



U A I

**Universidad Abierta  
Interamericana**

**“Argumentos de psicólogos y psiquiatras de la Ciudad de Rosario para considerar o no al trastorno por déficit de atención como un trastorno existente”**

**Tutor:** Sebastián Gabini

**Tesista:** Florencia Eyra

**Título a obtener:** Licenciatura En Psicología

**Facultad:** Universidad Abierta Interamericana

**Localización:** Ovidio Lagos 944, Rosario (Santa Fe)

**Fecha:** 29 Marzo de 2016

## **RESUMEN**

El presente estudio buscó conocer los argumentos a favor y en contra del diagnóstico de TDAH. Para ello, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 15 profesionales de la salud mental de la ciudad de Rosario, entre los cuales 5 eran psiquiatras, 5 psicólogos psicoanalistas y 5 psicólogos cognitivos.

Los resultados de la presente investigación, informan que existen dos grandes posturas en función de dicha problemática. Por un lado, aquellos que argumentan que es un trastorno existente cuya manifestación clínica se evidencia en la práctica. Y por el otro, aquellos que sostienen que el mismo es una creación de la industria farmacológica, ya que no hay evidencia científica suficiente para considerar a determinados síntomas como manifestaciones del llamado TDAH. Además, estos hallazgos permitieron inferir que los profesionales ligados a una postura teórica cognitiva acordaban con el primero de los argumentos, mientras que los psicólogos y psiquiatras que tienen una orientación psicoanalítica coincidían con el segundo de los argumentos mencionados anteriormente, lo cual podría indicar la inferencia de la formación (de grado y posgrado) en el modo en que se interpretan, diagnostican y tratan los cuadros clínicos.

### **Palabras clave:**

TDAH – trastorno – psicólogos - psiquiatras

## **INDICE**

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>TEMA.....</b>	<b>7</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>7</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
<b>ESTADO DEL ARTE.....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO I. Acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Una mirada científicista.....</b>	<b>12</b>
1.1. Descripción del trastorno desde la postura psiquiátrica.....	12
1.2. Comorbilidad o problemas asociados.....	16
1.3. Breve reseña histórica.....	17
1.4. Etiología.....	18
1.5. Tratamiento.....	21
1.6. El papel de los padres y los docentes a cargo.....	26
<b>CAPÍTULO II. Una mirada psicoanalítica sobre el trastorno por déficit de atención.....</b>	<b>26</b>
2.1. Acerca de la desatención y la hiperactividad.....	26
2.2. La familia y la escuela en la actualidad.....	29
2.3. Sobre la denominación de esta problemática.....	32
2.4. La medicación como la única solución.....	35
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>38</b>
Tipo de estudio.....	38
Identificación y definición de las variables.....	38
Unidades de análisis.....	39

Técnicas, instrumentos y procedimientos.....	40
Área de estudio.....	42
Consideraciones éticas.....	42
<b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>46</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>50</b>

## Introducción

Algunos autores (Vasen, 2007; Joselevich, 2003) sostienen que en los últimos años en las escuelas se encuentran cada vez más niños con dificultad para prestar atención, que se distraen, con comportamientos inapropiados, impulsivos, con problemas de aprendizaje. Hay quienes les han asignado a estos comportamientos un nombre: TDAH (Trastorno por déficit de atención), “El TDA es un trastorno complejo que implica el deterioro de la concentración, la organización, la motivación, la modulación emocional, la memoria y otras funciones del sistema de control cerebral” (Brown, 2006, p. 19). Estos autores, que consideran al TDAH como un trastorno existente, plantean que el escepticismo de los que no están de acuerdo, se basa en la ignorancia de la complejidad del trastorno, el cual tiene muchas consecuencias negativas sobre el entorno de los individuos que lo padecen, y que pudieran ser menos esas consecuencias si es abordado de forma correcta y a tiempo.

Dentro de esta línea de pensamiento, se sostiene que el TDAH es un trastorno que lo padecen muchas personas, y también se propone una rápida solución, un medicamento, la Ritalina. Esta patologización y medicalización de los niños, en palabras de Vasen (Vasen, 2007), les hace las cosas más fáciles tanto a los padres como a los maestros ya que no tienen de que preocuparse, el problema está en el niño.

Por otra parte, existe una línea de pensamiento que no acuerda con dicha postura. Estos autores no consideran que un conjunto de signos o síntomas den cuenta de un trastorno, los mismos, con respecto al TDAH, consideran que “la evidencia científica acumulada no es suficiente para justificar la presencia de este cuadro como una anomalía del desarrollo que merecería un abordaje terapéutico propio” (Etchepareborda & Lucero, 2009). Vasen (2007), al respecto, señala que:

La representación que damos a los problemas de atención es que son un “trastorno”. El dato es el signo y lo que en rigor es un problema pasa a ser trastorno que no requiere desciframiento, no requiere ser interpretado o resuelto. De lo que se trata es de adiestrarlo y eliminarlo. (p. 36)

Estos autores consideran que no es un problema sencillo, por lo tanto tampoco admite una solución simple. Para lo cual, se requiere principalmente del abordaje, el acompañamiento y el compromiso de todos los adultos significativos de su entorno.

Debido a estas controversias que se presentan en el plano del “TDAH”, esta investigación tiene por objetivo conocer cuáles son los argumentos de psicólogos y psiquiatras, de la Ciudad de Rosario, para considerarlo o no como un trastorno existente. Existe en la actualidad un gran debate sobre el tema, es por esta razón que interesa conocer las diferentes posturas, para que la sociedad (especialmente padres y docentes) puedan estar informados tanto de los argumentos de los profesionales que consideran al trastorno por déficit de atención como una patología, como también los argumentos de los no están de acuerdo con este trastorno.

**Tema:**

Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad

**Planteamiento del problema:**

¿Cuáles son los argumentos de psicólogos y psiquiatras de la Ciudad de Rosario para considerar o no al trastorno por déficit de atención como un trastorno existente?

## **Objetivos:**

### **Objetivo general:**

Conocer cuáles son los argumentos de psicólogos y psiquiatras de la Ciudad de Rosario, para considerar al trastorno por déficit de atención como un trastorno existente o no.

### **Objetivos específicos:**

- Analizar los argumentos de los profesionales de la Salud Mental que están a favor del trastorno por déficit de atención
- Evaluar los argumentos de los profesionales de la Salud Mental que están en contra del trastorno por déficit de atención
- Establecer diferencias entre ellos.

## **Estado del arte**

Matilde Ruiz, Juvenal Gutiérrez, Saúl Garza y Francisco de la Peña (2005) plantean que el trastorno por déficit de atención es la patología más frecuente en la consulta pediátrica. Consideran que es un padecimiento crónico que se caracteriza por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, que afectan la vida cotidiana de quien lo padece; si bien afecta a ambos sexos la presentación en hombres es tres a cuatro veces más frecuente.

La evidencia científica actual apoya una etiología biológica, aunque también los factores ambientales son importantes. Respecto al diagnóstico del TDAH, sostienen que:

“El diagnóstico y tratamiento del TDAH constituye un gran reto, tanto por su importancia epidemiológica como porque implica la necesidad de crear programas interdisciplinarios de difusión, capacitación, intervención educativa, médica, familiar y pedagógica que representan un gran costo económico”.

Estos autores sostienen que en el abordaje terapéutico es fundamental la medicación, es la estrategia principal, siendo las intervenciones psicosociales solo complementarias.

Siguiendo con esta línea de pensamiento, Alejandro Vera, Mario Ruano y Liliana Ramírez (2007) consideran que el trastorno por déficit de atención es uno de los problemas de comportamiento más frecuentes en la infancia, tanto es así que más del 80% de los niños lo presentan, de los cuales el 35%-65% lo sufrirán en la vida adulta. Para que un niño sea diagnosticado con TDAH tiene que presentar desatención y/o hiperactividad que se considere inapropiada para su edad. Estos comportamientos tienen que estar presentes antes de los siete años de edad, manifestarse como mínimo durante 6 meses y presentarse por lo menos en dos ámbitos distintos. También los niños con TDAH pueden presentar dificultades en el aprendizaje, trastornos del lenguaje, alteraciones del sueño; esta sintomatología se hace más notoria cuando comienzan la escuela primaria.

Ellos afirman que si bien la etiología del trastorno por déficit de atención no está claramente determinada, se han podido delimitar algunas áreas del cerebro que estarían involucradas en esta patología.

Señalan que:

Gracias a los avances en neuroimágenes se ha encontrado que la corteza prefrontal derecha, el núcleo caudado, el globo pálido y algunas zonas del cuerpo calloso que vinculan las regiones cerebrales frontales y parietales, tienen un tamaño más reducido en los niños hiperactivos respecto a los niños normales. En cuanto a la epidemiología este trastorno se presenta más frecuentemente en hombres que en mujeres.

Estos autores piensan que hacer un buen diagnóstico es fundamental, que es el punto que da inicio al tratamiento, el mismo debe realizarse con un equipo interdisciplinario (psicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, etc.) y también con padres y maestros. Además consideran que el tratamiento farmacológico es esencial, se utilizan psicoestimulantes (metilfenidato, fetoamina) y como terapia alternativa se pueden prescribir antidepresivos tricíclicos (imipramina, nortriptilina, amitriptilina).

En cambio, Máximo Etchepareborda y Andrés Díaz Lucero (2009) plantean que en las últimas décadas se han diferenciado dos posturas respecto al TDAH, por un lado están los autores que consideran al trastorno por déficit de atención como un trastorno objetivo, con una fuerte base biológica, que requiere un abordaje específico (lo consideran como un desorden objetivo) y por otro lado quienes sostienen que no hay evidencias científicas suficientes para considerar a este cuadro como una anomalía del desarrollo que merecería un abordaje terapéutico propio (desorden subjetivo).

Estos autores exponen las hipótesis de las diferentes posturas:

Los que están a favor del desorden subjetivo plantean que no se ha comprobado que las diferencias neurológicas observadas en pacientes con TDAH tengan una causa de origen patológico, podrían ser solo diferencias anatómicas y fisiológicas propias de los humanos; consideran que la descripción del trastorno no es científica, ya que solo se remite a observaciones de comportamientos por especialistas entrenados; piensan que no se debe tratar con estimulantes ya que la respuesta al tratamiento no es en todos los pacientes igual; estos comportamientos podrían ser debido a la falta de límites en familias y escuelas.

Por otro lado, los que están a favor de considerar al trastorno como un desorden objetivo sostienen que existe un consenso internacional en la comunidad médica de que el trastorno por déficit de atención es un desorden objetivo; afirman que hay pruebas que confirman que tiene una base orgánica y que se ha probado la eficacia de tratamientos con psicofármacos; se puede evitar o ser atenuada esta patología con un tratamiento adecuado en la infancia.

## **Marco teórico**

### **Capítulo 1: Acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.**

#### **Una mirada científicista**

En este capítulo se aborda la postura de la neurociencia, la psiquiatría y la psicología cognitiva sobre dicho trastorno.

#### **1.1: Descripción del trastorno desde la postura psiquiátrica**

Según el DSM IV el trastorno por déficit de atención es un trastorno de base neurobiológica que se manifiesta por grados inapropiados de atención, hiperactividad e impulsividad. Cuando se habla de grados que no son apropiados significa que las pautas de atención, impulsividad y/o actividad motora no son acordes a la edad cronológica del niño.

Criterios diagnósticos:

- A. 1. Se deberán presentar seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención que hayan persistido durante por lo menos seis meses en un grado no adaptativo e inconsistente con el nivel madurativo:

#### Desatención:

- a) Muchas veces no presta atención al detalle o comete errores por descuido en su tarea escolar, trabajo u otras actividades.
- b) Muchas veces tiene dificultades para sostener su atención en tareas o juegos
- c) Muchas veces parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d) Muchas veces no cumple con las consignas y deja incompletas las tareas escolares u obligaciones del trabajo o la casa (sin que se deba a una conducta oposicionista o a la falta de comprensión de las consignas)
- e) Muchas veces tiene dificultades para organizar sus tareas o actividades
- f) Muchas veces evita, rechaza o le desagradan actividades que requieren esfuerzo mental sostenido (como la tarea escolar o los deberes)
- g) Muchas veces pierde cosas necesarias para sus tareas o actividades (juguetes, deberes, útiles escolares, libros)
- h) Muchas veces se distrae frente a estímulos ajenos a su tarea
- i) Muchas veces es olvidadizo en sus actividades diarias

- A. 2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad que hayan persistido durante por lo menos seis meses en un grado no adaptativo e inconsistente con el nivel madurativo:

Hiperactividad:

- a) Muchas veces es inquieto con sus manos y pies cuando debe permanecer sentado
- b) Muchas veces no puede permanecer sentado en clase o en situaciones donde se espera que lo haga
- c) Muchas veces corre o trepa en forma descontrolada, en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos esto puede limitarse a una sensación subjetiva de inquietud)
- d) Muchas veces tiene dificultades para jugar de manera callada
- e) Muchas veces esta en actividad constante, como si estuviera impulsado por un motor
- f) Muchas veces habla en forma excesiva

Impulsividad:

- g) Muchas veces responde sin que haya concluido la pregunta
- h) Muchas veces tiene dificultades para esperar su turno
- i) Muchas veces interrumpe las actividades o el discurso de los otros

Otras consideraciones según el DSM IV:

- Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención estaban presentes antes de los 7 años
- Los síntomas se manifiestan en distintas situaciones y lugares (por ejemplo, en el colegio o el trabajo, y en la casa)
- Existe evidencia clara de impedimento clínicamente significativo a nivel social, académico u ocupacional
- Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro desorden psicótico, y tampoco pueden ser explicados por otro desorden mental

Desde esta misma línea existirían tres subtipos del síndrome:

- Déficit de atención-hiperactividad. Tipo combinado: si cumple con los criterios A1 y A2 durante los últimos seis meses previos al diagnóstico.
- Déficit de atención-hiperactividad. Tipo predominantemente desatento: si solo cumple con el criterio A1 durante los últimos seis meses.
- Déficit de atención-hiperactividad. Tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo: si solo cumple con el criterio A2 durante los últimos seis meses.

La dificultad en la atención está más relacionada con las dificultades en el aprendizaje y el logro de metas, en cambio la hiperactividad e impulsividad están más relacionadas con las relaciones interpersonales. Las manifestaciones del trastorno varían en grado e intensidad según la edad de la persona afectada:

Niños pequeños (1-3 años): Se pueden observar en niños de 1 a 3 años cambios temperamentales, impulsividad y dificultad para adaptarse socialmente. Tienen dificultades para obedecer, respetar normas, son niños que molestan constantemente y pueden además tener alteraciones en el sueño, en el lenguaje y en el desarrollo motor. A esta edad es muy difícil poder realizar el diagnóstico.

Preescolares (3-6 años): El trastorno a esta edad manifiesta mediante inquietud motriz, los juegos son de menor intensidad y duración que en niños que no presentan esta problemática y también presentan distintos problemas asociados como: déficit en el desarrollo, dificultad en la coordinación motora, conducta negativista desafiante, problemas de adaptación social y accidentes, entre otras. Sin embargo, el diagnóstico a esta edad sigue siendo difícil ya que la hiperactividad, impulsividad y déficit de atención pueden ser propios de la edad; es relevante poder tener en cuenta si afecta la socialización, el aprendizaje y la interacción padres-hijos. A esta edad es muy difícil conocer el rango normal de conducta y no hay instrumentos fiables y válidos para evaluar el TDAH. Se sugieren de forma orientativa los síntomas mencionados por expertos clínicos y deben verse como factores de riesgo más que como signos diagnósticos.

Escolares (6-12 años): A esta edad son muy frecuentes las consultas a diferentes profesionales de la salud, ya que son niños que se distraen con facilidad, les resulta difícil quedarse quietos, tienen conductas muy impulsivas, y además presentan, como en las demás edades, otros problemas asociados: problemas de aprendizaje (lectura,

escritura), repiten de grado, rechazan a sus compañeros de clases, las relaciones familiares están alteradas, también tienen baja autoestima y muchos comportamientos agresivos.

Adolescentes (13-20 años): Con el paso del tiempo va disminuyendo la hiperactividad motora y se transforma en hiperactividad mental o sensación de impaciencia. Se mantiene el déficit de atención y la dificultad para planear y organizarse lo que conlleva mal rendimiento escolar, rechazo de amigos, disminución de la autoestima y búsqueda de afecto de forma indiscriminada con la implicación en conductas de riesgo: conducta agresiva, antisocial y delincuente, problemas con el alcohol y drogas, problemas emocionales (depresión, ansiedad), embarazos y accidentes que constituyen su principal causa de muerte (Álvarez, Soutullo, Díez y Figueroa, 2013).

## 1.2: Comorbilidad o problemas asociados

Para los autores que sostienen esta postura (Álvarez, Soutullo, Díez y Figueroa, 2013) el TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños, con una prevalencia mundial en torno al 5% de la población menor de 18 años. Tiene una distribución variable por edad y sexo, afectando más a niños en edad escolar (6,6%), que a adolescentes (3%), y a niños y adolescentes varones (10%), que a niñas y chicas adolescentes (4%). Además es uno de los motivos de consulta más frecuentes en psiquiatría y psicología infantil y adolescente, y de fracaso escolar. En un 40-80% de los casos, el TDAH se muestra asociado a otros trastornos, un tratamiento temprano y completo podría prevenir algunas comorbilidades (Álvarez, Soutullo, Díez y Figueroa, 2013)

Se entiende por comorbilidad a los trastornos que se dan al mismo tiempo, en este caso son trastornos que coexisten con el trastorno por déficit de atención. Más del 85% de los pacientes presentan al menos una comorbilidad añadida al TDAH y cerca del 60% tienen por lo menos dos comorbilidades. Lógicamente existen más problemas asociados al trastorno cuanto más tiempo ha evolucionado el mismo sin un tratamiento adecuado (Álvarez, Soutullo, Díez y Figueroa, 2013).

- Dificultades en el aprendizaje: entre el 30% y el 40% de los niños con AD/HD presentan, de manera asociada, problemas específicos de aprendizaje, como dislexia o discalculia.
- Trastornos por ansiedad: 20% de los niños con AD/HD los presentan, siendo la ansiedad por separación la más común
- Problemas de conducta: representan la comorbilidad mas frecuente del AD/HD y afectan a más del 40% de niños con este diagnostico, en contraste con un 6 al 8% de niños con problemas de conducta en la población general. La forma de presentación más común es el trastorno oposicionista-desafiante, el cual implica desobediencia y hostilidad ante figuras de autoridad.
- Depresión: afecta al 10% de niños con esta problemática, se manifiesta con baja autoestima, irritabilidad, falta de energía, somatizaciones y problemas del sueño.
- Trastorno en la coordinación del desarrollo: hipotonía generalizada, torpeza en la psicomotricidad fina por impulsividad, inhabilidad para el deporte.
- Trastorno de tics: alrededor del 60% de los niños que presentan tics tienen TDAH.

