semejante ocurre con Pérez (2014), especialista en psicología clínica de la Universidad de Oviedo, España, afirma que el TDAH es un diagnóstico que carece de identidad clínica y que la medicación para el mismo está lejos de ser propiamente un tratamiento. Asegura que no se establecen criterios objetivos que definan que realmente dicho trastorno es una patología, y tampoco se permite diferenciar el mismo del comportamiento normal. Se basa en apreciaciones subjetivas o afirmaciones de los propios padres de los niños sospechados ("si a menudo el niño se distrae y se mueve mucho"), es decir, se hace sobre un diagnóstico tautológico. En la entrevista afirma que no existe ninguna condición neurobiológica ni genética identificada para alentar un diagnóstico de TDAH. No existen pruebas médicas ni de neuroimagen o test psicológico que sirvan para un diagnóstico del supuesto trastorno. No niega que los niños tengan problemas; sin embargo, no necesariamente su inquietud o la dificultad de atender son un biomarcador para etiquetar a estos niños. El profesional recomienda a los padres de niños diagnosticados o sospechados que no acepten el resultado de guías cuyos autores y asesores tengan intereses personales o con las industrias farmacéuticas.

Por otra parte, Saiz (2013), presentó una investigación cuyo objetivo fue analizar críticamente la evolución del diagnóstico y del tratamiento del TDAH. El mismo se revela como un fenómeno de prevalencia variable y creciente, con etiología desconocida, sin marcadores biológicos ni hipótesis a favor del origen orgánico, tan discutible. Sus criterios han cambiando a lo largo del tiempo basados en escalas de síntomas insuficientes correlacionadas con la disfunción social, familiar o académica. La investigación lleva a

preguntarse si son adecuados los tratamientos farmacológicos, si son bastos los estudios, dándole importancia a la terapia conductual. Respecto a los medicamentos se observó que influyen sobre los síntomas a corto plazo, sin continuidad clara en las variables relevantes por lo que esto debería considerarse. Además se destacan o se advierten sobre los efectos cardiovasculares, psiquiátricos y endocrinos, en algunos casos muy graves y en otros con repercusiones ignoradas. Existen datos procedentes de ATENEA del crecimiento de los diagnósticos y de los tratamientos farmacológicos con estimulantes en niños de 6 a 17 años, facilitados por el área de Salud Mental del gobierno. En España el avance de la farmacología demoró una década pero actualmente este país se encuentra entre los principales consumidores mundiales de metilfenidato, con un crecimiento en la población infantil multiplicado casi por 30%, manteniendo un crecimiento exponencial en forma constante.

De la misma forma, Francés (2014), Jefe del Departamento de Psiquiatría en la Escuela de Medicina de la Universidad de Duke, de la cual es también profesor emérito y Jefe de Grupo de Trabajo del DSM-IV, presentó un artículo en el que hace referencia a las críticas al DSM V, por cuanto este manual incrementa en sus contenidos la taza de trastornos mentales; confunde comportamientos comunes de la población general, creando falsos positivos en pacientes mal identificados y desencadenando en tratamientos masivos con medicaciones innecesarias, onerosas y, a menudo, bastantes dañinas. El artículo centra al DSM como lo más perjudicial por la inclusión de muchas variantes normales bajo la rúbrica de enfermedad mental, con el resultado de que el concepto de “trastorno mental” indeterminado y variable. El autor menciona varios nuevos diagnósticos que considera que requieren de revisión y corrección entre los cuales menciona al TDAH. Explica que se cambian las definiciones y aumentan las tasas acompañadas de un generalizado abuso de medicaciones estimulantes, lo que empeorará por el sobrediagnóstico del mismo. Se eleva la edad requerida; permite un diagnóstico solo de síntomas (falso positivo); reduce a la mitad el número de síntomas que eran requeridos anteriormente y el peor de los cambios fue el de permitir el diagnóstico de TDAH en presencia de autismo. Esto podría crear dos falsas epidemias de niños con estas características aumentando notablemente el sobrediagnóstico. Por lo que se cuestiona y se critica que un niño es medicalizado por TDAH con Ritalina al igual que un niño que padece de un supuesto autismo con igual medicación, creando falsos positivos y vulnerando la población infantil.

