



Universidad Abierta Interamericana

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

“Las características conductuales que definen la diferencia de género y su incidencia en el diagnóstico de ADD/ADHD en la escuela”

Las características conductuales que definen al género masculino en la niñez es uno de los motivos que explican la mayor frecuencia de aparición del trastorno ADD/ADHD en alumnos niños que en alumnas niñas con edades comprendidas entre los 6 y los 9 años.

Alumna: Epelboim, Marisol

Tutora de Tesina: Lic. Valeria Torre

Junio 2010

Resumen: El problema que trabaja la tesina a lo largo de su desarrollo es el tema de ADD/ADHD en la población infantil. El mismo fue elegido por la relevancia tanto social como académica que ha cobrado en los últimos años.

Desde este recorrido se trata de explicar en primer lugar el fenómeno y en un segundo momento pero casi en paralelo, realizar aportes que permitan reflexionar y cuestionar esta sobredimensión y extensión del diagnóstico.

El eje y la hipótesis de trabajo se basaron en mostrar cómo las características conductuales que definen al género masculino en la niñez es uno de los motivos que explica la mayor frecuencia de aparición del trastorno ADD/ADHD en alumnos niños que en alumnas niñas con edades comprendidas entre los 6 y los 9 años, que se encuentran iniciando el primer ciclo de la primaria, variable no tenida en cuenta en el diagnóstico tradicional.

Se mostró la importancia de las características específicas y particulares de la escuela, que le exige al niño/a, ahora devenido en alumno, cumplir con ciertas exigencias atencionales y conductuales que al desconocer su especificidad pueden leerse como problemáticas y deficitarias.

Este desarrollo teórico y la hipótesis de trabajo se corroboraron con los resultados de los cuestionarios de Connors administrados a docentes de los primeros grados del nivel primario de escuelas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El diagnóstico tradicional de ADD/ADHD patologiza ciertas conductas que son propiedad del género masculino en la infancia, produciendo una prevalencia de aparición y diagnóstico de este cuadro en varones por sobre las niñas. Esto nos pone a los profesionales psi frente a un desafío: realizar aportes teóricos que cuestionen y permitan construir una comprensión del fenómeno más compleja y contextual, y pensar estrategias de intervención más eficaces y diferentes a la uniformidad que hoy se emplea.

Palabras Claves: ADD/ADHD - alumnos- escuela - patologización

Índice:

Capítulo 1:

| | |
|--|--------|
| 1.1 Elección del tema | Pág.4 |
| 1.2 Presentación del tema y su relevancia para la Psicología | Pág.5 |
| 1.3 Problema | Pág.9 |
| 1.4 Hipótesis | Pág.10 |

Capítulo 2:

| | |
|----------------------------|--------|
| 2.1 Objetivos Generales | Pág.11 |
| 2.2: Objetivos Específicos | Pág.11 |

Capítulo 3: Antecedentes históricos

Pág.12

Capítulo 4: Introducción

Pág.16

| | |
|---|--------|
| 4.1: ADD/ADHD Historia de un nombre | Pág.17 |
| 4.2: Add/Adhd hoy: Criterios para su detección y diagnóstico | Pág.19 |
| 4.3: Diagnóstico diferencial desde la perspectiva tradicional | Pág.22 |
| 4.4 Proceso de construcción de la atención | Pág.25 |
| 4.5 Infancia y escuela | Pág.30 |
| 4.6 Diferencia de género y ADD/ADHD | Pág.36 |

Capítulo 5: Metodología

| | |
|-------------------|--------|
| 5.1 Muestra | Pág.40 |
| 5.2 Fuentes | Pág.41 |
| 5.3 Instrumentos | Pág.42 |
| 5.4 Procedimiento | Pág.44 |

Capítulo 6: Análisis y resultados

Pág.45

Capítulo 7: Conclusiones

Pág.57

Bibliografía

Pág.60

Anexos

Pág.64

Capítulo 1

1.1. Elección del tema

A partir de la formación integral que la Universidad Abierta Interamericana me brindó durante los cinco años de la carrera de Lic. en Psicología, pude acercarme a las problemáticas actuales del campo de la psicología, con una mirada amplia y crítica sobre dichos fenómenos, repensando sus causas y las explicaciones que distintas miradas daban al tema.

Este posicionamiento cuestionador a lo establecido me ha permitido tener una mirada distinta a la hegemónica dentro de este campo disciplinar. Un posicionamiento que me permite repensar las problemáticas, interrogarlas, buscar nuevas explicaciones y argumentos, como así también contextualizar los fenómenos del campo psicológico.

Fue así, que la elección del tema de mi tesina no fue casual, ni tampoco su desarrollo. Con ella no solo intento la acreditación de una carrera desde los aspectos más formales, sino demostrar y concluir en ella con ese recorrido formativo emprendido hace ya más de cinco años. Realizar un cierre a mi formación de grado, pero sin perder la posibilidad de seguir aprendiendo como hasta ahora.

Por ello, elegí uno de los problemas actuales con más relevancia en el campo psi y a nivel social, como tema de esta tesina, como es el ADD/ADHD. Diagnóstico que será interrogado y cuestionando a lo largo de mi desarrollo, pero sin dejar de plantear un aporte propio a la discusión, aporte que se centra en la complejidad y no en el reduccionismo o en lo puramente individual.

1.2 Planteamiento del problema y su relevancia para la psicología.

El Trastorno de atención con o sin hiperactividad es un trastorno comportamental de inicio en la infancia, es un cuadro sintomático heterogéneo desde el punto de vista clínico y desde su pronóstico.

Se caracteriza básicamente por una atención lábil y dispersa, impulsividad e inquietud motriz exagerada para la edad del niño y sin carácter propositivo. Es un trastorno crónico sintomáticamente evolutivo. El cuadro se hace especialmente notable a partir de los tres primeros años, mostrando una diversidad clínica intensa a partir de los seis años de edad, durante la etapa escolar. (Martínez León 2006)

En otras palabras, el Trastorno por Déficit de Atención (ADD), que puede incluir o no hiperactividad (ADHD) es el nombre que se le da a un conjunto de conductas que se califican como “síntomas” porque son molestas o disruptivas para el sujeto, como así también para su entorno, ya sea en su casa, o en la escuela.

El individuo diagnosticado con ADD/ADHD es “una molestia” para el “normal funcionamiento” de las actividades sociales, escolares o la vida familiar. El niño se vuelve así una preocupación para los padres y maestros.

Éstos intentan saber más sobre este fenómeno. Buscan día a día conocer más sobre este tema e implementar estrategias que permitan un adecuado desarrollo y adaptación de ese niño a la sociedad.

Esta búsqueda de respuestas y ayuda es recogida por la opinión pública, mostrando la relevancia social que ha cobrado el tema en los últimos años.

Un ejemplo de ello lo refleja uno de los diarios nacionales mas importantes de la Argentina. Según un artículo publicado por el Diario “La Nación” “Padres desbordados, el desafío de convivir con chicos inquietos” (2008), las consultas de los padres hacia profesionales debido a que sus hijos están demasiado inquietos, es una tendencia que va más allá del hogar, se extendió, en los últimos años, a establecimientos educativos y a los consultorios pediátricos. Los niños/as que padecen ADD/ADHD presentan serias dificultades a nivel social con sus pares, maestros y padres, a nivel cognositivo, académico y puede conducir al fracaso escolar, como así también al nivel emocional, ya que tienden a ser impulsivos, y no reflexivos.

Estas preocupaciones, también llegan a los consultorios de pediatras, psiquiatras infantiles y otros profesionales, por ello es que el ADD/ADHD es una de las consultas

más frecuentes en la neurología del desarrollo, de la neuropsiquiatría, de la pediatría, de la psiquiatría y de la psicología y psicopedagogía infantil.

En el campo de la salud, en particular desde el ámbito de la psicología y la psiquiatría, este problema disputa uno de los lugares centrales en las discusiones entre los profesionales del área y de la interfase salud-educación, ya que uno de los contextos en donde los niños son diagnosticados con más frecuencia con el trastorno ADD/ADHD es el escolar.

Como lo muestra Martínez León (2006), el déficit atencional implica un trastorno muy importante, ya que representa un 50% de los niños vistos en clínicas de psiquiatría en Estados Unidos. Otros estudios similares, muestran que el 8% de la población mundial está diagnosticada con este cuadro.

Estas cifras, no solo muestran la importancia del problema sino que marcan una extensión y masividad del diagnóstico, una recurrencia por momentos dudosa y preocupante, al menos desde nuestra perspectiva teórica, que hace pensar en una sobredimensión de la patología y una *patologización de la infancia*, como una nueva modalidad de tratamiento y disciplinamiento de la infancia desde el discurso medico-psicológico, sin pensar otras posibles miradas y explicaciones a los síntomas que presenta el niño - niña en los diferentes ámbitos y contextos.

El ADD/ADHD, se convierte entonces en una forma de etiquetar algo que desde la niñez hace pregunta, irrumpe, molesta o se vuelve incontrolable para la sociedad; y la ciencia da posibles respuestas como modos de encausar estas disrupciones.

Si nos situamos en la escuela, uno de los ámbitos en donde mayor presencia tiene esta enfermedad, puede decirse, desde una mirada crítica, que se pierde de vista desde el modelo tradicional en el momento del diagnóstico, las particularidades y especificidades de ese contexto como las exigencias atencionales y conductuales específicas. El tipo de exigencias cognitivas que implica el trabajo escolar, el tipo de atención específica y selectiva que necesita el alumno en la escuela, y el disciplinamiento conductual que exige la escolarización; el cuerpo quieto durante largas horas, en un espacio reducido del pupitre, entre otras cosas.

En general, y como forma mas hegemónica de pensarlo, un niño o niña que no puede quedarse quieto/a ni prestar atención como la escuela espera, por lo general es diagnosticado/a como ADD/ADHD, sin repensar las otras variables intervinientes. La disrupción no es leída dentro de un sistema de variables, dentro de un contexto de actividad, sino como una problemática individual descontextualizada.

Los sistemas clasificatorios de diagnóstico posibilitan ordenar, comunicar hallazgos y planificar acciones e investigaciones, sin embargo estas descripciones no permiten planificar tratamientos psicoeducativos específicos, tan necesarios en esta problemática, sino que tienden a homogeneizar los tratamientos. (Elichiry, 2003)

El ADD/ADHD es por lo general pensado y reducido a un problema individual que, aunque remite a múltiples causas y factores, como sociales, culturales, contextuales, psicológicos, biológicos, frecuentemente se lo conceptualiza desde una sola de estas variables, desconociendo la complejidad del cuadro, haciendo preponderar el factor genético hereditario.

Hacer preponderar este criterio biológico, como puede ser la reducción a una sola de las otras variables, naturaliza la enfermedad y los criterios diagnósticos se vuelven incuestionables y encubren las relaciones y consecuencias culturales, políticas, históricas del diagnóstico y la clasificación de los sujetos. Transforman criterios disciplinares con compromisos éticos, políticos, con la naturaleza de los sujetos, como parte de su esencia.

Por ello, desde la perspectiva que guía esta tesina, es más que importante resituar la complejidad del problema y cuestionar la extensión y masividad del diagnóstico de ADD/ADHD en la población infantil. Repensarlo en relación a un contexto específico como la escuela y aportar desde el campo de la psicología algunos conceptos teóricos que puedan hacer pensar abordajes psicoeducativos específicos y efectivos. Abordajes que permitan pensar más en términos de desajustes que de déficit, que comprendan la complejidad del fenómeno.

Este cambio de mirada permite cuestionar y deconstruir una certeza aun más llamativa que se produce en el diagnóstico de la enfermedad, que va a ser eje del análisis de esta tesina: por qué los niños varones parecen ser los herederos legítimos del ADD/ADHD.

Tal como lo demuestran diversos estudios y publicaciones, la aparición de este trastorno en niños triplica a los casos diagnosticados en niñas. Esta frecuencia de aparición en niños y en niñas muchas veces es aún mayor.

Al revisar los motivos de consultas y diagnóstico con más detalle en niñas y niños esta situación se vuelve pausable de reflexión, tal como nos advierte Janin (2007) las niñas son diagnosticadas en menor medida que los varones, porque por naturaleza, o por cuestiones culturales tienden a ser más introvertidas y es posible que no se las lleve a consulta por portarse mal, o por estar inquietas en el aula o en la casa, sino por acumular una larga historia de fracasos escolares.

En pocas palabras, la “naturaleza femenina” o las conductas asociadas a la femineidad no son disruptivas en la vida social, escolar, familiar como aquellas que están más identificadas con lo masculino, con la actividad.

Frente a estas últimas afirmaciones es que esta tesina intenta desde una indagación teórico-práctica, desde el campo de la psicología, reflexionar y explicar por qué son más diagnosticados como ADD/ADHD los alumnos varones que las alumnas niñas, revisando las posibles relaciones entre género y criterios diagnósticos, sin olvidar al contexto escolar como otra variable interviniente.

Preocuparse y reflexionar sobre estos temas, permite revisar los criterios vigentes para el trastorno de ADD/ADHD, dando un aporte distinto desde el campo de la psicología tendiente a posibilitar la discusión y el cuestionamiento de lo hegemónico y tradicional, contextualizando el problema, introduciendo la dimensión ética y política de la problemática, que permite a los profesionales pensar las consecuencias de sus acciones y repensar de ser necesario los diagnósticos establecidos.

1.3 Problema

El diagnóstico de ADD/ADHD en alumnos entre 6 y 9 años a través de la escala de Conners y su relación con las características conductuales que definen al género masculino en la infancia.

1.4 Hipótesis

Las características conductuales definidas para la población infantil de género masculino comprendida entre 6 y 9 años de edad son los factores determinantes para que dichas conductas sean clasificadas en algunos contextos sociales, en particular el escolar, por los especialistas como ADD/ADHD produciendo una mayor frecuencia de aparición de este cuadro en varones que en niñas.

Capítulo 2

2.1 Objetivos

Objetivos Generales

1- Explorar y describir el cuadro de ADD/ADHD y su relación con las características de género atribuidas a los niños y niñas actuales.

2- Comprobar si el diagnóstico de ADD/ADHD incluye en sus criterios e ítems diagnósticos, más características conductuales pertenecientes al género masculino infantil que al femenino.

3- Contextualizar y hacer una lectura crítica del diagnóstico de ADD/ADHD en la población infantil actual.

Objetivos específicos:

A partir de los objetivos generales de dicha investigación, se establecen los siguientes objetivos específicos:

1- Caracterizar el ADD/ADHD según los criterios diagnósticos vigentes.

2- Describir las características conductuales que diferencian a los géneros sexuales en la infancia.

3- Establecer el tipo de relación que puede darse entre el diagnóstico de ADD/ADHD y las características conductuales que diferencian a niñas y niños.

4- Rastrear la supremacía o no de características conductuales masculinas en los criterios diagnósticos del ADD/ADHD.

5- Caracterizar a la escuela moderna y el concepto de infancia actuales.

6- Explicitar y describir las exigencias conductuales y atencionales de la escuela hacia sus alumnos.

6- Relacionar las exigencias atencionales y conductuales para el alumno con el diagnóstico de ADD/ADHD en la infancia.

Capítulo 3

Antecedentes históricos:

El diagnóstico de ADD/ADHD ha tenido una extensión y masificación sumamente importante y llamativa en los últimos diez años, así lo demuestran algunos estudios e investigaciones internacionales como el realizado por los miembros del departamento de psicología de la UIB en Mallorca, dirigido por del Dr. Mateu Servera; éste revela que un 4,7% de la población infantil de entre 6 y 11 años de edad padece ADD/ADHD. Este estudio se llevó a cabo con una muestra de 1.700 niños de dichas edades, además de realizarse encuestas tanto a padres como a docentes.

En la publicación *Diagnostic and Statistical Manual-IV, Text Revision (DSM-IV-TR)* de la Asociación Americana de Psiquiatría, se calcula que entre 3% y 7% de los niños en edad escolar sufre este trastorno (Barkley 1997)

Según la “Fundación para la Investigación del Déficit Atencional e Hiperquinesia” de la Argentina (2009), el ADD es un síndrome que afecta a un porcentaje de niños que oscila entre el 3 y el 5%. En Buenos Aires serían entre 9.600 y 15.000 niños; lo que significa 1 niño o más por aula.

Otro estudio realizado en Argentina por Scandar, R. (2006), demuestra que la prevalencia del trastorno por déficit de atención en el Gran Buenos Aires en la República Argentina, se encuentra entre el 4,99% y el 7,86% de prevalencia.

