



**USOS Y DESUSOS DEL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD POR PARTE DE UN GRUPO DE
DOCENTES DE LA CIUDAD DE CALI**

MARÍA ALEJANDRA MARLÉS BARRERA

UNIVERSIDAD ICESI

Facultad de Derecho y Ciencias Sociales

Programa de Psicología

Cali

2015

**USOS Y DESUSOS DEL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD POR PARTE DE UN GRUPO DE
DOCENTES DE LA CIUDAD DE CALI**

MARÍA ALEJANDRA MARLÉS BARRERA

Proyecto de grado para optar por el título de:

Psicóloga

Asesor:

Omar Alejandro Bravo

UNIVERSIDAD ICESI

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

CALI

2015

Resumen

Objetivo. *Determinar la forma en que los educadores de un colegio de la ciudad de Cali manejan el diagnóstico de TDAH en la escuela y cuáles son las consecuencias para el alumno.* **Metodología.** *Se realizó una entrevista semiestructurada a 8 docentes de la ciudad de Cali, con el fin de entender cómo ellos conciben el TDAH.* **Resultados.** *El contexto del cual hace parte el docente es importante para determinar la forma en la que éste se relaciona con el TDAH, puesto que el experto dentro de la Institución Educativa influye en gran medida en cómo el docente concibe y maneja el diagnóstico del TDAH.*

Palabras clave: *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Medicalización, Docentes, Estudiantes, Diagnostico, Institución Educativa.*

ÍNDICE

	Pág.
1.INTRODUCCIÓN	6
1.1 Planteamiento de la pregunta problema	7
1.2 Objetivos	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
2. MARCO CONCEPTUAL	8
3. METODOLOGÍA	17
3.1 Sujetos de la investigación	17
3.2 Procedimiento	17
3.3 Diseño y Tipo de investigación	17
3.4 Instrumento	18
3.4.1 Entrevista semiestructurada individual	18
3.5 Categorías Conceptuales	18
4. RESULTADOS Y ANÁLISIS	20
4.1. Noción del TDAH	20
4.2. Tratamiento Institucional	23
4.3. Sentido de la intervención	27
5. CONCLUSIONES	30
6. REFERENCIAS	33

7. ANEXOS	34
7.1 Anexo 1: Formato de entrevista	34

1. INTRODUCCIÓN

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) ha generado en las últimas décadas un gran interés, debido principalmente a su elevada tasa de prevalencia y al gran impacto que ocasiona a nivel familiar, escolar y social; pero sin duda también se ha aumentado la investigación sobre el TDAH debido a la forma en que se diagnostica y principalmente a la forma en que se trata de “curar” el trastorno. El tratamiento de TDAH se realiza generalmente a través de medicación, a pesar de ser una acción muy cuestionada por diferentes autores y profesionales, es legitimada por ciertos profesionales de la salud, por las empresas químico-farmacéuticas y medios de comunicación, entre otros.

La entrevista a los docentes dio cuenta de que existe un desconocimiento sobre dicho trastorno. No se conoce con precisión las causas ni los síntomas, a pesar de que, por lo general es la Institución Educativa el lugar donde más se evidencia el TDAH. Todo esto puede provocar que los estudiantes no sean diagnosticados adecuadamente

En muchas ocasiones la mala conducta del estudiante por falta de límites es entendido como síntomas de una enfermedad, por lo que toda conducta, signo o síntoma termina siendo una demostración de que se ha generado un trastorno de la conducta. Lo cual cierra el camino a la pregunta por la causa.

Se encuentra que el diagnóstico se realiza generalmente sin prestar voz y escucha a los niños, lo cual llega a ser una maniobra desubjetivante, donde el niño queda completamente borrado. Este diagnóstico prima ante todo la parte biologicista, la cual ve en la medicación la posibilidad de una cura, según Cazenave, *“Las píldoras para controlar socialmente a los niños, por ejemplo, se proponen como más eficaces de lo que la socialización de la temprana infancia y el psicoanálisis lo han sido jamás.”* (Cazenave, 2009:3)

1.1 Planteamiento de la pregunta problema

Con base en toda la información previamente expuesta, la **pregunta problema** de esta investigación es: *¿De qué forma los educadores de un colegio de la ciudad de Cali, manejan el diagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la escuela y cuáles son las consecuencias para el alumno?*

1.2 Objetivos

Objetivo general

- ✓ Determinar la forma en que los educadores de un colegio de la ciudad de Cali manejan el diagnóstico de TDAH en la escuela y sus consecuencias para el alumno.

Objetivos específicos:

- ✓ Analizar los factores que se tienen en cuenta para realizar el diagnóstico de TDAH.
- ✓ Analizar las consecuencias que este diagnóstico tiene para los alumnos.

2. MARCO CONCEPTUAL

En este apartado se exponen los postulados teóricos, a partir de una postura crítica, que permitirán comprender el fenómeno de interés para esta investigación. En primer lugar, se aborda la definición, causas y consecuencias del Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad y posteriormente se presentan los argumentos que refutan lo expuesto en la primera parte.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (de ahora en adelante TDAH) parece ser una patología que está de moda; la Organización Mundial de la Salud indica que a nivel mundial se reporta la existencia de un 5% de niños con TDAH. En Estados Unidos los casos aparecen entre un 2% y un 18%; y para Colombia y España existen entre un 14% a un 18% de niños con TDAH.¹ Las estadísticas han desembocado en una serie de interrogantes: ¿Qué factores se tienen en cuenta para diagnosticar un niño con TDAH?, ¿Qué consecuencias trae este diagnóstico para los niños?, ¿Cuáles son los efectos y consecuencias de utilizar psicofármacos como tratamiento?

El TDAH se define como un determinado grado de déficit de atención y/o hiperactividad, se habla de un niño *“muy inquieto y al que le falta la atención de una forma muy llamativa”*² (Menéndez, 2004), esta impulsividad e inquietud resultan ser des-adaptativos. Isabel Menéndez Benavente (2004) expone que la hiperactividad resulta normal entre los dos o tres años de vida, pero si un niño es más hiperactivo en comparación con otros niños de su entorno, los educadores son los primeros en alertar a los padres sobre posibles síntomas relacionados con el TDAH. Menéndez también propone que los niños con TDAH pueden tener dificultades en el aprendizaje lo que los lleva a la deserción escolar, y también pueden presentar conductas antisociales principalmente durante la adolescencia.

La aparición de TDAH se encuentra relacionada con factores biológicos y genéticos; el consumo de alcohol, drogas y tabaco durante el embarazo pueden ser causantes del trastorno, al igual que el bajo peso al nacer y lesiones cerebrales. En cuanto a los factores genéticos, es probable que el niño padezca de TDAH si sus padres también lo han padecido, además de que un entorno inestable ayuda a que el trastorno empeore.

Se habla de una supuesta disfunción en el lóbulo frontal y de una deficiencia en la producción de neurotransmisores, *“para que se produzca una buena comunicación entre las neuronas y todo funcione normalmente debe existir la cantidad adecuada de determinados neurotransmisores que en este caso son la dopamina y la noradrenalina.”*³ (Menéndez, 2004) En el niño diagnosticado con TDAH no se da una producción adecuada

¹ <http://www.proyectodah.org.mx/index.php> Tomado el 19 de abril de 2013.

² <http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=423> Tomado el 19 de abril de 2013.

³ *Ibíd.*

de estos neurotransmisores por lo que el niño debe ser medicado para regularizar la producción de las sustancias.

El DSM IV enumera y hace una descripción de los síntomas que se presentan en este trastorno y expone que se deben dar por lo menos seis de ellos para diagnosticar al niño con TDAH. En el caso de los síntomas de desatención se describen algunos como: *“A menudo no presta atención a los detalles, tiene errores por descuido y el trabajo escolar suele ser sucio y desordenado; Tiene dificultades para mantener la atención, incluso en los juegos; Presenta dificultad para organizar tareas y actividades.”*⁴ (Menéndez, 2004) Para los síntomas de Hiperactividad se presentan: *“Suele mover en exceso manos y pies y se retuerce en su asiento; Corre o salta en situaciones en las que resulta inadecuado hacerlo; También suele entrometerse o entorpecer los asuntos de los demás, tocan cosas que no deben, hacen payasadas”*⁵ (Menéndez, 2004)

Los síntomas presentes en los niños con TDAH son variables a medida que el niño va creciendo. En el caso de la Hiperactividad, el exceso de movimiento puede reducirse y convertirse en *inquietud o sensación interna de desasosiego* cuando se es adolescente, es más frecuente que estos síntomas disminuyan con el paso del tiempo, pero se deben tener en cuenta los factores biológicos y psicosociales, los cuales pueden provocar un aumento o una disminución. Por el contrario, los síntomas de inatención en la mayoría de los casos son más persistentes aunque los problemas pueden ir aumentando con la edad, debido a que aumenta la demanda del entorno sobre ellos.⁶

Como se ha mencionado, existen diferentes factores y/o causas del TDAH pero entre los estudios realizados sobre este trastorno no hay un acuerdo sobre la verdadera causa del mismo. Algunas investigaciones determinan que se trata de un problema genético sin tener clara la causa orgánica. Otros exponen que el TDAH se genera debido a las alteraciones en la corteza prefrontal, y por otro lado existe una discusión acerca de cuáles son las zonas del cerebro afectadas en estos niños. Hay quienes prefieren no dar por sentada ninguna causa y consideran que hacer un diagnóstico resulta complejo puesto que no hay marcas biológicas.