4. PLANTEO DEL PROBLEMA

En el transcurso de la última década tomó mucha relevancia el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Se han diagnosticado múltiples casos y pareciera ser una tendencia en crecimiento. Los síntomas nucleares considerados son: la hiperactividad, el déficit de atención y la impulsividad. Tanto en la escuela como en la familia este fenómeno es fuente de múltiples dudas, por lo cual frecuentemente, estos agentes educativos acuden a buscar respuestas inmediatas a en los test o evaluaciones para detectar TDAH. Existe una vasta cantidad de instrumentos de evaluación tales como cuestionarios, encuestas, escalas.

Sin embargo, según lo expuesto en el apartado anterior, no existe ninguna investigación precedente que analice estos instrumentos que permiten a padres, docentes y profesionales de la salud detectar rápidamente supuestos casos de TDAH. Por lo cual es posible afirmar que este trabajo de investigación posee relevancia social e implicancia práctica. Además, se puede considerar a este trabajo como viable para su realización porque estos tests se encuentran disponibles en Internet.

Esta investigación documental cualitativa centra su interés en el fenómeno social del TDAH a partir de la época cultural social y según las demandas de la sociedad actual, buscando una explicación del fenómeno. Entonces, el problema a investigar se formula con la siguiente cuestión: ¿Cómo los tests empleados para la detección del TDAH contribuyen a la Psicopatologización de la conducta infantil?

5. OBJETIVOS E HIPOTESIS

General

Describir cómo los tests empleados para la detección del TDAH contribuyen a la psicopatologización de la conducta infantil.

Específicos

Caracterizar los tests, guías o cuestionarios de detección del TDAH mas empleados por profesionales en el área de la salud que están basados en el Manual DSM V y en el CIE 10.

Distinguir cuáles son los agentes educativos autorizados para aplicar los test a los niños sospechados de TDAH.

Identificar los criterios que poseen estos test para determinar si un niño presenta TDAH.

Hipótesis

Los tests empleados para la detección del TDAH contribuyen a la Psicopatologización de la conducta infantil porque los indicadores aluden a comportamientos que se encuentran dentro de la normalidad.

6. MÉTODO

En este apartado se considera el diseño de la investigación que describe de donde se obtendrá la información y el tratamiento de la misma que resultan adecuadas para abordar un problema. Esto permite elaborar una forma específica de enfocar un problema, que admita responder a las preguntas que plantea la investigación, por lo que su planificación debe hacerse previamente.

6.1 Diseño

De acuerdo al objeto de estudio, objetivos y marco teórico planteados se considera que un enfoque cualitativo resulta adecuado para desarrollar el proceso de investigación. Hernández, Fernández y Baptista (2006), señalan que la investigación con un enfoque cualitativo, es explicada como la recopilación de datos sin medición numérica, para descubrir y refinar preguntas de investigación. Aparte, los autores definen la investigación cualitativa como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, conductas, etc. De igual manera, se considera como tipo de investigación la exploratoria ya que se pretende indagar sobre los tests empleados para la detección del TDAH y la psicopatologización de la conducta infantil, y su pertinencia para tal decisión. Los estudios exploratorios sirven para esclarecer la base de un problema que se plantea, generando datos para que sean "clasificados, ordenados, analizados e interpretados con el fin de descubrir ideas y relaciones nuevas" (Vieytes, 2004, p. 90).

En este caso se realizara la exploración del tema a través de la investigación documental con relación al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Se realizará una recolección de diferentes instrumentos que permiten detectar el supuesto trastorno en niños. El reto de la investigadora fue llevar un desarrollo de la información en forma sistemática, secuencial y comprensiva de lo que significa la patologización y el sobrediagnóstico que llevan luego, frecuentemente, a la medicación por recomendaciones del Manual DSM V.