### 1.3: Breve reseña histórica

Desde este punto de vista, se sostiene que los primeros antecedentes del TDAH son descritos en el año 1902, por George Still, asociándolo al comienzo de la edad escolar y se denominó “Síndrome de lesión cerebral”, atribuyéndole causas neurológicas aunque sin ningún tipo de prueba científica que avale esta idea. Desde 1926 y durante varias décadas se consideró que la hiperactividad era causada por una “lesión cerebral mínima”, aunque no se contaba con posibilidades de comprobar efectivamente esta hipótesis diagnóstica. En el año 1935 se diferencia entre niños hiperactivos con lesiones cerebrales y niños hiperactivos sin lesiones cerebrales. Los estudios realizados por Bradley, permitieron observar con el uso de amfetamina, cambios notorios en el comportamiento y rendimiento escolar.

En el año 1937 se comenzó a medicar con estos fármacos a niños con esta patología. Seguidamente, en el año 1940 se lo denominó como “síndrome hiperquinético”, señalando como una de las principales características de dicho trastorno “el exceso de movimiento”.

Con el tiempo se establecieron cuarenta y nueve maneras diferentes de denominar a éste trastorno, generando una gran diversidad en su nomenclatura. De esta forma surgió la necesidad de unificar criterios y esto condujo a la Academia Americana de Psiquiatría a consolidar en 1980, en su Manual de Estadística y Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM III) la primera descripción canónica del TDAH como Déficit de Atención con hiperactividad y sin hiperactividad, luego en el DSM IV solo se denominó como Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) (Vignoli de León, 2014)

#### 1.4: Etiología

Con respecto a la etiología del trastorno, desde la mirada cognitiva algunos autores (Joselevich, 2003) consideran que el mismo se produce tanto por factores genéticos como ambientales. Algunos de ellos pueden ser: consumo de alcohol, tabaco, drogas, estrés durante el embarazo, intoxicación por plomo, alergias alimentarias. Además, estos autores, plantean que en el 50% de los casos se encuentran alteraciones en genes, pero se debe tener en cuenta que la base genética es modificada en muchos casos por el ambiente en el que se encuentra el niño. Desde este posicionamiento (Joselevich, 2003) se sostiene que si bien estos factores medioambientales no son causales del TDAH si influyen en él, potenciándolo o moderándolo. Además, agregan que existen algunas cuestiones familiares que favorecen el manejo del cuadro, por ejemplo: integridad familiar, la buena relación entre padres e hijos, la interacción armónica con los hermanos; pero también hay factores familiares que influyen en forma negativa, como: depresión materna y disfuncionalidad familiar.

En cambio, desde la perspectiva de la neurociencia (Risueño, 2001; Aguilar Metaca, 2009), se considera que el trastorno por déficit de atención está asociado a déficits de funciones ejecutivas, las cuales se encuentran en el lóbulo frontal: inhibición de las respuestas (motora, cognitiva o emocional), atención selectiva y sostenida, fluidez verbal, planificación, memoria de trabajo, capacidad de retrasar la gratificación y la flexibilidad mental. Es decir que, en este contexto, el concepto de función ejecutiva engloba las capacidades necesarias para atender a un estímulo, planificar y organizar una acción, reflexionar sobre la consecuencia de las acciones, e inhibir la primera respuesta automática cambiándola por otra más apropiada.

Entonces, debido a estas alteraciones los estímulos se percibirían como caóticos y difíciles de organizar, por lo que se producirían alteraciones cognitivas, afectivas y conductuales (Risueño, 2001).

Diferentes investigadores han descubierto un bajo nivel de flujo sanguíneo y en el metabolismo en el lóbulo frontal de los niños con trastorno por déficit de atención, lo cual explicaría la dificultad para sostener la atención, para regular su conducta, al disminuir la inhibición que el lóbulo frontal ejerce normalmente sobre el sistema límbico (Risueño, 2001)

Otros investigadores han realizado diversos estudios para comprobar si es la falta de dopamina la responsable de los síntomas de este trastorno, ya que las neuronas dopaminérgicas cumplen un rol muy importante en la motivación y en la atención, pero no han llegado a resultados fructíferos, ya que para poder medir los niveles cerebrales de dopamina es necesario realizar la medición en el líquido cefalorraquídeo a través de una punción lumbar, lo cual no se realiza por cuestiones éticas. A pesar de estos inconvenientes los especialistas en el tema parecen no tener dudas de que el sistema dopaminérgico de alguna manera está implicado, ya que la medicación utilizada para este trastorno, el metilfenidato, es efectiva, y la misma actúa potenciando la acción de la dopamina al inhibir su recaptación. (Risueño, 2001)

A modo explicativo se podrían agrupar ciertos factores que también podrían incidir en la aparición de este trastorno:

Factores genéticos: Según algunos autores (Risueño, 2001; Aguilar Metaca, 2009) un alto porcentaje de los TDAH se producen debido a las mutaciones de varios genes. Estos genes “defectuosos” dictarían al cerebro la manera de emplear neurotransmisores como la dopamina (DA) (encargada de inhibir o modular la actividad neuronal que interviene en las emociones y el movimiento). Así se sugiere un fallo en el desarrollo de los circuitos cerebrales en que se apoya la inhibición y el autocontrol. Cuando se detecta un caso de TDAH, los hermanos así como los padres tienen alta probabilidad de sufrir o haber sufrido TDAH.

Desde la misma perspectiva (Risueño, 2009; Aguilar Metaca, 2009) se pueden definir cinco factores que inciden a la aparición de dicho trastorno:

Factores biológicos adquiridos: Esta postura sostiene que el trastorno por déficit de atención podría adquirirse por ciertos factores adquiridos durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal, como el consumo por parte de la madre de alcohol, tabaco y psicofármacos (benzodiazepinas, anticonvulsivantes), también pueden ser factores influyentes la prematuridad o bajo peso al nacer, alteraciones en el cerebro como encefalitis o traumatismos que afectan a la corteza prefrontal, hipoxia, hipoglucemia o la exposición a niveles elevados de plomo en la infancia temprana.

Factores neuroanatómicos: también se ha señalado, a partir de las técnicas de imagen cerebral la implicación de la corteza prefrontal y los ganglios basales (áreas encargadas de regular la atención) en el desarrollo de este tipo de trastornos.

Factores neuroquímicos: en este caso, se ha señalado que la noradrenalina y la dopamina serían los dos neurotransmisores de mayor relevancia en el tratamiento farmacológico del TDAH ya que ambos están implicados en la función atencional y la dopamina también en la regulación motora. De esta manera, los estudiosos han descrito la afectación de las regiones ricas en DA (región anterior o de la función ejecutiva) y de las regiones ricas en NA (región posterior de la flexibilidad cognitiva).

Factores neurofisiológicos: en este caso, los investigadores aducen que en los pacientes con este trastorno se pueden observar algunas alteraciones de la actividad cerebral como: reducción del metabolismo/flujo sanguíneo en el lóbulo frontal, córtex parietal, striatum y cerebelo; aumento del flujo sanguíneo y actividad eléctrica en la corteza sensoromotora; activación de otras redes neuronales y déficit en la focalización neuronal (Risueño, 2009; Aguilar Metaca, 2009)

Sin embargo, a diferencia de lo expuesto anteriormente, desde el primer punto de vista, es decir, desde la psicología cognitiva (Joselevich, 2003) se consideran fundamentales los factores psicosociales, de esta manera, se sostiene que la implicancia de estos factores es de relevancia ya que pueden influir y modular las manifestaciones del TDAH. En este sentido, la severidad y expresión de los síntomas puede verse afectado a través de la interacción gen-ambiente. Algunos de los factores psicosociales que esta perspectiva ha delimitado son: inestabilidad familiar, problemas con amigos, trastornos psiquiátricos en los padres, paternidad y crianza inadecuada, relaciones negativas padres-hijos, niños que viven en instituciones con ruptura de vínculos, adopciones y bajo nivel socioeconómico.

## 1.5. Tratamiento

Existen diversas posturas respecto a cuál es el tratamiento más efectivo para el trastorno por déficit de atención. Desde el punto de vista de la psicología cognitiva (Joselevich, 2003; Vidal, Bosch, Nogueira, Casas, Ramos, Corrales, Richarte, Valero, Barros, Palomar, Francas, Corominas, Real y Chalita, 2012), se considera que debido a las múltiples dificultades que los niños con esta problemática presentan en el plano emocional, social y académico hacen que el tratamiento deba ser más complejo y deba ser planificado teniendo en cuenta cada caso en particular. Por lo general, el trastorno se aborda con un tratamiento multimodal, el cual contempla:

- Tratamiento farmacológico: En relación a la medicación, Joselevich (2003) apunta que no en todos los casos se requiere de la medicación, pero en muchos de ellos si es necesaria para que el tratamiento sea efectivo. En los niños diagnosticados con TDAH en los cuales es fundamental la medicación, alrededor del 50%, el metilfenidato (Ritalina, Rubifen) es el medicamento de primera elección. Se indica un tratamiento con Ritalina durante por lo menos tres o cuatro años, dependiendo de cada niño, en algunos casos necesitan tomarla de por vida. Los psicofármacos se prescriben fundamentalmente para disminuir los síntomas de impulsividad, hiperactividad y déficit de atención sostenida, como también algunos trastornos comórbidos.
- Tratamiento cognitivo-conductual: el cual incluye entrenamiento y psicoeducación para padres, terapia individual para el niño según su edad, técnicas de autocontrol, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en habilidades académicas.
- Otro tipo de intervenciones: en algunos casos se requiere de la intervención de otros tratamientos como por ejemplo: tratamiento fonoaudiológico, tratamiento psicopedagógico.
- Según Manuela Malagón Cubero (2010) algunas técnicas muy utilizadas desde la psicología cognitivo-conductual son:  
En la atención con niños con TDAH suelen ser efectivas las técnicas derivadas de la psicología cognitivo-conductual:  
Refuerzo positivo (Puntos, reconocimiento social y tiempo de atención de los adultos por su buen comportamiento)  
- Tiempo fuera: Salida de la clase durante algunos minutos, cuando el niño se porta mal buscando la atención de otros niños o personas mayores.

- Práctica positiva: Pedir al niño que realice la conducta correcta de forma exagerada (por ejemplo si lo pillamos corriendo por el pasillo, hay que decirle que como no sabe controlarse debe entrenar, así que recorra el pasillo andando despacio cinco veces)
- Ofrecerle modelos que muestren conductas reflexivas: Por ejemplo de niños de su mismo sexo y edad que cometen errores pero rectifican a tiempo.
- Reprimenda (breve, inmediata, aislada y con algún refuerzo positivo).
- Coste de refuerzo (puntos que se conservan o pierden según su conducta).
- Contratos conductuales.
- Autoevaluación de la conducta y atribución adecuada de las consecuencias de éxitos y fracasos
- Entrenamiento en autoinstrucciones: Que verbalice en voz alta sus pensamientos.
- Entrenamiento en solución de problemas y habilidades sociales.
- Técnicas de relajación.

Particularmente, la Ritalina potencia la acción de la dopamina, inhibiendo su recaptación a nivel presináptico, lo que produce la activación del lóbulo frontal. Esto tendría un efecto, normalizar la conducta ya que controla la hiperactividad, reduce la impulsividad y por tanto la agresividad, además ayuda a focalizar la atención y mejora las relaciones interpersonales.

La dosis a administrar se determina en cada caso en particular. Desde esta perspectiva, tanto para el diagnóstico como para controlar la medicación se administran cuestionarios estandarizados a padres y docentes. También se sostiene que una forma objetiva de comprobar la efectividad de la medicación prescrita es evaluar a partir de tests de atención y aprendizaje, utilizando tanto placebos como la dosis de medicación.

En los casos en que predominan los problemas de atención puede indicarse únicamente para los días de semana pero cuando hay problemas de hiperactividad y problemas de conducta se recomienda no suspenderla durante los fines de semana y vacaciones.

Debido a que este trastorno es crónico la medicación no tiene efectos curativos, ya que no puede modificar el origen de los síntomas, pero permite modificar la relación

negativa del niño con el medio gracias a que permite ayudar al niño a incorporar hábitos que de otra forma no podría desarrollar, y evita las complicaciones emocionales que produce el fracaso constante ya que mejora su seguridad y autoestima.

Un tema de mucho interés es el de los efectos adversos o también llamados colaterales, los cuales según Joselevich son poco importantes y transitorios, suelen desaparecer a las pocas semanas. Los que más predominan son: insomnio, disminución del apetito, pérdida de peso, irritabilidad y dolor abdominal. Los menos frecuentes pueden ser: pesadillas, náuseas y mareos. Estudios realizados en Estados Unidos demuestran que la medicación utilizada para esta problemática no genera hábito ni dependencia. (Joselevich, 2003)

En cambio, desde la psiquiatría se plantea que la medicación ha sido lo más utilizado hasta ahora y por ello es en lo que más experiencia se tiene. Algunos estimulantes como la benzedrina, fueron utilizados por primera vez en 1937. Sin embargo en la actualidad, si bien se tiene en cuenta la medicación para abordar este trastorno también se considera que por sí sola es insuficiente, debido a la complejidad del trastorno como mencione anteriormente.

Si bien uno de los medicamentos más difundidos es la ritalina, desde el ámbito de la neurociencia, Rabito y Correas (2014) realizaron una revisión y concluyen que se considera a los psicoestimulantes como tratamiento de primera elección para la eliminación de los síntomas del TDAH, solos o en combinación con terapia conductual. Según las investigaciones realizadas por estos autores la combinación de terapia conductual con la administración de medicamentos ayuda a las familias, los maestros y los niños a aprender a manejar ciertas conductas inapropiadas que causan problemas tanto en el hogar como en la escuela.

Rabito y Correas (2014) consideran importante el punto de vista de la BAP (Asociación de psiquiatras, psicofarmacólogos e investigadores pre-clínicos interesados en el amplio ámbito de las drogas y el cerebro) según los cuales es importante para la efectividad del tratamiento:

- Tratamiento farmacológico en la infancia: tratamientos farmacológicos probados en los niños incluyen psicoestimulantes y la atomoxetina como tratamientos de

primera línea, la imipramina y el bupropion como segunda línea y la clonidina y guanfacina como tratamiento adyuvante.

- Tratamiento farmacológico en el adulto: Los fármacos de primera elección serían tanto los psicoestimulantes como el metilfenidato o las anfetaminas, como los no estimulantes, por ejemplo, la atomoxetina.
- Tratamiento psicoterapéutico: la psicoterapia individual y familiar son útiles para informar sobre el estado y el pronóstico, ayuda a evitar los efectos negativos sobre la autoestima o expectativas poco realistas de tratamiento. Psicoterapias estructuradas suelen ser útiles para fomentar la confianza, desarrollar habilidades directivas, manejo de la ansiedad y la depresión, y mejora el funcionamiento, por otro lado, la terapia de grupo puede ayudar para el aislamiento social.

Parece existir un consenso entre los autores al sostener que para que el tratamiento sea efectivo el trabajo se debe realizar de manera interdisciplinaria (Joselevich, 2003; Soutullo Esperón, 2004; Vidal, Bosch, Nogueira, Casas y Ramos, 2012), es decir con profesionales de diferentes disciplinas que trabajen de manera coordinada, y también se debe incluir a los padres y a los docentes.

Desde el ámbito escolar, los maestros pueden observar a los niños en el aula para poder recomendar a los padres una consulta profesional si detecta ciertos problemas primero. En cuanto a los profesionales deben estar especializados en el tema y a su vez es importante que trabajen de manera conjunta, sobre todo deben saber escuchar, explicar y orientar a los padres acerca de cómo manejar a un niño con TDAH, así como tener cierto criterio a la hora de prescribir medicación. Los padres, por su parte, deben primero ser capaces de aceptar el problema, y luego estar dispuestos a participar de manera activa con el tratamiento. (Joselevich, 2003).

## 1.6 El papel de los padres y los docentes a cargo

Algunas investigaciones (González, Bakker y Rubiales, 2014) han evidenciado la importancia del ambiente psicosocial, el cual desempeña un papel modulador fundamental sobre la predisposición biológica al TDAH, influyendo en la forma en la que la hiperactividad, la impulsividad y la inatención son comprendidas y manejadas por la familia (González, Bakker y Rubiales, 2014). Por consiguiente, si bien estas variables ambientales no son factores causales, sí modulan la evolución del trastorno y pueden considerarse como variables de riesgo si aumentan la probabilidad de aparición de sintomatologías, o como variables de protección si disminuyen o amortiguan el impacto de los acontecimientos de riesgo (González, Bakker y Rubiales, 2014). Los síntomas tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento social, emocional, conductual y cognitivo, ocasionando una importante disfuncionalidad no sólo en el niño, sino también en su familia y en el grupo de compañeros (González, Bakker y Rubiales, 2014). Diversos estudios han mostrado el impacto que tiene el TDAH sobre la dinámica familiar -en lo referente tanto al estrés parental que conlleva- así como sobre los estilos parentales de crianza característicos de esta población. En este sentido, se ha observado que la disfuncionalidad familiar es mayor para aquellas familias de niños con TDAH que para las familias de niños sin el trastorno, y está consistentemente asociada con las alteraciones conductuales, la gravedad y la persistencia de los síntomas en los niños (González, Bakker y Rubiales, 2014).

Es fundamental que las personas que están vinculados a niños con TDAH puedan conocer en profundidad este trastorno, para no etiquetarlos como “vagos, desobedientes” u otros términos negativos, sino poder comprender que ellos muchas veces no puede autorregularse, no se trata de una cuestión de voluntad.

Joselevich sostiene que el medio ambiente en el cual está inserto el niño podría influir decisivamente en el devenir, ya sea con notables alivios o con empeoramientos riesgosos. Por un lado, la escuela ocupa un lugar fundamental en la vida de las personas, ya que regula el aprendizaje, favorece las inserciones sociales y permite la adquisición de normas y valores, entre otras cosas. Por el otro, la familia desde el comienzo de la vida y a lo largo de ella es constituyente de la subjetividad (Joselevich, 2003).

## **Capítulo 2: Una mirada psicoanalítica sobre el trastorno por déficit de atención**

### **2.1 Acerca de la desatención y la hiperactividad**

Algunos autores (Vasen, 2007) plantean que en la actualidad las escuelas se han poblado de niños que se distraen fácilmente, no prestan atención y tienen dificultades de aprendizaje, según el autor, son niños que no se pueden quedar quietos, con reacciones impulsivas, incapaces de aceptar normas que la situación de clases requiere. Pero para los que consideran que estas conductas son desadaptativas ya hay una solución, la medicación, la cual daría lugar a que las cosas sean más fáciles tanto para padres como para docentes, ¿para qué preocuparse entonces? Si lo fundamental es que nadie se salga de la norma y con la medicación se puede resolver.

Según Vasen, nadie se anima a denominarlo como enfermedad y se lo clasifica como síndrome, y tan fácil de detectar que lo puede hacer cualquiera, los padres y los maestros diagnostican a través de cuestionarios sencillos.