La relevancia y preocupación sobre el tema también ha llegado a los eventos científicos celebrados entre profesionales de distintas disciplinas:

Según el “Simposio Internacional sobre Niños Desatentos e Hiperactivos” llevado a cabo en el año 2008 en Argentina, se afirma que a nivel mundial, entre un 5% y un 8% de los chicos en edad escolar son diagnosticados como ADD/ADHD.

En este mismo Simposio en el que concurrieron mas 1.300 profesionales de la salud y del campo educativo, se enfocó como tema de discusión en la agenda científica “la patologización de la infancia” frente a la recurrencia excesiva del diagnóstico de ADD/ADHD en la población infantil, y en particular en la escuela.

De acuerdo a Gratch (2000), varias investigaciones han demostrado que la prevalencia del ADD/ADHD es de aproximadamente entre el 3% y el 8%, aunque algunos estimaron que se eleva a 10%.

En los Estados Unidos, desde hace algunos años, el desmesurado aumento en los porcentajes de casos diagnosticados y tratados de ADD/ADHD, llevaron con justa razón a pensar en los riesgos de un sobredigánóstico y un uso abusivo de psicofármacos; y en las posibles consecuencias que éstos pudieran tener en la población infantil. En promedio, en un aula con veinte niños, alrededor de uno o dos podrían presentar esta dificultad. (Gratch 2000)

Si nos remitimos a nuestro tema específico, varios estudios e investigaciones internacionales, muestran cómo el diagnóstico de ADD/ADHD es más frecuente en niños que en niñas, llegando a porcentajes tales como 4 a 1 o 9 a 1 (Janin 2007)

Según un estudio realizado en el año 2005 en Brasil, con una muestra de 1.141 niños en edad escolar de Maracaibo y utilizando la escala de Conners para maestros y padres, obtuvieron una prevalencia total del 7,19%, mayor en el caso de los niños (8,26%) que de las niñas (6,20%). Algunos autores piensan que esta diferencia de género puede deberse a que en el caso de los niños, los problemas de sobreactividad motora son más marcados que en casos de las niñas, mientras que éstas pueden presentar problemas de índole atencional que pueden pasar desapercibidos para sus maestros y/o padres.

Este trastorno, es más frecuente en varones que en mujeres con relación de 3 a 1 (Gratch 2000). Coincidiendo con los autores del estudio realizado en el país brasileño, Gratch afirma que conductas hiperactivas, y agresivas son propias del sexo masculino más que del femenino. Muchas veces, se pueden confundir este tipo de conductas con un diagnóstico de ADD/ADHD, por eso es necesario, dice, ser muy cautelosos a la hora de diagnosticar. Y en los casos en los que se detecte esta patología, siempre es necesario un tratamiento de índole interdisciplinario, afirma el autor.

Un estudio de la Fundación Aiglé, (2007), en Estados Unidos, demuestra que el 70% de los chicos considerados “insoportables” tienen un comportamiento totalmente normal para su edad y no necesitan ni terapia ni medicación. En un 20% de ellos, basta alguna orientación a los padres.

Una de las psicopedagogas de esta fundación, afirma que en nuestra sociedad y en nuestra cultura hay una “psicopatologización” de los problemas, cuando en realidad no toda consulta debe terminar en una terapia. No todos los niños son iguales ni reaccionan ante un mismo estímulo de la misma manera, un niño puede sentir mucha necesidad de moverse, otro de estar más tranquilo, otro percibir más estímulos que sus propios hermanos o amigos, o bien necesitar que les expliquen algo varias veces. Por lo tanto sería interesante valorizar esta diversidad a solo tener una lectura de ella desde lo

deficitario en relación a estándares normales que no siempre representan a toda la comunidad.

Etiquetar a los niños como “insoportables” o con mala conducta esconde un grave riesgo para la salud mental y orgánica de los chicos. Entre las más graves podemos encontrar medicación innecesaria y el diagnóstico apresurado del ADHD.

Abordando el tema de género que nos ocupa, la pregunta que se plantea aquí sería ¿Por qué se diagnostica más ADD/ADHD en los niños que en las niñas? 4 a 1 y 9 a 1 respectivamente (Janin 2007)

De acuerdo a Nadeau, K. (s.f) en su artículo “El Adhd y las niñas”, los síntomas de ADHD son más fáciles de reconocer en los varones. La impulsividad y la hiperactividad que los caracterizan, sus conductas destructivas y los problemas que ocasionan en el aula, son más llamativos tanto para maestros como para padres.

Según un estudio realizado en Colombia en el año 2006 por la Asociación Española de Psicología Conductual, se afirma que “los niños son más propensos que las niñas a padecer este trastorno, con una proporción que va desde 2 a 1, hasta 9 a 1”. Gaub Y Carlson (1997), realizaron un análisis de investigaciones relevantes que incluyeron el criterio de género. Comparando los niños con las niñas con ADHD, estas últimas mostraron más dificultades intelectuales, menos niveles de hiperactividad y menores tasas de otras conductas externalizantes.

De acuerdo al libro “Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad”, Fernandez, J. Perez, B. (2006) en Colombia, la relación respecto al sexo en ADD, muestra una mayor prevalencia en varones que en niñas, los estudios muestran relaciones que varían de 1:2 a 1:6 de los varones respecto de las niñas. Esto puede deberse a que las diferencias se encuentran sumamente condicionadas por el tema de la hiperactividad y la impulsividad mucho más característico y presente en personalidades de varones que en rasgos de niñas.

En este mismo país, Pineda, H. (1999), trabajó con una muestra de 540 niños y adolescentes de entre 4 y 17 años, a quienes distribuyeron en tres grupos (de 4 a 5 años, de 6 a 11 años y de 12 a 17 años) y en tres estratos socioeconómicos, bajo (1 y 2), medio (3 y 4) y alto (5 y 6). Hallaron una prevalencia mayor de todos sus subtipos en el sexo masculino que en el femenino.

En las principales investigaciones sobre el tema, uno de los instrumentos más utilizados para evaluar índices de déficit atencionales por los profesionales, es *la escala de valoración para el maestro* de Connors, elaborada el año de 1969 por C. Keith Connors.

Los objetivos principales de esta escala son identificar los principales indicadores de problemas de conducta, como hiperactividad y los problemas de atención. El instrumento es aplicable para evaluar a sujetos desde los 3 hasta los 17 años de edad; y lo resuelve el maestro del niño. Puede ser utilizado como un dispositivo inicial de detección del déficit atencional en el colegio.

Por estas características y su importancia, será el instrumento utilizado, en esta tesina.

Capítulo 4

Introducción

Para poder dar cuenta y explicar el problema que ha guiado el desarrollo de esta tesina, es necesario revisar algunas cuestiones teóricas.

Para ello el siguiente marco teórico explicitará qué se entiende actualmente cuando se establece un diagnóstico ADD/ADHD en niños.

Para dicho fin, y en primer lugar, se hará una breve síntesis histórica de cómo se ha llegado en el siglo XX a la denominación de ciertos síntomas como ADD/ADHD.

En segundo término, se establecerán los criterios nosológicos utilizados hegemónicamente y desde el paradigma psiquiátrico para el diagnóstico del cuadro, realizando dos cuestiones más asociadas: una de ellas el diagnóstico diferencial en relación a otros síndromes o cuadros similares y la segunda, mostrar cuál es la concepción de atención que se sostiene.

En tercer término, establecer desde una mirada crítica y contextualizada desde el campo psicoeducativo a la exclusividad del modelo nosológico. Para ello se tomarán aportes desde el campo de la psicología sociocultural, que permite presentar un modelo de desarrollo atencional diferente al tradicional, es decir, una función psicológica que se construye en el tiempo, en relación a otros sujetos y a otros contextos de prácticas, posibilitando al psicólogo intervenciones más específicas y eficaces.

Se trabajará la concepción de “infancia moderna”, como constructo histórico-teórico que comienza a pensarse a partir del siglo XVI pero que se impone como clasificación de cierta masa poblacional en el siglo XIX en relación con el establecimiento de la escuela pública y obligatoria. Aparece entonces el niño con las características que hoy conocemos, muchas de ellas hoy en crisis como gran parte de la modernidad.

Y por último, cómo ese “niño” va siendo definido como “niño” “niña”, en función de ciertas características de género, rasgos que definen socialmente lo femenino y lo masculino sin desconocer las encrucijadas y los avatares de la sexualidad.

4.1- ADD/ADHD: Historia de un nombre

El ADD/ADHD es un trastorno comportamental de inicio en la infancia que se ha descrito desde la antigüedad y que ha quedado reflejado en la sociedad a través de documentos literarios o artísticos. Es difícil esclarecer quien fue el primer autor que habla de esta problemática. Algunos señalan a H. Hoffmann, como el primer autor que describe claramente a un niño con déficit de atención e hiperactividad a mediados del siglo XIX.

Pocos años después, Bourneville (1897), describe a “niños inestables” caracterizando a los mismos como niños con inquietud física y psíquica exagerada, una actitud destructiva, a la que se suma un leve retraso mental.

J. Demoor (1901) señala la presencia de niños muy hábiles comportamentalmente, que precisan moverse constantemente y que asocian una clara dificultad atencional.

Un año más tarde, Still describe y asocia esta patología de forma mucho más precisa. Señala niños inquietos, violentos, molestos, revoltosos, destructivos, dispersos; añade aquí a la repercusión escolar como característica asociada.

R. Lafora, (1917) muestra niños sin déficit cognitivos ni sensoriales, nerviosos indisciplinados, en constante actividad y desatentos.

Tras estas descripciones clínicas, surgen distintas teorías etiológicas que se suceden hasta mediados del siglo XX.

Shilder (1931), realiza una observación clara que se mantiene hasta nuestros tiempos. Refiere la presencia de la hipercinesia en pacientes con antecedentes de sufrimiento perinatal, señalando la base de tipo orgánico de esta patología.

Kahn y Cohen (1934), proponen el término “síndrome de impulsividad orgánica” para explicar el origen orgánico del THDA. Estos autores proponen la disfunción troncoencefálica como origen de la labilidad psíquica de estos niños y otras patologías conductuales.

Este término es sustituido por el de “disfunción cerebral mínima” por Clements y Peters, apoyando la posibilidad de un origen funcional, no exclusivamente lesivo, que recogería niños con hiperactividad y dispersión atencional, sumado a otros trastornos del aprendizaje y problemas motores leves.

De forma paralela, el Grupo de Estudio Internacional de Oxford en Neurología Infantil recoge el término de “síndrome de disfunción cerebral mínima” para clasificar pacientes con:

- ❖ Hiperactividad
- ❖ Deterioro perceptivo - motor
- ❖ Labilidad emocional
- ❖ Dispraxia
- ❖ Trastorno de atención
- ❖ Impulsividad
- ❖ Déficit de memoria
- ❖ Alteración del aprendizaje
- ❖ Trastorno del lenguaje y audición
- ❖ Signos neurológicos menores
- ❖ Electroencefalograma disfuncional

A partir del año 1970, la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM – IV) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, así como la Organización Mundial de la Salud (OMS), sustituyen el término “disfunción cerebral mínima”, por el de “Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad” o el de “Trastornos Hiperkinéticos” (CIE-10)

4.2 ADD/ADHD hoy: Criterios para su detección y diagnóstico

El ADD/ADHD, empieza a manifestarse entre los tres y cinco años, aunque la edad de comienzo puede ir variando. Esta patología no remite con la edad, a diferencia de lo que antes se pensaba y persiste en el período de la vida adulta.

De acuerdo con el criterio del *Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría*, para diagnosticar que un niño padece de ADD, éste debe manifestar por 6 meses o más, por lo menos 8 de las siguientes características que deben manifestarse antes de los 7 años:

1. Se mueve excesivamente o parece inquieto
2. Dificultad en permanecer sentado
3. Se distrae fácilmente
4. Dificultad en esperar su turno
5. Responde abruptamente
6. Dificultad en seguir instrucciones
7. Dificultad en mantener atención
8. Dificultad para jugar con tranquilidad
9. Habla en exceso
10. Interrumpe o se entromete con otros
11. No parece escuchar
12. Pierde con frecuencia las cosas que necesita
13. Se involucra frecuentemente en acciones peligrosas

Características conductuales del Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad (ADD)

- El niño es fácilmente distraído por estímulos extraños
- Tiene dificultad para escuchar y seguir instrucciones
- Le cuesta focalizar y sostener la atención
- Su desempeño en el trabajo escolar es errático: un día es capaz de realizar la tarea, y al día siguiente no. El niño es consistentemente inconsistente.
- Se desconecta, puede parecer en la “luna”

- Es desorganizado, pierde o no puede encontrar sus pertenencias.
- Tiene pobres actitudes para el estudio
- Le resulta difícil trabajar con independencia

Características conductuales del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD)

- Alto nivel de actividad
 - El niño está en constante movimiento
 - A menudo agita manos o pies, se contorsiona, se cae de la silla
 - Encuentra objetos próximos para jugar con ellos, o ponérselos en la boca
 - Deambula por el aula, le cuesta mucho permanecer en su sitio.
- Impulsividad y falta de autocontrol
 - Tiene estallidos verbales, a menudo inadecuados
 - No puede aguardar su turno
 - A menudo interrumpe a otros, o se entromete con ellos
 - A menudo habla en exceso
 - Se crea problemas porque no puede pensar un instante antes de actuar (responde primero y piensa después)
 - A menudo se lanza a actividades físicamente peligrosas sin considerar las consecuencias; por lo cual, se lastima con frecuencia
 - Tiene dificultad con las transiciones y el cambio de actividades
 - Presenta una conducta agresiva, se sobreexita con facilidad
 - Es socialmente inmaduro
 - Tiene baja autoestima y alta frustración

Gratch (2000) define al trastorno por déficit de atención ADD-ADHD, como una afección caracterizada por un grupo de síntomas, entre los que se destacan:

- 1- La inatención o dificultad para sostener la atención por un período razonable de tiempo
- 2- La impulsividad

- 3- La hiperactividad (en algunos casos)
- 4- La dificultad para postergar las gratificaciones
- 5- Los trastornos en la conducta social y escolar
- 6- Las dificultades para mantener cierto nivel de organización en la vida y las tareas personales (estudio, vida de relación)
- 7- El daño crónico en la autoestima como consecuencia de los escasos logros que se obtienen a causa de estas dificultades.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2000), el trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad, se inicia en la infancia y sus manifestaciones deben presentarse antes de los siete años de edad, caracterizándose por poseer dificultades crónicas en atención (bajos niveles de concentración y organización, olvidos frecuentes), impulsividad (impedimento en controlar reacciones inmediatas o esperar su turno, e interrupciones constantes a los demás) e hiperactividad (cuando lo hubiera), (actividad motora excesiva), las cuales no pueden atribuirse a alternaciones neurológicas, sensoriales, del lenguaje o motoras graves, a retraso mental, o a trastornos emocionales importantes. Dificultades que interfieren visiblemente en el desarrollo social, académico, ocupacional o recreativo del niño.

Dicho de otro modo, los síntomas de este trastorno deben presentarse a niveles por encima de los esperados para la etapa del desarrollo de una persona y deben interferir en la habilidad de esa persona para funcionar en diferentes ambientes como ser en la escuela, en su casa, etc. y en sus relaciones con otras personas de su misma edad. Por ejemplo los niños que padecen este síndrome suelen tener un rendimiento escolar inferior al que les correspondería por su capacidad intelectual, muchos de ellos tienen una historia de repitencia o deserciones escolares.

4.3 ADD/ ADHD Diagnóstico Diferencial desde la perspectiva tradicional

Durante la primera infancia puede ser difícil distinguir los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad de ciertos comportamientos propios de la edad en niños activos (p. ej., corretear sin cesar o actuar ruidosamente). En niños con CI bajo situados en centros académicos inadecuados para su capacidad intelectual son frecuentes los síntomas de desatención. Estos comportamientos deben distinguirse de signos similares en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En niños con retraso mental debe establecerse un diagnóstico adicional de trastorno por déficit de atención con hiperactividad sólo si los síntomas de desatención o hiperactividad son excesivos para la edad mental del niño. También puede observarse desatención en el aula cuando niños de elevada inteligencia están situados en ambientes académicamente poco estimulantes. Debe distinguirse asimismo el trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la dificultad experimentada en comportamientos dirigidos a un objetivo por niños pertenecientes a ambientes inadecuados, desorganizados o caóticos.