6.2 Instrumento de estudio

Existe una variedad de tests, guías o cuestionarios que se aplican para detectar el TDAH en niños sospechados de padecerlo. Estos instrumentos circulan en internet y en las redes sociales con gran facilidad de alcance para todo público. Se realizó un muestreo no probabilístico intencional de cuestionarios que fueron seleccionados por ser los más empleados entre los profesionales de la salud, es decir, los más legitimados en la comunidad científica de las ciencias de la salud mental, por estar basados en el DSM y la C.I.E. Un segundo criterio de inclusión fue que se hayan creado para ser aplicados a niños y no a adultos. Finalmente, otro criterio para esta muestra fue que tengan escalas o guías para padres y docentes.

Por tanto, como unidades de análisis se abordan los siguientes cuestionarios:

Cuestionario para profesores. Criterios diagnósticos del DSM IV y de la O.M.S. (C.I.E. 10). Fue creado en España, un país pionero en educación y en los cambios convergentes y vertiginosos.

Cuestionarios de Keith Conner (1969), es uno de los más utilizados mundialmente, para detectar la presencia del TDAH. Tiene dos versiones: para padres y para docentes, una original y otra abreviada. Este cuestionario es uno de los más elegidos por contar con una mejor descripción de las conductas prototípicas del niño sospechado hiperactivo.

Cuestionario para maestros y para padres adaptado de la Academia Americana de Pediatría (1930) y del DSM IV. Se trata de una adaptación realizada por la Asociación Peruana del Déficit de Atención.

Cuestionario SNAP IV, instrumento de detección para niños de 4 años a 14 años, sospechados con el trastorno TDAH. La escala fue adaptada en 2011 a la Argentina con el fin de obtener una mejor relación y especificidad, según las particularidades culturales de este país.

6.3 Técnicas de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo a través de un rastreo y análisis de documentos en los distintos medios de información tales como Google Académico, Procues, banco de tesis de la Universidad Nacional de Salta. La teoría recopilada desprendida de diferentes tesis y libros que abordan la temática, artículos científicos y entrevistas en relación a lo investigado, fue organizada con una estructura coherente en los antecedentes y en el

marco teórico de este trabajo. Esta búsqueda de documentación permitió dilucidar los objetivos planteados, abordar la problemática con una perspectiva diferente a como se venía diseñando.

6.4 Procedimiento

Una vez recolectados los datos se procedió al análisis a través del análisis documental. En lo que se refiere al campo de lo social, a través de la observación documental fue posible conocer el recorrido por el tiempo que lleva a comprender e interpretar la realidad actual del TDAH, cómo este fenómeno fue variando en cuanto a su etiología, su diagnóstico y sus síntomas que aún son inciertos. Por último, al comparar los tests seleccionados como corpus o muestra de estudio se llegó a la reflexión y redacción de conclusiones del trabajo de investigación.

7. RESULTADOS

En la tabla Nº 1 se muestra la caracterización de los tests tomados para este estudio, como medios de detección del TDAH. En la misma se hace una comparación de las conductas que considera cada test para dimensiones de de análisis diferentes.

Tabla Nº 1. Comparación y descripción de test o cuestionarios de conductas de niños sospechosos de poseer un TDAH