En cambio, desde una mirada cognitiva (Espinosa y Aguilar, 2013) el Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) sería el trastorno del neurodesarrollo más frecuente en la infancia. La magnitud, determinada por su prevalencia, su trascendencia negativa en el desarrollo del niño y, sobre todo, su vulnerabilidad al tratamiento, hacen necesario una evaluación y un abordaje adecuado y temprano en los niveles primarios de atención en salud y educación.

Según algunos autores (Espinosa y Aguilar, 2013) para evaluar si el niño presenta este trastorno, el pediatra necesita entrevistarse con la familia y el niño; desarrollar contactos con el colegio y otros profesionales para ofrecer un cuidado coordinado y continuo; identificar los recursos de la comunidad y especialmente, tiempo y confianza en sus capacidades y habilidades. La valoración del TDAH requiere información obtenida directamente de los padres o cuidadores y de los profesores sobre la presencia de los síntomas nucleares del trastorno en ambientes diferentes, la edad de inicio, la duración de los síntomas y el grado de impedimento funcional. Si se confirma el diagnóstico de TDAH el objetivo del tratamiento, desde esta perspectiva, sería disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas y facilitar estrategias para su

control ya que no se dispone de un tratamiento curativo en la actualidad. (Espinosa y Aguilar, 2013)

El primer autor mencionado, Vasen, plantea que con la certeza de lo que tienen – TDAH- o mejor dicho, de lo que no tienen –dopamina- y con la seguridad de proveérsela a través de medicamentos eficaces, este autor expresa: ¿para qué perder tiempo en escuchar que es lo que les pasa a estos niños? El problema ya no es de los adultos, ahora es de los niños, son ellos los que no se adaptan, no aprenden, no rinden. Ahora es más fácil, ya hay una solución. (Vasen, 2007)

Gabriela Dueñas plantea que centrándose en el trabajo con niños se podría observar el aumento de las consultas sobre niños con problemas de desatención, hiperactividad e impulsividad. Si bien siempre ha habido niños con estas problemáticas el problema en la actualidad es la forma de diagnosticar, ella considera que a partir del diagnóstico denominado en el DSM IV como Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, que al niño se procede a medicarlo a pesar de poner como centro una causa biológica, que no está científicamente comprobada.

Gabriela Dueñas (2011) considera que son diagnósticos que se realizan a partir de conductas observables, y no se considera la subjetividad del niño. De esta manera, niños con diversas problemáticas (situaciones de violencia, importantes inhibiciones que interfieren en su rendimiento escolar, trastornos en sus pensamientos, etc.) se los encasilla en una misma categoría diagnóstica: TDAH, recibiendo por ende el mismo tratamiento, en el cual se pone énfasis en la medicación (Gabriela Dueñas, 2011).

Desde esta mirada, no es que la atención este en déficit, sino que no está disponible, está enfocada en otros intereses y objetos más interesantes. Se presta atención a quien se sabe de antemano que va a devolver. Se piensa que tal vez la escuela no devuelve bien esos préstamos.

Vasen considera que no se debería repensar el lugar del niño en la actualidad, el cual tiene que “atender” a demasiadas demandas: de educación, de consumo, de supervivencia; sino que se debería evaluar con que herramientas cuenta para lograrlo, quizás el exceso de demanda sobre infancias fragilizadas produzca un “déficit

atencional”. A partir de tener en cuenta estos interrogantes al autor le surge otro, ¿Cómo y con que intervenir, entonces? (Vasen, 2007)

## 2.2 La familia y la escuela en la actualidad

Desde una mirada psicoanalítica, Freud se opuso siempre al hecho de cuantificar la atención, ya que consideraba que si la atención no estaba disponible para el sujeto, no era debido a una disminución de su atención sino a su perturbación por diferentes demandas que pueden alterar su distribución.

Esto conduce a los autores que se posicionan desde el psicoanálisis (Vasen, 2007; Gabriela Dueñas, 2011) a preguntarse sobre los destinos de esa libido que no está disponible para prestar atención a lo que “corresponde” en ese momento, es decir, a las diferentes propuestas por la escuela/maestra/padres.

Hay que tener en cuenta que lo que se le exige a los niños en las escuelas es que mantenga por mucho tiempo su atención selectiva, no solo se le pide que este despierto, sino también que preste atención a lo que la maestra dice. La atención se despierta frente a algo interesante, la dificultad entonces, no se debería a un déficit cuantitativo o mucho menos neurológico, sino por el desinterés en aquello que los otros le proponen. Uno de los problemas de la contemporaneidad es el acentuado desfase entre lo que se le intenta enseñar al niño en la escuela y los intereses que ese niño tiene en su vida cotidiana.

Si la atención se presta, está claro que se trata de una transacción, el chico da, presta, paga con su atención ante la expectativa de recibir a cambio algo deseable, que valga la pena esa renuncia.

Desde esta misma línea de pensamiento, se considera que dirigirse al mundo y sostener el oído y la mirada atentos esta motorizado por los deseos, son los deseos los que marcan la dirección hacia la cual la atención se dirige, pero también el yo como conjunto organizado de representaciones aparece como imprescindible para que un sujeto atienda y aprenda. Entonces, los trastornos en la atención tendrían que ver con la dificultad para investir determinados objetos culturalmente propuestos pero que no resultan deseables, o con una dificultad para inhibir procesos psíquicos que dispersan, fragmentan o desorganizan al niño desde su “interior”. Es decir que más que de un déficit se podría decir que es un exceso de distractibilidad que lleva a que el foco de atención cambie rápidamente.

Los chicos criados rodeados de medios, videojuegos, y el ritmo de videoclips tipo MTV, encuentran en la escuela un material que aburre. Una clase típica de la escuela en la que se privilegia el estar sentados, la lectura de materiales que no suelen convocar a los alumnos, es una escuela en la que muchos chicos de hoy no encajan o en la que requieren medicación para “encajar” (Vasen, 2007; Gabriela Dueñas, 2011).

Además, hay que tener en cuenta que así como hay diversos estilos de inteligencia también los hay de atención, hay niños que atienden a palabras, otros a sensaciones, otros a miradas, otros están pendientes de los gestos, otros están siempre alerta y reaccionan frente a cada ruido. Hay también niños que juegan sueñan despiertos y juegan en clase mientras el docente habla. Y aquellos que están ensimismados en un duelo no resuelto o en otras preocupaciones (Vasen, 2007; Gabriela Dueñas, 2011).

Otra cuestión importante que estos autores (Vasen, 2007; Gabriela Dueñas, 2011) plantean a tener en cuenta es que, en occidente durante mucho tiempo la familia, compartió su espacio de formación de subjetividad con la iglesia, en cambio, en la actualidad, ocupa un escenario menos importantes que otros ámbitos de sociabilización formales (escuela) e informales (medios masivos de comunicación).

La subjetividad moderna ponía énfasis en la formación de futuros ciudadanos respetuosos de la ley. Actualmente la realidad es otra, hay formas de subjetivación basadas en la desorganización, la precariedad y la exigencia de eficiencia. Habría que agregar a los principios de Freud de placer y realidad otro: el de rendimiento. Allí se ubica lo que los padres esperan de sus hijos y también lo que la sociedad demanda, lo que ejerce mucha presión sobre los recién llegados.

La familia ha dejado de ser una institución para convertirse en un simple lugar de encuentro de vidas privadas. Desde esta mirada se considera que estamos en una sociedad de consumo; en la modernidad los padres eran los que inicialmente daban lugar a la de sociabilización de los niños, en cambio, en la actualidad la publicidad “educa” a ambos, tanto padres como niños, colocándolos en un lugar de simetría para que hagan “carrera” como consumidores. “Algo se ha “roto” en la química moderna entre los chicos y padres. Algo que no se arregla con la química que aportan los psicofármacos” (Vasen, 2007, p. 24).

Con respecto a la escuela, si bien hay edificios y maestras como antes hoy todo funciona diferente. La escuela moderna era una escuela que formaba ciudadanos, ahora la escuela capacita a los niños para entrar a un mercado. Antes la escuela era la única fuente de información, y a la que se le daba mucho valor, en la contemporaneidad es una empresa como cualquier otra, hoy los niños vienen a desaprender. El saber estructurado y la importancia del maestro, junto con la del estado y del padre, han caído. Para poder desmarcarnos del consumo necesitamos establecer desde la crianza y la escuela nuevas marcas (Vasen, 2007; Gabriela Dueñas, 2011).

Vasen expresa que es en la escuela en donde se ven frecuentemente estas dificultades en la atención, pero esto resulta obvio, ya que ¿Cómo no se va a manifestar en la escuela el conflicto entre la temporalidad ávida del consumo y los pacientes ritmos que requiere la construcción de un saber si la vida urbana va adquiriendo un ritmo “cocaínico”? Nuestra época se inscribe saturando los cuerpos y demanda modos de ser que puedan “andar a mil”. (Vasen, 2007)

### 2.3 Sobre la denominación de esta problemática

Desde una mirada psicoanalítica, Vasen (2007), plantea que al clasificar las conductas visibles se ha llegado a este nuevo “cuadro”. Ni TDAH, ADD o ADHD son diagnósticos, son efectos de una clasificación. La facilidad con que se clasifica y rotula niños como TDAH es una práctica iatrogénica.

El autor manifiesta que se podría decir que estamos ante un caso de clasificación “chatarra”, que al igual que la comida chatarra, tiene consecuencias tanto para el cuerpo como para la vida de esos niños. Menciona que estas siglas son producto de una clasificación, pero se pregunta ¿Qué es clasificar? Es una técnica que se basa en lo aparente y a partir de allí agrupa un conjunto de fenómenos “objetivamente”. Esto es motivo de discusión acerca de la validez de los trastornos descritos en el DSM, es decir, por los criterios utilizados para llegar a ellos. Considera que lo que en un principio iba a ser un manual estadístico y descriptivo se convirtió progresivamente en un tratado de psicopatología que define diagnósticos con sus respectivas etiologías. (Vasen, 2007)

Según Vasen (2007) La diferencia entre clasificar y diagnosticar reside en que la clasificación se detiene en la singularidad. Se tiene en cuenta a cada uno de los sujetos, el psicoanálisis apunta a ir más allá del dato objetivable y agrupable, es decir de lo manifiesto.

Siguiendo con esta línea de pensamiento, se considera que lo que es un problema pasa a ser un “trastorno” que no requiere desciframiento, no requiere ser interpretado o resuelto. Se trata únicamente de adiestrarlo y eliminarlo. Diversas dificultades de atención son interpretadas como déficits, se las ubica en una categoría clasificatoria y se obtura entonces la posibilidad de investigar sus determinantes. Los niños se convertirían en “entidades” para poder operar técnicamente sobre ellos, y de esta manera el sujeto se convertiría en un trastorno. Solo teniendo una mirada reduccionista puede considerarse que a partir de conductas observables similares se llega a un mismo diagnóstico. (Vasen, 2007)

A partir de haberlos ubicado en uno de los trastornos se procede a medicarlos, ya que esa sería la solución, argumentando que se trata de una enfermedad que tiene una etiología biológica, Juan Vasen considera que no parece prudente buscar en los genes la

respuesta a una problemática (desatención, impulsividad, hiperactividad) que se nutre tanto de los modos y los tiempos de nuestra época. Con la variedad de subtipos existentes en el DSM da cuenta de los intentos por preservar el paradigma, a pesar de haber pruebas de que muchos niños no se ajustan a su estructura (Vasen, 2007).

Según este autor, no habría sido posible documentar ninguna anomalía genética o neurológica; sus tres síntomas principales (desatención, impulsividad e hiperactividad) no son sinónimos de este “diagnostico”, sino que los podemos encontrar en muchas problemáticas que se presentan en los niños de hoy. Sin embargo se procede a utilizar técnicas de reeducación y psicofármacos “específicos de este trastorno”, los cuales dejan respectivamente fuera de consideración a la singularidad del niño.

En cambio, desde la neurociencia (Espinosa, 2010) existirían evidencias científicas para diagnosticar TDAH, los niños con TDAH tendrían en mayor o menor medida, además de los síntomas descritos en los criterios de DSM-IV-TR, como síntomas cardinales, inatención, hiperactividad e impulsividad, se podrían presentar unos síntomas asociados de conducta, cognición, emocionalidad y adaptación social, así como problemas de autorregulación de su conducta para adecuarla a las demandas del entorno, con un patrón de respuestas a las contingencias del medio poco sensible a los refuerzos positivos negativos. Todos estos síntomas le originan una disfuncionalidad académica y social, por este motivo es importante la confirmación diagnóstica, para poder abordarlo de una manera adecuada.

Desde la perspectiva de la psicología cognitiva (Vicario y Esperón) el diagnóstico del TDAH se basaría en una historia clínica detallada y observación directa por los padres, profesores y profesionales. No existiría ningún marcador psicológico o biológico, prueba o test patognomónico, de la enfermedad. Según estos autores (Vicario y Esperón) para hacer un diagnóstico de TDAH según criterios DSM-IV se tienen que cumplir 5 criterios diagnósticos: 1. presencia de 6 síntomas de inatención o 6 síntomas de hiperactividad/impulsividad; 2. un criterio de edad, con presencia de algunos síntomas con deterioro antes de los 7 años; 3. presencia de deterioro funcional en al menos dos ambientes; 4. evidencia de deterioro social, académico u ocupacional, y 5. diagnóstico diferencial con otros problemas médicos y psiquiátricos. Este sistema diagnóstico se basa en: 1. estimaciones cuantitativas de la severidad de los síntomas; 2. deterioro funcional según el nivel evolutivo, y 3. un diagnóstico diferencial. Finalmente,

el 5º criterio de diagnóstico diferencial implica un buen conocimiento de otros trastornos psiquiátricos además del TDAH. Consideran que es importante que el pediatra de atención primaria esté formado y tenga tiempo para excluir otros trastornos psiquiátricos o de otra etiología. Si esto no es posible, debe referir al paciente al psiquiatra infantojuvenil o al neuropediatra, especialmente los pacientes que no respondan bien al tratamiento, o que presenten otros problemas asociados. Plantean que en niños con sospecha de TDAH el pediatra debe realizar una serie de preguntas para despistaje de problemas psiquiátricos, agregan que generalmente las preguntas se le hacen a los padres, pero también sería conveniente hacérselas al niño individualmente. (Vicario y Esperón)

## 2.4 La medicación como la única solución

Desde una perspectiva psicoanalítica, Vasen se pregunta, ¿cómo es posible que habiendo en los últimos diez años una “cura” para este trastorno el mismo haya aumentado tanto? Plantea que la prescripción de psicofármacos no debería oponerse a otros abordajes, pero eso es lo que ocurriría debido a la medicalización de la infancia. Manifiesta que es posible un uso criterioso, acotado, de psicofármacos en algunas situaciones específicas, en la que los medicamentos son muy importantes porque eliminan ciertos síntomas que interfieren con muchas áreas de la vida de la persona, pero se opone a un uso extensivo, consumista de los medicamentos. Con respecto a esta problemática en particular, aclara que es fundamental tener en cuenta que los medicamentos no se deben utilizar con el fin de adecuar al niño a las expectativas de su familia, escuela o su médico. (Vasen, 2007)

Vasen dice que en Argentina, el aumento de venta de psicofármacos para niños es muy intenso y se encuentra liderado por el tan nombrado Metilfenidato, cuyo consumo se ha cuadruplicado entre 1994 y 1999. En nuestro país, se facturaron alrededor de 150 millones de pesos en 2005, un 5% más que en 2004. (Vasen, 2007)

Según este autor, se habría comprobado que el Metilfenidato disminuye la inquietud motora tanto fina como gruesa, aumenta la atención, mejora el cumplimiento de las instrucciones, reduce la agresividad hacia los demás, mejora las relaciones sociales con padres, docentes y pares. Esto ocurre por lo general en todos los niños, no solo los que son diagnosticados con “TDAH”, esto daría por tierra la especificidad que se le supone a este medicamento.

Además, el Metilfenidato sería un medicamento que tiene un efecto breve, cuyos efectos desaparecen al poco tiempo de haberlo ingerido, esto quiere decir que no se lo puede considerar de ninguna manera una “cura”. Solo serviría para aliviar los síntomas por un momento. (Vasen, 2007)

Otro de los inconvenientes es que la eficacia con la que actuaría, es decir, reprimiría la hiperactividad, la impulsividad o la desatención del niño, sería por este motivo que los padres, docentes y profesionales consideren que el problema se ha resuelto y esto podría persuadirlos de tratar de emplear métodos no medicamentosos, los cuales podrían llegar a la causa que ha provocado todos los síntomas.

Vasen, plantea que por otro lado, la medicación tiene efectos adversos, como por ejemplo:

- Puede interferir en su sentido de responsabilidad al hacer que atribuya sus conductas a la medicación
- Algunas investigaciones indican que algunos niños diagnosticados con TDAH pueden caer en el abuso de sustancias en su edad adulta
- Efectos físicos desagradables, como náuseas e insomnio
- Leves pérdidas de apetito, detención del crecimiento, cefaleas, trastornos cardíacos
- Riesgos de producir arritmias y accidentes cerebrovasculares tanto en niños como en adultos

Otra observación que realiza el autor es que en la actualidad nadie aceptaría como tratamiento médico el uso de anfetaminas, sin embargo, el Metilfenidato, actúa como anfetamina y produce sus mismos efectos y riesgos de dependencia y sin embargo es aceptado por muchos colegas y padres, quienes no se cuestionan lo suficiente sobre los efectos adversos, ya conocidos en las anfetaminas (estado de alerta, euforia, irritabilidad, agresividad, agitación, a veces alucinaciones, agitación, temblor, mal aliento, sequedad de boca, taquicardia, hipertensión arterial, pérdida de peso, etc.). (Vasen, 2007)

Siguiendo con esta línea de pensamiento, Gabriela Dueñas considera que intervenir con psicofármacos en la vida de un niño es una cuestión compleja y delicada, y la selección de medicamentos y los criterios de uso de los mismos en la infancia no siempre se hacen eco de estas complejidades. (Gabriela Dueñas, 2011)

Sin embargo, desde la mirada desde la neurociencia (Espinosa, 2010) se considera que el tratamiento debe ser individualizado y multimodal, el pediatra debe informar a la familia y al profesional de la educación, acerca de las características del niño y concordar la prioridad de intervención conductual, académica y de habilidades sociales necesarias.

Con respecto al tratamiento farmacológico, Espinosa manifiesta que sería necesario en la mayoría de los niños y obtiene mejoría de síntomas en más del 80% de

los casos, y el fármaco de primera elección es el metilfenidato y la bibliografía recomienda el uso de presentaciones cuya duración de efecto dé respuesta a todas las necesidades del niño, académicas y personales, durante toda la jornada. En los niños que no respondan a dosis óptimas, o presenten efectos secundarios con el metilfenidato, la segunda opción terapéutica es la atomoxetina. (Espinosa, 2010)

## **Metodología de la investigación:**

### **Tipo de estudio:**

Se realizó un estudio exploratorio no experimental porque no se intervendrá en la variable, de tipo transversal ya que se enfoca el estudio de la variable en un único momento, es decir se aplicara el instrumento solo una vez.