Los niños con comportamiento negativista pueden resistirse a realizar tareas escolares que requieren dedicación personal a causa de su renuencia a aceptar las exigencias de otros. Estos síntomas deben diferenciarse de la evitación de tareas escolares observadas en sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El diagnóstico diferencial puede complicarse cuando algunos sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentan secundariamente actitudes negativistas hacia dichas tareas y devalúan su importancia, a menudo como una racionalización de su fracaso. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad no se diagnostica si los síntomas se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, cambio de personalidad debido a una enfermedad médica o un trastorno relacionado con sustancias). En todos estos trastornos, los síntomas de desatención tienen típicamente un inicio posterior a los 7 años de edad, y en general la historia infantil de adaptación escolar no se caracteriza por comportamiento perturbador o por quejas de los maestros concernientes a un comportamiento desatento, hiperactivo o impulsivo. Cuando coexiste un trastorno del estado de ánimo o un trastorno de ansiedad con un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, debe diagnosticarse cada

uno de ellos. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad no se diagnostica si los síntomas de desatención e hiperactividad se producen exclusivamente durante el curso de un trastorno generalizado del desarrollo o un trastorno psicótico. Los síntomas de desatención, hiperactividad o impulsividad relacionados con el uso de medicaciones en niños menores de 7 años no se diagnostican como trastorno por déficit de atención con hiperactividad, sino que se diagnostican como trastorno relacionado con otras sustancias no especificado.

Según la Dra Paoli, M. síntomas como los del ADHD muchas veces se confunden o se presentan con otros trastornos neurológicos, biológicos y conductuales. Casi la mitad de los niños con ADHD (especialmente los varones) también tienden a padecer de lo que se conoce como trastorno de desafío oposicional, que se caracteriza por un comportamiento negativo, hostil y desafiante. El trastorno de conducta (caracterizado por agresión hacia personas y animales, destrucción de propiedad, engaño, hurto y serias situaciones en las que se rompen las reglas de conducta) se presenta simultáneamente en aproximadamente el 40% de los niños con ADHD. Aproximadamente, $\frac{1}{4}$ de los niños con ADHD (en su mayoría niños menores y varones) también sufren de ansiedad y depresión. Además, por lo menos un 25% de los niños con el trastorno padecen de algún tipo de discapacidad de comunicación o aprendizaje. Además, los estudios están comenzando a demostrar que síntomas parecidos a los de ADHD a veces son una manifestación del inicio del trastorno bipolar en la niñez.

Se han establecido -desde la psiquiatría- tres tipos de TDAH según el nivel de los síntomas que experimenta el individuo.

1. **Predominantemente inatento.** Es difícil para el individuo organizar o terminar una tarea, prestar atención a los detalles, o seguir instrucciones o una conversación. La persona afectada se distrae fácilmente u olvida los detalles de las rutinas diarias.
2. **Predominantemente hiperactivo-impulsivo.** La persona se muestra inquieta y habla mucho. Le es difícil permanecer tranquila por mucho tiempo (p. ej., para comer o para realizar un trabajo). Los niños más pequeños tienden a correr, saltar o trepar constantemente. El individuo se muestra impaciente y tiene problemas de impulsividad. Cuando una persona es impulsiva, puede que interrumpa mucho a los demás, le quite cosas a otra persona o hable en

momentos inoportunos. Se le dificulta esperar su turno u oír instrucciones. Una persona impulsiva puede tener más accidentes y lesiones que otras.

3. **Combinado.** La persona afectada experimenta los síntomas de los tipos anteriores por igual.

Este trastorno tiene tres características principales: *inatención, impulsividad, e hiperactividad*. Las mismas se dan en una proporción mayor a la esperable por la edad del niño y, por lo menos una de estas características, debe aparecer antes de los 7 años de edad. Cabe aclarar que puede también presentarse en forma parcial como Déficit de Atención sin Hiperactividad, o Hiperactividad e Impulsividad sin problemas atencionales.

Como puede verse, el diagnóstico tradicional de ADD/ADHD, se basa en somatología y en las clasificaciones según síndromes, que intentan interpretar un conjunto de conductas desde parámetros de normalidad y por lo tanto la aparición de estos desvíos conductuales son vistos como déficit individuales sin relación al mundo psicosocial del niño ni la estructuración de su mundo intrapsíquico. Se sostiene una concepción de la atención como función psicológica innata o que se desarrolla o madura sin conexión con el contexto. Se la piensa como una función universal que el sujeto usa, bien o mal, sin concebirla como una función que se desarrolla en interacción con un contexto específico, en relación a esos estímulos y exigencias atencionales, en donde su proceso de construcción requiere mucho tiempo, y se da a lo largo de la vida del sujeto.

Tener en cuenta estas dos cuestiones que hacen al desarrollo cognitivo y afectivo del sujeto, obliga a ir más allá del diagnóstico ponderando la organización psicológica del individuo más que sus peculiaridades o rasgos diferenciales. Además desde estos aportes o perspectivas se enfatiza el proceso de construcción de la función con sus avatares momentáneos y la posibilidad de cambio (Elichiry, 2003).

De alguna manera obliga a los profesionales psi, a revisar críticamente la concepción de atención como función psicológica y presentar desarrollos alternativos para construir un diagnóstico que comprenda la complejidad del proceso e intervenciones más ajustadas y eficaces.

4.4 Proceso de construcción de la atención

Hasta el hombre llegan un inmenso número de estímulos, de los cuales se seleccionan de ellos los más importantes y se hace caso omiso a otros, según los contextos y las actividades en las que el hombre está participando. Este proceso selectivo de la información necesaria, la consolidación de los programas de acción elegibles y el mantenimiento de un control permanente sobre el curso de los mismos, es pues lo que se denomina atención. (Luria, 1979)

En psicología se distinguen dos tipos de atención fundamentales, la involuntaria y voluntaria. Esta última es solo inherente al hombre, ya que solo éste puede concentrarse a voluntad tanto en un objeto como en otro, incluso en los casos en que nada cambia dentro del entorno.

La atención como función psíquica superior esencialmente humana, (Vigotsky, 1998), se construye en un proceso interactivo entre el niño y el adulto, desde el momento que se nace hasta la muerte. El niño vive rodeado de adultos y se desarrolla en un proceso de relación viva con ellos. Esta relación, con ayuda del lenguaje, de actos y gestos del adulto, influye esencialmente en la organización de los procesos psíquicos de aquel (Luria, 1979)

Entonces, desde la perspectiva socio-histórica, el factor fundamental en el desarrollo de las relaciones entre el niño y su entorno circundante es la interacción que surge entre él y un adulto; un adulto “socializador”. En el curso de dicha interacción, el adulto mediante gestos y palabras, fortalece la influencia directa de algún objeto y lo aparta de otros. Subsecuentemente, el niño comienza a utilizar gestos indiciadores y luego palabras desarrollando en esa interacción la posibilidad de prestar atención hacia ciertos objetos y no hacia otros.

Recordemos que desde el marco socio - histórico, toda función psicología superior, en este caso la atención, aparece dos veces en el desarrollo humano, un primer momento en el espacio intersubjetivo, es decir en interacciones humanas o culturales, en el espacio social y en un segundo momento al internalizarse en el espacio individual o intrasubjetivo (Vigotsky, 1998). Estas interacciones con el otro mas experto, permite la aparición de una zona de desarrollo próximo, entendida como la distancia entre lo que el novato puede hacer por si mismo (desarrollo real) y lo que puede hacer con ayuda de otros (desarrollo potencial). La fuerza de esas interacciones traccionan para que el

desarrollo potencial se interiorice y se vuelva desarrollo real, es decir el buen aprendizaje produzca desarrollo humano.

En otras palabras, en edad temprana el niño explora el ambiente habitual que lo rodea, y su mirada vaga por los objetos circundantes sin detenerse en ninguno de ellos y sin destacar uno u otro objeto entre los demás. El adulto le dice al niño, “esto es una taza”, “esto es una pelota”, y señala con el dedo. La palabra y el gesto indicativo del adulto destacan ese objeto entre los demás y el niño fija su mirada. Así, la atención tiene al principio un carácter involuntario, determinado extrínsecamente, pero teniendo en cuenta que los factores naturales del medio exterior están unidos a los factores de la organización social, es decir el gobierno de la atención está unido al gesto indicativo y a la palabra. En el aspecto organizativo, la atención está repartida entre dos personas, es producto o efecto de la interacción entre el niño y el adulto, es decir, aparece y se constituye en el espacio intersubjetivo, posibilitando el ejercicio de una función que aún no está en el niño, sino que pertenece a su nivel de desarrollo potencial. Esto es la primera etapa formativa de la atención voluntaria: extrínseca en su origen y social por naturaleza.

El desarrollo del lenguaje aporta la reestructuración cardinal al gobierno de la atención. Ahora el niño es capaz de trasladar su atención de un modo independiente, señalando con un gesto un objeto u otro y nombrándolo. El proceso organizativo de la atención, que antes se hallaba repartido entre dos personas, se convierte ahora en una nueva forma de organización interior de uno de ellos (el niño). La atención ahora se internaliza y pasa a ser parte del desarrollo real del sujeto. La atención se reconstruye en el espacio individual, y el sujeto puede usarla conciente y voluntariamente. Nace, así, una nueva forma de atención, la voluntaria, que no es una forma de expresión inherente al hombre sino el producto de un complejo desarrollo socio-histórico (Luria, 1979)

Por lo tanto, la atención, se desarrolla y se complejiza en la medida que el niño en interacción social, participa de distintos contextos de prácticas con distintas herramientas culturales, cada vez más descontextualizadas y simbólicas.

Si hacemos un breve recorrido de los logros atencionales en los primeros años podemos referir que entre 1 y 3 años de edad, los niños comienzan a acceder a actividades simbólicas, tanto en atención como en memoria. Pero la atención deliberada y propositiva, comienza a desarrollarse recién en el nivel preescolar.

Los procesos atencionales, están al servicio de la acción efectiva en el medio. Cuando la actividad exploratoria del niño se vuelve más sistemática y organizada, éstos se vuelven capaces de seleccionar la información deseada.

A los 7 años de edad, los infantes son capaces de mantenerse atentos no solo hacia objetos percibidos a través de modalidades sensoriales, sino que también pueden hacerlo ante descripciones verbales que le proveen claras y distintivas imágenes, surgen en ellos un incremento de la *estabilidad de la atención* y un *aumento del lapso atencional*. El niño aprende a ser “atento” y a seleccionar de su entorno aquellos elementos que son importantes para él y separarlos de los irrelevantes, también puede comenzar a concentrarse en actividades propuestas por los adultos (ej: actividades escolares).

A medida que las interacciones se coordinan y complejizan, el niño es menos dominado por el estímulo inmediato y está más capacitado para seleccionar y manejar la información del medio, es decir utiliza más concientemente y voluntariamente su atención. Es así que puede planificar y ser menos reactivo a los estímulos, realizando distinciones finas y organizándolas de manera integrada. La atención se vuelve más voluntaria, selectiva y reflexiva. La manera en que los niños atienden, va cambiando y modificándose en los diferentes momentos del desarrollo, según su entorno y las interacciones que plantea con el.

Vemos claro entonces que, la organización de las actividades del niño, juega un rol importante en el desarrollo de la atención voluntaria; y por el contrario, una organización poco eficaz por parte de los adultos (ya sean padres o maestros) puede provocar en el infante, una falta total o una incorrecta atención voluntaria.

Por lo desarrollado hasta aquí, vemos la importancia de la interacción del Otro social y del contexto de prácticas, su organización, las herramientas y objetos culturales, con los que interactúan los niños. Esto hace a la conformación y el desarrollo de la atención.

Si mantenemos esta línea de pensamiento, es fácil deducir, que la escuela le planteará al niño, un uso específico y particular de la atención, diferente al uso cotidiano o al utilizado en otras interacciones.

Esto quiere decir que solo es posible desarrollar la atención que la escuela desea en ese contexto participando de las interacciones que allí se producen, en donde los otros culturales señalarán a qué prestar atención y cómo hacerlo, qué cosas se vuelven

ahora importantes en la escuela. Esto implica no solo estar vigilante a los estímulos, sino seleccionar a cuáles de ellos ahora es necesario investir privilegiadamente por sobre otros. La escuela exige que el alumno despliegue una atención selectiva y que se mantenga por un tiempo prolongado (Vasen, 2007)

Esta atención escolar y selectiva se rige habitualmente más por la obediencia a normas que por los propios deseos del niño, por lo que debe deponer sus intereses momentáneos, seleccionar de todo el cúmulo de estímulos internos y externos aquellos en los que otros les piden que se centre, y concentrarse durante un tiempo prolongado en un tema.

Se espera que un niño, dentro del aula, pueda realizar un filtrado riguroso de la información relevante, al menos considerada así por la escuela, y dejar por fuera todo aquello que no lo sea, aún cuando dicha selección no resulte igualmente significativa para el propio niño (Rivière 1983).

Claramente esta selección de objetos significantes debe estar guiada en un primer momento, hasta que se internalice y el alumno pueda hacerlo por sí mismo, por el docente, como el Otro cultural que conoce los objetos importantes para la escuela y el proyecto educativo. Por lo tanto, la posibilidad de desarrollar adecuadamente la atención selectiva exigida en el contexto escolar, no puede recaer solo en la responsabilidad del alumno, sino que ella se produce en la interacción alumno - docente con la ayuda de herramientas culturales y según el contexto. No es un déficit individual sino un complejo entramado de múltiples variables en interacción.

Esto nos permite repensar entonces que un niño no es desatento de por sí, y en todo lugar y en toda actividad, sino que puede ser distraído en clase y puede a su vez estar concentradísimo en un partido de ajedrez, o en un videojuego. La dificultad no pasa por un déficit cuantitativo o mucho menos neurológico, sino por el desinterés en aquello que los otros le proponen, el no saber a qué prestar atención, o el cómo hacerlo. De este modo, los trastornos en la atención tienen que ver con la dificultad para investir determinados objetos culturalmente propuestos (o impuestos), pero que no resultan deseables, por abandonar intereses personales, individuales o egoístas en post de intereses culturales, por lo menos en la escuela.

La capacidad para atender selectivamente no es un efecto simple, muy por el contrario es un proceso complejo que puede tener sus contratiempos. Y más que con un

“déficit” de atención, nos encontramos con un “exceso de distractibilidad que lleva a que el foco de atención cambie prontamente. Por lo tanto puede empezar a preguntarse si se han ofrecidos los soportes necesarios desde el medio cultural, en este caso la escuela, que posibiliten el desarrollo de ese tipo de atención.

Así como hay distintos tipos de inteligencia, los hay también de atención. De este modo, hay niños que atienden a palabras, otros a sensaciones, otros a una mirada, otros a sonidos o melodías, y otros que están atentos a todo. No hay quien “no atienda” en absoluto, sino que hay diferentes modos de atender.

Esto plantea en pocas palabras, que hay diversidad en los desarrollos humanos, que no es tomada en cuenta en la uniformidad y la clasificación que genera el diagnóstico de ADD. Este modelo nosológico de diagnóstico no es suficiente por sí para el trabajo con niños y muchos menos con los alumnos, y en particular porque considera la demanda atencional que la escuela le exige a los chicos, como un proceso a priori que el sujeto debe portar.

Se olvida que se trata de formas que los sujetos deben construir, suponen cambios en sus formas de comprender y hacer que solo tienen lugar cuando participa en espacios escolares, que pocas veces se enseña y sin embargo se exigen en las aulas. La demanda atencional se convierte en indicador rápidamente y en argumento de dificultad. (Aizencang- Bendersky, 2009)

Por lo tanto, el diagnóstico nosológico desconoce el desarrollo contextual de los procesos atencionales, clasificando como deficitarios o desvíos a aquellas encrucijadas del mismo proceso, visto desde el paradigma de la normalidad.

Como plantea Elichiry (2004) se debería descentrar las miradas de las nociones de déficit y de normalización y centrarse en las posibilidades del sujeto educativo, trabajar desde las potencialidades del sujeto, y no sobre las deficiencias; desde lo que *es* y no desde lo que debiera ser.

Más allá de los diagnósticos, se vuelve necesario observar que en todo caso, ese niño no estará desatento, sino atento a otras cosas o incluso atento a muchas cosas, a la vez desde esta perspectiva, recuperar las posibilidades con que dicho niño se maneja en un contexto de actividad. Darle al otro la posibilidad de participar y de hacerse cargo, a través del acceso a herramientas que faciliten la apropiación del conocimiento. (Aizencang, Bendersky, 2009).