Otros autores como Putnam (1990) y Golden (1991) han estado en contra del psicodiagnósticos y han aclarado que no existen pruebas biológicas que determinen la existencia del TDAH, *“Los intentos de definir una base biológica para el TDAH han fracasado en repetidas ocasiones. La neuroanatomía del cerebro, como se demuestra en estudios con imágenes neurológicas, es normal. No se ha demostrado la presencia de un substrato neuropatológico. . . ”*⁷.

⁴ *Ibíd.*

⁵ *Ibíd.*

⁶ <http://www.fnc.org.ar/Guia%20para%20docentes.html> Tomado el 19 de abril de 2013.

⁷ <http://www.luchaporlosninos.com/index.php/documentos--articulos-y-ensayos/articulos/119-los-riesgos-de-tratar-el-tdah-con-metilfenidato-ritalin> Tomado el 19 de abril de 2013.

Debido a que no existe un acuerdo entre los estudios que se han realizado sobre el TDAH para determinar la causa de este, se opta por realizar el diagnóstico a partir de la clínica enfocándose en la conducta del niño. Según Beatriz Janin (2008) los pasos a seguir durante el diagnóstico del trastorno son:

- Primero se hace una descripción de la conducta del niño
- A partir de la descripción, se diagnostica al paciente con el trastorno
- A partir del diagnóstico, se considera que todas las manifestaciones son producto del trastorno

Este diagnóstico generalmente se realiza basado en el DSM IV, en donde se muestra un niño muy inquieto, quien no es capaz de controlarse en situaciones que lo ameritan, que tiene dificultades para prestar atención tanto en la escuela como con su familia; pero si se analiza uno por uno los síntomas descritos por el DSM IV, se encuentra que cada niño posee por lo menos una de estas características debido a que se limita a enumerar rasgos de conducta comunes en los sujetos, lo que da pie para que los padres y educadores realicen un pre-diagnóstico apresurado.

Según Héctor González y Marino Pérez (2007), la psiquiatría y la psicología se han encargado de inventar trastornos mentales impulsados por la industria farmacéutica. El TDAH podría ser uno de estos trastornos ficticios que han logrado propagarse fuertemente durante las últimas décadas, ¿Cómo lo ha logrado? Si se recuerda la crítica al DSM por describir unos síntomas que hacen parte de la cotidianidad de todo ser humano, es fácil entender porque al aparecer un trastorno que describe problemas cotidianos, la mayoría de la gente “comienza a padecerlo”, convirtiéndolo en la explicación de su malestar.

Juan Pundik (2011), psiquiatra y psicoanalista, afirma que el TDAH no es una patología, y también acusa al DSM de describir las conductas cotidianas del ser humano y convertirlas en patologías. El psicoanalista explica *“No atender en clase no es una enfermedad”* pero a partir de esta falta de atención de los niños en la escuela, es que los educadores, deseando obtener el control de los niños, terminan haciendo pre-diagnósticos posiblemente erróneos, *“Los que derivan a los chicos a un especialista son, normalmente, los profesores que tienen que manejar a 35 alumnos, lo que, naturalmente, no es fácil. Tenerlos quietos y callados puede hasta cuestionarse que sea sano, pero las características de la escolaridad así lo requieren y, en consecuencia, lo mejor es tenerlos drogados.”*⁸

En el caso de las escuelas en donde los educadores tienen cursos saturados, es probable que se vea afectado el vínculo docente-alumno y que los primeros, tratando de cumplir con las imposiciones del sistema educativo primen la obediencia. Un niño desatento, puede estar exigiendo que lo escuchen, que le presten atención a sus necesidades; Juan Pundik (2011) expone, *“el problema del déficit de atención y de la hiperactividad es que lógicamente*

⁸<http://teresis.blogspot.com/2011/04/contra-la-medicalizacion-en-la-infancia.html> Tomado el 19 de abril de 2013.

*como casi todas las conductas infantiles molestan a los adultos, en particular a los padres y sobre todo a los docentes (...) eso no puede bajo ningún concepto conducir a un diagnóstico del niño, porque hace lo que tiene que hacer un niño, es decir, los niños necesitan una descarga motriz permanente, y eso es lo sano de lo que tienen que hacer, los niños necesitan hablar entre ellos...”*⁹

Pero los padres angustiados y extenuados por la conducta que sus hijos presentan y por las múltiples observaciones de los profesores, acuden donde un profesional, quien les recomienda un tratamiento que suele estar basado en medicación y terapia cognitiva-conductual, ambas con el objetivo de adecuar al niño al ambiente. Según Janin (2008), la medicación no consigue curar al paciente sino que aminora los síntomas y esta se le administra para los contextos que más lo requiera, como por ejemplo, para ir a la escuela. Además, expone que este tipo de tratamientos en los cuales se busca modificar la conducta del niño, acallan los síntomas, no hay una pregunta por la causa de los mismos ni por el contexto en el que se generan.

Autores como Breggin no están de acuerdo con la medicación, él plantea que este tipo de drogas pueden resultar muy peligrosas ya que existen estudios que sostienen que el 9% de niños diagnosticados con TDAH y tratados con estimulantes, tienen riesgo de desarrollar síntomas psicóticos. (Breggin en Janin, 2008) Si esto resulta ser así entonces, ¿Por qué se persiste en el uso de psicofármacos?

Galende (2008) en su libro *Psicofármacos y Salud Mental*, explica que la psiquiatría positivista comprende los “síntomas subjetivos del malestar psíquico” como una enfermedad más, lo que acalla al sujeto y la posibilidad de darse un lugar, lo que resulta más complejo cuando se trata de un niño al cual los padres le pueden exigir que se medique y legitimar en él la idea de que esa es la solución a sus problemas, “...la psiquiatría positivista prescinde del sujeto, ignora el conflicto que expresa el síntoma, ya que este sería solo signo de un trastorno en sus equilibrios cerebrales, y se propone por consiguiente suprimirlo a través del medio artificial del medicamento.” (Galende, 2008:9)

La medicalización ha comenzado a expandirse en la sociedad contemporánea, esto va desde la construcción de nuevas enfermedades hasta alcanzar los procesos comunes de la vida, es decir, la medicalización es la transformación de un problema cotidiano en una enfermedad o desorden, lo que hoy conocemos como *medicalización de la vida cotidiana*; por lo que Liliana Cazenave expone, “(...) se ha pasado de un uso del medicamento con un objetivo de curación de lo que se caracteriza como enfermedad, a un uso del medicamento para lo que se ubica discursivamente como condición de vida, como condición de estar en el mundo”. (Cazenave, 2009:1)

Para Cazenave (2009) en la sociedad actual están ocurriendo dos fenómenos: por un lado se da una *normalización de lo patológico*, es decir, se introduce la enfermedad en el plano de lo normal o cotidiano. Y por otro lado, se está dando una *patologización de la normalidad*,

⁹http://www.youtube.com/watch?v=LsSu_zEFVbM Tomado el 19 de abril de 2013.

que es aquello que se venía comentando, transformar procesos cotidianos en algo médico. Lo cual según la autora ha desembocado en la *invención de enfermedades*.

En el caso de la salud mental, el DSM ha sido un gran aportante para el desarrollo de nuevas enfermedades. Natella (2008) afirma que este instrumento fue producido con tal fin, puesto que se ha ido dando una estandarización del mismo, “...*basta con citar que, de 106 trastornos consignados en la primera publicación en 1952 (DSM1), aumentaron a 357 en su cuarta revisión (DSM4) en 1994.*”(Natella, 2008) Para Mayes y Horwitz (2005) esta estandarización se ha generado debido al “...*involucramiento gubernamental en la investigación y políticas de salud mental*”. (Mayes y Horwitz en Natella, 2008)

Fenómenos como la invención de enfermedades, también ocurren debido al desarrollo de la *cultura de masas*, donde la salud se ha convertido en un bien adquirible para la sociedad de consumo, es así como se da la necesidad de obtener más y más, de tal forma, que los problemas cotidianos no se pueden resolver sino es a través de la medicina o de soluciones químicas. De esta forma se deriva al sistema sanitario problemas que pertenecen a ámbitos sociales, interpersonales, familiares y laborales, Según Liliana Cazenave esto “... *(Da) cuenta del desplazamiento de la idea de enfermedad a la de malestar, que propone el uso del medicamento no ya con el fin de curación, sino el de bienestar.*” (Cazenave, 2009:2)

Es así como se ha generado una hipocondría social la cual no permite hacer uso de los recursos propios para afrontar los malestares cotidianos, estos han dejado todo en manos de los profesionales y del sistema sanitario. Cazenave (2009) explica que el rótulo de enfermedad es dado por la construcción social, y cuando alguien es etiquetado como enfermo deja de ser funcional para la sociedad, *desviando su rol*, por lo que se acude a la medicina ya que ésta “...*funciona como la institución de control social de la desviación*” (Cazenave, 2009:1).