### **Identificación y definición de las variables:**

La variable central que se tuvo en cuenta es: “argumentaciones de los psicólogos y psiquiatras”

- Definición conceptual:

Razones para considerar la existencia o, por el contrario, la ausencia del trastorno por déficit de atención.

- Definición operacional:

La variable fue operacionalizada a partir de las respuestas de los profesionales entrevistados.

## **Unidades de análisis:**

### **Población:**

La población con la que se trabajó son los psicólogos y psiquiatras de la Ciudad de Rosario.

### **Muestra:**

La muestra no aleatoria, de conveniencia, conformada por quince profesionales, fue delimitada a partir de un criterio de muestreo bola de nieve, ya que contacte a algunos profesionales los cuales me fueron conduciendo a otros hasta conseguir la muestra necesaria.

## **Técnicas, instrumentos, procedimientos:**

### **Técnica:**

La técnica que se utilizó para la recolección de datos será la entrevista semiestructurada, destinada a los profesionales del área de la salud, ya que según el objetivo planteado considero que es la forma más adecuada porque permite que el entrevistado de explye libremente dando a conocer los temas que son de mayor relevancia para la investigación.

### **Procedimiento:**

Se contactó vía mail a los profesionales para acordar día, lugar y horario en los que se realizará la entrevista. La mayoría de las mismas tuvieron lugar en el consultorio del profesional entrevistado, y otras en bares de la Ciudad de Rosario.

### **Instrumento:**

Entrevista semiestructurada:

Formación profesional:

¿Cuál es tu profesión?

¿En qué facultad estudiaste?

¿Realizaste otras actividades de formación?

¿Desde qué marco teórico trabajas?

¿Cuáles son los casos más frecuentes que te llegan a consulta?

¿Cuál piensas que es el papel de la medicación en los tratamientos?

Postura frente a los trastornos:

¿Qué entiendes por trastorno psicológico?

¿Consideras que un conjunto de conductas disfuncionales (síntomas) constituyen un trastorno?

¿Un trastorno es una enfermedad?

¿Son crónicos los trastornos?

¿Cuál es tu postura frente a las clasificaciones nosográficas, por ejemplo DSM?

Postura frente al TDA:

¿Qué opinión te genera el Trastorno por déficit atencional? ¿Por qué?

¿Qué opinas del siguiente fragmento? “el trastorno por déficit de atención es un trastorno de base neurobiológica que se manifiesta por grados inapropiados de atención,

hiperactividad e impulsividad. Cuando hablamos de grados que no son apropiados significa que las pautas de atención, impulsividad y/o actividad motora no son acordes a la edad cronológica del niño”

¿Está al tanto de la clasificación del TDA?

¿Qué opinas acerca de la descripción que realiza el DSM IV acerca del trastorno por déficit de atención?

¿Consideras que el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad debe tener una entidad propia? ¿Por qué?

¿Qué abordaje piensas que es el adecuado para un niño que presenta conductas tales como la falta de atención, hiperactividad e impulsividad?

¿Cuál es el papel que juegan los padres y el entorno en la aparición de tales conductas?

¿Consideras que es adecuada la prescripción de medicación en los niños? ¿Por qué?

¿Cuál piensas que es el rol de la cultura, sociedad, factores económicos en la delimitación de los trastornos y síndromes actuales?

¿Cuál es la perspectiva de futuro de un niño diagnosticado con TDA (o con conductas disfuncionales) si asiste al tratamiento que Ud. especifica?

¿Piensas que el docente puede detectar algún tipo de conducta que necesite ser derivada a un profesional?

### **Área de estudio:**

Este trabajo se llevó a cabo en la ciudad de Rosario, la cual está ubicada en el centro-este argentino, en la provincia de Santa Fe. Es la tercera ciudad más poblada de Argentina después de Buenos Aires y Córdoba, y constituye un importante centro cultural, económico, educativo, financiero y de entretenimiento. Está situada sobre el margen occidental del río Paraná y forma parte de una región de gran importancia económica.

La ciudad de Rosario es conocida como la Cuna de la Bandera Argentina, siendo su edificación más conocida el Monumento a la Bandera.

### **Consideraciones éticas:**

En esta investigación para evitar que se produzcan en los participantes cualquier tipo de daño (físico, psíquico y/o moral) se tomaron ciertos recaudos; los sujetos fueron informados y conocen los objetivos del trabajo que se realizó, su participación fue voluntaria, se les garantizó el anonimato (bajo ningún punto de vista se revelara su identidad) como también la confidencialidad de los datos, es decir que solo se utilizaron para este trabajo.

## **Análisis de los datos e interpretación de los resultados**

Se trabajó con un total de quince profesionales, siendo cinco de ellos psiquiatras y diez psicólogos, los cuales en su mayoría llevaron a cabo sus estudios en la Universidad Nacional de Rosario, y luego realizaron otras actividades de formación, por lo general relacionadas con la línea teórica desde la cual realizan su trabajo en la actualidad. Las edades de los profesionales entrevistados rondaban entre los 30 y 60 años de edad, y gran parte las entrevistadas fueron mujeres.

En relación al primer eje, el cual trataba sobre los casos más frecuentes que llegan a consulta en la actualidad, y sobre el papel que los profesionales consideran que tiene la medicación en los tratamientos, los psiquiatras entrevistados respondieron en su mayoría que los casos por los que más se les consulta es por ansiedad, y sobre el papel de la medicación, gran parte de ellos piensan que se debe recurrir a la medicación cuando sea realmente necesario y siempre debe ser administrada en forma conjunta con psicoterapia. Con respecto a los psicólogos entrevistados, tanto los que tienen una formación psicoanalítica como los que se posicionan desde la corriente cognitiva coinciden en que la mayoría de las consultas en la actualidad son por trastornos de ansiedad, y además adhieren a la postura de que la medicación debe ser prescrita en los casos en que realmente sea necesario, tal es así que uno de ellos menciona “Como en el paradigma de la terapia cognitiva conductual se trabaja sobre todo con cuestiones conductuales tratamos siempre de agotar todos los recursos conductuales antes de hacer una derivación o interconsulta, pero en algunos casos se nos agotan estos recursos y debemos recurrir a la medicación”.

Teniendo en cuenta el segundo eje, en el cual se interroga sobre el concepto de trastorno, los psiquiatras y los psicólogos psicoanalistas entrevistados en su mayoría respondieron que no utilizan la noción de “trastorno” sino que por lo general hablan de malestar o sufrimiento psíquico, además gran parte de ellos consideran que algún malestar se puede cronificar pero que no podrían decir que determinado malestar o “trastorno” según algunas corrientes, va a implicar la cronicidad; en cambio, los psicólogos cognitivos tienen en cuenta el concepto de “trastorno” y lo definen como “un conjunto de síntomas de tal intensidad que interfieren con la vida cotidiana de la persona”. Sin embargo, coinciden con los profesionales antes mencionados con respecto a la cronicidad, ya que plantean que solo algunos pueden perdurar en el tiempo, pero va

a depender de cada persona, no lo termina exclusivamente el diagnóstico realizado. Con respecto a la postura que tienen sobre el DSM se puede decir que muchos de ellos piensan que sirve para organizarse entre los profesionales del área de la salud, es decir, para poder tener un lenguaje común, pero que no se atienen solamente a lo que dice el manual sino que van más allá, pudiendo escuchar lo que dice el paciente, y trabajar desde allí, uno de los profesionales expresó “Considero que el DSM tiene una utilidad en lo que respecta a que apunta a ordenar de alguna manera una serie de problemáticas a los fines de procurar algún modo de consideración epidemiológica, y esto nos permite tener un lenguaje común entre los profesionales del área de la salud, sin embargo pienso que muchas veces se lo utiliza para rotular a la persona”. En cambio, algunos están en contra del DSM ya que según ellos sirve solamente para etiquetar, rotular, argumentan que ya casi no queda ninguna conducta que no sea patológica según este manual, y desde allí se procede a medicar, el cual desde su punto de vista es uno de los objetivos de la industria farmacológica.

Para finalizar, en relación al tercer y último eje, el cual trata específicamente sobre el TDAH, la mayoría de los psiquiatras a los cuales se entrevistó consideran que el TDAH es un invento de la industria farmacológica, tal es así que uno de ellos manifestó “Considero que el TDAH no es un trastorno, desde mi opinión es una construcción que responde a los intereses económicos de las industrias farmacológicas”. Paralelamente, se sostiene que no hay evidencias certeras para considerar esas “conductas disfuncionales” del niño como un trastorno neurobiológico. Siguiendo con esta línea de pensamiento en relación al TDAH los psicólogos psicoanalistas consideran también que es un invento, es una etiqueta que sirve para ponerle un nombre a algo que le pasa al niño, lo cual es un grave error porque se procede a medicar y a abordar el sufrimiento de los pacientes de la misma manera sin tener en cuenta las diversas subjetividades, una de las psicólogas entrevistadas menciona “Muchas veces cuando no se encuentra una respuesta a determinados malestares se los suele englobar o etiquetar en un determinado diagnóstico, sin embargo, desde mi punto de vista habría que preguntarse porque sufre cada niño ya que cada uno es diferente, deberíamos partir del malestar de cada niño y no desde una etiqueta”. En cambio, los psicólogos cognitivos plantean que este trastorno existe, que se evidencia en la práctica, pero reconocen que en la actualidad está sobre diagnosticado, tal como sostiene uno de ellos al decir “Creo que realmente existe el TDAH, son niños que sufren ya que no pueden mantenerse quietos, no pueden prestar atención a lo que uno dice o hacer un gran esfuerzo por

escucharte y no pueden, pero también creo que en la actualidad está sobre diagnosticado, se abusa de este diagnóstico, hay mucho comercio farmacológico alrededor, y por esto que suele diagnosticarse más”.

Dentro del mismo eje, con respecto a la medicación en los niños todos los profesionales concuerdan en que debe administrarse solamente cuando sea realmente necesario, y siendo muy cuidadosos, uno de ellos expresó “El papel de la medicación debería ser un recurso cuando otras intervenciones más humanas encuentran un límite, considero que la misma no debería ser central, y siempre debe estar dentro de un contexto terapéutico más amplio”. Sobre el abordaje adecuado todos mencionan como la mejor alternativa de tratamiento el abordaje desde el marco teórico desde el cual cada uno de ellos lleva adelante su práctica. Además acerca de la influencia tanto de padres como de la cultura, todos mencionaron la importancia que estos factores tienen en la constitución de la subjetividad, pero no por ello se recurre a culpabilizar a los padres, sino por el contrario, se intenta desculpabilizar para que puedan ser parte del tratamiento de sus hijos, uno de los entrevistados manifestó “El rol del entorno es fundamental, más allá de que exista un déficit siempre hay un entorno que lo promueve, sin embargo no se trata de culpabilizar sino de poner énfasis en la orientación a padres dentro del tratamiento”.

## Conclusión

Como se mencionó al comienzo del presente trabajo, en la actualidad existe una gran controversia respecto al trastorno por déficit de atención en tanto hay quienes sostienen que las grandes dificultades de los niños en edad escolar para prestar atención y mantenerse sentados se deben al tan mencionado “Trastorno”, mientras otros autores consideran que estas conductas no indican necesariamente la existencia de dicho trastorno.

De los profesionales entrevistados solo un pequeño porcentaje considera que estas conductas disfuncionales son consecuencia del TDAH. Los mismos, particularmente, coinciden con la descripción que da el DSM respecto al trastorno, y adhieren implícitamente a la definición que Brown aporta al respecto: “Un trastorno complejo que implica el deterioro de la concentración, la organización, la motivación, la modulación emocional, la memoria y otras funciones del sistema de control cerebral” (Brown, 2006, p. 19). Sin embargo, estos profesionales consideran que, en la actualidad, el TDAH está sobre diagnosticado ya que ante cualquier dificultad de los niños en edad escolar se los engloba en este diagnóstico.

En contraposición, gran parte de los profesionales entrevistados manifestaron no estar de acuerdo con esta denominación, ya que ello conlleva a la medicalización de los niños. Adicionalmente, plantean que este diagnóstico no permite poder tener en cuenta la subjetividad de cada uno de ellos, expresan que es necesario ir más allá de un diagnóstico, el cual en este caso para algunos es un invento de la industria farmacológica ya que no hay evidencia científica suficiente para justificar la presencia de este cuadro. Se podría decir que estos profesionales coinciden con Gabriela Dueñas cuando expresa “Son diagnósticos que se realizan a partir de conductas observables, y no se considera la subjetividad del niño. De esta manera, niños con diversas problemáticas (situaciones de violencia, importantes inhibiciones que interfieren en su rendimiento escolar, trastornos en sus pensamientos, etc.) se los encasilla en una misma categoría diagnóstica: TDAH, recibiendo por ende el mismo tratamiento, en el cual se pone énfasis en la medicación” (Gabriela Dueñas, 2011)

En definitiva, los argumentos que presentaron aquellos a favor del trastorno son: (a) es un trastorno neurobiológico cuyas manifestaciones se pueden observar en la práctica, (b) son niños que realmente no pueden prestar atención y mantenerse quietos, y (c) es importante realizar un diagnóstico temprano para poder llevar a cabo un tratamiento adecuado ya que no es un trastorno sencillo. Por otra parte, aquellos contrarios a tales posturas sostuvieron como principales argumentos para rechazar esta denominación (a) no hay evidencia científica suficiente para afirmar que exista el trastorno, (b) este “trastorno” solo sirve para etiquetar y luego proceder a medicar a los niños, y (c) cuando se rotula con TDAH se le quita la posibilidad al niño de ser realmente escuchado para saber qué es lo que le está pasando. Además, se evidenció que aquellos psicólogos y psiquiatras pertenecientes a la corriente cognitiva estaban más ligados al primer grupo, mientras que los profesionales con una orientación psicoanalítica presentaban posturas similares a los del segundo grupo. Por tanto, se puede inferir una relación entre los posicionamientos teóricos y la interpretación de los cuadros clínicos, más allá de que todos los entrevistados forman parte de los profesionales de la salud mental.

En función de ello, el presente estudio ha podido dar cuenta de los objetivos planteados, los cuales fueron: analizar los argumentos de los profesionales que están a favor y en contra del TDAH y luego establecer diferencias entre ellos.

## Bibliografía

Vasen, J. (2007). *La atención que no se presta: el “mal” llamado ADD*. Buenos aires: Novedades educativas y material didáctico.

Brown, T. (2006). *Trastorno por déficit de atención: una mente desenfocada en niños y adultos*. Barcelona: Masson

Joselevich, E. (2003). *AD/H: que es, que hacer: recomendaciones para padres y docentes*. Buenos Aires: Paidós

Dueñas, G. (2011). *La patologización de la infancia: niños o síndromes*. Buenos Aires: Centro de publicaciones educativas y material didáctico.

Etchepareborda, M. & Lucero, A. (2009). Aspectos controvertidos en el trastorno de déficit de atención. *Medicina*, 69(1), 51-63.

Vignoli de León, L. (2014). *Controversias sobre la prescripción de metilfenidato en niños con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH)*. Tesis para obtener título de psicóloga, Facultad de Psicología, Universidad de la Republica Uruguay, Montevideo, Uruguay.

Malagón Cubero, M. (2014). Estrategias de intervención en el aula para alumnos con TDAH. *Enfoques educativos*, 58, 126-137.

Espinosa, A. & Aguilar, J. (2013, Marzo). *Actualización y aspectos prácticos en la atención del niño y del adolescente con TDAH: TDAH y trastornos del aprendizaje*. Ponencia en decimoséptimas jornadas de pediatras de atención primaria, Andalucía, España.

Espinosa, A. (2010). Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). *Vox Paediátrica*, 17, 26-27.

Vicario, I. & Esperón, C. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*.

Etchepareborda, M. & Lucero, A. (2009). Aspectos controvertidos en el trastorno de déficit de atención. *Medicina*, 69, 51-63.

Ruiz, M., Gutiérrez, J., Garza, S., & De la Peña, F. (2005). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Actualidades diagnósticas y terapéuticas. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 62(2), 145-152.

Vera, A., Ruano, M., & Ramírez, L. (2007). Características clínicas y neurobiológicas del trastorno por déficit de la atención e hiperactividad. *Colombia Médica*, 38, 433-439.

Vidal, R., Bosch, R., Nogueira, M., Casas, M., Ramos, J., Corrales, M., Richarte, V., Valero, S., Barros, N., Palomar, G., Francas, N., Corominas, M., Real, A., & Chalita, P. (2012). Validez de criterio y concurrente de la versión española de la Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5, 229-235.

Rabito, M. & Correas, J. (2014). Guías para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: una revisión crítica. *Actas españolas de psiquiatría*, 42(6), 315-324.

González, R., Bakker, L. & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), 141-158.

Metaca, N. (2014). *El trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una perspectiva psicoanalítica*. Tesis para obtener maestría en Psicología, Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.

## **Anexo I**

### **Entrevistas desgrabadas**

#### **Entrevistas a psiquiatras**

##### **Entrevista N° 1**

###### **Eje 1:**

- ¿Cuál es tu formación?

Soy médico, de especialidad psiquiatra

- ¿En qué Universidad realizaste tus estudios?

En la Universidad Nacional de Rosario

- ¿Realizaste otras actividades de formación?

Si, varias. Formación como psicoanalista, formación como terapeuta familiar, formación como director y administrador de hospitales, formación como terapeuta Ericksoniano, instructor de lingüística, formación en comunidades terapéuticas, entre otras.

- ¿Desde qué línea teórica trabajas?

En los últimos años realizo mi trabajo desde el marco teórico de la psicoterapia ericksoniana, de Milton Erickson; Erickson es un psiquiatra norteamericano, que por los años 50 comienza a desarrollar una teoría acerca del desarrollo del ser humano, de cómo las personas construyen la realidad, retoma como herramienta de trabajo las técnicas de hipnosis –natural o moderna-, etc.

- ¿Cuáles son los casos más frecuentes que te llegan a consulta en la actualidad?

En los últimos tiempos hay muchas consultas por trastornos por ansiedad (ataques de pánico, fobias), también trastornos del ánimo (depresión), y algunos casos de consumos problemáticos de sustancias.

- ¿Cuál es tu postura sobre el papel de la medicación en los tratamientos?

Considero que la psicofarmacología es una parte que a veces puede acompañar o no algún tratamiento, dependiendo de la complejidad del cuadro, a veces se requiere de un tratamiento complejo, por ej: psicoterapia individual, familiar, acompañada con psicofármaco, trabajar con otras estrategias terapéuticas como grupos, terapia ocupacional, dependiendo de la complejidad del caso, cuando el psicofármaco acompaña al proceso se debe tener un registro muy controlado y cuidado. Pienso que la medicación debe acompañar, no tiene sentido fuera de un contexto terapéutico.

## Eje 2:

- ¿Qué es un trastorno psicológico?

Podría decir que tiene que ver con el sufrimiento, malestar, si bien es cierto que tenes como referente algunas teorías que dan cuenta de esa construcción teórica que es la enfermedad, una cuestión es la construcción teórica de la enfermedad (serie de indicadores que te van a decir que fulano tiene tal cosa, ej depresión, ataque de pánico) y otra cuestión es el proceso de enfermar (acontecer subjetivo de la persona que lo está transitando), son dos cosas diferentes.