4.5 Infancia y escuela

La población comprendida entre los 6 y 12 años, es para algunos autores, llamada *niñez mediana*, pero más allá de esta denominación, esta edad cronológica marca el inicio de la escolarización primaria en los niños. Etapa de gran importancia en donde el niño/a ingresa en la institución-escuela o al primario, en donde convive con seres de su misma edad y comienza a tener figuras de autoridad a la que les debe respeto y atención permanente, que no son de su contexto familiar.

No se puede desconocer, que entrar al primario, implica exigencias cognitivas y conductuales específicas y diferentes, no solo a las del contexto cotidiano sino también a los niveles inferiores de escolarización, incluyendo en estas particularidades la apropiación de herramientas más abstractas y complejas como la escritura y la lectura y la naturaleza diferencial del trabajo escolar.

Por lo tanto, es imprescindible plantear que es y como surge históricamente este contexto: la escuela y su relación al surgimiento de la categoría “niño” en la historia.

La escuela como institución surge durante los siglos XIX y XX, paralelamente a los Estados modernos. Su objetivo es tomar sobre sí la función y el monopolio de la educación de los sujetos, para formar ciudadanos y trabajadores.

La escuela cumplió un rol civilizatorio, de disciplinamiento de las culturas populares y de imposición de valores culturales y de identidad nacional uniforme como contribución al progreso de los individuos y de las naciones. El garante para que lo dicho anteriormente se cumpla es el Estado, como “Estado Educador”.

Su aparición no es repentina. Ella responde a determinadas necesidades políticas, como la imposición de una forma nueva de gobierno, la del Estado, como legítima, y a ciertas condiciones sociales, como, por ejemplo, el concepto de infancia y su obligatoriedad (Varela y Álvarez Uría, 1991).

La infancia, en tanto grupo etéreo con sus propias características y necesidades, fue producto de una construcción social a partir del siglo XVII.

Como lo muestra en sus trabajos Philippe Ariès el sentimiento moderno de amor y cuidado por parte de los adultos hacia los niños y niñas no fue una constante del devenir histórico, sino una novedosa práctica social, que posibilitó la aparición de los

sentimientos de tutela y la diferenciación y segregación de un grupo (infancia) de la población adulta.

Esta conceptualización permitió que la escuela se consolide como institución educativa, la cual a su vez ayudó en la demarcación y clasificación de los sujetos en tanto niños, hasta la objetivación del concepto. Esto significa que se ha impuesto una definición común a todos de infancia normal, de modo tal que ésta se naturalizó.

La niñez aparece, entonces, como esa etapa de la vida débil, en la que el sujeto requiere de la tutela y la instrucción de un otro. La misma se caracteriza por la dependencia, la rudeza, la debilidad de juicio y moralidad, y la maleabilidad. Esto permite modelar e incitar el desarrollo de ciertos caracteres con mayor facilidad, instalando la idea de ser ésta la fase del desarrollo ideal para civilizar, vigilar y encauzar a estos seres indisciplinados hacia futuros seres maduros, pensantes y con control de sí. De este modo, la infancia se convierte en la etapa educativa por excelencia (Varela y Álvarez Uría, 1991).

La institución escolar se sirve de la conceptualización de infancia para moldear comportamientos y promover la producción y transmisión de conocimientos, para y sobre el cuerpo infantil. Para esto encierra a los niños en largas jornadas y toma medidas disciplinarias y reguladoras, sesgando el tipo de desarrollo mental y físico de los niños que a ella asisten y buscando su homogenización, persiguiendo los objetivos pedagógicos planteados en el proyecto educativo. En este contexto, se posibilitó el surgimiento de esta “maquinaria de gobierno de la infancia”, lo que entraña un aparato con estrategias de intervención destinadas a imponer un orden y un modo de formación homogéneos a los niños que concurran a la escuela para tener un mayor control de estos futuros ciudadanos (Varela y Álvarez Uría, 1991).

Así, el niño se convierte en el personaje a quien la escuela se dedica, dando lugar a la figura del alumno como partícipe de las coordinadas propuestas por la cultura escolar. El sujeto de la actividad escolar no es el sujeto abstracto y definido por ciertos modelos, sino un sujeto constituido en el seno de la actividad escolar.

Los criterios de definición del alumno responden a una lógica situacional. Esta categoría se explica a partir de la red de relaciones en que él se enlaza. Ser alumno, por lo tanto, implica asumir una posición dentro del vínculo pedagógico, un lugar asimétricamente inferior al del educador, respecto a su saber y a su poder, permitiendo el aprendizaje en la escuela. Tal posición, infantiliza al sujeto que la ocupa ya que recupera muchas características de la definición moderna de la infancia.

Como señala Pineau: “*Se construyó un sujeto pedagógico, el “alumno” y se lo volvió sinónimo de Infante normal, y la totalidad de la vida de este niño normal fue escolarizada*” (...) “*Esto llevo a una infantilización de todo aquel que en cualquier circunstancia ocupara el lugar de alumno*” (op.cit, 2001,28)

Recordemos que es necesaria e insustituible esta asimetría para educar en la escuela (Narodowski ,2004)

El niño-alumno se posiciona como el débil, pasivo, dependiente, inmaduro, desprovisto de recursos y quien debe demostrar sus saberes. El adulto-docente, en cambio, es el encargado de transmitir un proyecto educativo-estatal, su rol es el de propagador del progreso y portador y transmisor de conocimientos, moralidad y sentido crítico.

Entonces, puede decirse que la categoría de alumno comprende un sujeto que se adueña del proyecto educativo impuesto. Es decir, alumno es aquel que debe adecuar sus tiempos y espacios, adaptarse a las técnicas y cumplir las expectativas de un Otro (jerárquicamente superior, dueño del saber y la autoridad) frente a quien tiene que responder: en palabras de Perrenoud (1990), esto es aprender y ejercer el oficio de alumno.

Cabe aclarar que apropiarse de ese proyecto político - educativo, implica escolarizarse, implica la imposición de una actividad meramente cultural, organizada, donde se producen procesos de apropiación específicos hacia metas culturalmente determinadas del desarrollo. Implica la sujeción del niño a un régimen específico y la imposición de una única forma de desarrollo cultural. (Bendersky, 2001)

Este recorrido de conformación mutua entre escuela y niñez, pretende señalar que toda concepción sobre la infancia guarda una indudable correspondencia con proyectos educativos de construcción de identidades, así como con proyectos *políticos* y concepciones acerca de la sociedad en general.

En definitiva, tanto la conceptualización como las experiencias de niños y niñas están insertas en una trama histórica, económica, cultural y política, en la que una diversidad de significados y vivencias se superponen, haciendo de la infancia un concepto multifacético y esquivo a definiciones categóricas y unívocas. A través de ella, sin embargo, se ponen en juego identidades, proyectos educativos y porvenires sociales.

La aparición de la escuela obligatoria - Siglo XX- generó una alianza entre la escuela y la familia con el objeto de controlar y formar a las nuevas generaciones.

El traspaso de la educación infantil al ámbito de la esfera pública exige una alianza entre las familias y la escuela a través de la cual, se delegue en esta última la tarea educativa que hasta el momento pertenecía al dominio de los padres.

Esta transferencia de roles, supone el inicio de un proceso cuyos objetivos se vinculan a la necesidad de una mayor homogeneidad en la formación de la infancia/juventud: "La educación escolar será transferida a la esfera pública, lo que no necesariamente implica la escolarización estatal sino un decidido control general y extrafamiliar de la acción adulta sobre la infancia" (Narodowski 1994)

El niño, al ingresar en la escuela, da pie al desarrollo de sus funciones cognoscitivas, afectivas y sociales. En esta etapa, el niño desarrolla la percepción, la memoria, el razonamiento, la autoestima, el sentimiento del deber, etc.

La escuela contribuye a extender las relaciones sociales que son más incidentes sobre la personalidad del infante. Relaciones que son tan importantes e influyentes en la vida del niño. Dice Vigotsky al respecto: "Todo absolutamente en el comportamiento del niño está fundido, arraigado en lo social. De este modo, las relaciones del niño con la realidad son, desde el comienzo, relaciones sociales". En este sentido, podría decirse que el niño, es por excelencia, un "*ser social*".

Por otro lado, el niño aprende en la escuela a no exteriorizar todo, es decir, aflora la interioridad, se vuelven tremendamente imitativos, sobretodo, de sus compañeros. A lo largo de esta etapa, el niño va adquiriendo paulatinamente un comportamiento más firme sobre sus realidades emocionales.

Janin, B. (2007) define a la infancia como un momento de crecimiento, donde el soporte de los adultos es fundamental: dice que si los adultos mismos no pueden marcar hacia dónde ir, los niños pueden moverse sin rumbo, sin poder organizar un trayecto coherente y golpearse contra las paredes. Igualmente es necesario reconocer que cada niño, que se mueve sin rumbo, o que fracasa en la escuela, nos está interpelando a todos y nos plantea algo de nuestra discapacidad en relación a proporcionarles los medios para entrar a la cultura y ser parte de ella.

En términos de Meirieu (1998) para que el recién llegado se sostenga en el mundo y el educador pueda cumplir su función de educar, es necesario que le brinde los espacios de seguridad para que haga su propia experiencia como sujeto libre y ejerza su

autonomía. Empresa no fácil pero que le recuerda a los educadores que los seres a educar no son objetos de su fabricación sino sujetos.

Atender a este tema, dice, implica pensar en una tarea colectiva, en la que es necesario replantearse la idea de normalidad o infancia normal como un estándar socialmente construido desde el cual, en general, se tiende a significar la diversidad de desarrollos humanos como desvíos o déficit. Como así también, pensar que no existe una única infancia, sino diversidad de culturas infantiles y de niños, como lo demuestran los chicos de la calle, los del country, o los niños actuales que con el avance tecnológico no siempre son tan dependientes y faltos de saber en relación al adulto (Baquero y Narodowski ,1994).

También, el abandono del niño por parte del mundo adulto, al “bombardeo” de información y estímulos de la época actual, puede ser uno de los factores a tener en cuenta para entender los comportamientos hiperactivos y las dificultades de selección de estímulos, falta de concentración y atención de los niños.

Por otro lado, si volvemos a la escuela, algunas de las condiciones de escolarización de los niños han cambiado, cuestión que no ha de ser sin consecuencias. Por nombrar algunas, edificios y aulas más pequeñas, establecimientos sin lugares de esparcimiento como los patios, reducción de los tiempos de recreo, supresión de juegos en los recreos, alargamiento de las jornadas escolares a 8hs. etc.

Una consecuencia de ello ha sido la aparición de la fatiga, el cansancio, el aburrimiento, la distractibilidad, cuestiones que se correlacionan con las dificultades en el manejo de la atención voluntaria. Recordemos que esta función necesaria para la escuela implica mantener el foco atencional cuando la tarea es rutinaria y/o aburrida.

Por lo tanto, no tener en cuenta muchos de los factores que hemos desarrollado, han dado como consecuencia, el sobrediagnosticado de ADD/ADHD, solo por estar distraídos, aburridos o incluso hasta agotados como consecuencia de todas las causas antes mencionadas.

Cabe destacar, que todas estas cuestiones de distractibilidad, falta de interés, desatención, son más propensos a aparecer en varones que en niñas de quienes culturalmente se esperan que sean ordenadas, prolijas, buenas alumnas y aplicadas en sus estudios.

Esto lleva a plantear y a trabajar las cuestiones de género.

4.6 Diferencia de género y ADD/AADHD

¿Qué podríamos decir entonces de la diferencia de género en la sociedad actual?

Para empezar a introducir el tema, puedo decir que cuando nacemos somos hembras o machos biológicamente hablando. A medida que vamos creciendo, la sociedad nos educa y nos va convirtiendo primeramente en niños y niñas y luego, posteriormente en hombres y mujeres. Nuestro entorno no va educando para que seamos diferentes: A quienes nacieron niñas las visten de rosa, las retan si se ensucian, les dan muñecas para jugar y a quienes nacieron niños, los visten de celeste, los retan si lloran, y les dan una pelota para jugar. Así, nos van marcando las diferencias; diferencias no de índole natural sino *diferencias de género*.

Estas diferencias de género no son naturales porque varían en diferentes lugares, tiempos, culturas, etc.

En la sociedad Argentina actual, aquellas características conductuales como por ejemplo, la agresividad, la sobreactividad, los juegos de competencia, la conducta muchas veces impulsiva y hasta violenta; son propias de los varones porque así fueron éstos educados, en cambio, el orden, la prolijidad, la serenidad, las buenas calificaciones en la escuela, entre otras, son características propias del género femenino, impuestas culturalmente a las niñas.

Creo que todo esto también deja huellas e influencia de alguna manera la clasificación o incluso la rotulación o el etiquetamiento que se da en los niños y niñas respecto del síndrome de ADD/ADHD. Un varón, es mucho más encausable en la clasificación diagnóstica de este trastorno que una niña, por eso trato, por medio de esta tesina, de concientizar a aquellos docentes o padres para que al momento de diagnosticar a un infante, se tenga en cuenta todo el abanico de posibilidades que intervienen: características conductuales, historia personal, factores socioculturales y psicológicos que rodean a este niño o niña.

Muchas veces los que diagnostican son los propios maestros del niño sin tener en cuenta que es una patología que debe ser tratada de manera interdisciplinaria; “no se puede medicar sin diagnosticar, no se puede diagnosticar sin preguntar” (Janin 2007). El terapeuta que trate a un niño, debe admitir en primer

lugar una posición de “no saber previo” para luego, y con paciencia poder indagar, preguntar, observar dejar fluir la historia del sujeto, la historia familiar, la palabra de los padres, poder leer el juego de estos niños, para luego, en un segundo momento poder dar una aproximación a un diagnóstico.

Muchas veces se categoriza al niño excitado, hiperactivo, impulsivo como un síntoma negativo, pero no se tiene en cuenta que los síntomas escolares son uno de los modos que tiene el niño de poder expresar distintos grados de sufrimiento, que si no lo hace, puede devenir en un niño que no es escuchado, en donde su sufrimiento es acallado. Callar o silenciar los síntomas es una forma de redoblar el atropamiento en un mundo adulto que intenta borrar rápidamente toda huella de conflicto en tanto éste siempre lo involucra.

Un modo de empezar a responder esta cuestión sería la de pensar al modelo social mediático del varón, como un modelo de superactividad, ganador, en lucha permanente de poder por el poder mismo. Desde el imaginario social, existe un “yo imperialista” que debe conquistar cada vez más espacios de poder, más espacios de consumo, de posesiones sin límites. (Janin 2007)

Desde una perspectiva psicoanalítica, podemos decir que, según los avatares del Edipo masculino, el varón supone que obedecer a un otro, y sobretodo someterse al sexo femenino es un equivalente de sumisión-feminización. Ubicarse en una posición pasiva frente al sexo opuesto, habla de una desvolarización del sexo masculino que es por excelencia según los varones, el sexo fuerte. Está pensado como si el varón quedara “castrado” por así decirlo, frente al otro, “Otro” en tanto sujeto poderoso, fuerte, activo. Puede deberse a esto, que a los niños les cueste mucho más adaptarse a las normas y reglas en el colegio ya que la figura de autoridad supone ser en la mayoría de los casos una maestra (mujer). Es por ello que muchos niños diagnosticados con el síndrome de ADD son simplemente niños en pelea permanente por un lugar de poder dentro de la escuela o del grupo de pares, ya que esta posición de líderes de autoridad es mucho mas valorada que la de ser “buen alumno” en clase.

Según Janin (2007), otra de las causas por cuales se suele dar esta temática puede estar relacionada con la estética, “También la estética tiene un peso diferente en varones y en mujeres. Así, el cuaderno “lindo”, que muchas niñas muestran,

exhiben a la mirada de los otros, como modo de mostrarse, de exhibir-se, puede ser para un varón un lugar de ejercitación, de juego, o hasta una especie de tacho de basura donde pueden volcar desechos. Si a esto sumamos que en nuestra cultura se espera de los varones que sean agresivos, arriesgados, etc.; se verá que el tan mentado 4 a 1 y hasta 9 a 1 de mayor patología habla de cuestiones que no tienen nada que ver con un déficit orgánico. En todo caso, el cuerpo del que se trata es un cuerpo representado y el déficit es un déficit para soportar las diferencias sexuales”. (Op.cit, 2007, pág. 25)

Por otro lado, continúa Janin, (2007) el varón es diagnosticado como hiperactivo por moverse mucho, hacer ruido, no poder quedarse quieto, pasar rápidamente de un juego a otro, de un tema a otro...cuando justamente estas son características propias de la infancia, que nos están hablando de vitalidad, de energía. Muchas veces, afirma, el niño inquieto o con excesiva actividad es confundido con patologías, es percibido como peligroso, ya que la escuela es un ámbito que exige la pasividad, el quedarse quieto, sentado durante varias horas y quizás esta hiperactividad en el niño esté más relacionada con las características antes mencionadas que con una patología por ejemplo un ADD.