Dimensiones de análisis	Escala de Conners	SNAP IV Adaptada a Argentina.	Academia Americana de Pediatría	Cuestionario de Profesores. España
Atención	No presta atención, se distrae con facilidad	Tiene dificultad para mantener la atención	No presta atención a los detalles, no mantiene atención en tareas o actividades	No presta atención a detalles. Posee dificultad para mantener la atención durante toda las tareas
Desobediencia	No termina las tareas que empieza	Le cuesta seguir instrucciones, no finaliza tareas	No sigue las instrucciones, no concluye actividades	No sigue instrucciones de los profesor/a por falta de

			escolares	atención
Impulsividad /Hiperactividad	Excitable impulsivo	Corre o salta excesivamente en situaciones que es inapropiado	Corre, trepa o salta por todos lados cuando debería permanecer sentado	Cambia frecuentemente de una actividad a otra.
Movimientos del cuerpo	Inquieto demasiado activo	Está en marcha, actúa como si tuviera un motor encendido.	Está en constante movimiento como si tuviera un motor por dentro	No cesa de moverse en el asiento (pies y manos)
Verborragia	Es respondón	Habla en exceso	Habla excesivamente	Habla demasiado no termina tareas
Distracción	Pierde, olvida cosas	Extravía objetos necesarios para realizar sus actividades (lápices, libros, juguetes)	Pierde cosas que son indispensables para cumplir con sus tareas o actividades.	Es descuidado, pierde el material escolar.

Comparación y descripción de test o cuestionarios de conductas de niños TDAH para el hogar o padres				
Dimensiones de análisis	Escala de CONNERS	SNAP IV Adaptada en Argentina	Academia Americana de Pediatría.	Cuestionarios para padres ESPAÑA

Organización y concentración	Está en las nubes es descuidado, ensimismado.	Es descuidado en sus actividades diarias	A menudo tiene dificultades para organizar actividades diarias	Tiene dificultades para organizar sus tareas en la escuela como en la casa.
Impulsividad	Es impulsivo e irritable	Tiene dificultad para quedarse quieto o inhibir sus impulsos.	Se entromete interrumpe a otros No controla sus impulsos	Es impulsivo cambia frecuentemente de una actividad a otra
Desobediencia	Es desobediente, obedece con desgano	Le cuesta seguir instrucciones, encargos u obligaciones	No sigue instrucciones, no finaliza instrucciones.	No sigue instrucciones de autoridades. (padres, profesores).
Relación con los pares	No se lleva bien con sus hermanos	Se disgusta fácilmente	Se entromete, interrumpe otros niños (conversaciones, juegos)	Se disgusta, cambia de juego frecuentemente.

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A continuación se presenta la discusión de los resultados obtenidos en la comparación de los test, considerando sus distintas dimensiones.

Discusión

Los test para el diagnóstico del TDAH tienen en cuenta como criterios ciertos síntomas que son todos conductuales y que siguen un rango de continuidad que va desde la normalidad hasta graves disfunciones de conducta. Requiere un rango etáreo de niños que van desde los 4 a los 14 años de edad. No hay diferencia de sexo pero sí establecen una diferenciación a través de una escala que remite a puntajes diferentes, permitiendo señalar

intensidades en las respuestas a las preguntas, por ejemplo: Nada, Poco, Bastante, Mucho o bien Nunca, A veces, A menudo, Muy a menudo.

Lo cuestionable según Montessori (1995) es responder hasta qué punto se llama enfermedad, síndrome o desorden a lo que es la naturaleza misma del niño que busca expresarse. Siguiendo la línea de Montessori, Wind (2000) refiere:

El respeto de todas las fuerzas naturales interiores del niño, el confiar al propio niño la conducción de su desarrollo, la idea del papel de la naturaleza que guía al niño en este proceso, la idea de la mente absorbente del niño, del reconocimiento del entorno como elemento importante en el crecimiento del niño, el derecho que tiene el niño de elegir una actividad individual escogida libremente y realizado a su propio ritmo (…) (pp. 38-39)

Para discernir y delimitar dónde empieza la normalidad y dónde la patología, solo es posible basarse en los criterios establecidos por la observación de miles de casos y de su análisis estadístico, pero no es posible olvidar la subjetividad de cada niño. Es preciso dejar en claro que muchos de los alumnos que son sospechados de "padecer" TDAH son simplemente niños con problema de disciplina, que viven en un ambiente en el que los adultos no han marcado claramente los límites apropiados de conducta, son niños que le cuesta seguir las normas porque las mismas no son claras, se contradicen o se aplican a conveniencia del adulto.