- ¿Un conjunto de síntomas disfuncionales constituyen un trastorno?

Un conjunto de síntomas disfuncionales no constituyen un trastorno, yo estoy opuesto total absoluta y radicalmente al modelo de clasificación del DSM que ya casi no queda ninguna conducta que no sea patológica.

- ¿Son crónicos los trastornos?

No, en realidad hay terapeutas inexpertos más que trastornos, por supuesto que hay algunas cuestiones que tienen que ver con otras cosas, por ejemplo lesiones. Pero no hay un trastorno crónico total, sino que hay inexperticia en el abordaje de los mismos.

## Eje 3:

- ¿El TDAH es un trastorno?

Considero que no es un trastorno, pienso que es una construcción que responde a intereses económicos de las industrias farmacológicas.

Comencé mi practica con paidopsiquiatria y por otro lado psiquiatría en adultos en el agudo águila y oliveros, en ese entonces se hablaba de disfunción cerebral mínima, que sería como el antecedente del TDAH, que también es un invento absoluto ya que no lo podían documentar porque no tenían nada diferente cuando se les hacia un electroencefalograma, se tendía a diagnosticar y darles medicación, se daban antiepilépticos, yo nunca pensé que era una enfermedad. El TDAH tiene q ver con una multiplicidad de causas, un niño también tiene diferentes maneras de atender, atenciones diferentes, (da ejemplo de un niño que está jugando la pelota, diferente a sus compañeros ya que ellos están escuchando la clase, y sin embargo, fue el primero en atender a la pregunta del profesor) podríamos llamarlo como un niño con un estilo particular de relacionarse con el mundo (cenestésico).

Un niño que es medicado no sabemos cuál va a ser su destino final. El problema de estos niños es que “molestan” porque la docencia argentina no está acostumbrada a los niños que salen de lo “normal”, está acostumbrada a tener un modelo de alumno, que

esta sentadito, calladito, que es obediente, el que pinta el sol amarillo, el pasto verde, entonces cualquier niño que sale de ese marco es expulsado, es expulsiva la primaria, a veces ya el jardín porque ahí comienza a aparecer lo niños agresivos, también es expulsiva la secundaria y mucho más aun la universidad, la persona que se recibe en la universidad es un sobreviviente.

Si hay un niño que tiene conductas más agresivas de lo normal podemos pensar que pasa en la familia de ese chiquito, en general los niños son portavoces de los problemas de sus familias, es una especie de norma. Cuando hay síntomas en los niños en las familias hay algo que no está resuelto. Hay que acompañar, ver qué pasa, antes de darle la ritalina veamos en la posibilidad del apoyo de una psicopedagoga, o una maestra integradora.

- ¿Cuál pensás que es el rol de la cultura en el TDAH?

Nosotros estamos atravesados por todo, por eso hablamos de la complejidad de los problemas emocionales, hablamos de subjetividad, estamos atravesados por todo lo demás (familia, contexto económico, política) mayor o menos implicancia pero no podemos descontextualizar.

- ¿Cuál debería ser el rol del docente en tu opinión?

Creo que debería buscar alguna estrategia que le permita ser diferente con el niño, por ejemplo a un niño hiperactivo si vos le das una misión importante dentro del grado, por ejemplo vos sos el encargado de buscar y llevar los mapas o de borrar el pizarrón, lo podés meter en esta cuestión que es estar moviéndose. Tuve la experiencia de conocer un modelo de escuela, la escuela Montessori (educadora suiza que enseñó un modelo de aprendizaje), tuve la oportunidad de ir a dar un taller sobre trastornos de la alimentación, en 6to grado, pensé que iba a ir a una escuela común y me encontré con que los niños estaban por todos lados, algunos en el piso, otros arriba de los bancos, caminando, y participaban mucho más, los alumnos están en absoluta libertad. Funciona perfectamente bien ese método, el problema es que no hay una escuela secundaria que los acompañe, chocan con el otro modelo, que es peor aun por la edad que tienen, es más difícil. Uno no aprende leyendo solamente, aprendes jugando, moviéndote. Nuestra escuela está atrasada, hoy en día se sigue enseñando de la misma manera que hace 50 años.

## **Entrevista N° 2**

### **Eje 1:**

- ¿Cuál es tu profesión?

Soy psiquiatra infantojuvenil, y pediatra

- ¿En qué universidad estudiaste?

En la Universidad Nacional de Rosario

- ¿Realizaste otras actividades de formación?

Si, psiquiatría infantil la hice en el hospital provincial, hice de todo. Las actuales: estoy colaborando en el grupo de trastornos generalizados del desarrollo en padres tea rosario, estoy también en Rafaela organizando todo lo q es la parte infantil desde las neurociencias, di charlas a la comunidad, lo q se te ocurra, diplomatura en tercera generación con maindfulnnes en Ánima q es lo último de lo último de la cognitiva

- ¿Desde qué línea teórica trabajas?

Desde el campo de las neurociencias

- ¿Cuáles son los casos más frecuentes que te llegan a consulta?

Los trastornos de ansiedad, lejos

- ¿Cuál es el papel de la medicación en los tratamientos?

Si es necesaria evitas hacer iatrogenia, un daño mayor, siempre acompañado de psicoterapia cognitivo conductual, de tercera generación también puede ser

## Eje 2:

- ¿Qué es un trastorno psicológico?

Pienso que el trastorno psicológico puede tener más que ver cuando no tengo genética, no tengo antecedentes personales patológicos, entonces puede haber un trastorno psicológico que no esté relacionado estrictamente con algo medico, por ansiedad, depresión. El TDAH es una enfermedad neurobiológica, se llama trastorno porque en psiquiatría se llama a todo trastorno, es un trastorno neuropediátrico o neurobiológico, que tiene implicancia psicológica si, que están por fuera del trastorno pero que lo atraviesan por ejemplo baja autoestima. No es propio del trastorno pero esta asociado como consecuencia de no haberlo tratado a tiempo.

- ¿Un trastorno es una enfermedad?

No. En psiquiatría vos al trastorno no lo definís como tal, porque al no tener por ahí diagnósticos certeros por ejemplo como una ulcera. Cuando hablas de trastornos hablas de espectros entonces dentro de esos espectros tenes desde lo más leve hasta lo más complejo, hablas de un abanico de posibilidades, no hablas de una enfermedad como tal que tiene una etiología por ejemplo, acá la gran mayoría de los trastornos tienen

etiología multifactorial, lo genético sumado a lo ambiental. Como no tenes certezas no podes definir algo como una enfermedad.

- ¿Son crónicos los trastornos?

Depende, por ejemplo en el caso del TDAH hay un porcentaje que pasa a la adultez, entonces en ese caso es un trastorno crónico, en otros como hay aumentos de dopaminas naturales a partir de la adolescencia puede que no sea un trastorno crónico

- ¿Cuál es tu postura frente al DSM?

A mí me cansan bastante, pero nos ordenan, hay cosas que por ahí no estoy de acuerdo, no me parecen, hay bastante discusión incluso ahora con el DSM V, sin embargo es mas piola porque también estudia cómo funciona el paciente de acuerdo a su trastorno, entonces eso esta bueno también, te da la posibilidad de saber si es algo leve, moderado, grave, pero igual es como todo, es como una estructura que te ayuda para saber por dónde andas, pero después la verdad es que cada paciente es una individualidad

### Eje 3:

- ¿Cuál es tu opinión del TDAH?

Considero que existe como el sol y la luna. Decir que no existe es negar algo que existe, es como si yo me pusiera a negar que no existe el trastorno de ansiedad, lo que existe no se puede negar.

- ¿Estás al tanto de la clasificación del TDAH?

Si.

- ¿Qué opinas de la descripción del DSM acerca del TDAH?

En realidad el DSM IV me parece un poco mas piola que el DSM V, pero por ahí creo que fuera de cualquier clasificación lo que hay que apuntar siempre es a ir mas allá, hay que tener siempre en cuenta que el TDAH va a estar apoyado en la desatención, la desatención es lo que te provoca en tal caso la hiperactividad y la impulsividad. Si tenes las 3 cosas combinadas ya tenes un cuadro más complejo, pero siempre lo que vas a tener es déficit atencional, por fuera de lo que diga cualquier DSM.

- ¿Cuál pensas que es el abordaje adecuado?

Terapia cognitivo conductual, sin lugar a dudas. La cual incluye psicoeducación es decir orientación a padres, terapia, algunas indicaciones para docentes. Psicoeducación tanto a padres, docentes como también al propio paciente, el paciente tiene que estar al tanto, tiene que saber que le pasa, explicarle que le pasa inclusive desde el punto de vista médico, siempre a un nivel que te puedas comunicar. Así se compromete más con el tratamiento. Por ejemplo si le doy medicación necesito el compromiso del paciente para

que me diga con cual dosis está más concentrado y con cual no. Siempre necesitas del paciente.

- ¿Cuál es el papel de los padres y entorno en aparición?

Ninguno, yo creo que si tiene que aparecer va a aparecer, pero si como condimento, es decir, lo ambiental. La presión de los padres es lo genético. Hay que desculpabilizar, no me sirven los padres culpabilizados, porque vos necesitas tener padres que sean asertivos a la hora de tomar determinadas resoluciones, de hacer las cosas de determinada manera.

- ¿Cuál es el rol de la cultura?

Yo creo que en algunos casos se hace sobre diagnóstico cuando hay chicos que pueden tener por ejemplo problemas de ansiedad, un trastorno de conducta y no ser TDAH. Y se hace sub diagnóstico en chicos con TDAH que se lo diagnostica tarde, los cuales pasan más desapercibidos porque son mas desatencionales y no son tan quilomberos

- ¿Qué pensas de la prescripción de medicación en los niños?

A veces es necesario. Después de los 7 años, conociendo todo su historial médico, etc.

- ¿Cuál pensas que es el rol del docente?

Lo q no me gusta de los docentes es cuando tienen intervenciones poco apropiadas por ejemplo de decirle al niño en voz alta: vos no tomaste la pastillita por eso estas así hoy. Creo que pueden detectar algunos casos pero tampoco puede hacer diagnóstico, pero si a lo mejor derivarlo a tiempo, no mandarlo al pediatra pero si por lo menos al neurólogo, al psiquiatra infantil, y si tener alguna visita al psiquiatra infantil porque son patologías con alto nivel de comorbilidad, para estar atento.

### **Entrevista N° 3**

#### **Eje 1:**

- ¿Cuál es tu profesión?

Psiquiatra y psicoanalista

- ¿En qué universidad realizaste tus estudios?

En la facultad de ciencias médicas de rosario (UNR) y estudie psicología 4 años

- ¿Realizaste otras actividades de formación?

Si, la residencia de psiquiatría de adultos que obtuve mi especialización y después especialización en infancia

- ¿Desde qué línea teórica trabajas?

Desde el psicoanálisis

- ¿Cuáles son los casos más frecuentes que te llegan a consulta?

En general las angustias neuróticas o los síntomas derivados de situaciones de angustia. En niños algunas consultas tienen que ver con derivaciones por dificultades en conductas en la escuela, algunas dificultades en los aprendizajes y cuestiones como enuresis, miedos, también aparece la angustia, o sintomatología.

- ¿Cuál es el papel de la medicación en los tratamientos?

La medicación tiene el lugar que puede aportar la medicación, uno más que a mi opinión no tiene que ser el central, mas allá de que mi referente teórico sea el psicoanálisis desde el universo de la salud mental pienso los problemas de la salud mental como complejos y contruidos por determinantes diversos y la complejidad de la situación muchas veces requiere una intervención compleja. Siempre la medicación dentro de un contexto terapéutico donde yo tengo que saber porque indico medicación, es decir, dentro de una estrategia terapéutica que excede la medicación y que no debería estar de entrada en los tratamientos, debería ser un recurso cuando otras intervenciones más humanas encuentran un límite. Mi criterio acerca de la medicación es mucho más acotado de lo que actualmente aparece en el mercado o en lo académico, es decir, el modo en que actualmente circula la medicación está bastante excedido en cuanto a lo que contribuye a generar salud.

## Eje 2:

- ¿Qué es un trastorno psicológico?

Deviene de construcciones teóricas que delimitan lo que alguien siente, como vive, devenido de su interacción ambiental. Cuestiones vinculadas a su devenir como humano, a su constitución psíquica que en algún momento toman la forma de algo que le trastorna la existencia, que me preguntes por psicológico a mi me hace esa categoría delimitar, dejar por fuera las que no son psicológicas, las que tienen un sustrato biológico o social. En fin, trastorno psicológico ya es una construcción porque eso también tiene una determinada historia y una determinada epidemiológica, que exista la categoría trastorno psicológico me indica que hay quienes consideran que hay trastornos que no son psicológicos, pero para la historia occidental es un problema que psiquis se haya separado de cuerpo por ejemplo.

- ¿Un conjunto de conductas disfuncionales indican un trastorno?

En el campo de la definición de trastorno sí. Pero es una construcción, es decir, los trastornos psicológicos son una construcción y además no son de la psicología, la gran

paradoja lo que aparece nombrado como trastorno psicológico en realidad es de la psicopatología psiquiátrica.

- ¿Un trastorno es una enfermedad?

No, de hecho la categoría trastorno surge como un intento de alejarse de la categoría de enfermedad que es un territorio médico. Enfermedad es una categoría muy controversial en el campo de salud mental. Trastorno quedó teñido por el concepto de enfermedad, como si fuera un sinónimo. No existe la enfermedad mental, ha sido una construcción social. Viene del campo de la medicina

- ¿Son crónicos los trastornos psicológicos?

No siempre. Algunos son crónicos porque se instalan una gran cantidad de tiempo y otros son agudos, que suceden en un tiempo más acotado. Lo agudo y lo crónico se define con la evolución, algo que digo hoy que es agudo dentro de 5 años puedo decir que es crónico.

### Eje 3:

- ¿Qué opinión te genera el TDAH?

La opinión que me genera probablemente es una de las peores, es una categoría que no solo es tramposa sino que es generadora de mucha iatrogenia, porque habilita algunas prácticas que van desde crueles a desconsideradas con niños que están sufriendo. El problema que tiene este trastorno es que legitima la entrada al discurso medicalizante en la vida de un niño que está en formación, introduce una mirada patologizante. Este nombre talla la construcción de la historia que ese niño va a tener, es decir, para los padres no es lo mismo que un médico diga que su hijo tiene tal trastorno, con lo cual dejan de tener un niño que tiene angustias propias de lo que un niño puede manifestar como lo puede hacer un adulto. Poner un diagnóstico que involucra a un niño es algo que debería ser algo mucho más responsable y cuidadoso porque es alguien que está en proceso de desarrollo, en construcción de su aparato psíquico. Las conductas de los niños para los padres son leídas desde este trastorno, que se lo piensa como enfermedad, esto no es beneficioso para ningún niño, la propia construcción subjetiva empieza a contaminarse, lo que es muy importante es que se reorganizan todas las miradas hacia ese niño, que legitima la prescripción de medicación que ya es meterse en el cuerpo del niño. La medicación a partir de un diagnóstico es una barrabasada clínica, la medicación ha de ser una estrategia terapéutica, que alguien tendrá un trastorno no va de suyo a que tenga que ser medicado y además en los niños es muy riesgosa la medicación, es una población de mayor vulnerabilidad, genera un daño a futuro, y a demás la medicación

que es psicofarmacológica, que es un derivado de la anfetamina, que no alivia la sintomatología a lo sumo tiene un efecto normalizador en la familia. Tiene como consecuencia la desresponsabilización de todo el entorno, el problema es del nene y le doy medicación, los padres y la escuela no tienen nada que ver. Y lo peor es que no ayuda al niño en su padecimiento. No hay evidencia científica de este trastorno, los estudios que dicen que hay evidencia científica están financiados por dispositivos a los que les conviene que eso sea así, industria farmacéutica, equipos que trabajan con esa lógica, los estudios confiables no dicen eso.

#### **Entrevista N° 4**

##### **Eje 1:**

- ¿Cuál es tu profesión?

Psiquiatra

- ¿En qué universidad realizaste tus estudios?

En la Universidad Nacional de Rosario

- ¿Realizaste otras actividades de formación?

Si, la especialidad en psiquiatría infantojuvenil

- ¿Desde que línea teórica trabajas?

Cognitiva

- ¿Cuáles son los casos más frecuentes que te llegan a consulta?

Los trastornos de ansiedad

- ¿Cuál piensas que es el papel de la medicación en los tratamientos?

Creo que en algunos casos es necesaria, pero debe considerarse como una herramienta más dentro del tratamiento

##### **Eje 2:**

- ¿Qué es un trastorno psicológico?

Se considera que la persona tiene un trastorno psicológico cuando hay grandes dificultades en los procesos cognitivos, lo cual interfiere con su vida cotidiana

- ¿Un conjunto de conductas disfuncionales indican un trastorno?

Si, totalmente

- ¿Un trastorno es una enfermedad?

Desde el área de la medicina podría llamarse enfermedad

- ¿Son crónicos los trastornos?

Algunos si, otros no

- ¿Cuál es tu postura frente a las clasificaciones nosográficas, por ejemplo DSM?

Me parece que son importantes para tener un lenguaje común entre los profesionales del área de la salud

### Eje 3:

- ¿Qué opinión te genera el TDAH?

Creo que está sobre diagnosticado en la actualidad, a muchas conductas disfuncionales de los niños se las engloba en un TDAH.

- ¿Estás al tanto de los subtipos del TDAH?

Si. Predominantemente hiperactivo, predominantemente inatento y combinado.

- ¿Estás de acuerdo con la descripción que hace el DSM respecto al TDAH?

Estoy de acuerdo, en la práctica se puede observar la descripción que hace del mismo

- ¿Cuál piensas que es el abordaje adecuado?

Terapia cognitiva conductual, y en algunos casos medicación

- ¿Cuál es el papel de los padres en la aparición de estas conductas disfuncionales?

Sumamente importante, el estilo de crianza en este trastorno es un factor predisponente, igualmente se trata de desculpabilizar, no nos sirve de nada culpar a los padres

- ¿Cuál es el rol de la cultura?

Fundamental también, todos estamos atravesados por nuestra cultura; el consumismo de la actualidad es un factor que influye mucho en este trastorno mas allá de que el trastorno sea neurobiológico.

- ¿Cuál es la perspectiva de futuro de un niño diagnosticado con TDAH?

Con un tratamiento adecuado y un seguimiento luego de finalizado el tratamiento puede tener una vida completamente “normal”

- ¿Cuál es el rol del docente?

El docente debería ser capaz de detectar ciertas conductas disfuncionales para informarle a sus superiores y así poder abordarlo, ya que en el caso del TDAH los primeros en hacer un llamado de atención a los padres son los docentes.

## Entrevista N° 5

### Eje 1:

- ¿Cuál es tu profesión?

Psiquiatra

- ¿En qué universidad realizaste tus estudios?

En la Universidad Nacional de Rosario

- ¿Realizaste otras actividades de formación?