Es importante tener en cuenta a qué “desatiende” ese niño/a, muchas veces esa desatención surge porque el niño se encuentra con otros problemas en su cabeza, ya sean cuestiones familiares, pleitos con sus pares, o porque simplemente hay una falta de interés en las temáticas escolares.

Es importante no rotular con ADD/ADHD a un niño sino, realizar con este posible niño add/adhd un trabajo de índole interdisciplinaria a fines de que cada disciplina aporte lo que sirva para poder ayudarlo.

Según Gratch (2000) sostiene que el ámbito escolar es el medio en el que el niño interactúa con extraños, pone a prueba sus aptitudes intelectuales y allí pueden compararse sus rendimientos con los de otros niños que atraviesan la misma etapa evolutiva. Esto demuestra que la escuela, puede resultar un ámbito nuevo, de presiones, de situaciones estresantes de permanente comparación, en donde el niño se ve sometido a diferentes situaciones que pueden afectar su rendimiento, su atención y su comportamiento. Esto se acentúa más en niños que en niñas, ya que

los primeros poseen una tendencia a la hiperactividad y a la falta de atención, más que las mujeres.

Siguiendo el lineamiento de Gratch respecto de la escuela, él afirma que muchas veces, gran parte de las tareas escolares no son interesantes para los niños, ya que están centradas en temáticas alejadas de sus propias áreas de interés a esa edad. Muchas veces tener que estar sentados por varias horas, escuchando atentamente a un docente, ser organizados, prolijos, son características más propias de las niñas que de los varones.

Por otra parte, se afirma que el trastorno ADD es una de las mayores preocupaciones tanto para profesores como para padres, quienes intentan día a día entenderlo más y buscar estrategias que permitan un adecuado desarrollo y adaptación a la sociedad, ya que es en edad escolar que este trastorno incide con mayor gravedad, coincidiendo con las demandas sociales que mencioné anteriormente; estar sentado, atender, obedecer, controlar conductas motoras e impulsivas, cooperar, organizar las acciones y seguir instrucciones. Conductas, que son más dificultosas de cumplir para varones que para niñas, ya que en muchas oportunidades ponen en cuestión su posición de sujeto sexuado.

A continuación se presentará, a partir de la escala de Conners, el análisis de los resultados obtenidos y sus respectivas interpretaciones a modo de conclusiones.

Capítulo 5

Metodología

5.1 Muestra

La muestra es aleatoria. La misma estará conformada por cuatro docentes de nivel primaria que pertenecen al primer ciclo, es decir, a los primeros tres grados del nivel.

Los docentes son tanto de escuelas privadas como públicas, pertenecientes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las escuelas son de clase media.

Se decidió trabajar con docentes por ser en general los primeros actores institucionales de la escuela quienes detectan las conductas que luego son diagnosticadas por los especialistas como ADD/ADHD. Ellos por lo general son los primeros eslabones del circuito de diagnóstico y derivación que se implementa en el ámbito educativo.

Además, los docentes como representantes del Estado – educador conocen las normas de excelencia (Perrenoud, 1990) o criterios de “normalidad” exigidos por la escuela para que los alumnos cumplan con las expectativas del proyecto educativo.

5.2 Fuentes

Fuentes de Información

La fuente de información es de tipo primario, ya que los datos serán recolectados por la investigadora de manera personal, directa y espontánea.

5.3 Instrumentos:

Los instrumentos que se utilizaran para comprobar la hipótesis de trabajo de esta tesina son:

- Escala de C. Keith Connors para maestros revisada. Esta escala ayuda a identificar trastornos por déficit de atención y otros comportamientos. Comprende 4 sub-escalas: *Oposicional, problemas cognitivos-distracción, Hiperactividad e Índice TDAH.*

La prueba consta de 59 ítems a los cuales se puede responder con las siguientes cuatro posibilidades: **Nunca (o rara vez), a veces (u ocasionalmente), muchas veces (o frecuentemente), siempre (o con mucha frecuencia).**

La persona evaluada (docente) deberá hacer una cruz en el casillero correspondiente a una de esas cuatro respuestas aplicando cada uno de los ítems a un alumno/a suyo determinado. Es un cuestionario que tiene un tiempo estimado para su administración de 10 minutos, pero no hay tiempo límite para las respuestas.

Cada una de las sub-escalas apunta a evaluar determinados aspectos del alumno/a.

A continuación, se describirán los ítems del cuestionario de la escala de Connors que se tomara en cuenta para la evaluación de la prueba:

- Incansable, en el sentido de ni quedarse quieto/a
- Berrinches, pataletas, explosivo, de conducta impredecible
- Excitable, impulsivo/a
- Insolente
- Está siempre moviéndose o actúa como impulsado por un “motor”
- Incansable o demasiado activo
- Nunca termina las actividades que comienza
- Abandona su asiento en el salón de clase
- Desatento/a, se distrae con facilidad
- Muy inquieto/
- Perturba a otros niños/as
- No puede estar quieto/a
- Corre, se sube a las cosas en situaciones inapropiadas
- No tiene interés en el trabajo escolar
- Inquieto/a con las manos o pies, intranquilo/a en su asiento
- Da respuestas a preguntas que aún no se han terminado de hacer
- Poca capacidad para prestar atención

- Distráido/a, con problemas para mantener la atención
- Interrumpe o se entromete con otros
- Se distrae con facilidad

Para el análisis de los datos se utilizara el programa S.P.S.S (Statistical Products Service and Solutions) versión 17. Lo que permitirá un tratamiento descriptivo y cualitativo de los datos.

5.4 Procedimiento

Se le pidió al docente la colaboración para la administración de la encuesta, en donde se le dio por escrito lo siguiente:

A continuación encontrará una lista de situaciones comunes que los niños/as tienen en la escuela.

Por favor, lea cuidadosamente cada enunciado y coloque una cruz en la columna que mejor describa a su alumno/a.

Respuestas posibles: nunca (rara vez), a veces (u ocasionalmente), muchas veces (o frecuentemente), y siempre (o con mucha frecuencia).

No hay tiempo límite para las respuestas.

Capítulo 6

Análisis y resultados

Los datos obtenidos por ambos instrumentos, fueron analizados con el programa S.P.S.S (Statistical Products Service and Solutions) versión 17.

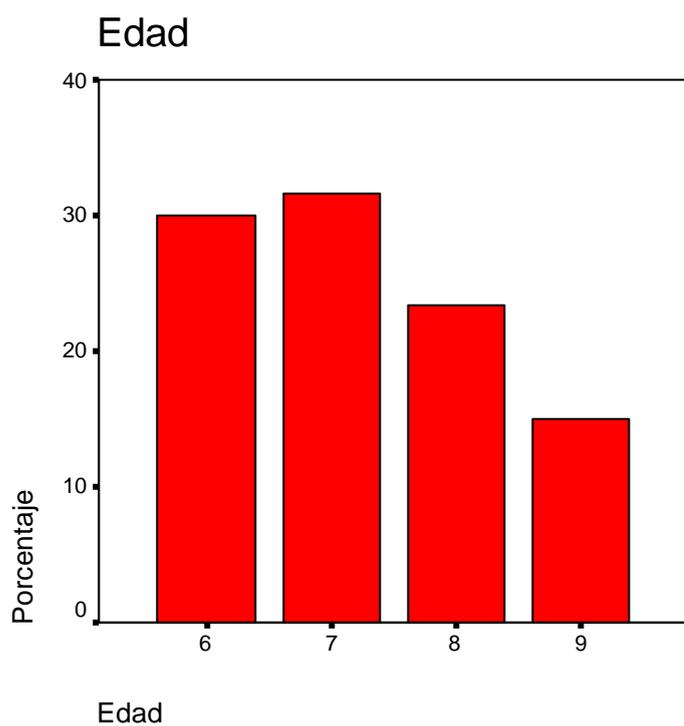
Edades:

El promedio (media) de edades es: 7 años

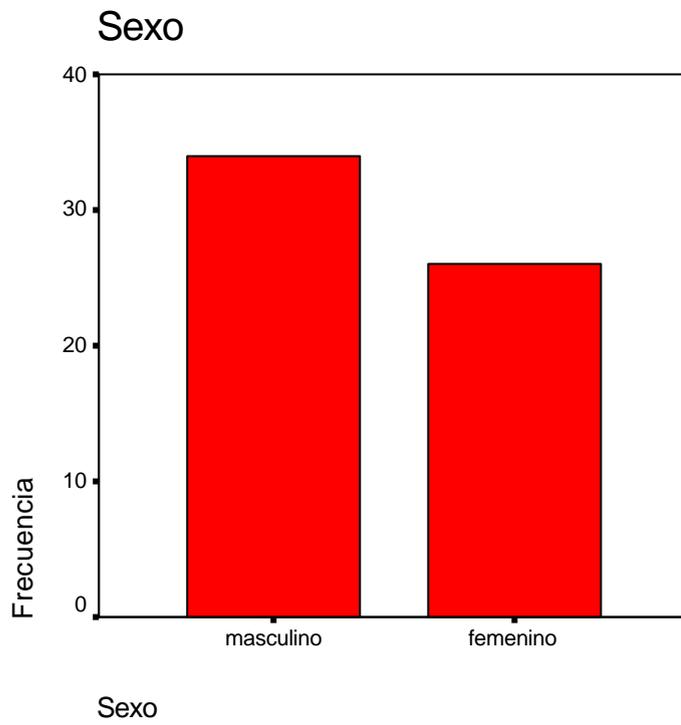
Edad Mínima: 6 años

Edad Máxima: 9 años

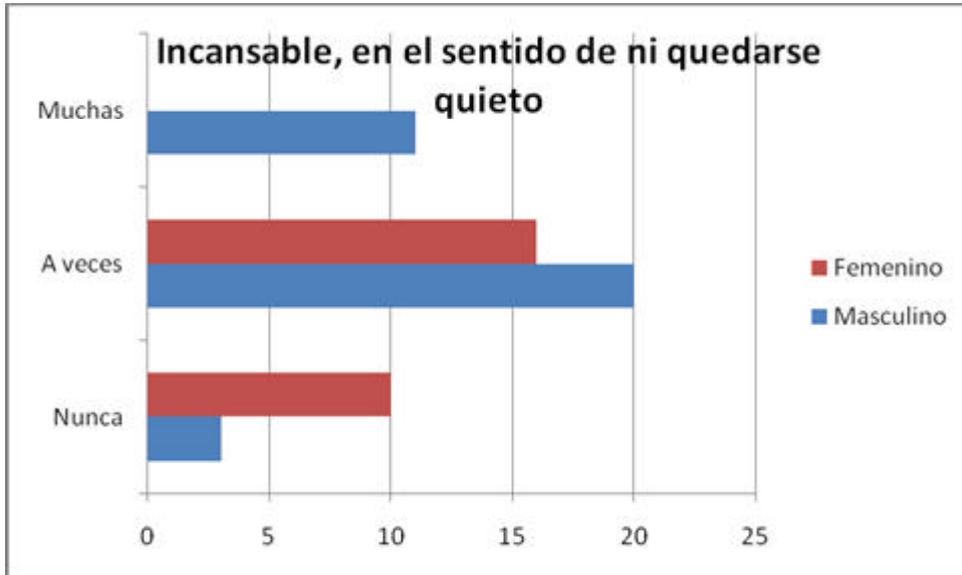
A continuación se muestran en un gráfico de barras tales resultados:



Se trabajó con una muestra de 34 niños y 26 niñas, a continuación se muestra en un gráfico de barras lo mencionado:

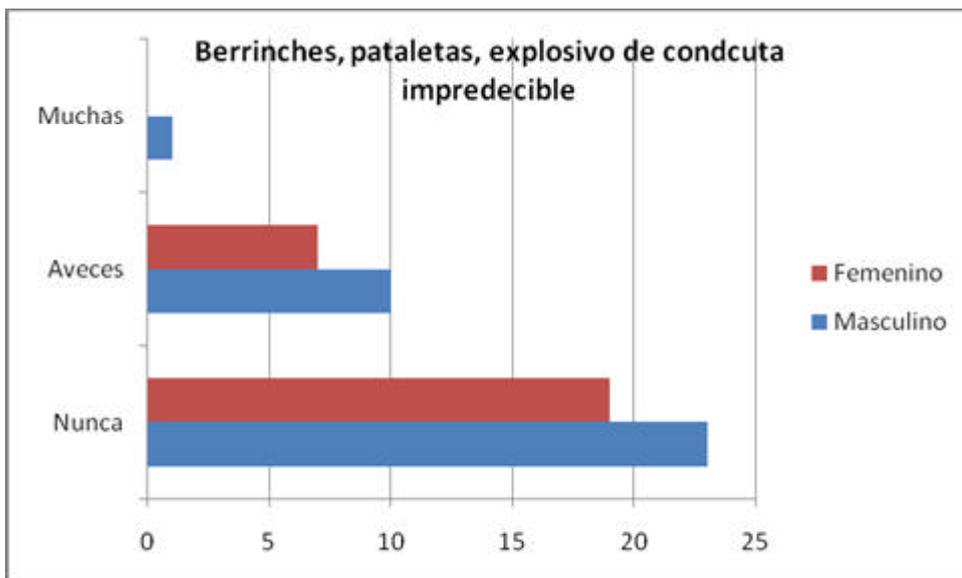


Primer ítem: Incansable



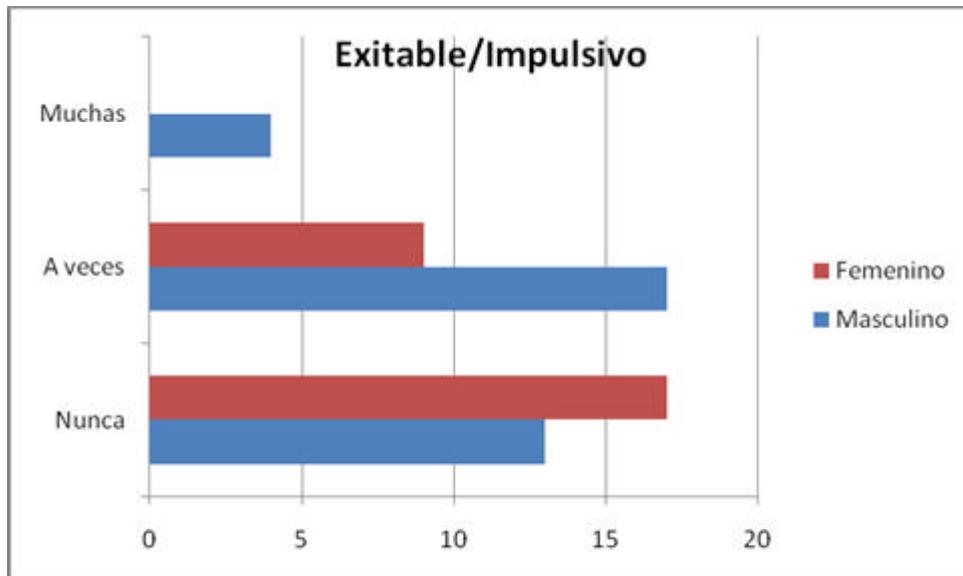
Se puede observar, que los varones presentan mayoritariamente este ítem que las niñas, ya que 31 de ellos a veces o muchas veces son incansables, mientras que 16 de las niñas solamente a veces lo son.