Sobre esto Galende expone, “*Esta apertura del ámbito privado y de la vida íntima hacia los expertos, incluidos el psiquiatra o el psicólogo, el acceso a los servicios mundializados de las corporaciones (especialmente por las redes informáticas, Internet, telefonía móvil, etc.) y el consumo, resultó clave no sólo para el incremento del consumo, que era su verdadero objetivo, sino también para la reproducción ampliada de una subjetividad capaz de sostener y desarrollar estos valores de la sociedad postindustrial*” (Galende, 2008:225)

Desde la perspectiva de Foucault, el control logrado por parte de los profesionales sobre la vida privada de los individuos es resultado de la medicalización de la sociedad, y en este sentido, la medicalización es comprendida como una estrategia de *normalización de la sociedad*: “*La medicalización, como plantea M. Foucault [3] es una estrategia del poder político, que utiliza el saber técnico de la medicina para intervenir sobre los cuerpos y la población, con el fin de movilizar fuerzas, extraerlas y hacerlas obedecer a los requerimientos creados por los imperativos de la época.*”(Cazenave, 2009:2)

En este marco se sostiene la idea de que en la sociedad actual los médicos no son los únicos que buscan el control social a través de la medicalización, sino que existe un acumulado de

actores que legitiman la expansión de la medicalización a la vida cotidiana. Entre los más representativos se encuentran las empresas químico-farmacéuticas, los medios de comunicación y la población.

En el caso de las empresas químico-farmacéuticas, según Vignau éstas tienen un rol activo tanto “...en la producción de sustancias (...) también en la construcción de patrones de legitimación del consumo de medicamentos.”(Vignau, 2008:63). La autora afirma que este tipo de empresa ha logrado obtener tanto poder, que en muchas ocasiones el rol médico termina siendo subordinado a los intereses del mercado y de los mismos consumidores.

Por otra parte, se encuentran los medios de comunicación, quienes utilizan una estrategia publicitaria con el fin de que sus productos sean concebidos como una necesidad para la población, logrando tener una gran influencia y poder sobre la sociedad. Vignau expone que, “esta estrategia de mercado (...) traslada la responsabilidad del consumo al sujeto, dejando librada su elección a personas con diferentes criterios y recursos culturales para seleccionar aquellos productos que contribuyen a su salud o la ponen en riesgo.”(Vignau, 2008:64)

La población también termina siendo un actor en juego, ya que “...algunos grupos sociales incorporan acríticamente de los discursos imperantes algunas prácticas no protectoras para su salud. Como parte de ese discurso, ampliamente difundido, la población legitima la medicalización de la salud y de su vida cotidiana sin indagar las razones científicas que la sustentan.”(Vignau, 2008:65)

Para Cazenave la legitimación de la medicalización también se debe a que el sujeto contemporáneo está constantemente presionado por la sociedad, quien le exige mantener un estado de *performance*, además de que está sometido a vivir de manera acelerada y a dar respuestas rápidas a su malestar, “frente a todas estas exigencias se propone el medicamento para responder a diversas situaciones cotidianas que exigen respuestas adaptativas, frente a las cuales el sujeto puede desarrollar ansiedad, decaimiento, cansancio.” (Cazenave, 2008:2)

Pero en el caso de la medicalización de la infancia, ¿Qué está ocurriendo? ¿Por qué está legitimado el uso de medicamentos en los niños?

La legitimación de la medicalización en los niños puede deberse a que la sociedad ha construido un imaginario de lo que debe ser un niño. Este niño “ideal” tiene un futuro planeado por la sociedad desde antes de nacer, desde muy pequeño se introduce a la institución educativa para poder ir formando un ser humano productivo para ésta. Así Beatriz Janin (2009) expone:

“Un niño, en principio, es un sujeto en constitución que es parte de un mundo familiar, escolar, social. Y hay diferentes culturas, y diferentes espacios para el niño en cada cultura. Hoy existe una exigencia desmedida en relación a qué debería hacer todo sujeto en los primeros años de su vida. Así, se supone que debe poder incluirse en una institución

*a los dos años, debe aprender a leer y a escribir antes del ingreso a primer grado, debe soportar ocho horas de escolaridad a los seis años (a veces antes) y debe estar gran parte de esas horas quieto, atento y respetando normas.”*¹⁰

Lo que implica que el niño ideal debe tener las características de un ser atento, acoplado a las normas, quieto y sumiso, lo cual es una imagen de niño que está muy lejos de la realidad, es un niño que se le exige que entre al mundo del adulto desde muy temprano, así, el deseo del adulto de mantener el control de los niños prevalece por encima del deseo de los más pequeños, por lo cual Kohan (2009) afirma que *“Esta forma de entender la educación supone que los niños deben dejar de serlo para ser los adultos que nosotros no somos y queremos que ellos lleguen a ser”* (Kohan, 2009:16)

Entonces, ¿el problema radicaría en el sistema educativo? El sistema educativo que propone la sociedad es el mismo para todos los niños de las diferentes culturas que existen, al igual que el currículo de materias presentadas, donde se da prioridad a las materias “universales” como las matemáticas, física y química. Dado esto, la importancia no se centra en el cómo se educa sino en el ¿con qué? y ¿para qué?, puesto que: *“La formación de la infancia es el camino para la transformación social (...) ¿para qué educar? Pues, para formar la infancia. Y, ¿para qué formar la infancia? Para fabricar mejores personas y con ellas tener una sociedad mejor.”* (Kohan, 2009: 16), para alcanzar este objetivo se le debe imponer al niño una forma de aprender que no se sabe si es adecuada o no para él y la cual no respeta su singularidad.

En este sentido pueden presentarse dos situaciones: que el niño se acople a las normas y reglas impuestas por padres y educadores, y así la sociedad alcanza el objetivo de *fabricar* el niño ideal; o por el contrario, que el niño no soporte y no logre encajar en el sistema educativo. Ante esta última situación, en donde un niño no se logra adaptar al sistema educativo que le impone la sociedad: ¿Qué puede determinar un educador?, ¿Que hay un niño el cual está exigiendo atención y escucha por parte de los adultos, o un niño con una patología, como el TDAH? Para Janin, *“los niños que no responden a las exigencias del momento son diagnosticados como deficitarios, medicados, expulsados de las escuelas. Ya no se “portan mal”, sino que tienen un déficit; no son inquietos, sino que sufren de un trastorno; no se distraen, sino que tienen una enfermedad...”* (Janin, 2008:106)

En este sentido, para la sociedad es más fácil etiquetar a un niño con un trastorno y darle sentido a su conducta otorgándole causas biológicas, que preguntarse por la causa del malestar, *“En el caso de la hiperactividad, es un síntoma que molesta a los demás. Son niños que convocan la mirada del otro. Sin embargo, en lugar de leer esto como una señal de que lo vincular está en juego, que son niños que tratan de despertar a los que los rodean, que están diciendo algo con sus movimientos o con su desatención, se supone una falla orgánica.”*(Janin, 2008:110)

¹⁰ <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-130268-2009-08-20.html> Tomado el 19 de abril de 2013.

Según lo anterior “los “trastornos mentales” serían en realidad las construcciones prácticas que necesita la psiquiatría de orientación biológica para tratarlos como si fueran enfermedades (cuando es el caso que no está nada claro que lo sean).” (González & Pérez, 2007:16). Y al concebirlo como una enfermedad debe ser eliminada ya que causa molestia, y esto se logra a través de los psicofármacos, puesto que “La medicación ha sido incorporada como algo que resuelve problemas de conducta y de aprendizaje, como lo que soluciona en forma rápida las dificultades que un niño puede tener en su adaptación al ritmo escolar.” (Janin, 2008:107) El uso de medicamentos como solución tiene aún más fuerza ya que está legitimado por instituciones de gran influencia, como *Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD)*, en el caso de TDAH.

Por su parte, Galende (2008) propone que el medicamento les brinda a los pacientes la “solución” para calmar el malestar y por ello es difícil de rechazar, además exime de toda responsabilidad al sujeto, en este caso a los padres y educadores que no logran mantener “quieto” y “callado” al niño, lo que sí logra el especialista con el psicofármaco medicado. “...se entregan al saber del especialista, establecido en el imaginario social como dominio médico del malestar, y abandonan los esfuerzos por hacer inteligible su malestar y enfrentar las contradicciones de su vida.” (Galende, 2008:10)

La medicalización del fracaso escolar libera de responsabilidad a la institución educativa, a los educadores y a las familias, y transfiere el problema al sistema sanitario, encubriendo los desajustes entre modelos sociales, pedagógicos y familiares. Se convierte en el atajo de todos aquellos que no obtienen un niño que asuma todas las normas y todas las órdenes impuestas, un actor que se someta al control que le impone la sociedad. El niño ya medicalizado pierde su voz, la posibilidad de ser escuchado, pues el psicofármaco acalla el malestar del sujeto, y se da una pérdida de conciencia. Brindarle la oportunidad al niño de que exprese el porqué de sus acciones, es ceder ante él y entregarle el control de su vida; además de que preexiste en el adulto un temor de encontrar que los conflictos por los que atraviesa el niño son en parte su responsabilidad y a partir de esto tener que enfrentarse a los pedidos de este pequeño ser. Por el contrario, el psicofármaco exonera de toda culpa no sólo al sujeto sino también a la sociedad, siendo su función la de “...aliviar y silenciar los afectos que acompañan al conflicto y expresan el malestar del sujeto” (Galende, 2008:10), logra lo que Galende nombra como “La ilusión del no ser”, donde se da la “de-subjetivación” pues el psicofármaco permite la pérdida de conciencia y de malestar, el cual es tan propio del sujeto.

Por ello el diagnóstico de TDAH podría ser la justificación al uso de drogas legales para controlar la conducta de los niños en la escuela y en el hogar, “Bajo el imaginario del trastorno o la enfermedad se induce al consumo.” (Galende, 2008:17). ¿Pero qué ocurre con estos niños diagnosticados con un trastorno? No sólo a través de la medicalización se obtienen niños controlados y dóciles, sino también niños que a partir de un diagnóstico pueden ser tratados no como sujetos sino posiblemente como enfermos e identificados por el trastorno del TDAH.

Lo anterior da cuenta que la escuela es uno de los principales espacios donde los niños son pre-diagnosticados con síntomas de TDAH, por lo que resultaría importante entender de qué forma los educadores manejan el diagnóstico de este trastorno en la escuela, y cuáles terminan siendo las consecuencias para el alumno.

3. METODOLOGÍA

3.1. Sujetos de la investigación

La investigación se lleva a cabo con 8 docentes de primaria (7 mujeres y 1 hombre) de diferentes asignaturas, pertenecientes a dos instituciones educativas de la ciudad de Cali. Por razones de confidencialidad, los nombres de los docentes no estarán expuestos en este trabajo.

Vale aclarar que cada uno de los docentes acepto participar de manera voluntaria y que a cada uno se le explicó el objetivo general de la investigación y el uso que se haría de la información que cada uno proporcionó.

3.2. Procedimiento

Por cuestiones de conveniencia metodológica se realizó la investigación con 7 docentes de una institución privada y con 1 docente de una institución pública, ambas de la ciudad de Cali, gracias a que una docente de la universidad logro establecer el contacto tanto con la institución privada como con la docente de la institución pública. Cabe aclarar que el hecho de que sean de una institución pública o privada no es relevante para esta investigación.

Solo se dio un encuentro con cada docente, en donde se les explico el objetivo del trabajo de investigación, se les comentó cómo sería la participación de ellos y por último se realizó la entrevista.

El encuentro con la docente de la institución pública fue determinado por ella misma. En el caso de los docentes de la institución privada, se organizó con la psicóloga de la institución los horarios en los cuales los docentes tendrían el espacio para ser entrevistados.

3.3. Diseño y Tipo de investigación

Esta investigación se realizará con base en una metodología cualitativa, pues el interés está puesto en conocer la posición subjetiva que tienen los docentes sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El propósito desde esta perspectiva es el de analizar las concepciones que tienen los sujetos sobre el TDAH, y de esta forma poder entender cómo es manejado el diagnóstico dentro de la institución educativa.

Es importante aclarar que la investigación es de tipo exploratorio, debido a que es un tema que ha sido poco indagado desde la psicología en la ciudad de Cali, además, las

investigaciones realizadas alrededor de este tema están más enfocadas en explicar los síntomas y las posibles causas y consecuencias del trastorno. Por el contrario, esta investigación se ha enfocado en hacer una crítica constructiva acerca de la forma en que se diagnostica y se trata el TDAH.

3.4. Instrumento

Para dar respuesta a la pregunta problema de esta investigación y con el fin de alcanzar los objetivos propuestos, se hizo uso del siguiente instrumento:

3.4.1. Entrevista semiestructurada individual:

La principal característica que tiene la entrevista es que se centra en la subjetividad de los entrevistados lo cual permite que el discurso ofrecido por cada sujeto de cuenta del posicionamiento que tiene frente al trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

En este sentido, la entrevista es una de las formas más efectivas de acceder a los informantes, a sus concepciones y a sus experiencias alrededor del fenómeno de TDAH. Además, es una estrategia útil en cuestiones de temporalidad, pues es un instrumento que permite utilizar el tiempo de manera eficiente.

Para recoger la información brindada por lo sujetos se empleó una grabadora de audio. Respecto a las preguntas, es pertinente aclarar que estas han sido creadas con base en ciertas suposiciones teóricas, pero con cierta flexibilidad para que estas puedan ajustarse a los comentarios de cada docente entrevistado.

3.5. Categorías Conceptuales

Con el fin de facilitar el proceso de análisis de los resultados obtenidos durante este trabajo de investigación, se determinaron unas categorías las cuales permitirán organizar y comprender la información brindada por los docentes durante las entrevistas. En la siguiente tabla se muestra cada categoría con su respectiva definición:

Tabla 1. Definición de las Categorías Conceptuales

CATEGORÍAS	DEFINICIÓN
<p>Noción del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad</p>	<p>En esta categoría se evidencian las representaciones y concepciones que tienen los docentes y la institución alrededor del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Cómo se concibe el</p>

	trastorno y cuáles son las características que para ellos determinan que un estudiante tiene TDAH.
Tratamiento institucional	Esta categoría pretende analizar el conducto a seguir por la institución o por los docentes cuando observan que hay un estudiante con un posible trastorno. Así mismo poder determinar cuál es el rol de los docentes, de los padres y de la institución durante el diagnóstico de TDAH.
Sentido de la intervención	En la presente categoría se analiza la intervención que realiza la institución y los docentes durante el proceso de diagnóstico del trastorno, con el fin de establecer cuál es el objetivo de la misma.

4. RESULTADOS Y ANÁLISIS

El siguiente apartado recoge los resultados y el análisis realizado, de acuerdo con los objetivos propuestos para la investigación y las tres categorías conceptuales pensadas para el análisis. Con el fin de mantener una coherencia entre las ideas y facilitar la comprensión del análisis, se presentaran los resultados en las categorías que se construyeron para el presente estudio.

4.1. Noción del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad:

En el discurso de los maestros se evidencia que la mayoría de ellos concibe el trastorno por déficit de atención e hiperactividad como una *dificultad* que tienen los niños, ya sea para atender en clase o para aprender, se convierte en una barrera para el niño en la escuela:

Sujeto 3: *“creo que viene siendo una dificultad que tendrían los niños para centrarse en una actividad, pero que va más allá de que simplemente yo soy inquieto y me gusta moverme, sino que es algo que no puede controlar. Es una dificultad para centrarse en algo.”*

Sujeto 5: *“...niños que continuamente tienen dificultades para mantenerse en el desarrollo de un trabajo, entonces tienen que tener algo en la mano, los pies en movimiento, sienten la necesidad imperiosa de estar parados o estar haciendo algo, alguna actividad en particular.”*

Sujeto 7: *“...ese déficit de atención son periodos muy cortos que hacen que el niño se desconcentre, y el proceso de aprendizaje no se da de la manera que tiene que ser porque hay mucha fragmentación del conocimiento, entonces así no se puede como poder que ellos aprendan todo como debe ser.”*

Por lo cual, exponen que los indicadores que demuestran que un niño puede presentar TDAH son: niño inquieto, angustiado, que no logra entender las instrucciones que se dan en clase. Pero tienen claro que debe ser algo que se da de manera extrema:

Sujeto 4: *“...el niño que de verdad hace cosas locas, al otro extremo, se pone el lápiz en la nariz, llamando la atención de alguna manera cuando él se puede auto-lastimar, o simplemente todo el tiempo grita, o se hace notar de otra forma, o está buscando siempre el cómo abrir un problema cuando no lo hay pero él lo abre”.*

Otro indicador en el que coinciden los docentes, es el fracaso escolar, pero para la mayoría de ellos este fracaso se da más por algo externo al estudiante que por algo interno. Como por ejemplo, que la familia y la institución educativa no logren trabajar en equipo para poder ayudar al estudiante con el trastorno, puesto que para los docentes se necesitan

implementar estrategias tanto en el aula de clase como en el hogar, además que si la institución realiza un proceso psicológico con el niño, también es necesario que los padres o acudientes realicen un proceso externo ya sea con psicólogo o neuropsicología. A continuación se muestra las respuestas de algunos docentes a la pregunta por el fracaso escolar, que dan cuenta de lo expuesto anteriormente:

Sujeto 3: *“pues si no se sabe manejar y no se orienta al personal que rodea al niño, pues si, de pronto sí podría afectarlo.”*

Sujeto 4: *“...es una pregunta que me atrevería decirte que no, sin un niño es tratado a tiempo o si es diagnosticado a tiempo por un especialista, no tiene por qué, para nada, resultar sintiéndose con fracaso escolar”*

Sujeto 5: *“sí, claro que sí. Porque a veces tanto la institución como la familia no logran como ponerse de acuerdo para que este chico sea exitoso, entonces a veces en ese trastorno el niño queda hundido como en una laguna de la cual no puede salir y finalmente esto sólo genera asuntos negativos, entonces genera notas, de la familia genera ansiedad o a veces rabia con la institución, y finalmente el único que fracasa es el niño; eso es lo que yo veo de relación, cuando esto sucede se llega al fracaso, cuando la institución y la familia no logran mirar cómo apuntar hacia el mismo lado, como direccionar lo que están haciendo, pues finalmente hay un fracaso.”*

Sujeto 6: *“...siento que son más los factores externos, que internos; los que influyen en el fracaso escolar de un estudiante.”*

Pero para los docentes el indicador más común es el bajo rendimiento académico, debido que para ellos si el niño está presentando un mal desempeño seguramente es porque algo está pasando, principalmente a nivel cognitivo.

Sujeto 2: *“...como que uno debe estar pendiente del desempeño del niño, de la actitud del niño, del comportamiento de él, a veces de la manera de hablar, de la manera de expresarse, que uno sabe que están perdidos, lo que tú les estas diciendo a ellos, les estás hablando en chino porque no tienen idea de lo que les estas diciendo, y puede estar muy ligado eso al déficit de atención.”*

Sujeto 3: *“O sea siempre que un niño va mal en alguna asignatura o que no responde pues uno tiene que mirar que algo está pasando, algo está pasando, por algo a el niño no le está yendo bien”*

Sujeto 5: *“...normalmente cuando un niño tiene déficit de atención, no puede desarrollar una consigna a tiempo y por lo tanto el trabajo no reúne las condiciones, y al no reunir las condicione pues hay una nota que se genera a partir de él; entonces el bajo rendimiento académico genera una pregunta al maestro sobre qué está pasando con este niño, y esa nota indica algo, o un descuido, o un problema de aprendizaje, o muy poco seguimiento en la casa de sus trabajos, bueno, algo está pasando; entonces cuando uno ve esas notas, no hay una variación en ellas sino que el niño está estable en esas notas no positivas, entonces*

uno dice: bueno aquí qué pasa... el rendimiento académico le dice a uno también que algo pasa.”

Aunque los docentes descartan todas las posibles causas del bajo rendimiento académico del estudiante, por la que optan principalmente es por el trastorno, porque algo no está funcionando adecuadamente a nivel cognitivo. De esta forma terminan adjudicando al problema del niño una causa biológica.

Sujeto 6: *“Eso en un principio podría llegar a ser un indicador, la parte física y postural. Desde luego, el hecho de que se ponga limitantes él mismo; como por ejemplo, que en cada intervalo de tiempo se tenga que salir del salón al baño, o que le diga a uno que no trajo su cuaderno, que no trajo su agenda, que no tiene lapiceros; y uno va leyendo ese tipo de comportamientos, no como ausencia de responsabilidad sino como obstáculos que el mismo se pone para ocultar ese déficit de atención; ese sería un segundo indicador.”*

Por lo cual, los sujetos entrevistados ven la necesidad de ser capacitados por la institución para poder atender a los estudiantes diagnosticados con algún trastorno, debido a que no encuentran los recursos suficientes para trabajar con ellos, por lo tanto algunos docentes terminando expresando que los niños diagnosticados deben recibir una educación diferente.

Sujeto 1: *“...la educación aquí no está preparada para eso (...)yo creo que o sea separarlo puede sonar un poco duro pero sí necesita una educación diferente (...)entonces el problema para un docente estándar, de una clase estándar es que, o sea por más licenciados que seamos a nosotros no nos enseñan en la universidad a tratar ese tipo de casos, o sea nosotros no vemos una clase de psico... que se yo pedagogía o algo así, que nos digan bueno si tienen niños en un aula con problemas trátenlos así y asa, o sea a nosotros no nos preparan para eso...”*

Sujeto 2: *“...yo creería que debería haber un poquito más de capacitación por parte del colegio hacia los maestros para manejar ese tipo de situaciones particulares, o sea no es que sea imposible manejarlo pero si tu no estas capacitado a veces es difícil”*

Según lo anterior, se puede deducir que la mayoría de los docentes conciben el TDAH como una patología, ya que necesita ser atendida desde lo médico, desde el especialista, determinando como insuficientes los recursos propios del profesor. Esto debido a que consideran que este déficit termina convirtiéndose en una dificultad para aprender, que no es causada por la relación maestro-estudiante o por la relación de este último con su saber, sino que se debe a una falla a nivel cognitivo, en el últimas es una causa biológica.

Pero a partir de las narraciones de los profesores, se podría inferir que esta concepción de que el niño con dificultades para atender en clase o que está constantemente en movimiento sufre de una “enfermedad” o “patología” se debe en gran medida a que hay un especialista dentro de la institución el cual legitima el trastorno:

Sujeto 6: *“Que es una patología, por llamarlo así; que se ha generalizado bastante en la educación privada y pública de Cali; que se invisibiliza precisamente en la educación oficial, en la cual los niños con déficit de atención simplemente son tratados como niños*

desinteresados, niños desconcentrados, niños fuera de foco. Y paradójicamente esta la educación privada, donde el acompañamiento de psicología, el acompañamiento de directores y de principal en bachillerato o en primaria, hacen que uno pueda fijarse más en esos casos. (...) definitivamente la lectura de una persona externa a la pedagogía; como la psicóloga, que hace que esa lectura del niño sea más general, no solamente en el aula de clase sino en su comportamiento con los compañeros en el descanso, con sus padres de familia, en fin.”

Por el contrario si se analiza el discurso de la docente de la institución pública, la cual no tiene recursos especiales, como psicólogo o terapeuta, se muestra una concepción totalmente distinta del trastorno:

Sujeto 8: *“...a mí me parece que se le está llamando déficit de atención a una cosa que no es, o sea que es un diagnóstico muy especializado y que la mayoría de los niños a los que los nombran con eso no es, yo no sé si sea atención dispersa el nombre correcto pero sé que si tienen mucha dificultad con la atención pero que yo no estoy segura que sea un trastorno, y que los medican y todo, me parece que el ambiente, las condiciones del ambiente han ayudado mucho porque yo como soy maestra hace treinta años; también creo que tiene que ver con la edad, los niños llegan mucho más pequeñitos, a los grados, antes salían de quinto más grandes y de once más grandes, creo que la edad tiene mucho que ver pero también los distractores del medio ambiente, como las cosas que ellos viven, pero yo creo también que eso es como una moda y que todo el mundo habla de déficit de atención, que me parece que es una cosa más especializada más grande”*

En su discurso se observa que pueden existir otras causas que dan otro sentido a la conducta del niño. Hay implícitamente una pregunta por el niño: ¿Qué necesita?, ¿Qué está demandando? además de entender que cada niño lleva su propio proceso. El no estar el especialista dentro de la institución, permite que el profesor haga uso de sus propios recursos para trabajar con el estudiante.

4.2. Tratamiento Institucional:

Frente al tratamiento institucional se debe tener en cuenta que existe un conducto regular a seguir tanto por los docentes como por lo demás profesionales de la institución:

Sujeto 2: *“...nosotros tenemos reuniones semanales, cada uno de nosotros tiene reunión con la psicóloga del nivel, entonces la psicóloga está muy pendiente de estos casos, tanto cuando tiene la reunión particular como la reunión que se hace por nivel; entonces una vez a la semana nos reunimos todos los profesores de cuarto entonces hablamos, la psicóloga siempre está presente y una vez a la semana cada uno de los profesores tiene una reunión a solas con la psicóloga; entonces también hay dos casos particulares, primero hay un niño con autismo y una niña con síndrome de Down, entonces esta como eso además de que siempre están muy de la mano de los psicólogos particular que tienen ellos, o sea los*

neuropsicólogos siempre están en contacto con la psicóloga del colegio como para que exista ese puente de bueno: como hay que manejarlo acá, como está avanzando ese niño, para que no se pierda esa conexión, sin embargo a veces es difícil.”

Sujeto 3: *“pues primero que nada yo creo que debería buscar una ayuda oportuna y la que corresponda, porque nosotros como docentes no podemos llegar a diagnosticar o a considerar que pueda tener un estudiante; se analiza, se comparte de pronto con otros docentes, con la psicóloga, pero creo que lo primero que uno tiene que hacer es comentar lo que observa en el niño, más no diagnosticarlo o juzgarlo, sino ver como por un ladito o por el otro como trabajo, si ya sé que es una dificultad que se ve que no se puede pues ya se va al siguiente paso, comentarlo a la psicóloga, a los padres, al coordinador, para saber que ayuda se puede dar o quién lo puede diagnosticar.”*

Aunque la mayoría de los docentes optan por seguir este conducto regular paso a paso, otros prefieren utilizar estrategias propias y diferentes:

Sujeto 5: *“Entonces una de esas estrategias era como llamarlo a él, mirarlo a los ojos y preguntarle si sabía que parte de su cuerpo se estaba moviendo, si sabía que estaba haciendo en ese momento, llamarlo a la conciencia de lo que estaba haciendo y de lo que debía hacer en ese momento.”*

Sujeto 8: *“...nosotras acá en el privado pues sí teníamos todos los terapeutas, y el psicólogo, y terapia de lenguaje, y fuera de los que hay en el colegio uno puede remitir a externos. Entonces aquí no hay (Siloé), aquí nosotras somos psicólogas, mamás, hermana, profesora, lo que se necesite; (...) Es prestarle atención, por ejemplo el que se me distrae, trato de ponerle un puesto en el que se me distraiga menos, desde poner con los que si van a trabajar y no con los que se van a poner a jugar, yo no hago los grupos al azar, sino que este lo tengo que poner con este otro que regula, ponerlo donde haya menos distractores, no lo voy a poner en la puerta que este viendo pasar todo el tiempo; yo juego es como con esas cositas, como le ayudo para que se distraiga menos, si está muy ofuscado que hago para ayudarlo a tranquilizar, a quien le pongo de apoyo para que le vaya mejor.”*

Estas diferencias entre uno y otro docente pueden deberse a que algunos sienten que no están lo suficientemente capacitados como para trabajar con un niño que presenta conductas, las cuales pueden ser indicadores de un posible TDAH, además porque la conciben como una patología la cual debe ser tratada por un especialista:

Sujeto 1: *“...sé que se habla de que hay casos detectados por neuropsicología y por todo esto como en cuarto, pero pues los docentes que tenemos acá ninguno tiene una especialización o una maestría en tratar estudiantes de ese tipo.”*

Según Galende (2008) esto también se debe a que se ha entregado a los expertos todo el saber: *“...el cuidado de los hijos por instituciones, la pedagogización de los espacios de juego y recreación, la educación con caracteres más universales y menos familiares o nacionales, la preparación de la comida, las vicisitudes de la formación de pareja y sus sostenimiento, el cuidado del cuerpo y el ejercicio físico, el deseo y el rendimiento sexual,*

etcétera, son frecuentemente entregados a la gestión y al saber de expertos en esas dimensiones de la vida”. (Galende, 2008:224)

Dejar todo en manos de los expertos no permite pensar que tal vez hay algo que está sucediendo en el que hacer como docente, o en el rol como padre, sino que hay un efecto tranquilizador al pensar que se debe a una causa biológica y no a un problema en la relación con el estudiante/hijo, en este sentido Janin (2008) expone:

“La función nominativa tiene, para los humanos, un efecto tranquilizador (...) En los últimos 30 años ha habido un desplazamiento de las categorías nosográficas al terreno de los datos (...) Es así como los problemas dejan de ser problemas para ser trastornos. Ésta es una transformación epistemológica importante y no una mera transformación terminológica. Un problema es algo a ser descifrado, a ser interpretado, a ser resuelto; un trastorno es algo a ser eliminado, suprimido, porque molesta. Los nombres de las categorías no son inocentes y esta transformación responde a que el orden del discurso ha tomado al hombre en esta posición de objeto sacrificial, objeto descartable, y por eso no hay nada para preguntarle: es un número o un dato a registrar”. (Janin, 2008:110)

Según lo anterior se opta preferiblemente por brindarle un tratamiento profesional al estudiante, lo cual es corroborado por el discurso de los docentes:

Sujeto 4: *“...aquí vienen profesionales a acompañar al equipo docente, cuando el padre de familia así lo permite, entonces esa persona viene y simplemente nos da una charla como parte de la terapia del niño, los padres asumiendo el costo (...) porque es que el síndrome de atención es algo que no es una cosa incurable, o sea es algo que se puede superar”*

Sujeto 5: *“...creo que se requiere de una persona, como por ejemplo de ayuda especial, alguien que maneje este tipo de casos y que pueda brindar un apoyo más específico en el problema que el niño tenga. Como un especialista trabajando, bien sea por dentro del aula o por fuera del aula, pero que apoye más este tipo de casos, porque si los hay, si se presentan, algunos diagnosticados y otros no, pero si se presentan.”*

El tratamiento a nivel profesional termina en su mayoría medicando al “enfermo”, en este caso al estudiante que sufre de TDAH, lo cual es avalado por ciertas Instituciones Educativas; respecto a esto Cazenave (2009) afirma: *“Las píldoras para controlar socialmente a los niños, por ejemplo, se proponen como más eficaces de lo que la socialización de la temprana infancia y el psicoanálisis lo han sido jamás.” (Cazenave, 2009:3)*

Frente a este tema, los docentes no son muy claros al manifestar su posición, puesto que algunos de ellos consideran que no es una alternativa muy favorable debido a los efectos secundarios que produce en el estudiante, pero expresan que si es medicado por un experto es porque él tiene las razones y los argumentos suficientes para hacerlo.

Sujeto 2: “...si las personas que los están tratando consideran que es necesario o es pertinente medicarlos, pues allá ellos, tendrán sus motivos o sus razones; pero la verdad no sabría decirte si es bueno o es malo porque no tengo conocimiento acerca de eso.”

Sujeto 3: “ahí si es una cosa delicada, sí, eso sí sería algo delicado y que es algo, me imagino que un extremo pues, de que el niño realmente, yo creo que tiene que ser una cosa delicada para llegar a ese punto; eso tiene que analizarse muy bien. Me hiciste acordar de una nena que yo tuve una vez y ella la medicaron por un tiempo, no era por hiperactividad, eso era otra situación, y pues mejoraba por un lado pero se caía por el otro, entonces se centraba más acá pero se cansaba más rápido; tenía sus pros y sus contras, entonces hay que ser delicado en eso, es una decisión difícil.”

Sujeto 6: “Complicadísimo trabajar con ellos, no solamente porque a uno le cuesta mucho trabajo entender que un niño está siendo prácticamente farmacodependiente a tan temprana edad; sino que uno no logra entender, en la dimensión clínica, de qué modo puede afectar la ausencia, el abuso o la permanencia de esas drogas. (...)Pero si yo tuviera que aferrarme a la idea que es una pasta la que me va a curar o la que me va a ayudar a compensar mi cuerpo, yo sin duda creería en ella. Y de conocer otro tipo de alternativas, para manejar ese tipo de casos las intentaría conocer, pero no les daría tampoco todo el crédito que la gente le da a lo alternativo; que siento que también en ese sentido, los fármacos están ahí cumpliendo su papel.”

Sujeto 8: “...cuando estaba medicado uno veía que era un niño pues que ya se duerme, o sea lo bajaba como al otro extremo, cuando está bajo el efecto de la droga no es él, pero esto es necesario yo no sé, yo no soy especialista de salud para decir eso, yo soy respetuosa cuando un equipo interdisciplinario decide qué es eso porque han llegado a eso, pero yo si siento que eso es necesario, sino que también siento que a veces uno le queda la duda si lo están haciendo, si es necesario o no; o no es que quede la duda sino que a uno le da dolor el efecto secundario que la droga produce en el niño.”

Mientras que otros docentes dejan muy claro que no están de acuerdo con medicar a los niños y afirman que existen otras alternativas diferentes a esta:

Sujeto 4: “lo que viví no me pareció bueno, al contrario me pareció un tema bastante abrupto y que los niños con este síndrome de atención dispersa no deberían ser medicados, pienso yo por lo que viví. (...)hay otras formas, hay otras terapias, hay otras cosas; yo no lo haría, si yo tuviera un hijo con eso no lo medicaría, o sea no lo permitiría porque es que yo vi cosas, no, vi niños que están dormidos, o sea una cosa es estar dormido y que tenga el pensamiento así como en una línea como sin ninguna expresión, ¿Por qué?, o sea no juegas, comes como un ente, te mueves porque te tienes que mover porque tienes que cambiar de salón, pero el cuerpo como que no te da, no, yo no estoy de acuerdo con eso, y

te lo digo concretamente porque lo viví y vi casos donde realmente no se notaba ninguna mejoría, se ve un niño aletargado, adormilado en un salón, es muy diferente a un niño que molestaba porque tenía algo puntual, que verlo ahí tirado, como la vida pasa y yo no siento nada, eso para mí no era la respuesta...”

Sujeto 5: *“...la medicina que le pueden administrar al niño, puede mejorar su inquietud constante pero le produce otros daños en cuanto a la relación con los demás, porque se vuelve un niño apático, algunas veces asocial, incluso les genera somnolencia, incluso les altera la memoria, y no, tienen que haber otras formas, que de hecho las hay, para trabajar con este tipo de niño, que no les genere todo ese tipo de reacciones. Creo que hay que buscar, más que buscar atacar el síntoma como tal, es irse a la causa del síntoma, devolverse a donde es que está el problema, o sea ¿por qué es que esto ocurre?, ¿cuál es su angustia?, ¿de dónde?, ¿Qué es lo que le genera angustia? Y ayudarlo con eso que le genera angustia, no es desde un medicamento sino desde la palabra misma...”*

Como se puede observar, la mayor parte de los docentes prefieren dejar en manos del medicamento la solución para acabar con el sufrimiento del estudiante porque como lo expresa Galende (2008) este exime de responsabilidad al sujeto y logra mantener al estudiante dispuesto a atender en clase, lo cual en últimas es lo que muchos de los docentes esperan:

Sujeto 1: *“...alguna vez escuche creo que en su colegio un niño era medicado, y pues él como que contando la experiencia era si el niño se calma, que podemos hacer; pero yo creo que sí, la medicina existe por alguna razón y bueno, si en un caso dado es necesario o sea por qué no.”*

Frente a esto último Cazenave (2009) afirma, *“Por otro lado, el sujeto contemporáneo, inmerso en procesos de creciente fragmentación social está sometido a ideales inéditos de autonomía y presionado a estar en un constante estado de performance. Frente a todas estas exigencias se propone el medicamento para responder a diversas situaciones cotidianas que exigen respuestas adaptativas, frente a las cuales el sujeto puede desarrollar ansiedad, decaimiento, cansancio.”* (Cazenave, 2009:2)

4.3.Sentido de la intervención

Esta categoría pretende analizar el objetivo que se tiene al momento de intervenir. Según Kohan (2009) los adultos tienen puestas ciertas esperanzas en el niño, respecto a lo que quieren que estos últimos lleguen a ser; en este sentido el adulto espera un niño que se adapta fácilmente a la norma, que sea atento y callado. En relación con la intervención, los docentes expresan que:

Sujeto 2: *“ellos son unos niños que tienen muy cortos periodos de atención, entonces hay que jugársela a tenerlos como enganchados con las actividades (...) tratar de motivarlos, tenerlos como enganchados, estarles preguntando.”*

Sujeto 3: *“cuando están muy inquietos y todo, pues se llama a escuchar la norma, a seguir la instrucción, muchas veces lo llamo a parte y le pregunto: bueno, que te pasa, acuérdate que hay que prestar atención, mira las consecuencias... y ya ve uno que el niño coopera, simplemente es que son juguetones o que les cuesta pues centrarse porque quieren estar en lo de ellos, pero más allá de eso, no.”*

Según lo anterior, los resultados que esperan estos docentes al realizar la intervención es lograr que el estudiante esté atento en clase, participe de ella, no se pierda y cumpla con las normas establecidas, en otras palabras que mantenga una conducta adecuada dentro del aula, pues de lo contrario se crea el “niño-problema”:

Sujeto 2: *“...el problema es que este niño empieza a interrumpir a sus demás compañeros entonces ya se disocia el grupo, y ese grupito que estaba trabajando muy bien empieza a distraerse...”*

Teniendo en cuenta lo anterior, se retoma a Janin (2008) cuando afirma que, *“En el caso de la hiperactividad, es un síntoma que molesta a los demás. Son niños que convocan la mirada del otro. Sin embargo, en lugar de leer esto como una señal de que lo vincular está en juego, que son niños que tratan de despertar a los que los rodean, que están diciendo algo con sus movimientos o con su desatención, se supone una falla orgánica.”* (Janin, 2008)

Cuando surge el “niño-problema”, los docentes comienzan a ver una salida en el medicamento, puesto que el psicofármaco tiene *“... efectos seductores para el medio escolar y familiar porque resulta muy eficaz en eliminar o reducir al máximo las molestias y trabajos que causa un “niño-desorden” más o menos permanente. Sólo que ésta parece ser su acción principal, meramente sintomática, sin modificar nada de fondo y con efectos secundarios que empiezan a conocerse mejor...”* (Rodulfo, 2007:4) Como es el caso del sujeto 1 cuando expresa: *“el niño se calma, que podemos hacer (...) la medicina existe por alguna razón y bueno, si en un caso dado es necesario o sea por qué no.”*

Aunque también hay profesores que consideran que utilizar el medicamento con el fin de mantener al niño quieto y callado, prestando atención en clase, logra acabar con la “esencia” de este:

Sujeto 7: *“...pues hay muchas maneras de pensar sobre medicarlos o no medicarlos, no sabría decirte, la verdad, qué tan bueno sea, porque es que me parece que es romper con el niño como tal, es romper como con su esencia, es decir, si el hecho de que tenga hiperactividad o el hecho de que no esté atento a la clase no significa que con ser*

medicado entonces, que vamos a hacer, si esa es realmente la única solución, porque ellos cambian, los niños cuando están medicados cambian, son más callados, hablan menos, tienden a ser más pasivos, entonces se pierda la esencia del niño, el que habla...”

En este sentido, el resultado que esperan estos últimos docentes con la intervención, no es la de obtener un “niño-adulto” sino, como en el caso de la docente 8, esperan encontrar una razón a la angustia del sujeto, por lo que se permiten darles un espacio para que lleven su propio proceso y además fomentan la relación con el par, como un recurso que tiene el sujeto para sobrellevar el malestar:

Sujeto 8: *“yo por eso trato de darles la instrucción en diez minutos o quince y el resto que trabajen, o sea mi propuesta es trabajo, entonces hay una parte que es dar la instrucción y la consigna, y otra parte que es socializar los resultados, y yo trato que eso que tengan que estar como así (quietos mirando en frente) sea mínimo (...) también es que no puede ser que yo espere que un niño de nueve años este así, ellos lo oyen a uno y hacen otras cositas, pero te están escuchando y están captando y yo tengo que ser tolerante. Yo si siento que muchos maestros quieren que el niño este ahí como paralizado, que no se mueva, que no friegue; es que no es déficit de atención, todos los niños son inquietos y gritones...”*

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente apartado constituye una discusión final que pretende integrar los tres análisis anteriormente propuestos acerca de las categorías “Noción del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad”, “Tratamiento Institucional” y “Sentido de la intervención” a la luz de los planteamientos realizados por los diferentes autores mencionados en el apartado del marco conceptual.

En el análisis anterior de la categoría Noción de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, se planteó que en general los docentes conciben este trastorno como una patología debido a que consideran que este termina convirtiéndose en una barrera que le impide al niño aprender y esto se le atribuye a unas causas biológicas.

En este sentido, para ellos los indicadores del TDAH son principalmente el bajo rendimiento y los problemas de conducta, los cuales son causados por el trastorno. Aunque los indicadores de conducta son, como lo exponen Héctor Gonzáles y Marino Pérez (2007), conductas cotidianas del ser humano y especialmente en niño, terminan siendo percibidas como un problema para los docentes.

Esto se debe, según Juan Pundik (2011) a que las características de la escuela requieren de un niño quieto y callado, y un niño que no tenga estas características termina por convertirse en el niño con un problema, en este caso con TDAH. En este sentido, Rodulfo también expresa: “... *el niño de nuestra época se encuentra tomado en un agudo conflicto entre los métodos de la educación tradicional, mala o buena, y el nuevo universo telemediático que lo solicita muy directamente como consumidor potencial. El niño se encuentra objetivamente desgarrado entre estos dos discursos de la cultura y ello da cuenta, a menudo, de cómo el mismo niño se muestra simultáneamente perfectamente capaz de concentración en la Internet, tanto como absolutamente disperso a la hora de leer un libro o escuchar una clase.*” (Rodulfo, 2007:6)

El análisis de esta categoría también da cuenta de que esta concepción del TDAH como una patología se debe al lugar del psicólogo o del experto dentro de la Institución Educativa, puesto que se considera que este legitima la idea de trastorno dentro de la institución. Puesto que al hacer la comparación con la docente que no tienen acceso al experto que diagnostiquen a sus estudiantes, esta busca recursos propios para trabajar con ellos.

Desde la perspectiva de Foucault esto tiene sentido, puesto que para el autor, la psiquiatría y la psicología nacen con el fin de convertirse en entes de control social. De esta forma el experto utiliza su poder frente al sujeto y establece lo que debe ser considerado para la sociedad como normal o anormal, así como también el tratamiento que se debe generar.

Según Galende (2008) el experto aparece con el fin de fomentar el consumo y legitimar la medicalización. En este sentido, se retoma a Cazenave (2009) quien afirma: “*La medicalización, como plantea M. Foucault [3] es una estrategia del poder político, que utiliza el saber técnico de la medicina para intervenir sobre los cuerpos y la población, con*

el fin de movilizar fuerzas, extraerlas y hacerlas obedecer a los requerimientos creados por los imperativos de la época.”(Cazenave, 2009:2)

Como se analizaba en la categoría de Tratamiento Institucional, los docentes optan por realizar un tratamiento profesional, orientados por los expertos, ya que existe un conducto regular dentro de la institución que la mayoría sigue paso por paso.

El discurso de los docentes permite dar cuenta de que los pasos a seguir para realizar el diagnóstico son regularmente los que especificaba Janin (2008), en donde primero se hace una descripción de la conducta del niño, la cual es realizada por los docentes, y a partir de lo descrito se diagnostica al estudiante, el cual es determinado por la psicóloga de la institución o por un experto externo a esta, y por último, se establece que todas las manifestaciones son producto del trastorno.

Como se había mencionado en el análisis de esta categoría, el tratamiento profesional elige el medicamento como la solución adecuada para el estudiante que sufre de TDAH, frente a lo cual se presentan opiniones diversas por parte de los docentes.

Por una parte los docentes consideran que el medicamento desdibuja al sujeto, le roba su esencia, lo cual concuerda con lo que expresa Galende (2008) cuando afirma que este tipo de tratamientos prescinden del sujeto, y busca acallar el síntoma a través del psicofármaco: *“...los expertos, el consumo, las drogas y los psicofármacos suplantando de algún modo la necesidad de contar con los otros, para las relaciones de amor y la amistad, o al menos, están dirigidos a paliar los efectos de este vacío interior y esta soledad cuando no se cuenta con otros”* (Galende, 2008:226)

Mientras que otros docentes, que aunque les asusta los efectos secundarios que pueda tener el medicamento, prefieren creer al experto que les asegura que es la mejor solución, puesto que ellos son los que tienen el saber. Esto se ajusta a lo que plantea Vignau (2008), ya que ella afirma que la población asume el discurso de algunos entes de manera acrítica, por lo cual terminan legitimando la medicalización.

De esta forma, el tipo tratamiento escogido por la institución o por los docentes, tiene un único fin, el cual es analizado en la categoría Sentido de la intervención. Según lo evidenciado por los docentes en sus narraciones, el fin de la intervención termina siendo el de manejar la conducta del estudiante.

Como se afirma en el análisis, esto se debe a que los docentes terminan agotados y no tienen tiempo para atender el malestar y la angustia de cada estudiante: *“...todos ellos tienen en común que demandan a sus respectivos docentes de una atención y un trabajo para el cual ni siquiera disponen de tiempo suficiente (...) con 35 alumnos de seis/siete años en el aula, una planificación docente pretenciosa, poco espacio para que jueguen en los recreos, padres poco colaboradores y exigentes, y, encima cuatro o cinco de estos chicos inquietos y desatentos (...) frente al cual el maestro parece quedar absolutamente desposeído de cualquier tipo de “saber” acerca de los niños”* (Dueñas, 2007)

En últimas, se concluye que:

- Los docentes aunque son los que mantienen el mayor tiempo con los estudiantes, estos no son los que realizan el diagnóstico, sin embargo son los primeros en dar cuenta de un posible problema del estudiante. Por una parte, los docentes que hacen parte de instituciones que cuentan con profesionales de apoyo, no se les permite hacer un diagnóstico previo, pues la persona encargada de determinar esto es el experto. En cuanto a los docentes que no cuentan con especialistas, como es el caso particular de la sujeto 8, no se atreve hacer un diagnóstico puesto que concibe el TDAH de una forma distinta y además considera que puede hacer uso de ciertas estrategias para encontrar una salida a la angustia del niño.
- En cuanto al manejo del TDAH, el tipo de tratamiento o las estrategias utilizadas por el docente dentro del aula, generalmente son establecidas por el experto. Este es el que orienta al docente en cómo debe trabajar con el estudiante diagnosticado. No obstante, la mayoría de docentes consideran que les hace falta mayor capacitación para poder hacerse cargo de estos casos.
- En cuanto a las consecuencias que el diagnóstico tiene para los alumnos, en algunos casos, los estudiantes terminan siendo etiquetados, aunque los docentes pretendan evitar esto, ellos mismos terminan relacionándose con el estudiante a través de la “enfermedad” y del “trastorno”. Esto sucede principalmente con los docentes que hacen parte de una institución donde el rol del experto tiene poder, ya que logra legitimar en la Institución Educativa la idea de trastorno.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Cannellotto, A; Luchtenberg, E. (2008). *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión.*
- Cazenave, L. (2009). *La medicalización de la vida cotidiana.* Consecuencias, Revista Digital de Psicoanálisis, Arte y Pensamiento.
- Fundación de Neuropsicología Clínica. GUIA PARA DOCENTES DE NIÑOS CON TDAH/ADHD. Recuperado de: <http://www.fnc.org.ar/Guia%20para%20docentes.html>
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud mental.* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Garden, M.C. (2009, 12 de febrero). Sir Ken Robinson: “La educación ahoga y margina el talento”. *Diariodenavarra.es.* Recuperado de: <http://www.diariodenavarra.es/20090212/navarra/sir-ken-robinson-educacion-ahoga-margina-talento.html?not=2009021202015976&dia=20090212>
- Gonzáles, H; Pérez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales.* Madrid. Alianza Editorial.
- Janin, B. (2009, 20 de agosto). El chico rotulado y el niño ideal. Pagina12. Recuperado de: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-130268-2009-08-20.html>
- Dueñas, G. (2007). Y por la escuela... ¿cómo andamos? En L. Benasayag (Comp.), *ADD-H ¿Una patología de mercado?* Buenos Aires: Noveduc.
- Los riesgos de tratar el “TDAH” con metilfenidato (Ritalin). Lucha por los niños. Recuperado de: <http://www.luchaporlosninos.com/index.php/documentos--articulos-y-ensayos/articulos/119-los-riesgos-de-tratar-el-tdah-con-metilfenidato-ritalin>
- Menéndez, I. (2004, 21 de febrero). Hiperactividad. *PsicoPedagogia.com.* Recuperado de: <http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=423>
- Proyectodah, Déficit de Atención e Hiperactividad, (2012). Recuperado de: <http://www.proyectodah.org.mx/ebiblioteca/index.php?mod=ebiblioteca&id=8>
- TDAH. SEAMOS REALISTAS, PIDAMOS LO IMPOSIBLE. *Contra la medicalización en la infancia.* Recuperado de: <http://teresis.blogspot.com/2011/04/contra-la-medicalizacion-en-la-infancia.html>
- Rodulfo, M. (2007). *El ADD/ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia.*

7. ANEXOS

7.1. Anexo 1: Formato de entrevista

Guía de entrevista a los maestros:

Datos generales:

- Nombre
- Fecha de nacimiento o edad
- Tiempo que llevan en la institución
- Cargo actual
- Jornada en la que trabaja:
- Grados con los que trabaja/Edades
- Modelo pedagógico del colegio
- ¿Qué estudios ha realizado?

Ejes Temáticos	Pregunta	A tener en cuenta
Trayectoria del docente	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo llego a ser educador@ en esta institución? 	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar sobre su formación, su elección vocacional, otros trabajos versus la docencia. • ¿En qué grupos ha enseñado, en cual se siente más cómodo?, ¿en qué jornadas ha enseñado?, ¿hay diferencias entre las jornadas? • Indagar sobre los hitos y cambios importantes en su trayectoria. Qué momentos/eventos importantes destacaría en su labor como docente.
Concepción de educación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la función de la educación de hoy? • ¿Ha variado en el tiempo 	

	<p>que usted lleva como docente?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Usted piensa que la educación debería cumplir una función distinta? 	
<p>Trastornos de aprendizaje/TDAH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué entiende usted por trastornos de aprendizaje? <ul style="list-style-type: none"> • Fracaso escolar y trastorno de aprendizaje, ¿van de la mano? • ¿Cómo concibe la institución este trastorno (TDAH)? • ¿Tienen la institución recursos suficientes para afrontar el reto de enseñar de forma diferente a los niños con TDAH? • ¿Qué métodos deberían aplicar en las instituciones para facilitar el aprendizaje a estos alumnos? • ¿Se han presentado casos de niños con TDAH en la institución? (si es el caso seguir) • ¿Cómo se identifica a los niños que tienen este tipo de trastorno? • ¿El rendimiento escolar puede ser un indicador de THDA? • ¿Es más significativo en niños que en niñas? • En su opinión, ¿por qué? • ¿Se realiza un trabajo diferente con estos niños? <ul style="list-style-type: none"> • ¿De qué forma participan los padres y/o 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué profesionales deben componer el equipo multidisciplinar que realice la evaluación psicopedagógica? ¿Quiénes pueden diagnosticarlo? • ¿Cómo se diagnostica el TDAH? • ¿Cómo resolver el trastorno? ¿Es necesaria la medicalización? • ¿Se presenta algún tipo de asesoría a los padres?

	<p>acudientes en este trabajo?</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Cuándo se debe derivar un niño/a con THDA a un especialista?• ¿Hay niños medicados por ese problema en su institución?• ¿Considera que podría haber otras formas de tratar este trastorno?	
--	--	--