Al respecto, Dueñas (2007) alude a estos diagnósticos rápidos que priorizan el conjunto de conductas desadaptativas que se observa con un nombre y permiten ubicar a un sujeto dentro de una categoría. En busca de soluciones rápidas se apela al DSMV, que identifica a la terminología de "inquieto" bajo el nombre de un trastorno cuya etiología aún es desconocida. Otro punto importante es que el ensimismamiento y la hipercinesia son propios de la infancia, no necesariamente hay que pensar en un TDAH. Los médicos reconocen que pueden equivocarse frente a este fenómeno. Las manifestaciones aludidas en el Manual DSM pueden ser vistas en cualquier niño normal hoy en día, y se señala que aún no hay evidencias de éxito en el tratamiento con medicamentos.

Janín (2011), citada en Ferreyra (2014), hace referencia a este modo de diagnosticar como invalidante: diagnósticos realizados sin escuchar a los niños, sobre la base de cuestionarios y "observaciones regidas por una normalidad atemporal desconociendo la incidencia del contexto y de los vínculos tempranos" (Ferreyra, 2014, p.7). A su vez, Dueñas (2007) invita a reflexionar a los padres, docentes y profesionales acerca de este fenómeno

recordando que “el sujeto se hace”… el sujeto debe transcurrir un difícil proceso histórico en el que interactúan una serie de factores de carácter biológico, socio ambiental y psicológico.

En los casos donde se duda, se utilizan estos cuestionarios o tests, ocupados para medir la anomalía de las conductas. Se olvida así la subjetividad del niño y los tiempos acelerados en los que se vive actualmente.

Un hecho importante a resaltar en la investigación es que se considera que aquellos adolescentes que hoy tienen una conducta con alteraciones asociadas como ansiedad, inadaptados sociales o que consumen drogas son el resultado de aquellos niños con el supuesto trastorno de ADD y /o TDAH que no fueron tratados. Con estos argumentos erróneos sumados otros, tales como que éstos jóvenes podrían desarrollar conductas de riesgo, accidentes de tránsito o embarazo no deseados, se fomenta la medicalización.

Redeker (2007) refiere a una triple crisis: de la vida general, de la vida social y de la enseñanza. Estas crisis parecen particulares o parciales pero en realidad son totales: “es el hombre, en la humanidad de su vida lo que está en cuestión….Ya sabemos qué es un hombre, qué es la vida humana, por lo que ya no sabemos qué es la escuela, qué es la educación.”

Shlemenson (2006) también aclara que la inscripción social del individuo no depende exclusivamente de los suministros psíquicos primarios, sino también de la calidad de la oferta social (escuelas atractivas, docentes reflexivas, conocimientos acorde al capital simbólico que traen los niños de sus hogares), por lo que es importante evaluar la historia del niño.

Por lo que con este trabajo se busca encontrar un punto de discusión, de reflexión de estos cuestionarios para problemas de conductas o de aprendizajes que se realizan sobre la base de preguntas y respuestas destinadas a medir las conductas y al rendimiento intelectual del niño en el hogar y en la escuela. Estos instrumentos también son utilizados por el médico neurólogo, junto a un electroencefalograma, cuyos resultados en la gran mayoría de los casos son normales. Por lo cual, no presentan una patología certera y real y no se justifica científicamente la causa del supuesto trastorno.

Muchos autores tales como Dueñas (2012), Benasayag (2010), Fernández (2010), entre otros, advirtieron en Argentina que este supuesto trastorno carece de validez científica.

Sobre la base de sus investigaciones es posible preguntarse con qué parámetros de severidad, qué tipo de valoración, con qué evaluación de normal y patológico se determina la generalización de los problemas de conductas de los niños y la severidad de los síntomas de un comportamiento natural.