Ítem 2: Berrinches



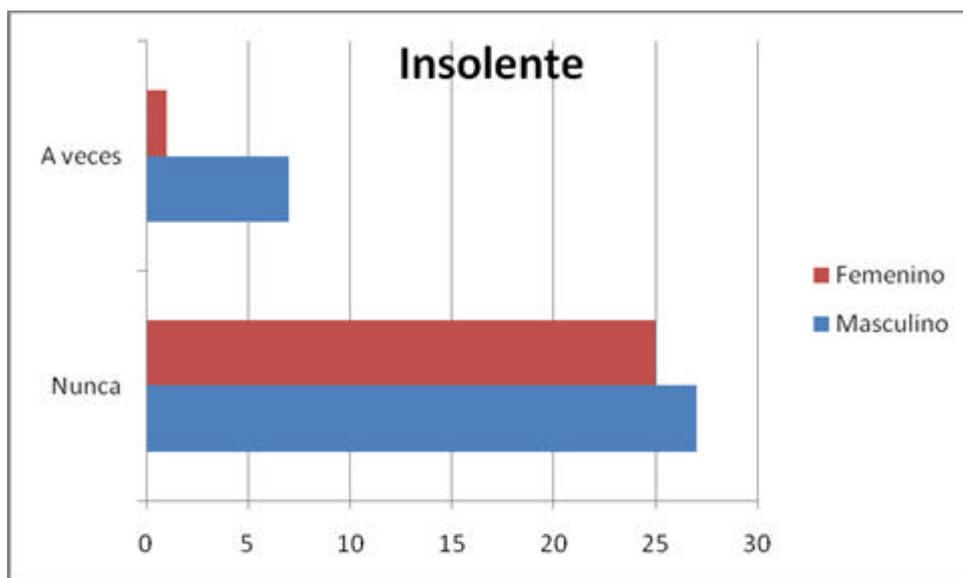
Se puede observar, que de los varones 11 presentan este ítem a veces o muchas veces, mientras que de las niñas presentan este ítem solo 7 del total.

Ítem 3: Excitable/Impulsivo



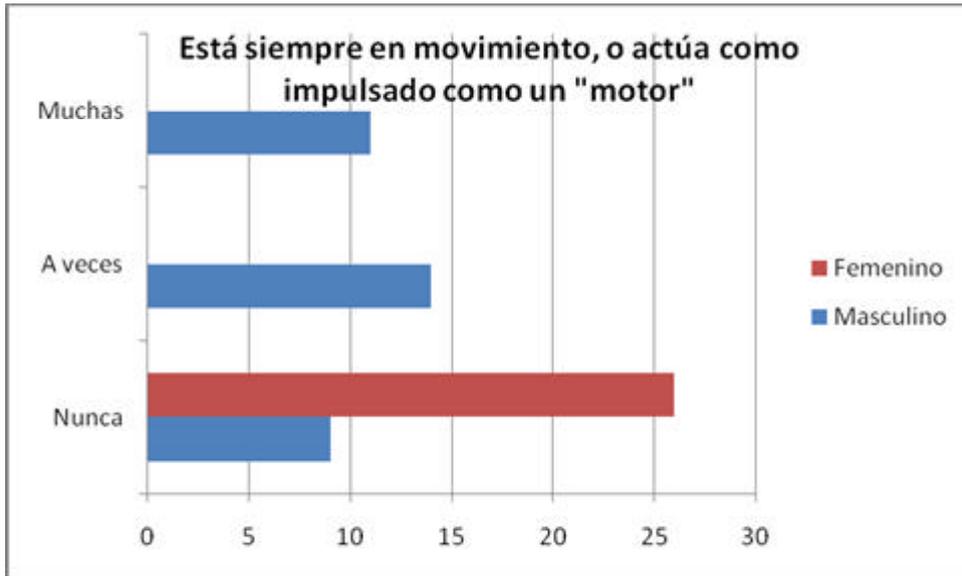
Se puede observar, que los varones presentan mayoritariamente este ítem que las niñas, ya que 21 de ellos a veces o muchas veces son incansables, mientras que 9 de las niñas solamente a veces lo son.

Ítem 4: Insolente



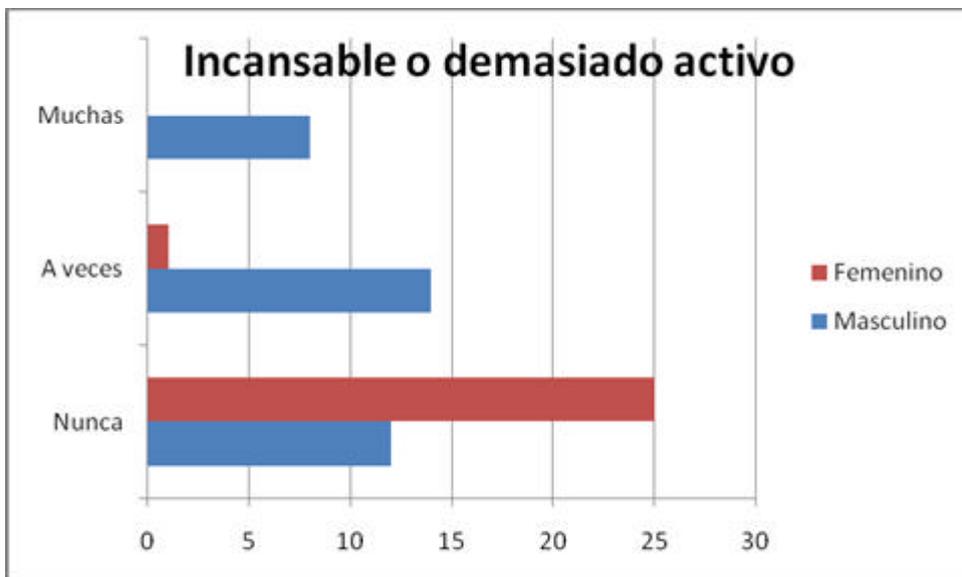
Se puede observar que este ítem lo presentan 7 del total de los varones y solo 1 de las niñas lo presenta a veces.

Ítem 5: Está siempre en movimiento



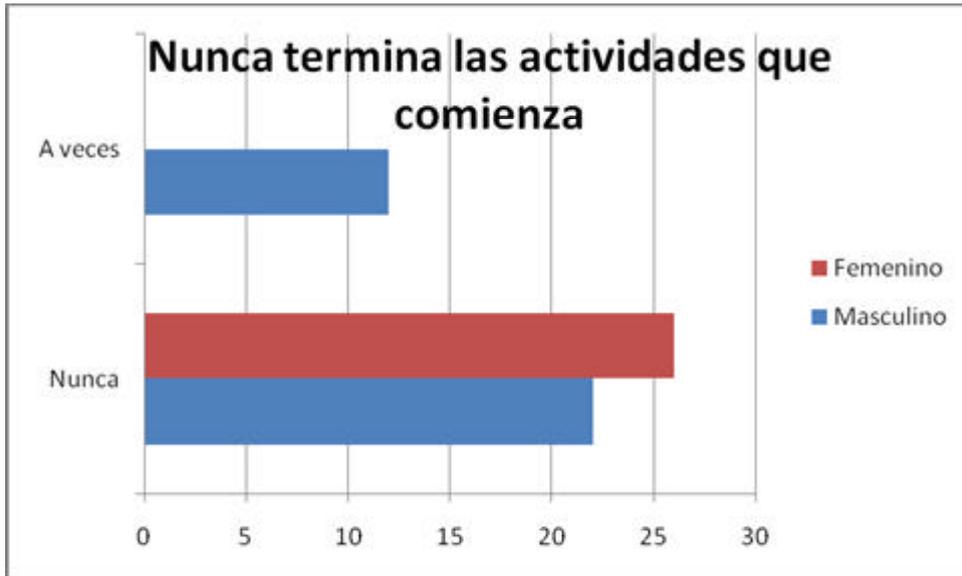
Aquí se puede observar que 14 de los varones presentan este ítem algunas veces y 11 de ellos lo presenta muchas veces, mientras que las niñas no lo presentan.

Ítem 6: Incansable



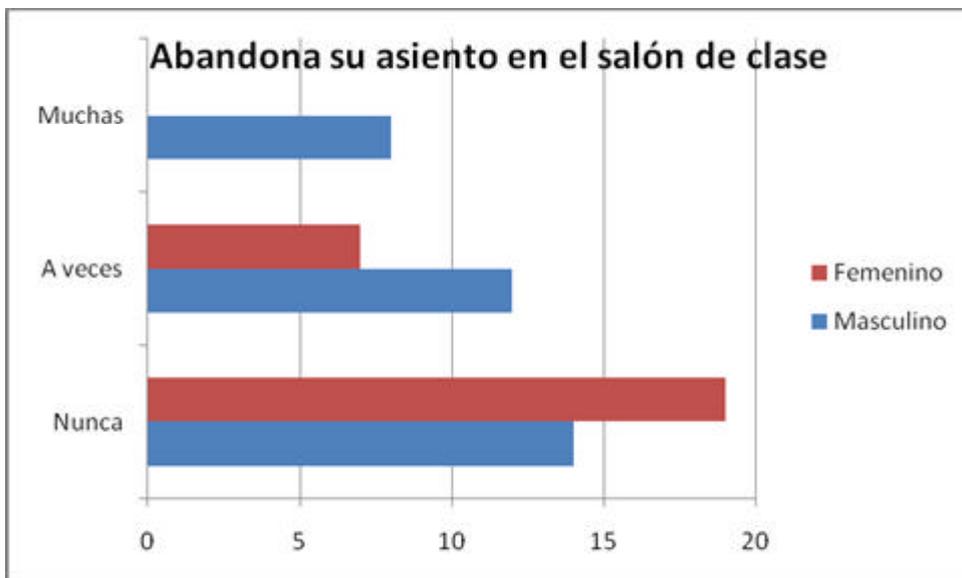
Aquí se puede observar que 14 de los varones presentan este ítem algunas veces y 8 de ellos lo presenta siempre, mientras que de las niñas solo lo presenta una de ellas.

Ítem 7: Nunca termina las actividades que comienza



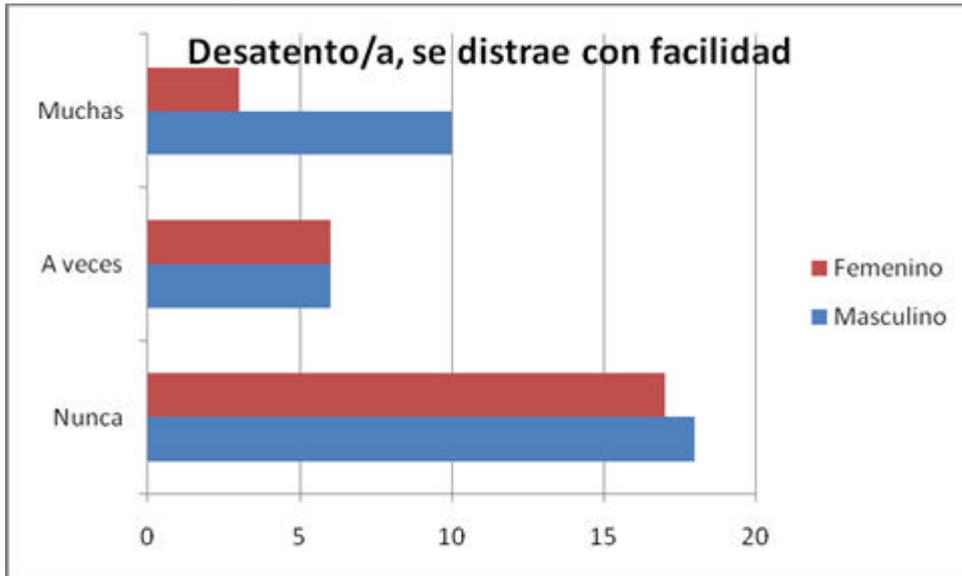
Aquí se puede observar que las niñas no presentan este ítem y por otro lado, 12 de los varones lo presentan algunas veces.

Ítem 8: Abandona su asiento en el salón de clases



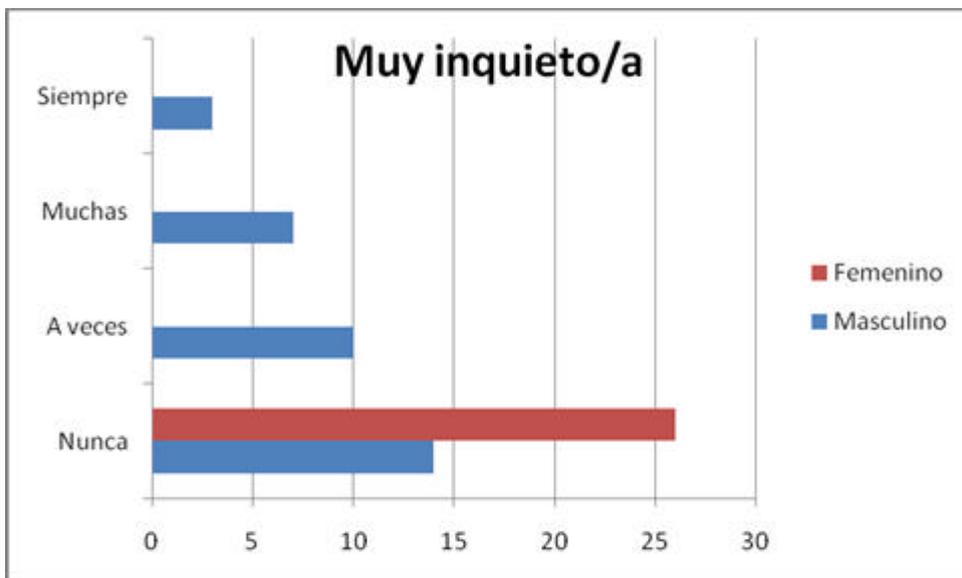
Se puede observar que solo 7 de las niñas presentan este ítem a veces, mientras que 12 de los varones lo presentan a veces y 8 de ellos lo presentan muchas veces.

Ítem 9: Desatento, se distrae con facilidad



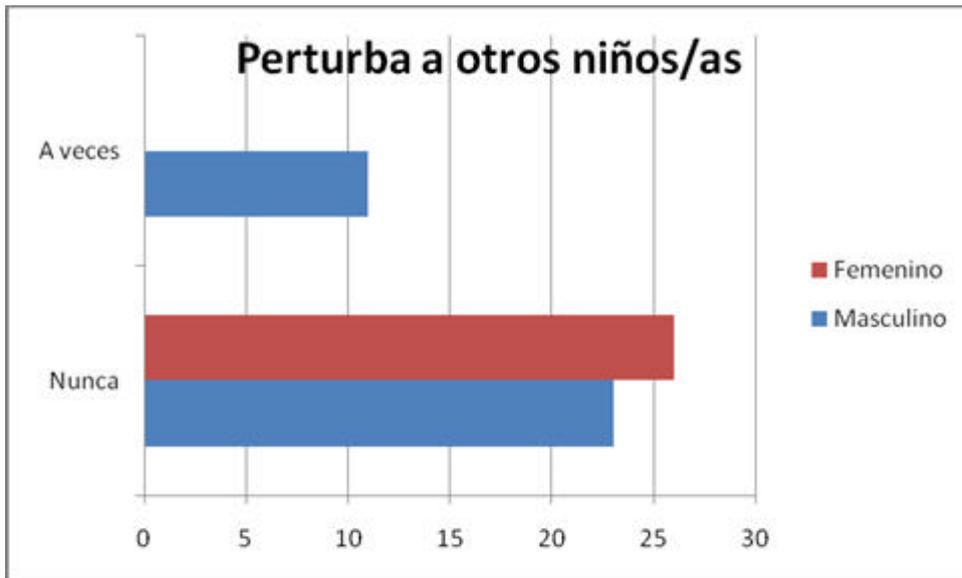
Aquí se puede observar que el ítem a veces lo presentan en igual medida tanto varones como niñas, sin embargo el ítem muchas veces lo presentan 10 de los varones y solamente 3 niñas.

Ítem 10: Muy inquieto/a



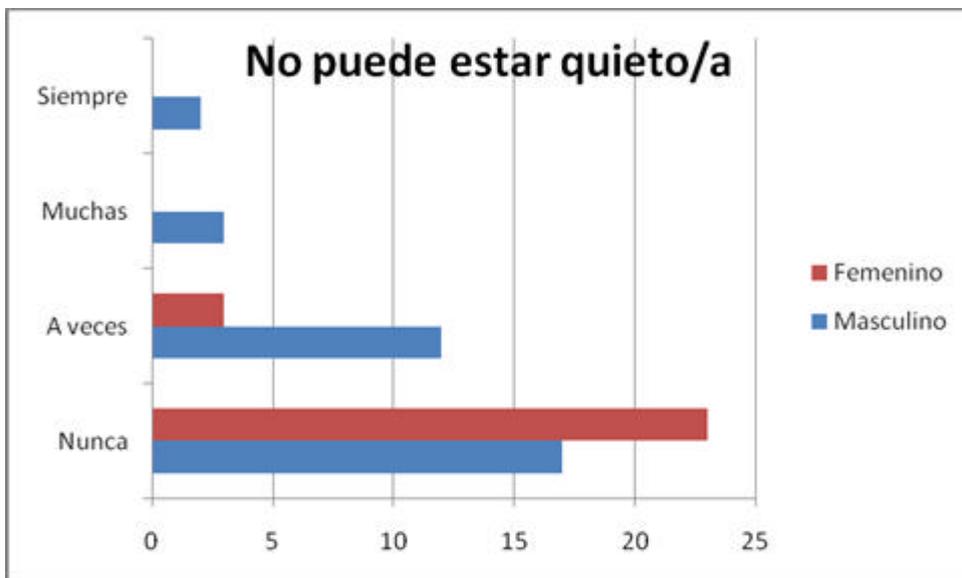
Aquí claramente observamos como las niñas no presentan este ítem, mientras que 10 de ellos lo presentan algunas veces, 7 muchas veces y 3 siempre.

Ítem 11: Perturba a otros niños/as



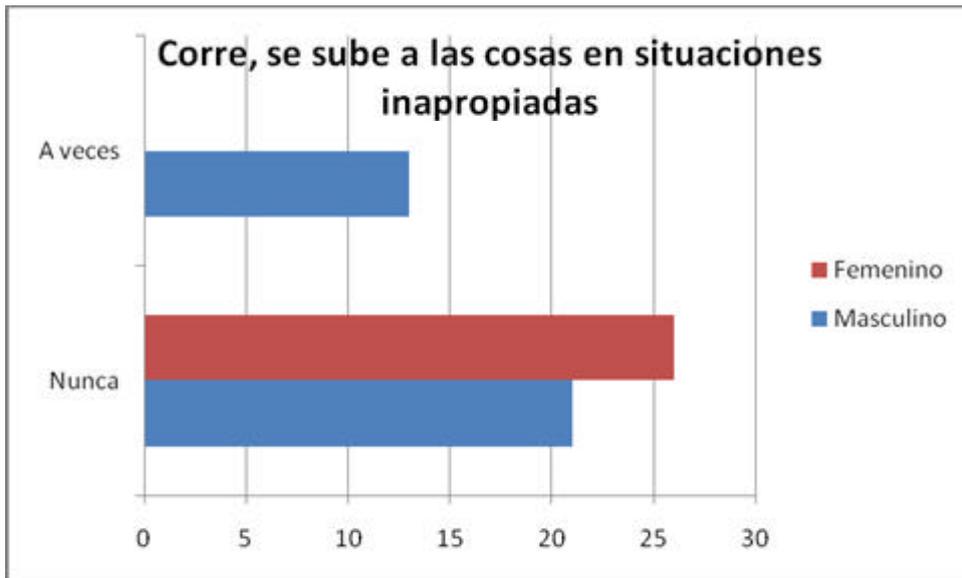
Aquí se observa que 11 de los varones algunas veces perturban a otros niños/as, mientras que las niñas no presentan este ítem.

Ítem 12: No puede estar quieto/a



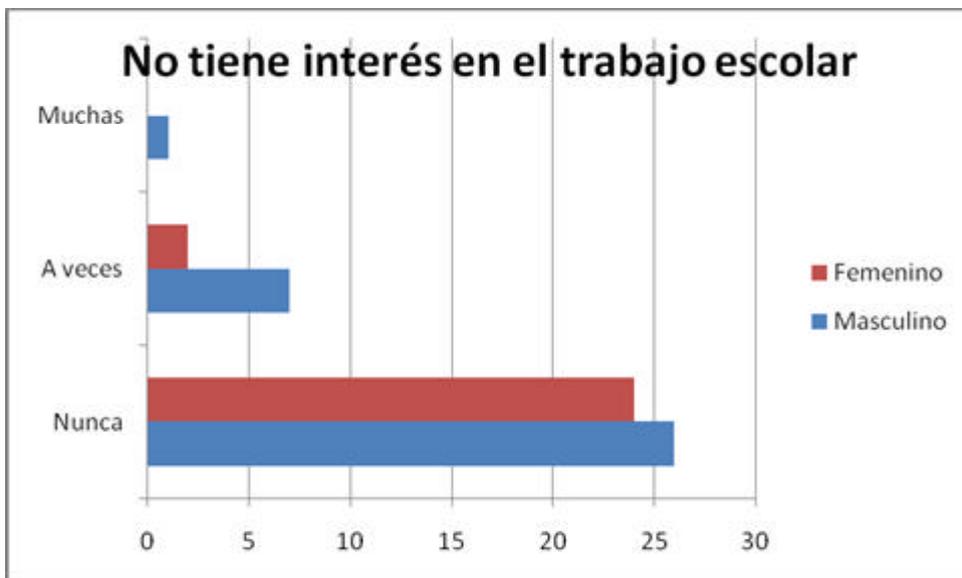
En este gráfico observamos que 12 de los varones algunas veces presentan este ítem, 3 de ellos lo presentan muchas veces y 2 siempre. Mientras que solo 3 de las niñas lo presenta a veces.

Ítem 13: Corre, se sube a las cosas en situaciones inapropiadas



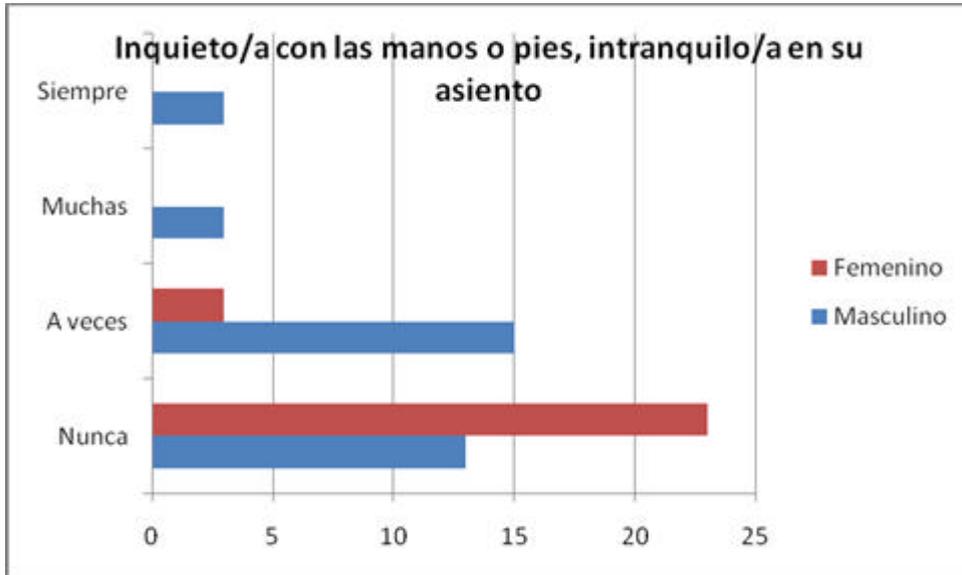
En este gráfico de barras observamos que 13 de los varones algunas veces presenta este ítem, en cambio, las niñas no lo presentan.

Ítem 14: No tiene interés en el trabajo escolar



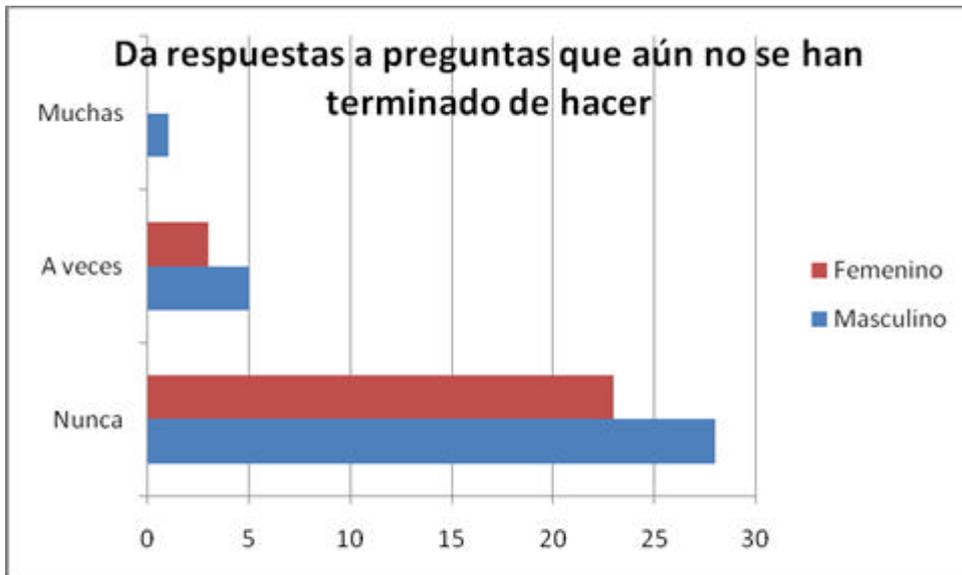
Aquí observamos que 7 de los varones presentan este ítem a veces y 1 de ellos lo hace muchas veces; y solamente 2 de las niñas lo presenta a veces.

Ítem 15: Inquieto con las manos o pies, intranquilo/a en su asiento



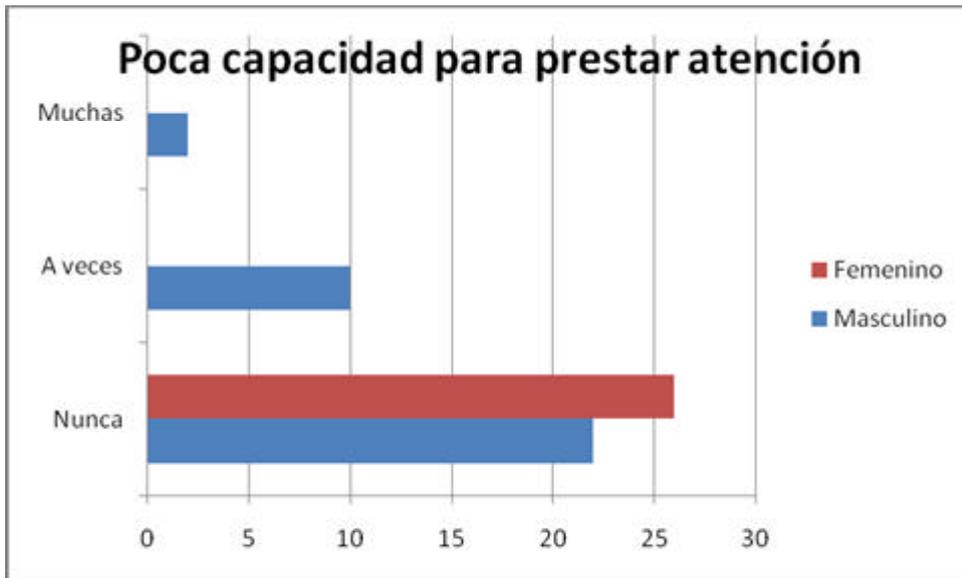
Se puede observar que 15 de los varones son intranquilos e inquietos algunas veces, 3 de ellos lo son muchas veces y otros 3 lo son siempre, por otro lado solo 3 de las niñas lo son a veces.

Ítem 16: Da respuestas a preguntas que aún no se han terminado de hacer



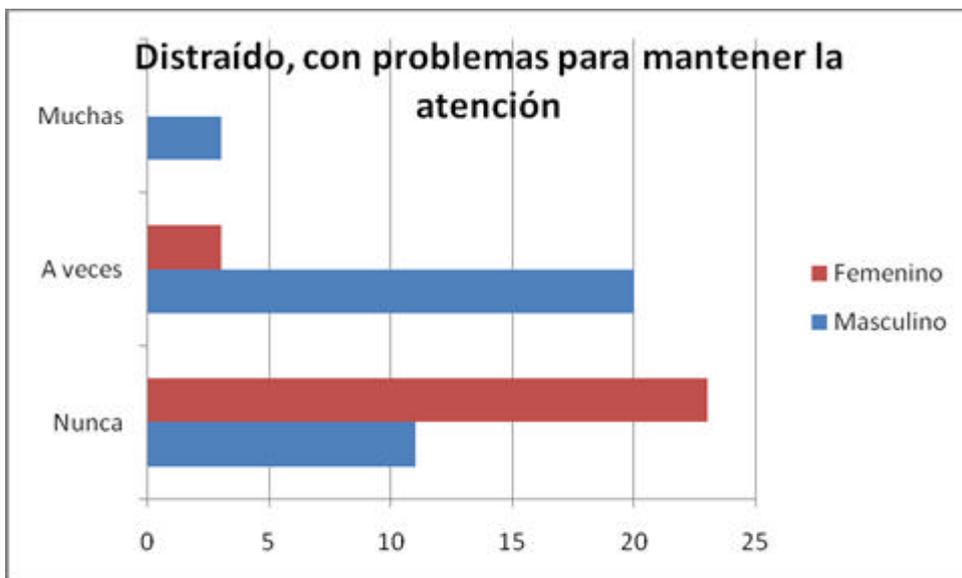
En este gráfico podemos observar que 5 de los varones presentan este ítem algunas veces y 1 de ellos lo hace siempre, mientras que solo 3 de las niñas lo hace algunas veces.

Ítem 17: Poca capacidad para prestar atención



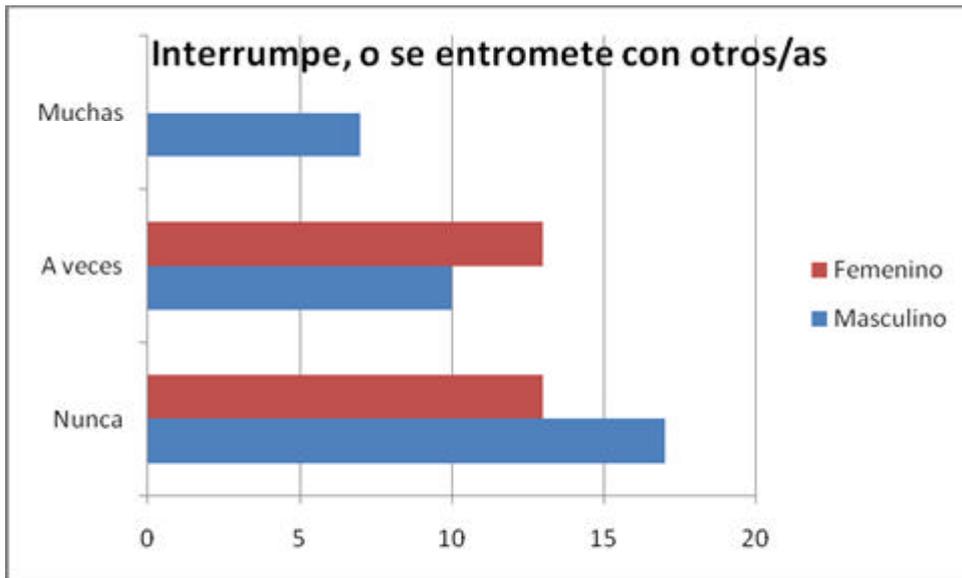
Aquí se puede observar que 10 de los varones poseen poca capacidad para prestar atención a veces y 2 de ellos poseen este ítem muchas veces. Mientras que las niñas no presentan este ítem.

Ítem 18: Distráido/a, con problemas para mantener la atención



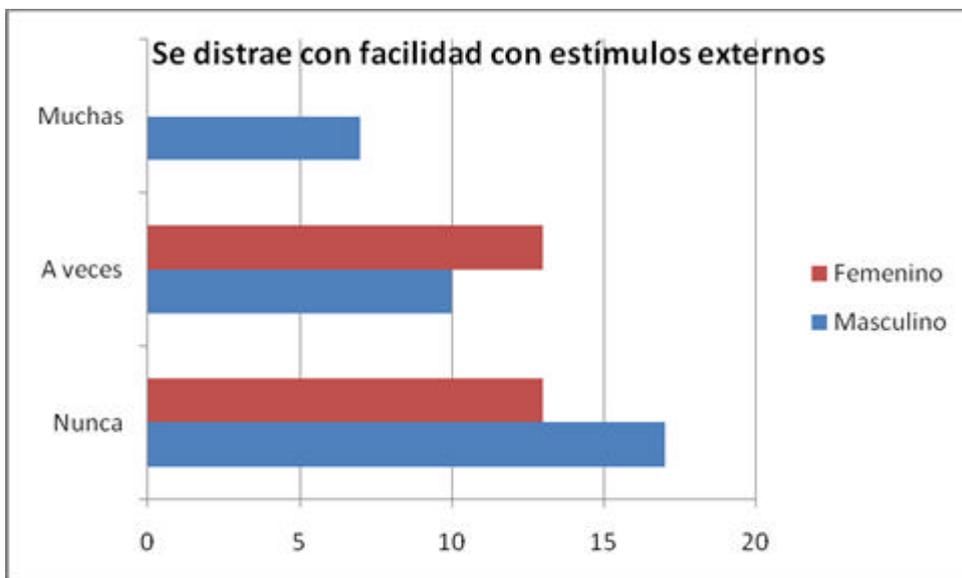
En este gráfico se puede observar que 20 de los varones presentan problemas para mantener la atención algunas veces, y 3 de ellos presentan este ítem muchas veces, mientras que solamente 3 de las niñas lo presentan algunas veces.