Si, psicoterapia desde el psicoanálisis

- ¿Desde qué línea teórica trabajas?

Desde el psicoanálisis

- ¿Cuáles son los casos más frecuentes que te llegan a consulta?

Ansiedad, angustia

- ¿Cuál piensas que es el papel de la medicación en los tratamientos?

Hay que ser prudentes con la prescripción de medicación, sobretodo en niños, pero en algunos casos es un recurso más al que es necesario acudir

## Eje 2:

- ¿Qué es un trastorno psicológico?

Desde el psicoanálisis hablamos de sufrimiento psíquico, el cual se evidencia cuando el sujeto tiene un nivel de malestar subjetivo que interfiere con sus actividades cotidianas, que es por lo general cuando realiza la consulta

- ¿Un conjunto de conductas disfuncionales constituyen un trastorno?

No necesariamente un conjunto de síntomas implica que hay sufrimiento psíquico, no siempre que haya síntomas implica que produzcan padecimiento subjetivo

- ¿Un trastorno es una enfermedad?

Como te decía, desde nuestro marco teórico hablamos de sufrimiento psíquico, y no es una enfermedad

- ¿Son crónicos los trastornos?

Algún sufrimiento se podría cronificar pero en su mayoría no

- ¿Cuál es tu postura frente a las clasificaciones nosográficas, por ejemplo DSM?

Yo no las tengo muy en cuenta, realizo intervenciones a partir de lo que el paciente expresa

## Eje 3:

- ¿Qué opinión te genera el TDAH?

Considero que si bien hay sufrimiento psíquico en los niños no se los debe etiquetar con un “trastorno” ya que eso no conduce a nada

- ¿Estás al tanto de la clasificación del TDAH?

No

- ¿Cuál consideras que es el abordaje adecuado para un niño diagnosticado con TDAH?

Un abordaje desde el psicoanálisis, incluyendo a los padres cuando se trata de niños

- ¿Cuál es el rol padres en la aparición de estas conductas disfuncionales?

Son influyentes en la construcción de la subjetividad

- ¿Qué piensas acerca de la medicación en niños?

Considero que solo debe utilizarse como última alternativa

- ¿Cuál piensas que es el rol cultura en la aparición de tales conductas?

Considero que la cultura también influye en el sufrimiento psíquico

## Entrevistas a psicólogos psicoanalistas

### Entrevista N° 6:

#### Eje 1:

- ¿Cuál es tu profesión?

Psicóloga

- ¿En qué universidad realizaste tus estudios?

Universidad nacional de Córdoba

- ¿Realizaste otras actividades de formación?

Residencia privada de posgrado en psicología clínica, y una formación de un año también en CADAP en psicoanálisis con niños

- ¿Desde qué línea teórica trabajas?

Desde el psicoanálisis

- ¿Cuáles son los casos más frecuentes que te llegan a consulta en la actualidad?

Actualmente trabajo en una institución con niños con dominancia autística y con discapacidad (trastorno general del desarrollo). Y consultorio de manera independiente, con niños que llegan a la institución

- ¿Cuál piensas que es el papel de la medicación en los tratamientos?

Es un tema muy controversial, yo por el momento no he tenido la oportunidad de trabajar junto con un psiquiatra interdisciplinariamente, se que en algunos casos es necesario que se haga este trabajo conjunto, si fuese necesario yo estoy de acuerdo, pero como complementario a un tratamiento psicológico.

#### Eje 2:

- ¿Qué es un trastorno psicológico?

Podría decirse que tiene que ver con un síndrome, una sintomatología que al sujeto le está impidiendo realizar actividades de la vida cotidiana y que le dificultan ciertas situaciones y que justamente por ese trastorno es que se consulta

- ¿Un conjunto de conductas disfuncionales indican un trastorno?

La verdad no sé. Para mí son cosas distintas me parece que el trastorno es mas abarcativo, que incluye una sintomatología por supuesto, pero yo en lo que es la clínica me manejo mas con sintomatología, es decir, lo que le molesta al sujeto, que le impide realizar sus actividades, lo que se manifiesta, la verdad no estoy segura para responderte. Tengo en cuenta el diagnostico pero no me organizo por ahí, sino desde cuestiones más subjetivas del niño, yo se que existe esa denominación de trastorno que

me parece que es muy abarcativo, más que la sintomatología de cada paciente creo que es algo mas unitario, todo lo engloban dentro de un trastorno

- ¿Son crónicos los trastornos?

Nunca he utilizado esa palabra, me parece que la sociedad engloba trastorno, diferentes situaciones dentro de una misma categoría, como si pudiesen encontrar una respuesta ahí

- ¿Cuál es tu postura frente al DSM?

No sé si en contra o a favor, pero me parece que no debe haber un uso generalizado abusivo, que puede ser importante para poder orientarte, frente a algunas situaciones, pero no me parece que haya que comenzar desde ahí, a menos que una obra social te lo pida, a veces te lo piden pero de ultima lo haces presuntivo, me parece que la mente es dinámica y que englobar y partir desde un diagnostico a menos que sea una patología grave, una persona esquizofrénica, una persona border, pero sino yo por lo menos me manejo sin diagnostico

### Eje 3:

- ¿Qué opinión te genera el trastorno por déficit de atención?

Vi el tema en la facultad, pero no he tenido la experiencia que lleguen a consultorio padres con ese diagnostico. Muchas veces cuando no se encuentra una respuesta a determinados malestares se los suele englobar o etiquetar con ese rotulo. Creo que habría que preguntarse porque sufre cada niño, generalmente las consultas suelen llegar del ámbito escolar, por agentes de la educación o familiar que notan que los niños están desatentos, o hiperactivos, cada niño es diferente, cada uno sufre por algo especifico, me parece que hay que preguntarse por el malestar de cada niño y no partir desde una etiqueta

- ¿Estás al tanto de la clasificación del TDAH?

Sí, creo que son 3. Y depende la predominancia de los síntomas, uno es con predominancia de inatención, el otro con predominancia de hiperactividad y el otro mixto.

- ¿Cuál consideras que es el abordaje adecuado en un niño diagnosticado con TDAH?

Interpelarlo como sujeto y como niño, en un determinado contexto y sociedad, ese niño está creciendo tanto en la escuela como en la familia, que está pasando, porque, interrogarse, y no dejar que un diagnostico tape estas preguntas, muchas veces no tiene herramientas emocionales que están en intima relación con el proceso de aprendizaje,

encontrar esas herramientas, tratamiento psicológico, pero siempre interpeándolo como sujeto, en su singularidad y subjetividad, que ese niño no es igual a otro niño, puede ser que los síntomas coincidan pero partir desde el sujeto

- ¿Cuál piensas que es el rol de los padres y el entorno en la aparición de estas conductas disfuncionales?

Depende del caso, pero generalmente es muy importante el papel de los padres y del ámbito familiar, el niño va transitando y se desarrolla en el ámbito familiar y escolar. Creo que hay que trabajar en el motivo, en el porqué le está pasando, porque por algo lo manifiesta de esa manera, que le está pasando y porque

- ¿Cuál es el rol del docente?

Ya mucho no puedo ayudarte. Si es necesario yo me acercaría a hablar con los docentes, pero le diría lo mismo que te estoy diciendo a vos, que el docente pueda ver esto, pueda interrogarse sobre esto, porque a mi gusto las instituciones escolares pretenden todavía hoy en día que los alumnos se adapten a la misma forma de enseñanza-aprendizaje, entonces el que se corre un poquito de ese lugar ya se lo diagnostica, se hace consulta, se lo deriva, y en realidad tendrían que empezar a pensar toda la sociedad y la institución educativa que estrategias implementar para que puedan ir desplegando en cada alumno y adecuando cambios para tener en cuenta la singularidad de cada niño y no que todo sea robotizado, por eso se diagnostica con déficit, hay que ver en qué época se inscribe cada síntoma, en qué contexto, porque es una época de estímulos simultáneos y veloces y después todo lábil, después a un niño se lo sienta y tiene que estar horas con el mismo estímulo escuchando al profesor o profesora que habla, es una contradicción para el niño, por eso es importante tener en cuenta el contexto en que se da todo esto, inclusive este trastorno pareciera que es nuevo, pero tiene historia, tal vez con otros nombres porque van cambiando las denominaciones, también cambia el cuerpo teórico y la descripción del diagnóstico, hay que ver en qué época se le da auge, en que época estamos viviendo que todo se lo engloba como TDAH.

## **Entrevista N° 7:**

### **Eje 1:**

- ¿Cuál es tu profesión?

Psicóloga

- ¿En qué universidad estudiaste?

En la Universidad Nacional de Rosario

- ¿Realizaste otras actividades de formación?

Si, varios cursos, por ejemplo: formación en pericia psicológica, en recursos humanos, psicoanálisis en la EOL (Escuela de orientación Lacaniana), ahí hice varios, actualmente estudiando profesorado universitario, y el de Roscharch

- ¿Desde qué línea teórica trabajas?

Desde el psicoanálisis

- ¿Cuáles son los casos más frecuentes que te llegan a consulta?

Neurosis (síntomas obsesivos, fobias) algún que otro caso de psicosis por ahí derivado del psiquiatra, pero más que nada neurosis

- ¿Cuál pensas que es el papel de la medicación en los tratamientos?

Depende en que tratamiento, no soy partidaria de la medicalización a largo plazo, salvo que sea una enfermedad orgánica que si necesite, pero si es un caso de rasgos depresivos y le dan una medicación y eso ya se instaura y se perpetua en el tiempo y esta de mas en ese sentido me parece que lo que hace es tapar el síntoma no soluciona nada, si en un periodo corto de tiempo, por ejemplo cuando hay un paciente q viene con trastornos de ansiedad y que necesitan para poder frenar el impulso, para poder sentirse mejor ellos, la medicación para nivelar eso por un tiempo si pero eso de medicar o auto medicarse todo el tiempo no me parece, me parece importante para algunas enfermedades orgánicas

## Eje 2:

- ¿Qué es un trastorno psicológico?

Alguna alteración que afecte el psiquismo ya sea parcial o integral

- ¿Un conjunto de conductas disfuncionales constituyen un trastorno?

Si. El peligro de eso es que por etiquetarlo dentro de un conjunto de conductas disfuncionales la persona se reduce a un trastorno y no tiene posibilidad de cambio subjetivo porque está integrado dentro de un trastorno. Si el trastorno se refiere a un conjunto de síntomas que se dan por lo menos durante 4 semanas, etc. como plantea el DSM me parece muy reduccionista

- ¿Un trastorno es una enfermedad?

Depende de que concepción de enfermedad vos trabajes porque el trastorno en si mismo tiene que ver con una alteración, y si esto perdura, afecta la subjetividad de la persona si va a ser una enfermedad o un proceso de enfermedad, si es patológico o no, no me parece que vaya a ser definido por un trastorno dentro del DSM.

- ¿Son crónicos los trastornos?

Si, puede haber un conjunto de síntomas que se cronifica

### Eje 3:

- ¿Qué opinión te genera el TDAH?

Me parece que como sintomatología las cuestiones que se presentan como déficit de atención cuando son orgánicas, cuando tienen origen orgánico tienen todo un tratamiento médico, que me parece bien, pero cuando se diagnostica solo para etiquetarlo o para darle algún sentido a la conducta y no se paran en la historia del sujeto, en su subjetividad, ahí me parece que es negativo diagnosticar con TDAH. Me da la sensación de que se intenta calmar con ponerle un nombre a un conjunto de síntomas. Hay que trabajar en la subjetividad, en porque le pasa eso, porque hace lo que hace o porque tiene lo que tiene. Es importante poder diferenciar que tipo de síntoma se presenta y articularlo con su historia de vida, no tenerlo en cuenta como síntoma aislado, no se puede clasificar a todos los niños dentro de un diagnóstico porque no son todos iguales, hay que ver que hay detrás de ese déficit.

- ¿Estás al tanto de la clasificación del TDAH?

No. No tengo pacientes clasificados con TDAH.

- ¿Cuál consideras que es el abordaje adecuado en un niño diagnosticado con TDAH?

Me parece que una psicoterapia que trabaje con el entorno, con la familia, es adecuado, sumado a un tratamiento médico si es necesario, mucha gente elige el tratamiento conductual que es más focalizado, más específico, va directamente a los síntomas, pero a mí me parece que una terapia con el niño y con la historia del sujeto y con la familia es bueno.

- ¿Cuál es el papel de los padres en la aparición de estas conductas disfuncionales?

Muy importante. No sé si fundante pero si determinante para que se desencadenen o no algunos síntomas. El entorno y la familia son dos pilares

- ¿Qué piensas acerca de la medicación en los niños?

Depende para que caso. Si es una cuestión orgánica, o una psicosis si pero a modo de complemento no como primordial, que acompañe siempre un tratamiento. El tratamiento psiquiátrico siempre va acompañado de una psicoterapia

- ¿Cuál es el rol de la cultura en la aparición de tales conductas?

Muy importante, porque estamos en una sociedad actual de consumo, y de no espera de nada, entonces se genera más ansiedad, en otras sociedades había más casos de

depresión por ejemplo, ahora la ansiedad está cobrando sentido, en todos lados, se va creando un hijo hiperactivo, no puede esperar, también me parece que la cuestión de los medios tecnológicos si no están controlados en la familia o en la escuela o en los lugares en los que el chico esta también influyen porque el entretenimiento que tenían antes no es el mismo que tienen ahora, cuando los dejan librados a eso es como que se las arreglan con eso y no hay una conexión. En ese tipo de cosas no hay espera, quiero todo ya o sino no lo quiero.

- ¿Cuál es el rol del docente?

Acompañar el proceso, es un rol complementario. Es muy importante pero también tiene que estar la familia, sería acompañar el proceso.

## **Entrevista N° 8:**

### **Eje 1:**

- ¿Cuál es tu profesión?

Psicólogo

- ¿En qué universidad estudiaste?

En la facultad de psicología que en su momento era escuela superior de psicología de la UNR

- ¿Realizaste otras actividades de formación?

Si, por lo general referidas al psicoanálisis

- ¿Desde que línea teórica trabajas?

Desde el psicoanálisis

- ¿Cuáles son los casos más frecuentes que te llegan a consulta?

No tengo recortada una especialidad, de modo que atiendo chicos, adolescentes, adultos pero por lo general las consultas habituales tienen que ver con situaciones conflictivas ocasionadas por problemáticas familiares, conyugales, laborales, suelen ser las más frecuentes

- ¿Cuál es el papel de la medicación en los tratamientos?

La medicación tiene que colaborar para que el tratamiento psicológico sea posible, osea que cuando hay un sufrimiento mental que lo dificulta es pertinente la medicación, en ese sentido, hay otros planteos que se hacen desde la psicofarmacología pero en cuanto a otros motivos por los que interviene la medicación, pero yo considero que fundamentalmente debe colaborar para que nuestra practica sea sustentable y cuando hay un sufrimiento que es muy excesivo

## Eje 2:

- ¿Qué es un trastorno psicológico?

Pensándolo desde el psicoanálisis hay que considerar la diversidad de malestar en las diferentes estructuras, entonces un trastorno psicológico puede ser un trastorno neurótico o un trastorno psicótico, pueden ser problemas diversos que siempre hay que diagnosticar previamente pero en definitiva es aquello que ocasiona un desajuste para un modo de vida posible, conforme a sus posibilidades, de la vida cotidiana, en definitiva ese suele ser el motivo por el que se accede o se reclama una consulta, algo no anda, no le permite vincularse adecuadamente con las personas con las que comparte cosas, que convive, o no puede mantener una actividad laboral o una relación laboral con la adecuada tranquilidad, es decir, el nivel de conflictividad sería lo que en alguna medida se expresa como trastorno

- ¿Un conjunto de síntomas o conductas disfuncionales constituyen un trastorno?

Si, por eso digo que la palabra trastorno, que no está dentro de la nomenclatura psicoanalítica, pensándola desde otro lugar es como expresión de una serie de disfuncionalidades

- ¿Un trastorno es una enfermedad?

Y, si, pensando que el trastorno sería la perturbación de lo que sería un equilibrio esperable para una adaptación posible, entonces se puede llamar enfermedad, desde el psicoanálisis se denomina como malestar, inconveniente, problema pero por el hecho de que hoy esta reformuladas las consideraciones de salud y enfermedad pero bueno hay una distinción al respecto eso es cierto

- ¿Son crónicos los trastornos?

Algunos pueden serlo. O a veces se pueden cronificar por falta de atención, por dificultades propias de la estructura, depende de la estructura hay distintas posibilidades de solucionar problemas. En una estructura neurótica tienes más chances de reubicar sus problemáticas, de hacer algo con los síntomas, la estructura psicosis se procura hacer intervenciones para que esto sea posible. Va a depender de la subjetividad. Si no está bien abordada la problemática se cronifica, por ejemplo cuando se tiene en cuenta solo la medicación, hay riesgo de cronificación, cuando no se atiende la problemática

- ¿Cuál es tu postura frente a las clasificaciones nosográficas, por ejemplo el DSM?

En lo personal considero que tienen una utilidad en lo que respecta a que apunta a ordenar de alguna manera una serie de problemáticas a los fines de procurar algún modo

de consideración epidemiológica, no coincido en cuanto a que los trastornos están a veces se rotula, se fija la problemática cuando es dinámica la problemática, digamos se menciona en la misma expresión de trastorno algo que pareciera una disfuncionalidad o una discapacidad, o un enfermedad cuando son cuestiones propias de la vida, y a veces hasta se patologizan cuestiones que son del vivir, cuando por ahí se caracteriza algo como una depresión por ahí son dolores propios de la vida, por cuestiones de una pérdida o la tristeza se confunde con una depresión, se patologiza, se medicaliza y se fija en un trastorno, cuando en realidad no debería serlo

### Eje 3:

- ¿Qué opinión te genera el TDAH?

Yo creo q se ha exagerado, pero existe esa problemática, hay dificultades que se observan en los chicos, pero sacado de contexto se patologiza algo que lo más probable es que este ocasionado por diversos factores, por la situación social y familiar de la que proviene un chico, con la dificultad que hoy en día se le presenta a un chico con el modo que tiene la educación, contraria a un modo de vivir que los chicos tienen, un exceso de chicos en términos de grupo para abordar una tarea colectiva, son inquietudes diversas que en algunos se potencian y por ahí terminan siendo rotulados, el riesgo de eso es que se termina en una medicación como único recurso cuando en realidad habría que replantear metodologías en el proceso de aprendizaje, de la enseñanza, estrategias distintas, alternativas diferentes, parte de todo lo que pasa que es bastante frecuente en el nivel escolar es porque hay un desajuste entre la propuesta educativa y la curiosidad que debería acompañar a esa propuesta, a través de lo cual ocurre el aprendizaje, que el chico se interese realmente, una cuestión pulsional, del deseo de saber, si eso no ocurre es porque algo está fallando. Con respecto a lo que dice la neurociencia del lóbulo frontal, funciones ejecutivas no es un área de mi competencia pero me parece que hay cierta facilidad en situarlo en ese lugar y no hay mucha evidencia clínica al respecto, se instala una cierta suposición, incluso algunos neurólogos a partir de un electroencefalograma ya realizan un diagnostico mientras que tienen que incluir muchas variables más para realizarlo. Hay un reduccionismo biologicista, con eso no estoy de acuerdo

- ¿Estás al tanto de la clasificación del TDAH?

No

- ¿Cuál pensas que es el abordaje adecuado para un niño diagnosticado con TDAH?

Una evaluación integral antes que nada, primero institucional porque a veces salen de manera precipitada de las escuelas con este diagnóstico, van al neurólogo para que les den medicación que los tranquilice, creo que hay que ver la problemática institucional que está afectando a los chicos, para ver el diseño de propuesta de trabajo, para ver qué alternativas se le ofrece al niño para su contención, no para remarcar la problemática porque eso profundiza el problema, también un acompañamiento terapéutico para ver si hay otros factores familiares o personales, y eventualmente una medicación en último término, si se trata de una situación muy problemática que pone en riesgo la permanencia del chico en la institución, alguna medicación puntual, acotada, en conjunto con otros dispositivos

- ¿Cuál es el papel de los padres y entorno en la aparición de estas conductas disfuncionales?

Desde el psicoanálisis pensamos que la problemática de los niños suele ser síntoma de los padres, no que sean responsables, sino que algo dice de esa función y también hay síntomas sociales, síntomas institucionales, muchos factores que intervienen, el niño lo expresa con su conducta que es lo que tiene a mano. Hay que tener en cuenta muchas cosas, la sociedad, la cultura, para poder pensar porque le pasa al niño esto

- ¿Cuál es el rol del docente?

No rotular, establecer un vínculo lo más cercano posible porque sabemos que eso ayuda para que el niño no se sienta segregado, rechazado, rotulado. Compartir con la familia la preocupación para que la familia no se sienta también estigmatizada, que no se sientan responsables, sino se sobrecargan demasiado situarse como colaborador de los padres, que se sientan participes buscando una alternativa para que los niños no se encierren en esa problemática, y si es necesario las evaluaciones profesionales suficientes para despejar cualquier otra eventualidad que estuviera influyendo, preguntar si algo de eso pasa en la casa y pedir que algún profesional evalúe la situación, no interpretar indebidamente. En fin establecer un lazo próximo, una relación confiable con el niño, para que no quede marcado como el problemático.

## **Entrevista N° 9:**

### **Eje 1:**

- ¿Cuál es tu profesión?

Psicóloga

- ¿En qué Universidad estudiaste?

En la Universidad Nacional de Rosario

- ¿Realizaste otras actividades de formación?

Si, seminarios y ahora estoy haciendo el posgrado de clínica psicoanalítica en cadap

- ¿Desde qué línea teórica trabajas?

Desde el psicoanálisis

- ¿Cuáles son los casos más frecuentes que te llegan a consulta?

Angustias, inhibiciones, crisis emocionales por distintos motivos

- ¿Cuál piensas que es el papel de la medicación en los tratamientos?

No estoy en contra de la medicación si bien los psicólogos no medicamos según los casos se puede trabajar conjuntamente con el psiquiatra.

### Eje 2:

- ¿Qué es un trastorno psicológico?

No es una palabra que suela utilizar yo si bien a veces te derivan con esa palabra, pero la puedo interpretar de muchas formas. Si me derivan con ese nombre trato de evaluarlo yo desde mi punto de vista

- ¿Un conjunto de conductas disfuncionales indican un trastorno?

No, no sé, evaluaría desde lo que se, trabajo desde mi saber, trabajo desde mi diagnostico que no se llama trastorno, si viene diagnosticado así como trastorno no lo juzgo pero trato de evaluarlo desde mi punto de vista, me parece que esta bueno trabajar en conjunto pero cada uno con su punto de vista. Al nombre lo pondría dentro de una estructura, lo pondría dentro de una estructura, igualmente el diagnostico se puede ir modificando, a medida que el tratamiento va avanzando la persona puede ir modificando su comportamiento, osea tiene tal estructura con rasgos tanto, y eso después se puede ir modificando

### Eje 3:

- ¿Qué opinión te genera el TDAH?

Es más o menos lo que dije anteriormente, a lo mejor lo llamamos de distintas maneras.

- ¿Qué piensas de las clasificaciones nosográficas, por ejemplo el DSM?

Me sirven para la mutual, para las recetas y pasarlo por la obra social, igual lo trato de ubicar dentro del psicoanálisis algo que se relacione con eso, por eso no pienso mal, no está mal, cada uno estudia del lado que más le convence pero no me parece incompatible.

- ¿Cuál piensas que es el abordaje adecuado para un niño diagnosticado con TDAH?

Según el niño. Voy diseñando pero sobre la marcha pero no es que tengo un diseño ya planeado para cuando llegue un niño. Veo para que lado se podría abordar según las características de cada niño, trabajo a partir del juego porque ellos mediante el juego pueden asociar libremente que es lo que a mi me sirve, y con lo que yo puedo trabajar. Trabajo conjuntamente con los papas.

- ¿Cuál es el papel de los padres y entorno en la aparición de esas conductas disfuncionales?

Es muy importante.

- ¿Cuál es el rol de la cultura?

Es un rol muy importante, dentro de otros

- ¿Cuál es el rol del docente?

El docente puede detectar, si no lo detectan antes los papas porque también se puede detectar desde la casa. Primeramente deberían hablar con los papas y después el docente junto con los papas derivar, trabajar en forma conjunta. Estoy a favor de la interdisciplina.

## **Entrevista N° 10:**

### **Eje 1:**

- ¿Cuál es tu profesión?

Psicólogo

- ¿En qué universidad estudiaste?

En la Universidad Nacional de Rosario

- ¿Realizaste otras actividades de formación?

Si. Grupos particulares con un docente siempre de orientación psicoanalítica, y después en instituciones, por ejemplo el instituto de la familia, centro de estudios psicoanalíticos, etc.

- ¿Desde qué línea teórica trabajas?

Desde el psicoanálisis

- ¿Cuáles son los casos más frecuentes que llegan a consulta?

Es difícil hacer una evaluación de la casuística, es difícil decir que en algunas épocas aparecen síntomas más habituales, es muy variado. Y con niños generalmente es la

inadecuación del niño al funcionamiento escolar o familiar, en donde el niño es una especie de sujeto que no funciona adecuadamente

- ¿Cuál piensas que es el papel de la medicación en los tratamientos?

Si está bien administrada con un psiquiatra infantil y controlada periódicamente para ver la evolución que va produciendo la medicación a veces es necesaria pero ese diagnóstico tiene que estar hecho juntamente entre psiquiatra y psicólogo, la medicación sola sería ineficaz

## Eje 2:

- ¿Qué es un trastorno psicológico?

Es una definición que no tiene que ver con el psicoanálisis que es el marco conceptual con el cual yo trabajo, es un concepto que viene más de la psiquiatría norteamericana, sería algo que de alguna manera no funciona de acuerdo a lo esperado, pero el problema es saber qué es lo esperado, y que es lo que no funciona de acuerdo a lo esperado, que son pautas sociales morales, ideológicas que alguien por alguna razón no las cumple

- ¿Un conjunto de conductas disfuncionales constituyen un trastorno?

No creo en la solidez conceptual del concepto de trastorno, entonces un conjunto de síntomas o conductas disfuncionales es arbitrario que pueda constituir un trastorno, porque es una sumatoria de síntomas, creo que toda esa construcción no tiene mucha solidez conceptual, es más una cuestión descriptiva, tiene a tiene b consecuencia tiene c. me parece más adecuado el término malestar porque podría indicar la noción de que ese malestar puede ser visualizado por diferentes sujetos de diferente manera, y además no etiquetaría como etiquetan los diagnósticos de la psiquiatría norteamericana que ponen una etiqueta, que para mí en primer lugar esa etiqueta no tiene mucha solidez desde la teoría y después que queda como permanente, se dice “tiene un trastorno bipolar “ y pareciera que ese trastorno lo va a acompañar toda la vida, mientras que en esa categoría entran malestares muy diversos, desde un periodo de tristeza prologado alguien que ha perdido algo hasta un melancólico que es un cuadro totalmente distinto al estado de tristeza que puede tener alguien

- ¿Cuál es tu postura frente a las clasificaciones nosográficas, por ejemplo el DSM?

Es una catalogación absolutamente descriptiva, es una mera enumeración descriptiva

## Eje 3:

- ¿Qué opinión te genera el TDAH?

Sería una expresión de lo que recién dije en cuanto a que es un trastorno construido con una base teórica muy débil y que en realidad es una bolsa donde se mete cualquier cosa, y después se le pone un nombre a distintos malestares de los niños, donde el TDAH puede ser puesto a un niño psicótico o neurótico con lo cual la diferencia diagnóstica es clave. Creo que lo que hay hasta ahora son hipótesis científicas de mapeos cerebrales pero no hay ninguna comprobación de que hay alguna alteración del cerebro. En general son hipótesis bastante débiles, más bien sugeridas o construidas por instituciones psiquiátricas norteamericanas, lo cual es lógico porque a partir de ahí tienen un negocio farmacológico muy importante, antes no tenían acceso a medicar a niños y adolescentes, ahora con este cuadro se abrió un mercado muy grande de consumidores de psicofármacos

- ¿Estás al tanto de los subtipos del TDAH?

No

- ¿Cuál pensás que es el abordaje adecuado para un niño diagnosticado con TDAH?

El psicoanálisis. Lo abordaría como cualquier niño que es traído a la consulta con un malestar determinado y a partir de ese diagnóstico concreto con ese niño se elabora una cuestión terapéutica. Se trabaja a través de la asociación libre. Cuando son muy pequeños lo más indicado es el juego, porque es ahí donde el niño puede hacer más presente su inconsciente.

- ¿Cuál es el papel de los padres en la aparición de estas conductas disfuncionales?

Es una conjunción. Freud decía series complementarias, influyen los padres, los abuelos, los hermanos, los tíos, la escuela, nadie se forma solamente con la influencia de los padres. Hay toda una serie de elementos que hace que seamos lo que somos

- ¿Qué pensás de la medicación en niños?

Depende del diagnóstico, y yo diría que probablemente necesaria en casos muy particulares que son los menos, y esa medicación tiene que ser administrada por un psiquiatra infantil, yo creo que son casos menores donde se medica

- ¿Cuál es el rol del docente?

El docente tiene que dar clases que para eso le pagan y para eso está, no tiene que hacer ningún tipo de diagnóstico ni evaluar a nadie si no lo necesita, lo que puede hacer si el niño se queda muy atrasado con el desarrollo de la currícula o produce alteración en el funcionamiento de la clase informárselo a los padres, informárselo a la autoridad del

colegio porque entorpece el trabajo con otros niños pero de ahí a que haga un diagnóstico me parece una barbaridad, es como que yo me ponga a escribir sobre la curricula, sería una imprudencia mía. En el tratamiento también lo incluiría, con esa postura incluiría a un vecino, a un amigo, cualquiera que tenga contacto con el niño., lo que si se debe incluir es la presencia de los padres, porque son los responsables directos, eventualmente un hermano, un abuelo cuando sea necesario.

## Entrevistas a psicólogos cognitivos

### Entrevista N° 11:

#### Eje 1:

- ¿Cuál es tu profesión?

Licenciado en psicología

- ¿En qué universidad estudiaste?

Universidad Abierta Interamericana

- ¿Realizaste otras actividades de formación?

Muchas, algunas más importantes: diplomatura en terapia racional emotivo conductual, 3 certificaciones internacionales, 1 en evaluación de autismo, otro modelo teach, otro modelo serch que son corrientes específicas de trabajo en autismo, especialización en Rorschach si bien no me dedico a eso la hice, y después muchos cursos, muchos relacionados con autismo y muchos con terapia cognitiva

- ¿Desde qué línea teórica trabajas?

Cognitivo conductual sobre todo, en realidad es mas integrativo, como trabajo con orientación a padres también tomamos algo de otras terapias pero fundamentalmente en la clínica con cognitivo conductual

- ¿Cuáles son los casos más frecuentes que te llegan a consulta?

Lo mío es bastante más específico, cuando vienen por derivación del neurólogo o de los pediatras, ya hay una sospecha de autismo, sobre todo me llegan casos de autismo y TGD que es a lo que se dedica Casa de Familia, y en menor medida TDAH

- ¿Desde tu opinión, cual es el papel de la medicación en los tratamientos?

Depende de cada caso, a ver, no soy de los que piensan que medicación es mala palabra, pero tampoco la sugiero como primera medida, es siempre caso a caso, por otro lado uno no puede hacer más que sugerir que consulten con un neurólogo o con psiquiatría, y así mismo como en el paradigma de la cognitiva conductual se trabaja sobre todo con cuestiones conductuales tratamos siempre de agotar todos los recursos conductuales antes de hacer una sugerencia, de derivación, pero no considero que sea algo malo y en algunos casos es necesario

#### Eje 2:

- ¿Qué es un trastorno psicológico?

Es cuando los síntomas de una persona o el malestar pasa un límite que comienza a limitarlo en su vida cotidiana, ahí es cuando comenzaríamos a hablar de trastorno

- ¿Un conjunto de síntomas o conductas disfuncionales constituyen un trastorno?

Si. Te hago una aclaración de lo que considero como trastorno, no creo que esto sea una etiqueta para la persona, sino que más bien sirve para la comunicación entre los profesionales, para ponerle un nombre a lo que está pasando, muchas veces a los papas les da más tranquilidad saber que este conjunto de síntomas no es algo que les pasa de manera aislada sino que hay otras personas que pasan por lo mismo, referido sobre todo al autismo que es con lo que más trabajo, me parece que sirve, de ahí a que se use como una etiqueta o toda esta corriente que habla de la patologización de la infancia me parece que estamos más alejados de eso

- ¿Un trastorno es una enfermedad?

No. Si es trastorno no es enfermedad, trastorno es un conjunto de síntomas, y enfermedad tiene una causa biológica, genética u orgánica

- ¿Son crónicos los trastornos?

Eso es tan relativo como del trastorno del que hablemos, en general los trastornos se dan por un consenso entre profesionales, por eso por ejemplo el DSM cada 4 o 5 años se vuelven a reunir los profesionales y hay trastornos q se sacan otros se agregan, no considero que sea algo estático para nada y tiene que ver con este consenso que se hace entre profesionales

- ¿Cuál es tu postura frente al DSM?

Me parece que ayuda para tener un lenguaje común, para saber que estamos hablando de los mismos síntomas, saber a que nos estamos refiriendo, de ahí a que use para etiquetar a la persona me parece que es diferente

### Eje 3:

- ¿Qué opinión te genera el TDAH?

Por un lado no es lo que todo el mundo piensa, no es el niño inquieto. El niño que tiene TDAH es un niño que realmente no puede estar dos segundos quieto, no puede prestar atención a lo que uno dice, o hacen un esfuerzo sobrehumano por mirarte y no pueden, creo que existe, pero también creo que esta sobre diagnosticado, se abusa mucho de este diagnostico, hay mucho comercio farmacológico alrededor, y es por esto también q suele diagnosticarse más, pero existe.

- ¿Estás al tanto de la clasificación?

Si.

- ¿Cuál consideras que es el tratamiento indicado para un niño diagnosticado con TDAH?

Hablar de un tratamiento específico para TDAH es generalizar demasiado, el tratamiento es para el niño, o adulto específicamente para cada uno, no creo que haya una receta única, hay un montón de herramientas de las que nos podemos valer, algunas servirán para determinado caso y otras no, en mi experiencia y por el tratamiento que he realizado con los pacientes, las herramientas conductuales suelen servir mucho, la orientación a papas suele servir mucho, indicaciones en las escuelas también suelen ser bastante efectivas pero las indicaciones se van ajustando de acuerdo al caso

- ¿Qué pensás de la medicación en el TDAH?

Depende del caso, primero suelo agotar todos los recursos conductuales, después si no alcanzan pido que hayan una consulta, pero de todos los casos que he tenido por lo general ya vienen luego de haber consultado con el neurólogo, en menor medida con psiquiatría, y ya vienen o con risperidona, metilfenidato, y la idea es que por medio de la terapia la dosis sea cada vez menor, uno obviamente se comunica con el neurólogo o psiquiatra para ver si los puede ir reduciendo, y en general los resultados han sido muy buenos, me paso una sola vez de no poder mas con los recursos conductuales, con una familia muy comprometida, que iba haciendo todo lo que les indicaba, y aun así no se pudo manejar así que hubo que recurrir a una medicación, y se noto un cambio terrible, pero te digo de todos los casos que he tenido solo uno tuve que derivar a psiquiatra

- ¿Cuál es el papel de los padres y entorno en la aparición de esas conductas disfuncionales?

Es tan relativo como la causa, lo que se piensa hoy por hoy es que hay una conjunción entre factores ambientales, y cierta predisposición. Si me preguntas a mi no creo que los papas sean determinantes en la aparición, que después el estilo familiar, los estilos parentales, jueguen un rol sí. Uno suele notar que los papas son mas desorganizados, tienen altos niveles de ansiedad, o actividad más elevada en ellos, pero no creo que sean ellos quienes causen el trastorno. Se sabe que hay un funcionamiento ejecutivo un poco mas lábil, y al estar afectada la pre corteza frontal del cerebro un sustrato biológico hay, pero si es el huevo o la gallina bueno que viene primero no lo sabemos

- ¿Cuál es el rol de la cultura?

Las investigaciones internacionales hablan de una prevalencia muy similar en todas las culturas en donde se ha investigado, lo que pasa es que hay que definir bien cuáles son los síntomas, cuales son los criterios, si lo que para algunas culturas es considerado como una hiperactividad en otras es socialmente aceptado, creo que el papel básico de

la cultura es determinar cuáles con las conductas socialmente esperadas y cuáles no, y en función de eso armar una categoría diagnóstica

- ¿Cuál es el rol del docente?

En general son los primeros que se dan cuenta porque son los que conviven con esta criatura que no puede con sí misma, por otro lado también es difícil, a ver, el docente tiene muy poca formación en el campo psi, tiene 30, 35 alumnos adentro de un aula, todos con una subjetividad diferente, por lo tanto me parece que es muy difícil darse cuenta cuales son aquellos que tienen mayores dificultades, por otro lado hoy en día vivimos con un aceleramiento constante, los chicos están sobre estimulados, la educación ha quedado bastante obsoleta, con la pizarra parada adelante del pizarrón, cuando el niño tiene un montón de estímulos en la casa es bastante difícil de procesar para él, de todas maneras la formación que tienen es muy poca, si pudieran contribuir en la detección adecuada estaría bueno lo que pasa que si fuera el papel de la maestra el de derivar cuando sospechan alguna dificultad estaría derivando constantemente me parece que el debate va mucho más allá de la pizarra en el aula sino de toda la sociedad y el rol de todos los profesionales

## **Entrevista N° 12:**

### **Eje 1:**

- ¿Cuál es tu profesión?

Licenciada en psicología

- ¿En qué universidad estudiaste?

Universidad Abierta Interamericana

- ¿Realizaste otras actividades de formación?

Posgrado no, diferentes capacitaciones sí.

- ¿Desde qué línea teórica trabajas?

Cognitiva conductual, conductual porque para trabajar en autismo en mi opinión es lo que más tiene resultado

- ¿Cuáles son los casos más frecuentes que te llegan a consulta?

Problemas de conducta

### **Eje 2:**

- ¿Qué es un trastorno?

Es cuando hay algún inconveniente que no permite el desarrollo típico del funcionamiento psíquico

- ¿Un conjunto de conductas disfuncionales constituyen un trastorno?

No siempre, porque considero que muchos trastornos pueden estar sumados por otros síntomas y sumar a ese diagnóstico.

- ¿Un trastorno es una enfermedad?

No siempre. Una cosa es un trastorno y otra cosa es una enfermedad, la enfermedad es crónica. No son sinónimos

- ¿Cuál es tu postura frente al DSM?

Yo no soy partidaria de que todos los chicos tienen que ser medicados pero si considero que hay muchos trastornos en los q la medicación es necesaria para el padecimiento de ese paciente y para ayudar a su tratamiento, entonces considero que el DSM es importante porque en la parte neurológica a veces es necesaria la medicación y una clasificación que pueda ordenarnos, me parece que es una guía para poder estructurarse y poder saber que tenemos en frente, y que hacemos con lo que tenemos enfrente

### Eje 3:

- ¿Qué opinión te genera el TDAH?

No lo considero un invento, siempre me he encontrado mas con chicos que forman parte del conjunto de síntomas que tiene dentro de su trastorno, pero no me parece que sea un invento, de hecho al trabajar en escuelas veo muchos chicos neurotípicos q en realidad o que le está fallando la atención o que no pueden controlar su hiperactividad. Existe el trastorno.

- ¿Estás al tanto de la clasificación?

No

- ¿Cuál pensás que es el abordaje indicado para un niño diagnosticado con TDAH?

Para la corriente cognitiva conductual, esto de que el nene tenga una motivación para poder controlarse o que adaptarse a un funcionamiento grupal, lo de la recompensa, lo de la consecuencia. Trabajando con la familia, que es fundamental, ya que pasan gran tiempo obviamente con la familia. Vive en una casa, en una familia. Es importante abordar a todos

- ¿Cuál es el papel de los padres en la aparición de esas conductas disfuncionales o síntomas?

No, lo tomo mas como un trastorno más neurobiológico, esa teoría que viene desde el psicoanálisis de esa madre mala no, no soy partidaria de eso. Si creo en la carga genética, me parece q en el TDAH, en el autismo es muy importante. Pesa más lo genético pero lo ambiental también ayuda, no hay que olvidarse que el aprendizaje se da a partir de la imitación, pero no me parece que el trastorno sea algo aprendido

- ¿Qué pensás de la medicación en niños?

Creo que en algunos casos es adecuada, si bien nosotros podemos ser ayuda externa el niño también necesita de esa ayuda interna porque hay casos en los que si no está medicado realmente no se puede trabajar, pero porque ese niño no puede consigo mismo. El niño que yo hago integración esta medicado y una vez se olvidaron de darle la medicación y estaba muy alterado, tuvo que venir la madre a darle la medicación. La medicación tiene que ser bien administrada, porque hay niños con exceso de medicación y están en su mundo. La medicación es importante para poder estar conectado con el mundo lo mejor posible, que le permita realizar sus actividades. Pero también es cierto que el mercado de la medicación existe, es real. Hay mucha resistencia de los padres a la medicación, y además los padres no tienen muchas certezas porque hay tanto posturas a favor como en contra. Es importante q se siga investigando, que se puedan conseguir datos fehacientes, no medicar por medicar.

- ¿Cuál es el rol de la cultura?

Para mí es un trastorno neurobiológico que se puede dar en cualquier lado, lo que me parece que la cultura puede hacer es acentuarlo más o no. También entra en juego la ansiedad y lo que ese chico aprenda. A veces el ambiente no ayuda, por ejemplo padres muy ansiosos.

### **Entrevista N° 13:**

#### **Eje 1:**

- ¿Cuál es tu profesión?

Psicóloga

- ¿En qué universidad estudiaste?

Universidad Nacional de Rosario

- ¿Realizaste otras actividades de formación?

Si, hice cursos de varios tipos. Al comienzo mas en relación al psicoanálisis y luego me forme mas en lo que es la terapia cognitiva conductual.

- ¿Desde qué línea teórica trabajas?

Que decirte, a ver, fui tomando herramientas de diferentes marcos teóricos, no es que me atengo a un marco teórico específico, mis bases son del psicoanálisis, mi formación es psicoanalítica por la facultad, si después fui incorporando herramientas en mi práctica que pertenecen a otros marcos teóricos, cognitivo conductual pero mi escucha sigue siendo psicoanalítica, mis herramientas de trabajo muchas son del cognitivismo, manejo muchas herramientas de lo que es el aspecto socioemocional en los niños, yo trabajo mucho con niños, eso me ha dado muchas herramientas para hacer intervenciones desde lo vincular. Veo en función del caso cuales son las intervenciones adecuadas, incluso dentro de un mismo tratamiento voy atravesando diferentes etapas en las intervenciones con el paciente, en algunos momentos opto por trabajar algunas cuestiones más vinculares o afectivas, en otros es necesario introducir herramientas desde lo cognitivo conductual, en fin voy viendo.

- ¿Cuál es el papel de la medicación en los tratamientos?

Adhiero al trabajo interdisciplinario, a muchos de mis pacientes los he derivado con psiquiatría, o neurología cuando es necesario, la medicación queda a criterio de el profesional que lo evalúa y si determina que es lo más adecuado no tengo ningún problema, si se trabaja en conjunto

- ¿Cuál son los casos más frecuentes que te llegan a consulta?

En lo que es la población infantil la divido en dos grandes grupos: por un lado los chicos q tienen problemas de conducta y los que sus inconvenientes son mas de índole, por ejemplo lo que llamamos los internalizadores, baja autoestima, problemas en los vínculos con los demás, en fin, creo que los que mayormente llegan a la consulta son los que hacen más ruido, que son los externalizadores, los que tienen problemas de conducta en la escuela, en casa, los otros al pasar más desapercibidos no molestan por lo tanto es menos frecuente que lleguen a consulta

## Eje 2:

- ¿Qué es un trastorno psicológico?

No recuerdo la definición específica de trastorno, pero para mí es una afección que tiene una persona de distinta índole, digamos, un trastorno psicológico puede ser una persona que tiene problemas en sus vínculos, en su conducta, donde hay a lo mejor un pensamiento que no es suficientemente flexible como para que la persona pueda vincularse de manera adaptativa con el entorno y esto le genera un trastorno, es bastante amplio, pero creo que es algo de lo cual padece la persona y que la afecta en sus relaciones con el entorno

- ¿Un conjunto de conductas disfuncionales constituyen un trastorno?

Si, hago el paralelo con lo que es TDG, que es un diagnostico con el cual estoy bastante familiarizada y si es un conjunto de síntomas

- ¿Un trastorno es una enfermedad?

No, yo asocio la enfermedad con la cura, es una opinión mía, no recuerdo los conceptos específicos, pero la enfermedad la asocio con algo que tiene cura (varicela). Cuando hablamos de un trastorno en realidad uno se plantea el concepto el concepto de cura, hacia donde se dirige la intervención del tratamiento, si apunta a una cura, que es una cura, en realidad tiene que ver con que esta persona mejore la calidad de sus vínculos, que pueda ser más flexible, que se pueda vincular mejor con el entorno, y eso es una cura o no? Se me pone en juego eso. La cura la asocio con algo que no se si viene de la mano de la salud mental en el sentido del concepto de cura

- ¿Son crónicos los trastornos?

Depende como se lo mire en realidad, como dije antes, hay que ver a donde se ubica el concepto de cura en todo esto, para saber si un trastorno se cura o no, es complejo el tema de la cura en salud mental, yo preferiría hablar de mejoras en la calidad de vida, pero no sé si eso es una cura

- ¿Qué pensás de las clasificaciones nosografías, por ejemplo DSM?

Una herramienta más de trabajo, una más, no es que me baso en el DSM para hacer mis intervenciones, así como la medicación, son herramientas de trabajo que uno sabe que están ahí por si quiere utilizarlas

### Eje 3:

- ¿Qué opinión te genera el TDAH?

Es una categoría diagnostica del DSM, recurro como herramienta de trabajo por lo tanto contemplo esta categoría diagnostica, lógicamente el pacientito que tengo en frente no es un diagnostico, tengo en cuenta al manual como herramienta de trabajo, mis intervenciones son mucho más globales que reducir todo el tratamiento a un diagnostico, es un trabajo con la familia, con la escuela, es mucho más amplio y más complejo las intervenciones que se hacen en un paciente con TDAH. Entraría en juego para qué sirve un rotulo en mi trabajo, muchas veces es algo que es necesario poner por ejemplo por la obra social para que te aprueben un tratamiento, pero eso no va a condicionar tu trabajo, el chico que tenes enfrente es mucho más que el nombre TDAH, es un nene que está afectado, que tiene padecimiento, hay una familia detrás, una escuela, se trabaja en conjunto, se trabaja desde lo vincular, con herramientas cognitiva

conductual, es mucho más complejo, pero la importancia que yo le doy al diagnóstico en mi labor es como un marco referencial para saber donde estoy parada, no más que eso. Adhiero al TDAH, a sus causas neurobiológicas, reconozco el déficit en las funciones ejecutivas a nivel del lóbulo frontal adhiero absolutamente, como también trabajo en la cuestión afectiva y vincular, digo que pasa con este chico, que pasa con su vínculo con los papas

- ¿Estás al tanto de los subtipos?

No

- ¿Cuál consideras que es el abordaje adecuado para un niño diagnosticado con TDAH?

Múltiples intervenciones, fundamentalmente herramientas cognitivas conductuales, en mi criterio son fundamentales, hay que enseñarle a un chico que medie un proceso reflexivo, entre el pensamiento y la acción, parar pensar y actuar, hay que enseñarle que internalice un montón de mecanismos, orientación a padres, esto es lo primero para apagar el incendio, cuando las conductas mejoran me empiezo a meter en lo vincular, afectivo, que pasa con esta familia, cual es el lugar que ocupa este hijo

- ¿Cuál es el papel de los padres y entorno en la aparición de síntomas o conductas disfuncionales?

Fundamental, por eso digo mas allá de una cuestión de un déficit que puede haber en un niño el entorno promueve todo esto, como siempre digo, la conducta inapropiada está cumpliendo una función también, que es retroalimentada por todo el entorno, por eso es fundamental la orientación a padres

- ¿Qué pensás de la medicación en niños con TDAH?

En algunos casos sí. No es lo primero, probas otras herramientas como te decía antes, y sino después si no responde a las intervenciones, ahí aparece la interconsulta, no en todos los casos pero en muchos solicito derivación

- ¿Cuál es el rol de la cultura?

Ocupa un lugar importante, es amplia la pregunta, cuando hay un TDAH tenemos por un lado el déficit, un entorno que no colabora, es decir la familia, esto tiene que ver con papas que a lo mejor tienen que estar mucho tiempo fuera de casa, porque los dos trabajan, muchos de los niños con TDAH provienen de familias donde los papas prácticamente no están en todo el día, los niños están frente a una pantalla gran parte del día, un poco a la deriva, son papas a los que les cuesta mucho poner límites, los chicos toman el mando, poner un límite significaría no darle afecto, no darle amor, o justamente para compensar tantas horas fuera de casa les damos todos, esto tiene que ver

con la cultura del consumismo, con la vorágine en la que estamos viviendo, la cultura influye cien por ciento en todo esto

- ¿Cuál es la perspectiva de futuro de un niño con TDAH?

Mejora notablemente, un niño con TDAH es un chico que no puede hacer lazos, que se le dificulta muchísimo las relaciones sociales, acatar una regla, un chico que no respeta a un docente como hace para conseguir un trabajo el día de mañana, se le dificulta la vida en sociedad directamente,

- ¿Cuál es el rol del docente?

El rol del docente es fundamental, es uno de los primeros que detecta estas cuestiones, anunciar a la familia para que se haga algún tipo de intervención, y después contar con la colaboración del docente una vez que está en tratamiento es igual de importante que la detección, es terapia escuela y familia en este tipo de trastorno

#### **Entrevista N° 14:**

##### **Eje 1:**

- ¿Cuál es tu profesión?

Psicóloga

- ¿En qué universidad estudiaste?

En la Universidad Nacional de Rosario

- ¿Realizaste otras actividades de formación?

Sí, me fui a los EEUU a formarme en cognitiva conductual, y trabajé allá mientras me formaba, y en simultáneo hice como el máster de ABA y después me volví

- ¿Desde qué línea teórica trabajas?

Cognitivo conductual

- ¿Cuáles son los casos más frecuentes que llegan a consulta?

Autismo, y retardo en el desarrollo

- ¿Cuál es el papel de la medicación en los tratamientos?

Suelo utilizarlo cuando primero intente otras cosas, creo que hay muchas cosas que se pueden intentar antes de la medicación, si hay pacientes que tienen un alto grado de actividad y no pueden llegar a concentrarse y a focalizar entonces sin la medicación es imposible mantenerlos sentados, para el control de impulsos también es importante la medicación a veces, siempre como complementaria a la terapia y con la idea de ir disminuyéndola si se puede, siempre se consulta con el psiquiatra para ver que opina

## Eje 2:

- ¿Qué es un trastorno psicológico?

Son trastornos los que inhabilitan a la persona a desarrollar actividades de la vida diaria mas que nada lo que afecta lo emocional o laboral

- ¿Un conjunto de conductas disfuncionales constituyen un trastorno?

No necesariamente

- ¿Un trastorno es una enfermedad?

No. No veo al trastorno como una enfermedad, si como una dificultad, en muchos casos no es algo crónico, por eso es que no lo considero una enfermedad,

- ¿Cuál es tu postura frente al DSM?

Creo que sirve en parte y que sirve mas que nada cuando se va actualizando, porque va variando mucho la mirada que había antes, de la mirada que hay ahora, especialmente del trastorno como los que trabajamos nosotros, pero a grandes rasgos en algo sirve para saber más o menos con lo que estamos trabajando pero es en una primera instancia después uno trabaja más con los síntomas y con lo que el paciente está necesitando

## Eje 3:

- ¿Qué opinión te genera el TDAH?

Creo que existe y que se evidencia en los casos que uno atiende, creo que se ve, si es cierto que por ahí uno tiene que encajar dentro de un nombre las cosas y a veces si van a parar dentro de ese nombre cuestiones que no tienen nada que ver, se sobre diagnostica

- ¿Estás al tanto de la clasificación?

No

- ¿Cuál es el abordaje adecuado para un niño con diagnostico de TDAH?

Cognitivo conductual, creo que hay que trabajar mucho desde el lugar de la cognición y siempre va de la mano con la conducta, siempre teniendo en cuenta un abordaje que sea social, de aprendizajes q sean generalizados, en la escuela, en el hogar, que todo se trabaje de manera conjunta porque si no, no funciona

- ¿Cuál es el papel de los padres y entorno en la aparición de esas conductas disfuncionales?

Creo que hay muchas cuestiones a nivel orgánico, si el ambiente es determinante para que esto se desate o no y obviamente no a propósito podríamos decir, pero si hay cuestiones del ambiente que estimulan que esto pase, el grado de actividad, el grado de desorganización, que tienen los chicos hoy en día, chicos que por ahí no ven en todo el

día a sus papas, y por ahí los papas no saben cómo responder a eso y terminan reforzando cosas que en realidad tendrían que ir ignorando para que disminuyan,

- ¿Qué pensás de la medicación en casos de TDAH?

Dependiendo del caso, no es algo general

- ¿Cuál es el rol de la cultura?

Es una gran incógnita que se tiene, yo he estado en diferentes culturas, en todas se da, si en algunas muchísimo más, en EEUU por ejemplo es mucho más frecuente. No hay nada certero que diga cómo puede influir porque se da en todos lado, debe haber cuestiones del ambiente que lo desaten pero no se descubrió que aun,

- ¿Cuál es la perspectiva de futuro de un niño diagnosticado con TDAH?

Depende el caso, la severidad del caso, es bastante amplio dentro del diagnostico, si creo que se puede mejorar la calidad de vida, se trabaja para que sean autónomos

- ¿Cuál es el rol del docente?

Por suerte muchos llegan a los docentes osea que los docentes están atentos y eso es súper importante, pero también es muy importante que también este comprometido con el tratamiento

## **Entrevista N° 15:**

### **Eje 1:**

- ¿Cuál es tu profesión?

Psicóloga

- ¿En qué universidad estudiaste?

En la Universidad Nacional de Rosario

- ¿Realizaste otras actividades de formación?

Si, posgrado en terapia cognitiva conductual en Altue, y varios seminarios y congresos

- ¿Desde qué línea teórica trabajas?

Cognitivo conductual

- ¿Cuáles son los casos más frecuentes que llegan a consulta en la actualidad?

Trastornos de ansiedad

- ¿Cuál pensás que es el papel de la medicación en los tratamientos?

En algunos casos es importante poder trabajar de manera conjunta con un psiquiatra, pero no considero que sea la principal alternativa

## Eje 2:

- ¿Qué es un trastorno psicológico?

Es un conjunto de síntomas que causan malestar en la persona, que interfieren con su vida cotidiana

- ¿Un conjunto de conductas disfuncionales constituyen un trastorno?

Por lo general si

- ¿Un trastorno es una enfermedad?

En la actualidad se ha modificado el término enfermedad para dar lugar al término trastorno

- ¿Son crónicos los trastornos?

Algunos si, otros no

- ¿Cuál es tu postura frente al DSM?

Sirve para organizarnos, para entendernos entre los diferentes profesionales del área de la salud

## Eje 3:

- ¿Qué opinión te genera el TDAH?

Es un trastorno neurobiológico

- ¿Estás al tanto de la clasificación?

No, no estoy muy al tanto de la clasificación

- ¿Qué pensás de la descripción del DSM sobre el TDAH?

Estoy de acuerdo con la descripción que hace del mismo

- ¿Cuál es el abordaje adecuado para un niño con TDAH?

Terapia cognitiva conductual

- ¿Cuál es el papel de los padres y entorno en la aparición de esas conductas disfuncionales o síntomas?

Si bien es un trastorno neurobiológico considero que siempre el entorno influye, quizás algunas conductas de los padres pueden ser un factor desencadenante

- ¿Cuál es tu opinión respecto a la prescripción de medicación en niños?

Debe prescribirse solamente cuando realmente sea necesario y con un seguimiento adecuado

- ¿Cuál es el rol de la cultura?

Es importante, como decía anteriormente.

- ¿Cuál es la perspectiva de futuro de un niño diagnosticado con TDAH?

Considero que con un tratamiento adecuado puede mejorar su calidad de vida

- ¿Cuál es el rol del docente?

Es importante trabajar de manera conjunta con los docentes ya que son muy importantes en la vida de un niño, pasan muchas horas con ellos.