En los cuestionarios antes mencionados es posible observar la regularidad de conductas encuadradas dentro de una categoría, conductas normales de niños normales, solo que avanzados tecnológicamente, inquietos, creativos, aburridos, que solo buscan actuar, mover, aprender, crecer, al ritmo acelerado que hoy lleva a todos por el mismo camino a pasos apresurados. Los niños también van desarrollando nuevas habilidades cognitivas que sean funcionales para los tiempos en que se vive; cuentan con mucha estimulación informativa, por lo nuevo de la tecnología y los cambios sociales y familiares que vienen acompañados de múltiples complicaciones.

En el ámbito escolar predomina la tendencia de docentes a derivar y/o rotular a los niños frente a expresiones de conductas que son vistas como anormales o patológicas. Esto podría deberse a que no tienen conocimientos para dar respuestas a la problemáticas desde la heterogeneidad de los alumnos presentes en el contexto actual.

Dueñas (2012) advierte que en la actualidad niños y jóvenes llegan a consulta ya casi diagnosticados y hasta a veces medicados por la familia, la escuela y hasta por los medios de comunicación. Por lo que se insiste en recordar que cada niño es un mundo subjetivo que aprende y actúa en función de su historia personal y familiar, de la evolución psicológica, de las posibilidades, de las experiencias con el contacto social y del momento histórico que atraviesa.

Para los niños como para los adultos el paso del tiempo pone de manifiesto nuevas necesidades, inquietudes en busca de nuevas respuestas, a fin de conseguir nuevos equilibrios. Este es un proceso que todavía se encuentra en su fase inicial. (Wind, 2007) Doin Campos (2011) comenta: “Había un problema grande, lo que la escuela quería que aprendamos nosotros y lo que nosotros queríamos aprender…”. Este autor visibiliza las etiquetas o la psicopatologización de las conductas y comportamientos. “Si nos guiáramos por las descripciones de etiquetas como la hiperactividad, son en realidad descripciones de un niño que está con mucha ganas de aprender”.

Benasayag (2011) ha realizado importantes estudios demostrando las limitaciones de los métodos para evaluar y diagnosticar el ADD- TDAH. El autor caracteriza al mismo como

una agrupación de signos, síntomas y características que pueden presentarse aislados o conjuntamente y que obedecen a múltiples causas y posibilidades de tratamientos.

Se pretende con este estudio advertir a los docentes y en especial a los padres que los instrumentos de detección en un niño sospechado TDAH solo terminan en la patologización con una mirada reduccionista centrada solo en el niño, sin tener en cuenta su vida personal y su condición socio cultural.

Se sostiene que la existencia de múltiples cuadros tales como hiperactividad, déficit intelectual, problemas de conductas o problemas de aprendizaje, engloba a todo en una sola denominación que en muchos casos simplifica el pensamiento en la intervención profesional.

Así, el profesional, se encuentra realizando un tratamiento "adecuado", según lo indica el manual, dejando de lado una mirada integradora del niño y su entorno y evita así el fracaso de un diagnóstico. Ese diagnóstico se comparte en los diferentes ámbitos y es dado como verdadero y definitivo, arbitrario y deliberado de sesgo innatista, impulsado por lógicas mercantiles, para conseguir beneficios personales económicos a costa de vulnerar los derechos de los niños. (Ferreyra, 2014).

En los últimos años se multiplica exponencialemente la nominación y diagnósticos de cuadros y síndromes con los que se trata de organizar racionalmente y dar una explicación individual y biologuita a las disrupciones de las infancias actuales. Se incorporan cuadros psicopatológicos que se consideran pocos frecuentes y resultan ampliados a espectros como el "autismo". No consiste en asignar una "causa biológica" a enfermedades que no la tienen sino en reducir el cuerpo subjetivo a la biología, y sobre esta base hay un modelo de reduccionismo biológico de abordaje individual desubjetivante de cualquier enfermedad no solamente las así llamadas mentales.