Ítem 19: Interrumpe o se entromete con otros



En este gráfico, observamos que 13 de las niñas presenta este ítem algunas veces y 10 de los varones lo presenta a veces y 7 de ellos muchas veces.

Ítem 20: Se distrae con facilidad con estímulos externos



En este gráfico, observamos que 23 de los varones presentan este ítem tanto algunas como muchas veces y 17 de las niñas lo presentan a veces.

Capítulo 7

Conclusiones

A partir del análisis de los cuestionarios administrados, los varones poseen mayor cantidad de características conductuales relacionadas con los criterios que responden a síndromes de desatención que las niñas y por ende pasan a ser una población más proclive a ser en un futuro diagnosticados con ADD/ADHD, sin tener ningún problema de índole atencional y de hiperactividad.

Por lo tanto, se puede afirmar que los niños varones poseen más características que se correlacionan con los criterios que se utilizan para diagnosticar este cuadro que las características conductuales que portan las niñas como seres femeninos. Variable que no es tomada en cuenta en el momento del diagnóstico y clasificación de las conductas o síntomas.

Es decir, que los rasgos de personalidad que definen al género masculino, tal cual se mostró tanto en nuestro marco teórico como en el instrumento utilizado para la detección de ADD/ADHD, al no ser tenidos en cuenta como una de las variables intervinientes, produce que los niños varones sean en mayor medida diagnosticados con este síndrome que las niñas, patologizando rasgos de personalidad que permiten al sujeto entre otras cosas asumir su lugar social y sexual en una cultura determinada.

Cabe aclarar que estos rasgos característicos de los géneros femenino y masculino están instalados y contruidos socialmente previamente al nacimiento de la nueva generación y que estos sujetos para ser parte de la cultura deben apropiárselos paulatinamente y en ese proceso la cultura se los apropia a la vez.

Los niños y niñas nacen en un contexto social, que intenta poner palabras a la sexualidad, que los ubica en una cierta posición a la falta, y a la asunción de la identidad sexual. Así es que por ejemplo los infantes en sus primeros años de vida son vestidos con el color rosa para las niñas, el celeste para los niños, se les ofrece muñecas a las niñas y pelotas a los varones, se reta a las niñas cuando se ensucias, se reta a los varones cuando lloran.

Por lo tanto, la descontextualización del diagnóstico de ADD/ADHD, y su reducción a una problemática individual desconociendo las diferentes variables que intervienen en esta problemática compleja, genera un sobrediagnóstico de este cuadro y una patologización de la infancia, y en particular de la población masculina infantil. Cuestión que suma un riesgo más.

Siguiendo con la línea de argumentación y crítica de este trabajo, lo más problemático o complejo, y que conlleva una conducta riesgosa y en muchos casos poco saludable para los niños, es que se tiende a apaciguar aquello que irrumpe o hace pregunta, aquello que desborda los parámetros de la normalidad culturalmente construida pero naturalizada para todos, con un mismo y uniforme tratamiento, uno rápido y “tranquilizador”: los psicofármacos.

Esto conlleva interminables consecuencias en los niños. Por un lado, la medicalización de la infancia, y con ella tratamientos interminables, creando una cronicidad tanto en el cuadro como en la posología, ya que si se interrumpen las dosis indicadas, la sintomatología no revierte, sino que vuelve, esto implica que los niños deben estar tomando esta medicación durante largos años.

Por lo tanto, se desconoce allí, algunas de las cuestiones que se han explicitado en esta tesina, acerca del desarrollo infantil y de las encrucijadas en la vida psíquica de los infantes. Cabe recordar, que los niños o los alumnos pueden estar en problemas en algunos momentos puntuales de su desarrollo y de sus aprendizajes, pero son situaciones que, con las intervenciones adecuadas y específicas, pueden resolverse rápidamente. Los niños están en un momento de construcción y de desarrollo mental lo que implica movimiento y cambio continuo, mucho más rápido que en la vida adulta.

Esto implica trabajar y re Trabajar alumnos - chicos en problemas y no con problemas y una visión compleja y contextual de su desarrollo.

Cabe señalar que la medicación así sea la adecuada, nunca es inocua y en muchos casos las consecuencias pueden ser la muerte. Según un diario británico “The Guardian” (2008), la tasa de mortalidad es mayor entre los niños que consumen estos medicamentos, además de que se está probando que causan problemas cardíacos, circulatorios, respiratorios, etc.

Por lo tanto, desde el campo de la psicología educacional, cuestionar y deconstruir los criterios en los que se basa el diagnóstico de ADD/ADHD, es decir

poner en tela de juicio su extensión, su ahistoricidad y descontextualización, como la uniformidad y hegemonía del tratamiento medicamentoso, permite plantear la construcción de marcos teóricos interdisciplinarios que expliquen y comprendan la complejidad del problema, aportando una mirada desde campo psicológico con nuevos modelos de intervención.

Modelos que retomen los conceptos de desarrollo y aprendizaje, como las encrucijadas de esos procesos en los diferentes contextos de prácticas, respetando esas particularidades que dan como resultado intervenciones eficaces, variadas y específicas.

Esto implica y lleva a que los profesionales a trabajar en equipo, en donde se discutan marcos teóricos, se negocien acuerdos, se argumenten y enriquezcan posiciones que den por resultado la construcción conjunta de marcos referenciales y problemas complejos como así también se piense entre todos abordajes diferenciales según los individuos, los contextos y los objetivos de las intervenciones.

Trabajar desde esta concepción permitirá, ajustar diagnósticos, promover abordajes que no sean solamente medicamentosos, entendiendo que las dificultades que surgen pueden ser pasajeras y resueltas, sobretodo al abrirle un espacio de diálogo y escucha desde todos los que participan de ese contexto de actividad y que eso que pasa no es propiedad de un individuo. La realidad puede ser interpretada desde distintas miradas, no solo desde la mirada hegemónica o paradigma del déficit o del “no puedo”, sino que puede ser vista desde la potencialidad o la posibilidad de algo nuevo, algo por construir, un nuevo punto de partida para el desarrollo o el aprendizaje, una diversidad que no es solo deficitaria sino que posibilita y enriquece a los seres humanos.

BIBLIOGRAFÍA:

- <http://www.adhd.com.ar/> Fundación para la investigación del Déficit atencional e hiperquinesia
- [www. aigle.org.ar](http://www.aigle.org.ar)
- Aizencang, N. (2001) “Los procesos de aprendizaje en contextos escolares: particularidades, problemas y desafíos” Ed. Eudeba
- Aizencang N, Bendersky B, (2009) “Acerca de las intervenciones psicoeducativas en la escuela: prácticas que posibilitan”. En Elichiry comp. Inclusión educativa Investigaciones y experiencias en psicología educacional. Argentina. JVE ediciones
- Arze, R. (2006) “¿Mi hijo tiene ADD?” Diario “La Nación”. http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=837968 Obtenido el día 17 de Septiembre 2009
- Baquero, R. Narodowski, M. (1994) “¿Existe la infancia?” Revista del Instituto de investigaciones en ciencias de la educación N°6
- Barkley, R. (1999) “Niños Hiperactivos” Ed. Paidós
- Barkley, R. (1999) “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad” Guilford Publications
- Bendersky, B. (2001) “La escuela: ¿un espacio “natural”? Ed. Eudeba
- Bojman, N. Elpiner de Soifer, B. (2002) “Violencia escolar y problemas de atención”
<http://www.enplenitud.com/nota.asp?articuloID=2692> Extraído el día 2 de Agosto de 2009

- Boseley, S. (2008) Diario "The Guardian" "Doctors urged to stop use of Ritalin for under-fives"
<http://www.guardian.co.uk/society/2008/sep/24/children.health>. Extraído el día 2 de febrero de 2010
- CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud
- Cardo, E, Servera-Barceló, M. (2005) "Prevalencia del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad"
- Castroviejo, I. (2008) "Hiperactividad, ¿existe frontera entre personalidad y patología?" Ed. Diaz de santos
- www.deficitatencional.com.ar: Fundación para la Asistencia, Docencia e Investigación Psicopedagógica (FADIP)
- DSM IV (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 4º ed. Barcelona, Ed. Masson
- www.educacion.idoneos.com "La devaluación del rol docente; enfoques críticos" Extraído el día 13 de Marzo 2010
- Elichiry, N. (2004) "Aprendizajes escolares" Ed. Manantial
- Elichiry, N. (2004) "Discusiones actuales en psicología educacional" Ed. JVE Psique
- Fernández Jaén, A. (2007) "Trastorno de hiperactividad y déficit de atención. Definición, aspectos históricos"
- www.fnc.org.ar Fundación de Neuropsicología Clínica
- <http://www.forumadd.com.ar>
- Gratch, L. (2000) "El Trastorno por Déficit de Atención ADD/ADHD" Ed. Panamericana

- Janin, B. (2007) “Niños Desatentos e Hiperactivos, ADD/ADHD” Ed. Noveduc
- Janin, B; Kahansky, E; Llanos, L; Rodriguez Ponte, M; Silver, R (2005) “ La desatención y la hiperactividad en los niños como efectos de múltiples determinaciones psíquicas”
- Kelmanowicz, V. (1996) “Problemas escolares, ¿más de lo mismo o nuevas soluciones” Ed. A-Z editora
- Luria, A R. (1979) Atención y Memoria. Breverios de la conducta humana nº 12 Barcelona Fontanella.
- Martínez L. Consuelo, N. (2006) Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. Asociación española de Psicología Conductual (AEPC) Granada. España
- Meirieu, P. (1998): *Frankenstein Educador*. Barcelona: Laertes. Introducción y cap. 2. “La escuela como modo de organización de la educación en la modernidad”
- Narodowski, M. (1994) “Infancia y Poder. La conformación de la pedagogía moderna” Ed. Aique
- Narodowski, M. (2004) “El desorden de la educación”
- Phillipe, A. (1993) “La Infancia” Obtenido el día 16 de marzo de 2010 desde <http://educacion.idoneos.com/index.php/119539>
- www.psicopedagogia.com Psicología de la Educación para Padres y Profesionales.
- Rief, Sandra F. (2008) “ Como tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad; técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del TDA/TDAH” Ed. Paidós

- www.tdah.org.ar: Fundación Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

- Servera, Barceló. M (2003)

www.uib.es/facultat/psicologia/professorat/mservera.html Obtenido el día 3 de Septiembre de 2009

- Untoglich, G (2004) “Lectura crítica del déficit atencional en los niños” Extraído del diario “Página 12”

- Untoiglich, G. (2007) “Aspectos histórico-libidinales en niños y niñas derivados por dificultades atencionales. Los riesgos de la patologización de la infancia” Facultad de Psicología, UBA

- Varela J. y Álvarez Uría F. (1991) Arqueología de la escuela. Cap I.”La maquinaria escolar” (pag13-54) La Piqueta. Madrid. N° 49

- Vasen, J. (2007) “La atención que no se presta, el “mal” llamado ADD” Ed. Noveduc

- Vigotsky, L. (1998) “Interacción entre aprendizaje y desarrollo”. En *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. México Crítica

ANEXO 1:

| | |
|---|--------------------------|
| Fecha: | |
| Nombre del maestro/a: | |
| Nombre de la Institución: | |
| Grado: | |
| Jornada simple: | Jornada completa: |
| Escuela Pública: | Escuela privada: |
| Característica de la población que asiste: | |
| - Baja | |
| - Media Baja | |
| - Media | |
| - Media alta | |
| - Alta | |
| Sexo del alumno: | |
| - Masculino | |
| - Femenino | |

A continuación encontrará una lista de situaciones comunes que los niños/as tienen en la escuela.

Por favor, lea cuidadosamente cada enunciado y coloque una cruz en la columna que mejor describa a su alumno/a.

Respuestas posibles: nunca (rara vez), a veces (u ocasionalmente), muchas veces (o frecuentemente), y siempre (o con mucha frecuencia).

No hay tiempo límite para las respuestas.

| | Nunca (rara vez) | A veces u Ocasionalmente | Muchas veces o Frecuentemente | Siempre o con mucha frecuencia |
|---|------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1.Desafiante | | | | |
| 2.Incansable en el sentido de ni quedarse quieto/a | | | | |
| 3.Olvida cosas que ya ha aprendido | | | | |
| 4.Parece no ser aceptado/a por el grupo | | | | |
| 5.Sus sentimientos se hieren con facilidad | | | | |
| 6.Es un/a perfeccionista | | | | |
| 7.Berrinches, | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| pataletas, explosivo/a de conducta impredecible | | | | |
| 8.Exitable, impulsivo/a | | | | |
| 9.No presta atención a detalles o comente errores en sus asignaturas escolares. | | | | |
| 10.Insolente | | | | |
| 11.Está siempre moviéndose o actúa como impulsado por un “motor” | | | | |
| 12.Rehusa, expresa rechazo, o tiene problemas para realizar tareas que requieren un esfuerzo mental constante | | | | |
| 13. Es uno de los últimos en ser elegido para formar equipos | | | | |
| 14.Es un niño/a emotivo | | | | |
| 15.Todo tiene que ser como el/ella dice | | | | |
| 16.Incansable o demasiado activo/a | | | | |
| 17.Nunca termina las actividades que comienza | | | | |
| 18.Parece no escuchar lo que se le está diciendo | | | | |
| 19.Abiertamente desafiante y rehúsa obedecer a los adultos | | | | |
| 20.Abandona su asiento en el salón de clase | | | | |
| 21.Pobre capacidad para deletrear | | | | |
| 22.No tiene amigos/as | | | | |
| 23.Tímido/a, se asusta con facilidad | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 24.Revisa una y otra vez las cosas que hace | | | | |
| 25.Llora con frecuencia y con facilidad | | | | |
| 26.Desatento/a , se distrae con facilidad | | | | |
| 27.Tiene dificultades organizando sus tareas y actividades | | | | |
| 28.Tiene dificultades para mantenerse atento/a al realizar tareas o actividades recreativas | | | | |
| 29.Tiene dificultad para esperar su turno | | | | |
| 30.Pobre capacidad para la lectura | | | | |
| 31.No sabe cómo hacer amigos | | | | |
| 32.Sensible a la crítica | | | | |
| 33.Parece prestar demasiada atención a detalles | | | | |
| 34.Muy inquieto/a | | | | |
| 35.Perturba a otros niños/as | | | | |
| 36.habla demasiado | | | | |
| 37.Discute con los adultos | | | | |
| 38.No puede estar quieto/a | | | | |
| 39.Corre, se sube a las cosas en situaciones inapropiadas | | | | |
| 40.No tiene interés en el trabajo escolar | | | | |
| 41.Pobre capacidad para socializar | | | | |
| 42.Tiene dificultad para jugar o entretenerse sin hacer mucho ruido | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 43. Le gusta que todo esté pulcro y limpio | | | | |
| 44. Inquieto/a con las manos o pies o intranquilo/a en su asiento | | | | |
| 45. Sus demandas tienen que ser atendidas inmediatamente | | | | |
| 46. Da respuestas a preguntas que aún no se han terminado de hacer | | | | |
| 47. Rencoroso/a, vengativo/a | | | | |
| 48. Poca capacidad para prestar atención | | | | |
| 49. Pierde las cosas necesarias para sus tareas o actividades (lápices, libros, etc) | | | | |
| 50. Presta atención solamente si algo le parece interesante | | | | |
| 51. Tímido/a, introvertido/a | | | | |
| 52. Distráido/a, con problemas para mantener la atención | | | | |
| 53. Las cosas siempre tienen que ser hechas de la misma forma | | | | |
| 54. Cambios rápidos y drásticos de humor | | | | |
| 55. Interrumpe o se entromete con otros | | | | |
| 56. Pobre capacidad para la aritmética | | | | |
| 57. No sigue instrucciones y no termina tareas escolares | | | | |
| 58. Se distrae con facilidad con estímulos externos | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 59.Incansable, siempre está haciendo algo | | | | |
|--|--|--|--|--|