En la actualidad, en el campo de la salud en general y notablemente en el de la salud mental, hay un crecimiento incontrolado de definiciones de patología que algunos denominan *creación de enfermedades*. En el caso de las nuevas categorías para niños en salud mental, muchas de estas nuevas patologías describen y nominan "*aconteceres y conductas*" y corroboran su veracidad por la existencia de las conductas previamente catalogadas en un claro círculo positivista. (Stolkiner, 2013, pp.78-81).

Es por ello, que el análisis lleva a la reflexión de la valoración dada para detectar el trastorno en estudio, ya que los diagnósticos dados son ligeros en su valoración, asumiendo niños que se encuentran dentro de la normalidad como niños con alguna patología.

Conclusión

El presente trabajo se ofrece como medio de información y de reflexión para ayudar a los padres y a todas las personas que tratan a diario con aquellos niños rotulados de "ADD", y tiene como principal propósito darle la oportunidad para que sean escuchados.

Mediante la revisión del marco teórico, los antecedentes y los cuestionarios seleccionados fue posible cumplir con el objetivo general de describir cómo los tests empleados para la detección del TDAH contribuyen a la psicopatologización de la conducta infantil.

Las principales características de los tests, guías o cuestionarios de detección del TDAH que circulan a nivel mundial y que están basados en el Manual DSM V y en el CIE 10 son su reduccionismo y subjetividad. Atribuyen diferentes manifestaciones o distintos comportamientos en una sola categoría superficial. Evalúan comportamientos conductuales como atencionales, la impulsividad, la desobediencia, demasiados movimientos corporales. No son éstas conductas de todo niño? No les sucede a los adultos en algún momento? Extraviar llaves de un auto, olvidar la documentación o el maletín, no se distraen ante situaciones estresantes? No se olvida el nombre de algún familiar o vecino? No son los clásicos olvidos por distracción o estrés? Es importante responder a determinadas cuestiones que hacen a la vida acelerada que se lleva en estos tiempos. Sin que eso encuadre en una categoría o patología. Éstos niños por ser inquietos ya son encuadrados dentro del manual DSM como un comportamiento patológico, cuando en realidad es solo un variante de la normalidad, son niños sanos con demasiado estímulos corporales y con mucha motivación, lo que se debe replantearse si éstos signos son suficientes para un diagnóstico tan fuerte.

Se deja la puerta abierta para una investigación acerca de la medicalización dada en ciertos diagnósticos tales como el TDAH, Asperger y Epilepsia (con crisis de ausencia) recibidos en el consultorio de la investigadora de pacientes que recibían la misma medicación: Ritalina (metilfenidato) atribuída y recetada por diferentes neurólogos infantiles de la ciudad de Salta. Aún teniendo distintos diagnósticos, sorprendentemente estaban medicados con la misma píldora como si fuera mágica y la solución a todos los problemas de los niños.

Se recomienda organizar eventos para los docentes y talleres para padres acerca del tema tratado en la investigación, con el sólo interés de proteger a los niños y colaborar con su desesperada búsqueda de respuestas rápidas. Asimismo, concientizar a los profesionales tales como los psicopedagogos y psicólogos, que son los primeros en recibir los niños enviados por los docentes; y a todo profesional que incursione en la educación y esté en contacto con los niños.

9. REFERENCIAS

Academia de Psiquiatría Americana (1944) Manual DSM V Criterios diagnósticos. Maso. Barcelona

Acosta C.; Corigliani, G.; Huanca, T. y Poch, J. (2011) De la búsqueda de un nombre al encuentro de una historia. La Pampa. Argentina Disponible en: http://www.forummadd.com.ar/de_la_busqueda_de_un_nombre_al_encuentro_de_una_historia.pdf

Artigas y Pallares (2011) Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSM5. Rev.Neurol, 52(Supl.1) S59- S69. Disponible en: www.neurologia.com

Balibar (1995). Nombres y lugares de la verdad. Buenos Aires. Nueva Visión.

Barkley (1990). Attention déficit hyperactivity disorder, a handboock for diagnosis and teart ment. New York.Guilford Press.

Castroviejo (2009) Hiperactividad. Existe frontera entre personalidad y patología? Madrid: Ed. Diaz de Santos. en prensa

Doin .G (2011) Artículo de Martínez, Luis. La educación prohibida. Documental. Columna de la Campaña de Manifiesto de IRES.

Dueñas, G. (2012) Aspectos socio-afectivo y cognitivos presentes en las concepciones docentes ligadas a un incremento en la tendencia a derivar alumnos a consulta neurológica por ADD/H. Tesis Doctoral en Psicología. Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Universidad Del Salvador.

Espina A. y Ortego, A. (2007) Guía práctica para los Trastornos de Déficit Atencional con /sin Hiperactividad. Documento de Internet JANSSEN-CILAG. wwwjanssen-cilag.es

Faraone, S; Barcala, A.; Torricelli, F.; Bianchi, E y Tamburino, M. (2011) Tesis doctoral. Discurso médico y estrategia de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación en la infancia. Buenos Aires. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/icse/v14a34/aop1110.pdf

Ferreyra, V. (2014)"Niños diagnosticados con ADD-ADHD" Una mirada a la intervención psicopedagógica. Tesis en Psicopedagogía. Facultad de Humanidades. Universidad Nacional de Salta

Francés, A. (2013) “Abriendo la Caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM-V”. Revista electrónica Topía. (En línea) Disponible en: https://www.topia.com.ar/articulos/prepar%C3%A9monos-lo-peor-esta-venir-dsm-v-una-pandemia-trastornos-mentales

Fundación CADAH (Fundación CADAH) www.fundacioncadah.org/elarticulodiagnosticotdah

Gerver R.(2010) “Crear hoy la escuela del mañana” La educación y futuro de nuestros hijos.

Janin, B. (2014) “La patologización y medicalización de la infancia” "Malestar de la infancia. ¿Aumento de la Psicopatología en el siglo XXI?" XIII JORNADA CIENTÍFICA ASMI WAIMH-España.
Martínez, L. (2010) “Es posible una escuela que no etiquete ni estigmatice”

Organización Mundial de la Salud (1992) CIE 10 Ginebra.Librería de la OMS (WHO Library Cataloguing in Publication Data)

Pérez M. (2014).”Volviendo a la normalidad” El TDAH no existe , y la medicación no es un tratamiento, sino un dopaje. Entrevista .Padres e hijos. Fecha 20/10/2014 Disponible en: wwwabc.es/familia-padres-hijos/20141020/abci-trastorno-deficit-atención-201410171200. Html#.VEIOAhFoGdk.facebook-

Redeker (2007)”Crisis de la escuela, es una crisis de sociedad o una crisis de la vida? Conferencia Barcelona. a :asociaión ciutadans de catalunya. Disponible en: www.ciutadansdecatalunya.org ciutadans@ciutadansdecatalunya.org

Saiz, L. (2013, Nov.Dic.). “Atentos al déficit de atención (TDAH) Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva “Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra (bitn). Vol. 21. Nº 5.

Scandar, R. (2010)”los niños que no podían dejar de portarse mal”TDAH Comprensión y Tratamiento. Editorial Distal

Sennett, R. (2003) El Respeto: sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad. Traducción Marcos Galmarini. Editorial Anagrama. Barcelona.Segunda parte p.75 a108

Stolkiner, A. (2013) .Patologización de la Infancia (vol.III). Buenos Aires. Noveduc.

Untoinglich, G. (2009). “Aspectos Históricos – Lidibinales en Niños y en Niñas con problemas en sus aprendizajes que manifiestan dificultades atencionales. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES”. Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires