

BOLETIN OFICIAL

DE LA REPUBLICA ARGENTINA

Buenos Aires,
lunes 22
de junio de 2009

Año CXVII
Número 31.678



Año 1 / N° 41

Suplemento

Actos de Gobierno

La Constitución Nacional garantiza el principio de publicidad de los actos de Gobierno y el derecho de acceso a la información pública a través del artículo 1º, de los artículos 33, 41, 42 y concordantes del Capítulo Segundo –que establece Derechos y Garantías– y del artículo 75 inciso 22, que incorpora con jerarquía constitucional diversos Tratados Internacionales (Decreto N° 1172/2003)

Sumario

Pág.

INFORME FINAL: LA MEDICALIZACION DE LA INFANCIA. NIÑOS, ESCUELA Y PSICOTROPICOS (SEGUNDA PARTE)

Palabras Preliminares. Resultados. Parte I: Campo Escolar. Representaciones del Problema en la Escuela. Estatuto del Diagnóstico de TDA/H. ¿A qué se llama TDA/H? Acerca de los Discursos que Explican el Problema. ¿Niños Deficitarios? Imaginarios sobre el Niño en el Proceso de Detección y Abordaje en el Aula. Imaginario del Déficit. Imaginarios del Niño Hiperactivo. Disciplina y Adaptación Social en Déficit. La “Pastilla” en la Escuela. Medicación y Escolaridad. El Circuito. Detección, Cuestionarios y Diagnóstico. Respuesta Institucional. El Rol de la Escuela Frente a la Medicación. Patrones de Consumo y Posturas de la Escuela. Parte II: Campo de la Salud. Las Representaciones del Campo Médico sobre el TDA/H. Imágenes e Ideas Asociadas al Cuadro de TDA/H. Modos de Describir el Cuadro Diagnóstico en los Profesionales de la Salud. Acerca de las Similitudes o Diferencias en los Niños/as con TDA/H por Edad y Género. Contexto Social y Económico en la Producción de un Niño con TDA/H. El Diagnóstico de TDA/H desde la Perspectiva de los Actores del Campo Médico. El Tratamiento sobre TDA/H. Circuito de Derivación y Elección Terapéutica. Tipo de Droga Elegida. Esquema de Administración. Parte III: Otros Actores Sociales. Asociaciones de Padres. La Industria Farmacéutica. Los Medios Masivos de Comunicación.

1

CREACION DEL CONSEJO DE EXPERTOS EN GESTION PUBLICA

Presentación. Integrantes. Espacio de Dialogo Multidisciplinario. Marco Normativo. Anexo.

30

ACCIONES DE LA COORDINACION GENERAL PARA LA GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS SOLIDOS URBANOS

Introducción. Objetivos. Programas y Proyectos. Proyecto Nacional para la Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos. Programa de Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos en Municipios Turísticos. Programas Municipales para la Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos. Observatorio Nacional para la Gestión de Residuos Sólidos Urbanos. Ejes de Trabajo.

31

DISTINCION INVESTIGADOR DE LA NACION ARGENTINA

Presentación. Principales Características. Categorías. Postulaciones. Nómina de Instituciones. Inscripción. Evaluación.

34

La participación institucional de estos organismos en el proceso de conformación de este estudio se desarrolló a partir de una división temática para poder abordar de manera complementaria e integral la totalidad del objeto de estudio que se procuró examinar. En este contexto, el Observatorio Argentino de Drogas coordinó el área de educación y el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales hizo lo propio pero desde el campo de la salud.

En la edición anterior del Suplemento Actos de Gobierno se presentó la primera parte de este informe, donde se difundió todo lo concerniente a la introducción, formulación del problema y objetivos, aspectos metodológicos, antecedentes y estado del tema, marco teórico conceptual, comportamiento de la importación, facturación y dispensación del metilfenidato y la atomoxetina en niños con diagnóstico de TDA/H en la República Argentina, y organización del informe.

Esta segunda parte se referirá a los resultados alcanzados en esta investigación, que serán divididos en tres secciones (Parte I, II y III). La primera se relaciona con el campo escolar y describirá las representaciones del problema en la escuela, los imaginarios sobre el niño en el proceso de detección y abordaje en el aula y finalmente, la medicación y la escolaridad. La segunda sección trabajará el campo de la salud, resaltándose los siguientes temas: las representaciones del campo médico sobre el TDA/H, el diagnóstico de TDA/H desde la perspectiva de los actores del campo médico, y el tratamiento sobre el TDA/H. En la última sección se explicarán las implicancias de otros actores sociales, a través de las asociaciones de padres, la industria farmacéutica y los medios masivos de comunicación.

Finalmente, en la tercera y última parte (que se publicará en la próxima edición) se detallarán las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

RESULTADOS

PARTE I: EL CAMPO ESCOLAR

Representaciones del problema en la escuela

Estatuto del diagnóstico de TDA/H

¿Qué consideraciones tienen los profesionales de la educación respecto al TDA/H?, ¿cuál es el estatuto que le dan al diagnóstico?, ¿cómo definen al TDA/H? En las entrevistas a docentes, psicopedagogos y GP⁽¹⁾, aparecen diversos modos de considerar el diagnóstico, pero en su mayoría se asocian por una idea común que cuestiona el diagnóstico o el uso que se hace del mismo.

Se analizarán los diversos modos de conceptualizar el problema y cómo emerge en el discurso escolar un enfoque crítico respecto al diagnóstico de TDA/H.

Una gran mayoría de los docentes, psicopedagogos y profesionales de los GP entrevistados, cuestiona el diagnóstico del TDA/H en tanto lo considera una moda que surgió en los años noventa y que, según la ciudad en la que trabajen, hoy está en pleno auge o en cierta decadencia frente a nuevas patologías o nuevos diagnósticos que están cobrando peso en el aula y que vienen a restarle protagonismo al TDA/H.

De este modo, fue muy notoria la diferencia que se establecía al clasificarlo como un trastorno “de moda” o “demodé” según la ciudad abordada.

(1) La sigla GP se refiere a los gabinetes psicopedagógicos, que dentro del sistema público, en algunas provincias, como Buenos Aires, funcionan como Equipos de Orientación Educativos o Docente conformados por un equipo transdisciplinario de psicólogos, asistentes sociales y psicopedagogos. En otras provincias hay gabinetes psicopedagógicos centrales, tal es el caso de Tierra del Fuego. En el sistema privado, lo que suele funcionar en las escuelas es el gabinete psicopedagógico o bien una psicopedagoga que asiste al colegio periódicamente.

PRESIDENCIA DE LA NACION

SECRETARIA LEGAL Y TECNICA
DR. CARLOS ALBERTO ZANNINI
Secretario

DIRECCION NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL
DR. JORGE EDUARDO FEIJÓ
Director Nacional

www.boletinoficial.gov.ar

e-mail: dnro@boletinoficial.gov.ar

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual
N° 723.199

DOMICILIO LEGAL
Suipacha 767-C1008AAO
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel. y Fax 4322-4055 y líneas rotativas

SECRETARIA DE PROGRAMACION PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN
Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRAFFICO

Informe:

La Medicalización de la Infancia.

Niños, Escuela y Psicotrópicos

(Segunda Parte)

La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, a través del Observatorio Argentino de Drogas, conjuntamente con el Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, elaboraron el Informe: “La Medicalización de la Infancia. Niños, Escuela y Psicotrópicos”, con el objetivo de explorar, mediante un enfoque sociológico y con el aporte de un equipo interdisciplinario, el proceso de medicalización/medicamentación de la infancia.

PALABRAS PRELIMINARES

La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, por intermedio del Observatorio Argentino de Drogas, y la Universidad de Buenos Aires, a través del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales, elaboraron el informe titulado “La Medicalización de la Infancia. Niños, Escuela y Psicotrópicos”.

Así, mientras en la Provincia de Salta la idea de un “diagnóstico de moda” surgía en la mayoría de las entrevistas en escuelas, en Ushuaia y sobre todo en el AMBA surgió en varias oportunidades la idea de un diagnóstico “demodé” o “pasado de moda”, que si bien mantenía un lugar significativo dentro de las problemáticas escolares, había tenido su apogeo años atrás.

“Lo primero que se me cruza entrando ya en el análisis es que es una cuestión de moda más que nada, porque de golpe se empezó a escuchar nombrar y todos los chicos que no podían prestar atención en el aula o todos los chicos que tenían alguna dificultad de rendimiento es como que se hablaba únicamente de eso.”

(Directora, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona norte, GBA)

“-Se puso de moda, sí.

E⁽²⁾: ¿Cuándo?

-Te diría en el ‘96 por ahí.

-Cuando salió que incluso hubo capacitaciones...

-Que era una moda y todos los chicos tenían TDA/H.

-Tal cual, ante cualquier cosa...”

(Grupo de Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto y alto, zona norte, GBA)

La definición del TDA/H como una moda, ya sea que se encuentre en auge o en retroceso, encierra un juicio negativo hacia el diagnóstico y se fundamenta en la idea de que las respuestas expertas, desde el campo de la medicina, la psicología y la psicopedagogía, tienen ciclos de auge y de caída de acuerdo al paradigma vigente que desembocan en el ámbito de la escuela a partir del diagnóstico de alumnos y la difusión de saberes, conformando un círculo entre el profesional de la salud y la escuela por el cual el diagnóstico en alza cubre casi toda problemática que surja en el aula.

Esta difusión, que lo transforma en un diagnóstico de moda, se lleva a cabo por lo medios de comunicación pero también, y muy especialmente en las provincias como Salta y Tierra del Fuego, por los cursos y conferencias de expertos y visitas periódicas de médicos que llegan de Buenos Aires trayendo enfoques específicos y muchas veces contrapuestos, acerca del diagnóstico y tratamiento del TDA/H.

“-(...) Yo lo que vi por esta compañera que se había interesado en el tema y ya de última pasaban muchos chicos a ser TDA/H para ella, que también se hicieron cursos de capacitación o de profundización en este tema de los TDA/H.

E- ¿Y quién los organizaba?

-Yo no sé quién los organizaría, la verdad que nunca participé de eso porque no me interesaba, para mí era una cosa que había aparecido de la noche a la mañana, un rótulo, no sé si está en el DSM IV, pero que esos chicos compartían formas de comportamiento iguales a otros chicos de años anteriores cuando no estaba en la nomenclatura esa enfermedad así diagnosticada”.

(GP, escuela pública tradicional, NSE bajo, Salta)

Estas “oleadas” tanto por cursos como por la difusión en medios de comunicación llevan a padres y docentes a mirar unidireccionalmente las conductas del niño consideradas “problemáticas” y desembocan muchas veces en diagnósticos caseros que derivan de la recolección caótica de información, similar al perfil del paciente autodidacta que se analiza en el estudio sobre el consumo autorregulado de psicotrópicos en adultos.

“-(...) Aparte yo acá particularmente en esta escuela recuerdo haber visto esas más que tienen cierto nivel cultural, o sea que a lo mejor pasaron por la universidad, que sé yo... que abrían Internet, sacaban todo lo que tenía que ver con que alguien le había dicho ‘este chico, tu hijo es TDA/H’, se informaban bien y ya venían ellas con el diagnóstico hecho desde la casa, ni siquiera era por un profesional, de que su hijo era TDA/H y por lo tanto la maestra debía comprender que él hiciera esto, esto y esto. Pero a la vez en la entrevista con la madre yo me daba cuenta de que había muchas otras variables que intervenían a la hora que el chico se comportara de esa manera”.

(GP, escuela pública tradicional, NSE bajo, Salta)

De este modo, se podría pensar que la aparente contradicción que muestra a la Provincia de Salta dentro de las provincias con menor expendio de medicamentos de este tipo y que al mismo tiempo en las entrevistas aparece como referente de la idea de “diagnóstico de moda” pueda explicarse por esta imagen de “oleadas” de discursos y diagnósticos.

La Provincia de Salta, según este argumento, estaría en un período “emergente” frente al problema, que en tanto su carácter de emergencia, entendido como lo no establecido, no se desprende en términos comparativos en los números de expendio, al menos por el momento.

En el caso de Ushuaia y del AMBA, clasificadas en el grupo de mayor expendio por población menor de edad, la situación aparece invertida si se toma en consideración que, sobre todo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, surgieron en varias entrevistas a docentes comentarios respecto a que el TDA/H hoy estaba en declive como problemática en el aula, frente al pico que había tenido años atrás.

Esto no necesariamente quería decir que había menos niños diagnosticados sino que a veces hacía referencia al auge que estaban tomando dentro del campo escolar discursos que ponían en duda la existencia misma del trastorno o también el caso de nuevas problemáticas y diagnósticos emergentes que le disputaban el lugar preponderante al TDA/H ⁽³⁾.

(2) Entrevistadora.

(3) En el AMBA, apareció en varias entrevistas el Trastorno Generalizado de Desarrollo (TGD) como un problema al que se enfrentan las docentes hoy y que toma la característica de “estar de moda” dentro del discurso escolar, sobre todo en aquellas escuelas que se encuentran bajo el proyecto de integrar a ni-

“-No, que ahora hay... está la onda ahora que se habla mucho de... Filmus por ejemplo, Ministro de Educación, habló de integración, nuestras temáticas y nuestras capacitaciones están muy ligadas a la integración, está bueno...”

-El TDA/H también estuvo de moda, y había TDA/H por todos lados.

-Hace cuatro años atrás yo te digo que estaba loca, es más fui a la Feria del Libro no sabés la cantidad de libros en base al TDA/H, ahora no (risa) si vas a la Feria del Libro fijate los libros de discapacidad, integración...

-Discapacidad y violencia son.

-Violencia en las escuelas, violencia familiar”.

(GP, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona norte, GBA)

“-(...) No sé quién lo define esto, si un neurólogo... bueno, si ellos lo definen uno tiene que confiar, pero en una época, yo me acuerdo un tiempo atrás, hubo una oleada que cuanto nene tenía problema de conducta era TDA/H, había una pastillita. Te hablo de unos cuantos años atrás, hubo una oleada que era...”

-Me acuerdo que hubo una camada. Chico con problema, chico TDA/H

-(...) A veces hay modas que se imponen y que encuentran la solución mágica, entonces empiezan nenes con características... hiperkinéticos, citando términos que aparecen en nuestra tarea, modas que van apareciendo, “es un hiperkinético, no para”, entonces... bueno, a una mamá le fue bien con la bolillita y bueno, vamos con el mismo.

-En una época cuando éramos chicos era hiperkinéticos, ahora son TDA/H

-Son modas que se van imponiendo en distintos ámbitos, en nuestra tarea es esto ¿viste? que uno va observando, que se imponen modas. Después viene el susto a la medicación entonces se para todo, analizamos una medicación y eso no es lo conveniente y tiramos todo para atrás y comenzamos con terapia”.

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto y alto, CBA)

“-Aparte el déficit atencional paso de moda, desde que apareció. Al principio eran todos TDA/H. Se movía...”

E: En que época, ¿te acordás?

-En qué años... noventa y monedas o noventa y pico largos...yo me recibí en el ‘94, terminé la facultad. Y ahí era como el auge del TDA/H, y cualquier pibe que no se quedaba sentado cinco minutos en una silla, rotulito: pin, TDA/H. De ahí a pasar a medicar era otra historia, gracias a Dios. Porque si no hubiéramos medicado pibes.

E: ¿Quién ponía el rotulo?

-Yo creo que las escuelas, la psicopedagoga...

-La docente...”

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

“-(...) Creo que sí, que en algún momento hubo como un pico. Esta es una ciudad muy chica entonces cuando un profesional más o menos prestigioso y reconocido comienza a diagnosticar y a trabajar con esta problemática, es como que se hace un círculo. Es como que se produce un efecto contagio: ‘¿Mi hijo no tendrá lo mismo? Lo voy a llevar al médico a ver si me dice que el problema que tiene es este’. Y hubo diez años, yo diría que hasta 2004, entre el 94 y el 2004 algo así, de una furia del diagnóstico del TDA/H en la ciudad. La planillita ⁽⁴⁾ que te daba la pediatra para completar, la habían completado todos los maestros que yo conocía”.

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, Ushuaia, Tierra del Fuego)

Por otro lado, el considerarlo una moda se ve sobre todo en las escuelas privadas, aunque aparece en algunas escuelas públicas. Esto puede interpretarse en relación al vínculo que se establece entre diagnóstico de TDA/H y nivel socioeconómico.

Existe un consenso muy generalizado en el ámbito escolar en cuanto a que a mayor nivel socioeconómico, más niños diagnosticados con TDA/H se encontrarán en la escuela. La idea que sobrevuela a esta relación tiene que ver con los distintos modos de comprender una problemática en el aula según el contexto social que lo enmarca, inaugurando así un determinado abordaje.

“-Nosotros no tuvimos eso, olas, porque evidentemente como ella decía, como que fue una ola.

-Claro, fue así como una moda, me parece a mí, porque yo conocí después como otros casos.

-Yo diría como que en las escuelas privadas.

-Sí, sí.

E: Como que es otro perfil social”.

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, Comodoro Rivadavia, Chubut)

ños con alguna discapacidad. Si bien el TGD es definido por los médicos entrevistados como un trastorno diferente y en las entrevistas del campo de la salud no surgió como dato emergente, llamó la atención que en más de un caso al entrevistar docentes, surgiera su mención espontáneamente. Se entiende que esto requiere un estudio especial que excede los objetivos de esta investigación, pero su mención representa un dato a considerar dentro de la problemática general.

(4) Se refiere al Protocolo para el diagnóstico del TDA/H que proveen los especialistas del campo médico o psicopedagógico a las docentes.

Junto a la idea de “diagnóstico de moda” suele asociarse la idea de haberle puesto nombre a un problema que siempre estuvo presente. El nombrar al problema desde la legitimidad del saber médico instala el proceso de medicalización, al concretar el pasaje de lo considerado “normal” a lo “patológico” y al mismo tiempo tiene un efecto tranquilizador en docentes y sobre todo en los padres.

“E: ¿Hay muchos chicos con déficit atencional?”

-No. A ver, por un lado es algo que se le ha puesto nombre en los últimos tiempos, yo te diría en los últimos diez años, digamos se le puso nombre. Pero, a ver, esto de que había chicos inquietos, que no prestaban atención o que se distraían fácilmente, siempre tuvimos alguno por ahí. Ahora lo que se le puso es nombre. Y yo te diría que en promedio de haber uno cada dos secciones, no es una cosa que... ¿viste? (...)

-(...) Yo he escuchado hablar a psicólogos que dicen que no existe.

-(...) Esa la escuché últimamente, es la que está ahora como... que está ahí, a lo mejor hay que llamarlo de otra manera, pero que tenemos algunos chiquitos con dificultad es cierto.”

(Supervisora de educación pública, Comodoro Rivadavia, Chubut)

“-Hay como diagnósticos de moda, y el padre a veces busca que le digan que tiene TDA/H para medicarlo, porque buscan eso de la solución, le ponemos nombre y apellido...”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona oeste, GBA)

Como se visualizará, este efecto tranquilizador de nombrar el problema viene muchas veces de la mano de discursos neurológicos que entienden que el TDA/H tiene un origen biológico.

Desde esta idea, entonces, el factor orgánico estaría ocultando una problemática vincular que compromete a los padres y por ende, el diagnóstico neurológico descomprime los sentimientos de culpa que pueden generar otros discursos.

“E: ¿Y vos podrías decir que hay como una moda de TDA/H?”

-No sé si una moda, tanto para los padres como para todo el mundo es más cómodo decir TDA/H que decir otras cuestiones.”

(GP, escuela privada tradicional, NSE medio-alto, Salta)

La idea de moda y el considerar críticamente los usos de nominar en términos médicos problemas de otro orden llevan muchas veces a considerar el TDA como un “invento”. La categoría de “invento” supone el mayor nivel de desprestigio hacia el diagnóstico de TDA/H que los docentes y psicopedagogos entrevistados han confiado y suele estar acompañado de ideas que apuntan a intereses económicos en el posicionamiento de enfermedades.

“-Para mí es un invento, es un... no una cosa inventada, o sea obviamente se observan distintas conductas. Es algo que se da pero que haya un trastorno atencional y que deba ser medicado, y que por eso se soluciona.

-(...) Pero una de las últimas charlas que tuvimos justamente del déficit de atención, decían que cuidado, que te acordás que existía un manual de diagnóstico, y que cuidado porque justamente es un poco ficticia, es un poco creada. Que justamente esto es TDA/H, que obviamente siempre va a haber alguno que encuadre, pero también hay otros motivos...”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto y alto, zona norte, GBA)

“-Es un invento (risas). Es un invento del DSM IV porque en realidad todos entrarían bajo esa categorización. Digamos es como darle visibilidad a un montón de signos, ni síntomas son, manifestaciones que las agruparon en el DSM IV y las compró Argentina. Que hay niños con problemas atencionales graves sí, siempre hubo digamos (risas). La psicopedagogía en la Argentina surge a partir de esa problemática. ¿Cómo es?, pero no creo que sea una entidad así con causa específica, ni una entidad, enfermedad o un síndrome, un conjunto de signos te diría, ni siquiera la categoría de síntoma. Pero, bueno, para mí tiene que ver con esta gran venta (...)

-E: Como una cuestión de marketing, digamos.

-De marketing, y bueno, no entiendo muy bien, me parece que va más allá de mi capacidad de análisis algunas cosas. Este entramado entre la medicina, los laboratorios y las atenciones, te diría ¿no?”

(GP, escuelas públicas, Ushuaia, Tierra del Fuego)

En definitiva, lo que aparece como idea mayoritaria entre los docentes y psicopedagogos entrevistados es un cuestionamiento al estatuto de trastorno y al proceso de medicalización a partir de las conductas que lo definen.

Este cuestionamiento es de variados niveles pero en definitiva lo que sobrevuela es la preocupación porque el diagnóstico de TDA/H no “tape” otros problemas.

“-Porque son los pediatras y los neurólogos, por ahí algún que otro psiquiatra, identifican a eso como un síntoma y le dan la entidad a eso de enfermedad. Porque no tiene bases neurológicas, podrá haber problemas atencionales asociados a dificultades estructurales, en relación al psiquismo, a dificultades escolares, a las de aprendizaje, a otro tipo de problemáticas, como es básicamente la reestructuración psíquica y otras psicopatológicas, pero no en sí misma como una entidad independiente, como la pretenden mostrar.”

(GP, escuelas públicas, Ushuaia, Tierra del Fuego)

En ese sentido, la idea de que el TDA/H “esconde” patologías específicas al “meter todo en una misma bolsa” está hablando de la necesidad de atender a la multiplicidad de factores que podrían dar origen al TDA.

En el próximo punto se analizará los distintos discursos que se construyen a partir de la fuerza que se otorga a uno u otro factor.

¿A qué se llama TDA/H? Acerca de los discursos que explican el problema

En las entrevistas realizadas tanto en el campo médico como en el escolar se pueden identificar cuatro grandes grupos de discursos respecto al tema del TDA/H.

Estos discursos proveen las causas o factores del problema a partir de qué es lo que lo estaría originando y repercuten en los caminos a seguir en torno al abordaje y tratamiento. La mayor parte de las veces, estos factores aparecen combinados entre sí, sin embargo suele poder identificarse un “factor fuerza” que es aquel al que el entrevistado le otorga un peso específico dentro de su discurso, definiéndolo. Se visualiza que salvo en el caso del discurso biológico, el resto de los discursos muchas veces cuestionan el diagnóstico de TDA/H desde los mismos factores que definen al discurso.

Esto significa que en ciertos casos la misma enunciación del discurso busca indagar en los factores que llevan a diagnosticar a un niño como TDA/H y que no son tenidos en cuenta al hacerse el diagnóstico desde lo biológico. La pregunta que está latente en estos casos es: ¿a qué se llama TDA/H?

A continuación se describirá los aspectos sobresalientes de cada discurso:

- El Discurso Biológico: Entiende que el TDA/H tiene un origen genético. Desde este discurso el factor que explica el problema es de tipo biológico y no suele discutirse la entidad del diagnóstico en tanto trastorno. Esto implica que según este discurso, su definición y diagnóstico se encuadran dentro de los criterios del DSM IV que se ha referido en capítulos anteriores. Este discurso suele ser el hegemónico dentro del campo neurológico aunque la mayor parte de las veces secundado por un discurso “ecológico” y/o “sociológico” y en mucha menor medida, por el psicoanalítico, ya que suele ser un discurso que más que complementario aparece en la práctica como de oposición al biológico.

Entre los docentes entrevistados, sólo en algunos casos el factor biológico cobró fuerza sobre el resto. Entre los GP y GP entrevistados, la baja adhesión al discurso biológico fue aún más notoria.

“-Bueno me parece que si es un pibe con TDA/H, tiene un corto como a nivel cerebro, ¿no?”

E: ¿Un corte?

-Un corto, un cortocircuito. Supuestamente esos pibes que los median es para... según tengo yo entendido, es un problema de corriente cerebral, como la eléctrica. O sea no es para aplacarlos sino... Es como que esa energía se corta y... Digo pasan en otras cosas que no se manifiestan así. Pasa por ejemplo, mi ahijadito tiene supuestamente... ahora parece ser que no, pero tenía un problema en el lenguaje que no podía hablar, parecía que también tenía que ver con la energía en la corriente cerebral. O sea el pibe no manifestaba más que en el lenguaje, no era que se portara mal, ni nada por el estilo. Lo que hicieron fue intentar una medicación que le restablecía. Bueno finalmente parece ser que la pifieron, que no era eso, porque si hubiera sido eso con la medicación... ”

(Grupo Docentes, escuela privada tradicional, NSE medio, CBA)

“-Es una patología y está creo que considerado por algunos autores del tipo metabólico cerebral, creo. Pero que por lo general el que... el neurólogo intenta hacer... El neurólogo de acá de la zona intentó hacer una aproximación con la medicación pero obtuvo resultados... Cuando la madre fue con el nene medicado le tiré un bolón de acero que casi le rompe la cabeza al médico.”

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona sur, GBA)

“E- Esto de la hiperkinesia, ¿ustedes creen que tiene algo que ver con lo neurológico? ¿Es biológico?”

-Sí, sí, tiene que ver. Para mí el chico ya nace así. Está en cada mamá y en el maestro el controlar ese hiperkinetismo que ellos tienen pero yo creo que ellos nacen así.”

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, Corrientes)

“-He tenido un TDA/H neurológica, que hasta hora la mamá no la ha medicado y que tiene que venir la señorita.

E: ¿Qué sería un TDA/H neurológica?

-Que le hicieron un electro y que se lo confirmó el neurólogo que es TDA/H neurológica. Y yo me he informado que también están los TDA/H adquiridos, justamente por estas situaciones familiares, de falta de límites, divorcio, los papás que trabajan todo el día, es como un TDA/H que se hace no que nace.

E: O sea que en el TDA/H neurológico habría como un factor biológico

-Algo que les falla pobres, que va más allá de su voluntad, no lo maneja con su voluntad.”

(Grupo Docentes, escuela privada tradicional, NSE medio-alto, Salta)

En el campo escolar, el discurso biológico suele ser cuestionado muchas veces a través de argumentos asociados a las ideas de “moda” e “invento” que se ha analizado en el punto anterior, al tiempo que entienden que es un modo de “no mirar” otras cuestiones que responden a factores de otro orden.

Desde este argumento, habría una “moda” que desde las neurociencias explica lo que es causado por problemáticas vinculares, emocionales y sociales principalmente.

- El Discurso Sociológico: Según este discurso el TDA/H es producto de un clima de época específico, que se podría definir como posmoderno, y sus consecuencias en la subjetividad: el “ser niño”, “el ser padre”, “el ser docente”. Otra forma que toma

el discurso sociológico es explicarlo desde un factor que coloca la mirada hacia el sistema social (la crisis socioeconómica y su impacto en las familias, por ejemplo). En ambos casos, el discurso sociológico refiere al entorno desde un componente macrosocial centrado en la idea de “clima de época” y de sistema social.

El anclaje desde la idea de un clima epocal particular es más notorio entre las escuelas privadas con un mayor nivel socioeconómico (medio y medio-alto).

Al hablar desde el discurso de “clima de época” se suelen mencionar los cambios sociales y tecnológicos que han impactado en las familias y en la vida cotidiana de los niños desde las últimas décadas, los cuales suponen un camino sin retorno y que cada año se muestran con mayor intensidad.

Emergen así conceptos agrupados que podrían denominarse “la paternidad posmoderna” que aparecen muy notoriamente en las entrevistas en escuelas privadas de mayor nivel socioeconómico: madres y padres que “corren” en su vida laboral y en su tiempo libre de acuerdo al ritmo que exige la vida actual y el modelo de hiperactividad que eso genera en sus hijos; madres y padres ausentes que delegan el cuidado de sus hijos en personal doméstico; padres y madres ansiosos y autosexigentes que transfieren a sus hijos sus trastornos, etc.

“(…) y... está el chico que después de ocho horas de clase, de ocho horas de oficina, y sale y se va a taekwondo los lunes, a tenis los martes, tiene inglés los miércoles, particular el jueves, el viernes hace fútbol, y el sábado a la mañana viene y hace cama elástica...”

(Grupo Docentes, escuela privada de alta exigencia, NSE medio-alto y alto, zona norte, GBA)

“-No sé si era un llamado de atención.

-Pobrecitos para los chicos que viven en esta vida. Ahora uno llama a todo llamado de atención. Pienso, a veces, está pidiendo a gritos a esa mamá, ese papá que se haga cargo, que lo atiendan, una caricia, un beso ¿Será que no lo pueden lograr? Yo lo llamo más a eso, que TDA/H. No entiendo el TDA/H. Quizás exista, te lo juro, pero yo lo veo más a los chicos como más llamado de atención, como que están mucho tiempo solos. Viste cuando vos decís a tu hijo “te voy a buscar a la fiesta” y no le molesta que los vayan a buscar. Y otros que por ahí “mamá no te preocupes” y hay otros que ni siquiera los van a buscar. Nosotros sabemos. Bueno a mí una amiga de mi hija me dijo una vez “cómo me gustaría tener unos papás como uds”. A veces son reclamos que no saben cómo hacerlos. Que se hacen los loquitos... Reclamos de afecto, que hoy en día como tienen que trabajar, con tanto apuro...

-Están los distintos ambientes sociales. Por ejemplo, en los casos de chicos de villa que te digo, a veces no tienen padres, no saben quién es el padre o viven solos. Y estos chicos, tienen papá y mamá, pero el papá y la mamá o trabajan mucho o se van a jugar a las cartas...

-o viajan”

(GP, escuela pública tradicional, NSE bajo, Salta)

Un argumento a destacar dentro de este grupo de conceptos acerca de la “paternidad posmoderna” es el que explica el problema desde el debilitamiento de las jerarquías al interior de la familia, el cuestionamiento de la autoridad paterna, el desconcierto de los padres frente a su nuevo rol y la consiguiente falta de límites de los niños. Este argumento alcanza a todas las clases sociales aunque puede tomar diversos matices en cada caso ⁽⁵⁾.

“(…) En Jardín se vincula con los temas de límites familiares, con una cuestión de los noventa en adelante que la familia tiene un vínculo social más lento, de no poner tantos límites, los chicos hacen lo que quieren, y la hiperactividad, ¿no? También de la jornada completa, que pasas de una actividad a otra, a otra, otra, otra, entonces está el chico siempre...”

(Directora de preescolar, escuela privada tradicional, NSE medio-alto, zona oeste GBA)

“-Yo veo que hoy por hoy tienen muy pocos límites, es como que los cercos de las instituciones están todos... Es como que no saben hasta dónde no pueden llegar en un reclamo, hasta dónde les pueden permitir a los hijos, hasta dónde la escuela les puede permitir a los hijos”

(Directora nivel primario, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona sur, GBA)

“-Yo lo que noto en los años que llevo es que hay una falta de límites en los chicos que está bastante marcada y muchas veces, pienso, que puede llegar a confundirse con estos chiquitos que son hiperkinéticos o tienen estos tipos de trastornos. Vos vas viendo y conociendo a los padres y te das cuenta que es una falta de límites que hay en la casa, que llegan a la escuela. Yo ahora tengo un caso de un nene con una falta total de límites, que por supuesto no te puedo decir que es eso y nada más porque estamos viendo, esta yendo al psicólogo por iniciativa de la madre, y estamos viendo si es eso o es algo más que tiene el chiquito. Yo hasta ahora lo que puedo ver en ese chiquito es eso: la falta de límites, y está pasando por una situación de divorcio en la casa. O sea que está viviendo bastantes cosas, pero tiene las características de TDA/H, inquieto, no se queda nunca quieto, no acata las normas, les pega a los chicos, es agresivo”

(Grupo Docentes, Colegio privado tradicional, NSE medio alto, Salta)

Otro grupo de conceptos dentro del discurso epocal refieren más a la idea que podría denominarse “la escuela del siglo XIX para niños del siglo XXI”: niños sobre estimulados por la tecnología y los medios de comunicación en una escuela que se rige por parámetros tradicionales, ritmos diferenciados entre la escuela y las nuevas tecnologías, niños

desinteresados por los contenidos escolares, niños distraídos frente a la multiplicidad de estímulos, etc.

Este argumento de una escuela desfasada para la época actual se ve tanto en escuelas públicas y privadas, pero es en las escuelas privadas de alta exigencia académica donde cobra un peso específico al conformarse como parte de la misma lógica escolar la cuestión del estímulo intelectual y jugar con las presiones de la escuela y de los padres respecto al desempeño intelectual.

“-Sí, con hiperactividad, para mí yo no puedo negar que puede existir. También es cierto que no hay ningún método, ni biológico, ni de imágenes que lo pueda diagnosticar. Que cuando se habla de TDA/H se habla a partir de determinadas conductas, y que son conductas que para mí tienen el noventa y nueve por ciento de los chicos. Casi, casi si no tuviera esas conductas no se sería un niño. Me parece que se olvida las demandas cognitivas de la escuela: la escuela requiere un nivel de atención que no se requiere fuera de la escuela. Entonces puedes pensar que es cierto que hay chicos desatentos en la escuela, pero puedes pensar que tal vez están atentos a muchas cosas a la vez o que están desatentos por otras cuestiones. O sea, a mí me parece que hacer una cuestión lineal entre desatención, TDA/H y medicación es terrorífico. La verdad no acuerdo. Cómo convocar la atención de los chicos, cómo enseñarles a atender y entender que los chicos tienen en este momento una cantidad de simultaneidad y de estímulos, de cuestiones, que pueden estar con la compu, con la tele, con los juguetos, con la Play Station, mandándose mensajes a la vez, y, que la escuela le sigue pidiendo... Te digo que tenemos una escuela modelo siglo XIX con alumnos siglo XXI. Algo de esto está generando chicos desatentos en la escuela, chicos que no se adaptan al formato, los neurotransmisores selectivos. O sea, un chico que puede estar jugando dos horas a la Play Station y prestar atención, no puede ser asignado como un chico TDA/H aunque no atiende en la escuela. Digamos, me parece que si es un tema de neurotransmisores porque puede ser que focalizar la atención dos, tres, cuatro horas a un juguetito no es un chico que tenga problemas con los neurotransmisores, en todo caso algo del formato escolar que hay que repensar”

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio alto y alto, CBA)

“-A ver, hay una realidad que nosotros tenemos: el colegio hace 100 años que se sigue manejando con las mismas normas, con los mismos bancos, aunque se hacen algunas modificaciones pero prácticamente es el mismo. El chico tiene un nivel de atención... Nosotros hablamos muchas veces de... nosotros pretendemos, y esto yo lo hablo mucho con las maestras, uno pretende que esté con la atención fijada en el docente y solamente en el docente, cuando en la casa está mirando televisión, escuchando radio y comiendo al mismo tiempo. Bueno, también esto hay que fijarse, yo le...”

-Los mensajes, son todos mensajes, flashes. Entonces acá tienen que mantener la concentración...

-Entonces, ojo cuando ponemos “este chico no presta atención” ¿en qué momento no presta atención, en todos los ambientes?, ¿o cuando el chico está jugando se puede concentrar y estar 30 minutos jugando o 20 minutos jugando? Eso es algo que es como la llave para que las chicas puedan realmente diferenciar esto: si por ahí tiene que ver con que la actividad no me gusta y que por eso me distraigo o porque en realidad...”

(Grupo Docentes, escuela privada de alta exigencia, NSE medio alto, zona oeste, GBA)

“-Por momentos es como que también los chicos desde más chiquitos cada vez saben más de campo amplios, tienen mucha información. Pero hasta todos los que le dan información se olvidan que son chicos, y rebalsa y entra en un imaginario tan grande todo eso que sin querer se va de... Pensando en un montón de otras cosas que no son para la edad, que no son apropiadas, te hablan con vocabulario de gente técnica, ¿no? y tienen tanta información de un montón de cosas. Viene con unos libros impresionantes, ¿cómo entendés esto?, si este libro no es para chicos.

E: Sería una sobre-estimulación.

-Claro, yo creo que... y bueno tal vez en este nivel...

-Y mucha auto-exigencia.

-También en el nivel social ¿no? que uno quiere transmitirle lo máximo posible, cuanto antes mejor. Muchos idiomas, mucho conocimiento porque después eso te permite... Y es como que ya la edad de seis años están pensando en la salida laboral que va a tener ese chico, en lugar de bregar un poco más porque sea un infante, que sea un chico que se... Entonces vos los ves con unos vocabularios y unas cosas impresionantes, se distraen en esas cosas, y lo que vos ofreces que es acorde a la edad de ellos o los atrae poco, o no llega porque en realidad está pensando en los egipcios y qué sé yo. Y bueno cuando le brindas toda esa información también es como que regás más esa planta de distracción. Y todo tiene que ser rápido, todo tiene que ser zapping, pin, pin. Y entonces no hay una focalización, y hay mucho de... que vos decís cuánto más infantiles son en actitudes y en cosas que chicos de la misma edad hace unos años atrás.

E: Como que hay una contradicción.

-Exacto, y yo creo que eso también hace que el chico parece más distraído y para mí está cada vez más atento a más estímulos”

(Grupo Docentes, escuela privada de alta exigencia, NSE medio-alto y alto, zona norte, GBA)

“-Yo si le encuentro relación. Esos pibes que vienen con menos interés o con más interés, con la mayor o menor atención. Igual no creo que tengan que medicarlos... (risas) No, para nada. Me parece que estos pibes son el fiel reflejo, ese no es mi ámbito, tendrás que estudiarlo vos, de cuestiones sociales. Creo que están mostrando que hay algo que no esta yendo muy bien y es lógico: si viven en un mundo de constante cambio. Si bien están sentados en la computadora tienen estímulos que cambian rápidamente. Incluso nosotros como adultos... Creo que tiene que ver con un mundo... no me sale la palabra... vertiginoso, donde parece que hay que estar siempre en continuo movimiento porque el ocio es como que.....”

(Grupo docentes, escuela privada tradicional, NSE medio, CBA)

(5) Se visualizará más adelante que en los sectores socioeconómicos más bajos el problema de la falta de límites se asocia con la violencia social y la caracterización de “niños violentos”, mientras que en los sectores medios y medios altos el discurso se “suaviza” y el niño pasa a ser inquieto, movedizo y desobediente.

Por último, el discurso sociológico, también hace su anclaje en la idea del sistema social como factor que explica la falta de atención y los problemas de disciplina. El factor centrado en el sistema social se muestra en las entrevistas de las escuelas públicas con niveles sociales y económicos bajos ya que interpela a la variable económica y a la vulnerabilidad social.

“-No sé, porque también habría que ver la parte si están bien alimentados. Porque yo vi chiquitos... yo ya hablé con la madre, pero me dicen que sí, de bajo peso. Yo creo que eso también influye en el nene, porque hay días que el nene tiene hambre, eso es como que también al chico lo pone más nervioso, más ansioso. Y yo creo que también va por ahí. Y bueno también un buen control médico, que no creo que todos los tengan, porque nos consultan chiquitos que están en contacto con los animales, con el tema de los parásitos. Eso también los pone a los chicos muy alterados, y eso si no lo pedimos nosotros no creo que todos lo hagan, o sea son varias cosas”.

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona norte, GBA)

Cuando el discurso se centra en la crisis del sistema social, muchas veces emerge el imaginario de la violencia y su naturalización junto a las condiciones de vulnerabilidad social

“-Me parece que hay algo sobre lo cual habría que investigar, pero hay como una perdida de interés de las familia por la escuela como ámbito de recuperación de un espacio, o posibilidad de ascenso social y demás. No hay interés por la escuela porque no hay para quien aprender, porque no hay papás, mayoritariamente, que sean capaces de mirar un cuaderno, de acompañar, de felicitar, de valorizar. Algunas veces ni siquiera los levantan: si vienen, vienen y si no, no.

-Hay como una demanda: la escuela tiene que dar. Hay como un mandato: vos no tenés cuaderno, la escuela te lo tiene que dar; vos no tenés lápiz, la escuela te lo tiene que dar; vos no aprendés, la escuela tiene que enseñarte; vos no comes, la escuela te tiene que dar de comer. Como que mucho pedido para la escuela.

E: (...) ¿Y ustedes a que le atribuyen esta problemática?

-Para mí hay una multiplicidad de factores que intervienen en esto. Porque yo trataba de pensar, o estos fenómenos existieron siempre y la escuela estaba normatizada de manera distinta, entonces no afloraban; o mucho de lo social ha penetrado en la escuela, reproduciendo el modelo externo. Acá los chicos vienen y tienen relatos de la cotidianeidad con una naturalización de los fenómenos que no son para nada naturales. “Que murió el otro, que yo lo pateé, porque justo le pegaron un tiro y yo pasaba por encima y lo pateé”. O sea, ellos relatan estas cuestiones de su cotidianeidad, con una naturalidad que no la tiene, que no habría que naturalizar.

-(...) Constantemente están viendo a su alrededor gente que se droga... Entonces es algo común para ellos también. Entonces ya vienen con una carga agresiva. Ha pasado que hay chicos... el otro día hubo un problema con una docente con una nena que le pegó una trompada, cosas de agresión. Los grandes también son bastante agresivos. Cada vez nos damos cuenta de que cuanto mas grandes menos ganas de aprender tienen, están con la cabeza en otra cosa...

-Tienen otros intereses. Como están viviendo tan rápido, y con esta cosa de la droga y todo lo demás que viven ellos en su entorno, te das cuenta que ¿de qué le puedes hablar vos?, ¿de fracciones, de ecuaciones? Cuando él en la cabeza tiene otra idea, otra realidad, saben que salen de acá y su vida es ir a drogarse o... no sé...

-O terminar mal. No se ven con un futuro ellos. A pesar de que nosotras ponemos todo y les decimos que...”

(Grupo docentes y GP, escuela pública, NSE bajo, zona oeste, GBA)

En el discurso sociológico, el problema no suele ser definido como TDA/H sino como una cuestión de orden sociocultural cuya solución excede las posibilidades de la escuela. Desde este discurso, muchas veces las escuelas de mayor nivel socioeconómico entienden que calificar a estos síntomas como TDA/H es un error o un desvío “práctico” ante la complejidad que supone tratar el problema desde el orden que le corresponde.

En las escuelas de nivel socioeconómico bajo prácticamente este desvío hacia la medicalización no tiene lugar y se entiende que las conductas problemáticas del niño responden al contexto social que le ha tocado en suerte. Lo que aparece como modo de resolución del problema refiere a cómo sortear situaciones puntuales y en el mejor de los casos cómo retener el mayor tiempo posible al niño en el sistema escolar.

Al situarse en el plano macro, ya sea desde el argumento del clima epocal o del sistema social, lo que prevalece en el discurso sociológico en cualquiera de sus casos es la idea de “destino” o de cuestión que excede el accionar individual o de una escuela en particular. De este modo, la percepción de que “no está en nuestras manos”, suele paralizar el abordaje del problema en el aula y la escuela.

- El Discurso Ecológico: Según esta argumentación el TDA/H es una respuesta del niño a los problemas de su entorno. Refiere al contexto micro social y ambiental inmediato del niño que van desde las relaciones particulares en la escuela y en la familia, situaciones puntuales como una mudanza, un divorcio de los padres, etc., hasta condiciones de otro orden como la estructura edilicia, la dinámica en el aula, las condiciones de aprendizaje, los estímulos ambientales, etc. Este discurso aparece como “solucionable” en la medida que se encuentre una disposición de flexibilidad y adaptación a los cambios de parte de los responsables del área que está afectando al niño. De este modo, la solución puede darse a partir de una modificación de hábitos familiares o escolares, o ser flexible en la puesta en práctica de la currícula escolar, adaptar los horarios de materias, recreos, etc. En las escuelas consideradas de alto rendimiento o muy exigentes en lo académico la adaptación y flexibilidad a hábitos, currículas y condiciones de aprendizaje no se suelen considerar, y esta rigidez, si bien es vista como un aspecto identitario de la escuela y valorada incluso por los padres, es un obstáculo decisivo en la resolución del problema que, como se verá, se centra en estos casos en el rendimiento escolar más que en la disciplina.

Este discurso ecológico muchas veces puede acompañar al orgánico o biológico. En estos casos, el componente ecológico sería visto como un facilitador para que lo orgánico se manifieste. Se verá que esto se corresponde luego con el proceso de medicalización ya que se combinará en estos casos, el tratamiento farmacológico con una sugerencia de terapia conductual que focalice en el hábito o cuestión puntual que actúa como facilitadora del trastorno, o bien se llevan a cabo acciones específicas para ayudar a la resolución del déficit.

“-Por ejemplo, ver qué pasa en el entorno familiar, qué hábitos, qué le pasa a ese chico, qué lugar ocupa en su grupo de hermanos o en su grupo familiar. Porque si hay algo realmente orgánico o no lo hay, o es algo genético, buscar un poco el origen, ¿no? El origen de por qué y si es realmente necesario medicar”.

(Directora, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

Dentro del discurso ecológico, en algunas provincias cobraron importancia cuestiones locales. Esto fue muy notorio en la Provincia de Tierra del Fuego a la hora de explicar el auge del diagnóstico de hiperactividad como una respuesta del niño frente al encierro y demás condiciones que determina el clima.

“-El factor ambiental tiene mucho que ver por estas cuestiones de que Ushuaia es una ciudad con poca luz, porque es oscura, en invierno es oscura casi todo el día. Se da que en el sur el índice de depresión, por ejemplo, es un índice altísimo. En todo lo que es patagonia. Por el clima, por el modo de vida. Es estar mucho tiempo adentro. Y estas cuestiones afectan la personalidad de cada uno, el desenvolverse en el día a día, creo que no es una ciudad fácil de llevar. Y esto afecta en un nene”.

(Grupo docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio, Ushuaia, Tierra del Fuego)

- El Discurso Vincular-Psicoanalítico: El TDA/H es puesto en discusión como diagnóstico y los problemas son vistos como una respuesta emocional, afectiva del niño, a los problemas centrados en el vínculo con los padres (aunque también puede extenderse a otros adultos y pares). Este discurso apareció sobre todo dentro de las entrevistas a GP. Es decir, que fueron psicopedagogas y psicólogas las que tuvieron mayor adhesión a este tipo de explicación.

“-Mirá, yo como estudiante de Psicopedagogía presenté este... bueno, digamos un alumno que tenía TDA/H, que digamos hice todo un tratamiento con él, un diagnóstico y un tratamiento, y en ésta situación de éste alumno únicamente pude ver que ésta situación como dice Norma tenía... estaba muy emparentada con la dinámica familiar. Es decir, si bien no había ningún compromiso orgánico, es decir no había organicidad, no había ningún compromiso orgánico en éste alumno que yo traté, no puedo generalizar porque traté a uno solo, no había compromiso orgánico, si todo esto era el emergente de una situación familiar. O sea, éste chiquito era el emergente sano de una situación familiar enferma. Entonces él estaba pidiendo ayuda, ¿no? El papá inmaduro, la madre también, él era el adulto, él estaba ocupando el rol de adulto en ésta familia, con un hermano menor, ¿no? Y era lógico, el chiquito tenía un cociente intelectual que lo tuve que hacer... digamos testear, utilizar todo el instrumental. Me di cuenta que su cociente era bueno, el esperado para su edad, no pasaba por un déficit, ¿no? Intelectual”.

(GP, escuela pública tradicional, NSE Bajo, zona norte, GBA)

“-Yo creo que las madres son unas hijas de puta (risas), entonces en la constitución de las mujeres y de la función de madres, digamos que es una cosa de la constitución subjetiva, ¿sí? Y me parece que bueno, tal vez es muy psicoanalítico lo que te estoy diciendo, pero la función de sostén materno te diría que el noventa por ciento de las madres, en todos los ámbitos, tanto en lo público como en lo privado, porque en lo público he trabajado en años, y las madres son terribles, en la mayoría de ellas tuvieron depresión posparto en los niños.

E: ¿Con los varones?

-Con los varones.

E: ¿Y no con las mujeres?

-No.

E: ¿por qué no?

-Yo creo que tiene que ver con alguna cuestión... A ver, significa distinto al hijo que a la hija, mujeres que están preservadas en eso, como en la condición de la mujer como una significación del hijo varón distinto que la mujer. Hay algunos psicoanalistas que lo pueden explicar mejor, y a mí lo que me ha pasado, no puedo generalizar pero muchas, así en ésta generalización muy tranquila, muchas mujeres tuvieron muchas dificultades. Y bueno sostener a ese pequeño, tanto en el embarazo como en los primeros años de vida, de hecho muchas tuvieron depresión, otras depresiones encubiertas pero encubierta nunca llegaron a hacerse cargo, yo diría de todas esas dos, la médica que se hizo cargo que se había vuelto depresiva después de tener este niño, y la otra que tampoco el niño estaba signado como TDA/H y que bueno que entre simplemente lo derivábamos al neurólogo o al psiquiatra, todas así con depresión posparto, con dificultades en la función materna, es una función, ella o un sustituto, los padres también, también la mayoría hay muchas cosas para ver. (Nombra un especialista) habla de eso, del lugar que se le da al varón, que tiene que estar siempre preparado y como una “esperabilidad” del desempeño de los varones. Y entonces desde esa perspectiva deberían ser hiperactivos, tienen que estar todo el tiempo moviéndose”.

(Gabinete Psicopedagógico, Ushuaia, Tierra del Fuego)

Estos discursos pueden analizarse como fundantes de las prácticas que se llevarán a cabo con el niño desatento y/o hiperactivo, ya que suponen una explicación del problema que determina cómo debe ser mirado y tratado. De este modo, se puede decir que del discurso que se tenga acerca del TDA/H será la clasificación que se haga respecto del problema detectado y la consiguiente “carrera moral” que se inaugure sobre el niño llevándolo, según como siga su curso, a un proceso de medicalización y medicamentación.

En el extracto de entrevista que sigue se puede ver cómo la mirada del adulto (padres y docentes) hacia el problema del niño varía de rótulo: de hiperactivo (patologización) a “hincha pelotas” por falta de límites.

Este desplazamiento muestra el paso de lo patológico hacia un análisis de la vida cotidiana. En muchos otros casos, el desplazamiento se invierte (de hecho en este caso los padres lo tratan como “hiperactivo”) y abre la puerta a la medicalización.

“E: ¿Qué significa que un chico es inquieto, cómo te das cuenta que un pibe es inquieto?

-Se levanta tres veces, está en constante movimiento. Pero el nene hiperactivo no puede, él no puede...

-El nene inquieto en algún momento corta ese movimiento, vos le llamás la atención...

-Exactamente.

-Es un hincha-pelotas.

-Por ejemplo, un caso puntual: viene a una entrevista con la mamá, el papá, estaba el nene acá, él entraba y salía, entraba y salía, agarraba las cosas y venía para acá. Entonces, ‘claro, él es así’. Nosotros le preguntamos ‘¿él es siempre así, todo el día? Entonces dice ‘sí, a veces, pero hoy está... sí, es hiperactivo, el nene es hiperactivo’. Lo llamamos y le decimos ‘fulanito, por qué no venís y mientras nosotros hablamos porque no te ponés a hacer un dibujito’. Le dimos, se sentó, hizo un dibujito para todas, ese nene no es hiperactivo es inquieto, falta de límites”.

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona sur, GBA)

“-Por eso cuando uno utiliza términos hay que saber bien el significado.

E: ¿Pasa acá en la escuela que las maestras dicen o algún directivo dice “este chico”...?

-En todos lados.

-Todas las maestras te dicen...

-Todas las madres también, ‘ah, mirá mi hijo es hiperactivo’ y vos lo ves y es un hincha-pelotas, maleducado, no es un hiperactivo pero se usa con más facilidad”.

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona sur, GBA)

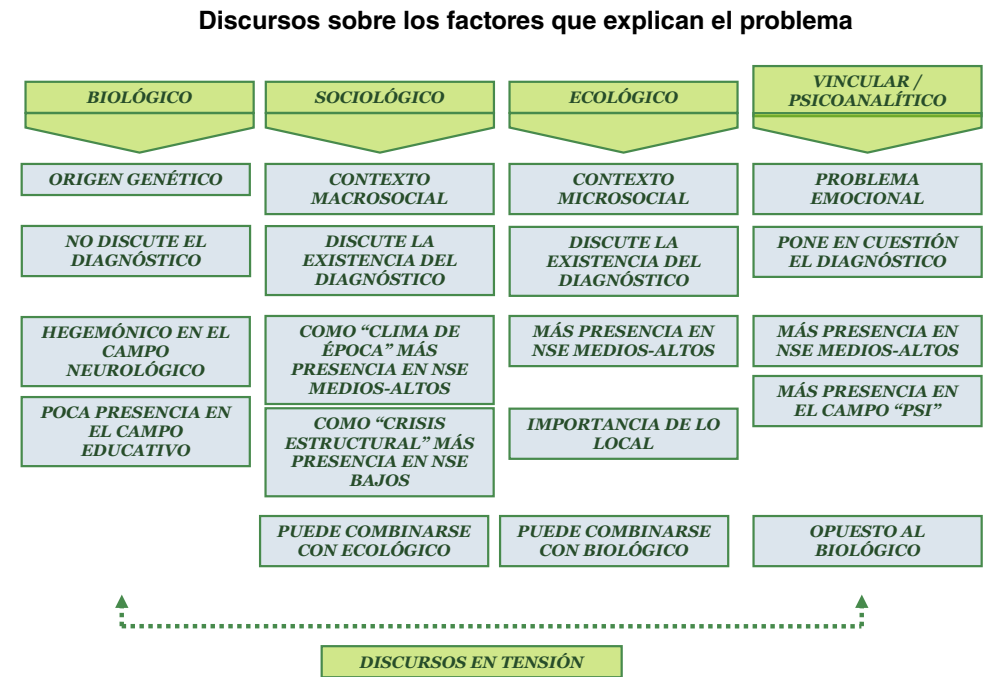
Se puede identificar un predominio de cada discurso según el agente social determinado. Como se comentó anteriormente, si en el campo neurológico es el discurso biológico el que hegemoniza las explicaciones, dentro del “ámbito psi” (tomando el diverso universo de psiquiatras y psicólogos con variados niveles de acercamiento a la teoría y práctica psicoanalítica) lo que predomina es un discurso centrado en lo vincular con fuerte peso de la teoría psicoanalítica.

Estas dos líneas discursivas, la biológica-neurológica y la vincular-psicoanalítica representan los polos de la discusión en el diagnóstico y tratamiento del TDA/H. Si bien, los discursos sociológicos y ecológicos también pueden poner en cuestión la existencia del trastorno como tal, es el discurso psicoanalítico el que se posiciona con más fuerza en esta corriente.

Entre la línea psicoanalítica y la biológica, pueden identificarse matices, a veces con cierta dificultad, entre estas dos posiciones que muchas veces se plantean como antagónicas y suelen definirse por oposición.

Por otro lado, resulta revelador ver qué es en el caso de aquellas escuelas que se enmarcan en contextos de sectores medios más bajos donde el discurso sociológico que pone el eje del conflicto en las condiciones estructurales de pobreza puede articularse con el discurso biológico. Mientras que es en los colegios enmarcados en un mayor nivel adquisitivo donde tiene prevalencia el discurso sociológico posmoderno, el ecológico y para los GP, el vincular psicoanalítico.

De este modo, es en el campo escolar y sobre todo en los colegios privados de mayor nivel socioeconómico entrevistados, que generalmente también comparten la categoría de mayor exigencia académica, donde aparece un discurso no biológico (es decir, con presencia de componentes del discurso psicoanalítico, sociológico y, en menor medida, el ecológico) aunque luego al referirse a las prácticas respecto a la resolución del conflicto, sea muchas veces la vía farmacológica (desde un discurso biológico para suplir la falta orgánica) lo que termine fundamentando la resolución práctica y concreta del conflicto.



¿Niños deficitarios? Imaginarios sobre el niño en el proceso de detección y abordaje en el aula

“-... En realidad deberías preguntarle acá a las personas que utilizan ese término qué significa déficit. Es lo mismo cuando decimos retraso, ¿qué significa? No es lo mismo... Por ahí cuando yo digo retraso explico mucho a qué quiero llegar. Y generalmente déficit es utilizado como sinónimo de obstáculo, de problema, de dificultad. Pero me parece que déficit apunta a otra cuestión, a algo más allá que una simple dificultad: déficit es algo como que no está, o es algo que está muy por debajo de lo que se espera. Hablamos de déficit en el desempeño. Como que vos no estás bien, no estás haciendo lo que se espera de vos según tu función, según tu profesión, según tu rol o según tu edad, entonces estás por debajo de lo que se espera”.

(Entrevista a psicopedagoga, Río Grande, Tierra del Fuego)

Desde las entrevistas realizadas a grupos de docentes de nivel preescolar, primario, gabinetes psicopedagógicos y equipos de orientación docente se ha advertido una clara distinción respecto a los dos componentes que conforman el TDA/H: el déficit de atención y la hiperactividad.

La distinción se establece de acuerdo al lugar que ocupa uno y otro trastorno en el aula y es de acuerdo a esto y al modo en que el docente “lea” la problemática y actué en consecuencia, que se desarrollará o no un abordaje del problema desde el aula y la escuela.

Este proceso, que puede denominarse de “lectura de la situación en el aula”, puede llevar a un proceso de medicalización, y dentro de este a un tratamiento con psicotrópicos, en niños que presentan algún tipo de problemática para la dinámica del aula sin que por esto este presente una patología.

Entonces, este proceso de medicalización, podrá tener un tratamiento farmacológico, terapéutico o combinado, según la “carrera” que se establezca a partir de un proceso de clasificación, que muchas veces comienza en el aula.

Tomando el concepto de “carrera moral” de Ervin Goffman (1963; 1992), por carrera se entiende aquel proceso por medio del cual una clasificación (“ser TDA”, “ser distraído”, “ser hiperactivo”, “ser violento”) instaura una serie configurada de prácticas que componen el “abordaje del problema”, definido por lo que la clasificación supone.

Despertar la carrera moral de un niño determinado no coloca al docente, y a la escuela en general, en el protagonista indiscutido de este proceso, pero sí vale tener en cuenta que resulta un actor privilegiado a la hora de detectar problemáticas de funcionamiento en el aula y traducirlas en una primera interpretación de los hechos.

Para entender cómo funcionan estos mecanismos de interpretación resulta necesario analizar los imaginarios sociales que la escuela —docentes, directivos y gabinetes— convocan al hablar sobre el TDA/H y sobre los niños con diagnóstico, confirmado o sospechado, de TDA/H.

De acuerdo a lo que indica el nombre, el TDA/H supone un déficit. Sin embargo, llegados a este punto se indagará qué imaginarios están sosteniendo la idea de déficit y qué representaciones sobre el niño circulan en los profesionales de la educación al hablar del TDA/H. Se verá así una serie de imágenes respecto al “niño TDA/H” que cobran mayor o menor consistencia según en dónde se coloque el déficit predominante.

Según el DSM IV, el TDA/H supone un déficit atencional que puede o no estar acompañado de hiperactividad. Esto haría suponer que lo que aparece en todos los casos sería la falta de atención, mientras que la hiperactividad sería un “agregado”, no necesariamente presente. Por otro lado, el discurso médico y los antecedentes sobre el tema hablan de la combinación de ambos trastornos, aunque por lo general, con una preponderancia de alguno de los dos y en muchos casos en presencia de comorbilidad con otro trastorno o patología.

Sin embargo, al entrevistar a docentes y profesionales del ámbito escolar la cuestión resulta prácticamente invertida o al menos diferente. El déficit que prevalece y que tiene mayor peso como problemática en el aula es la hiperactividad.

Esta situación sólo se revierte en los colegios con alta exigencia académica donde el rendimiento gana terreno sobre la disciplina en el aula y allí emerge, como problemática de la escuela, el déficit de atención en tanto repercute directamente en el desempeño escolar esperable y exigido.

Esto resulta significativo en tanto es a partir del peso otorgado a cada déficit, atención o hiperactividad, donde la trayectoria se define hacia una u otra dirección. Esta valoración del déficit será lo que determine el nivel de compromiso escolar y el abordaje del problema desde la escuela así como la consiguiente derivación y carrera de medicalización del niño, que en muchos de los casos deriva en la medicamentación, es decir con un tratamiento con psicotrópicos para atenuar el déficit.

De acuerdo a esto, se ha podido construir una tipología de imaginarios respecto al niño y su problemática, asociados al TDA/H y al tratamiento con medicación, aunque se verá que la valoración de los docentes y psicopedagogos varía respecto al diagnóstico y tratamiento según cada tipo de imaginario convocado.

Sin embargo, se puede hablar de un primer imaginario, el imaginario sobre el déficit, que recorre con mayor o menor intensidad y con diversos matices, al resto de los imaginarios que se presentarán. En primer lugar este imaginario del déficit en cuanto tiñe o cubre a los demás para luego revisar los que se desprenden de este a partir de un déficit predominante.

El imaginario del déficit

¿Qué significa hablar de déficit? El psiquiatra y psicoanalista Diego González Castañón sitúa la condición de deficitario dentro de un grupo de clasificaciones hechas de acuerdo a condiciones relacionales a partir de un ejercicio de poder que eleva una limitación funcional a la categoría de esencia. Supone un proceso de desvaloración social, producto de un desvío de aquello que se considera normal o esperable, que se pone en funcionamiento dentro del imaginario social a partir de mecanismos operados dentro de

instancias de poder en un determinado marco social: la familia, la escuela, la institución médica

González Castañón analiza la relación entre los conceptos de discapacidad y déficit valiéndose de lo que llama “el paradigma del déficit”, mediante el cual se naturaliza el proceso social de substancialización o esencialización del déficit a partir de la limitación funcional: *“La sociedad naturaliza estos mecanismos por medio del paradigma del déficit. Hablo de paradigma porque es una estructura de pensamiento que condiciona la forma de ver las cosas, prescribe cuáles son las investigaciones y abordajes adecuados y anticipa los modos de verificación de los enunciados que se hagan sobre los objetos abordados. En el paradigma del déficit, se compara cuantitativamente a los objetos, en este caso las personas con limitaciones funcionales, con un patrón o modelo sancionado como normal, (de acuerdo con los diferentes modos de establecer una normalidad: como mayoría, como convención, o como modelo enunciado por la autoridad médica, religiosa o legal). Cuando se interviene sobre estas poblaciones desde el paradigma del déficit se piensa en compensar, reemplazar, dar lo que falta”* (González Castañón, 2001: 2).

Frente a este planteo, donde el déficit descansa en un paradigma cuantitativo, se contraponen el paradigma de la diferencia, donde cualitativamente se atiende a las particularidades de cada persona: *“Lo que no se puede pensar es la diferencia, en vez del déficit, como una entidad en sí, (Diferente, del latín di-ferens: dos caminos), como una condición cualitativa de un sujeto que va por otro camino. El déficit es una descripción cuantitativa de un objeto comparado con un modelo previo. Pensar a la discapacidad a partir de las diferencias requiere un esfuerzo especial tanto en el campo científico como en el socio-político”* (González Castañón, 2001: 3).

El paradigma de la diferencia supone la relación con una perspectiva ecológica⁽⁶⁾ donde se atiende a un mejoramiento de las condiciones del entorno a fin de minimizar el impacto que éste puede tener sobre la persona.

Esto excede el ambiente físico y se extiende al abordaje que un docente hace sobre una problemática determinada. Ejemplos de este tipo se ha encontrado en las entrevistas cuando ante problemas de conducta de un niño, la docente lo nombra “su secretario” o el “secretario del aula” dándole responsabilidades y tareas que lo tienen en un movimiento “controlado”, al mismo tiempo que el niño se siente reconocido socialmente por su grupo de pares y por su maestra.

De este modo, se puede interpretar que la forma que toma ese abordaje, fundamentado en el paradigma que se pone en funcionamiento, resulta vital para el modo en que se desarrollará la carrera moral de ese niño: cómo ese niño es clasificado y de acuerdo a esto qué circuito se activa y qué trayectorias comienzan a forjarse.

Dentro del imaginario del TDA/H que se presenta en las escuelas consultadas, el déficit toma diversas imágenes que pueden ser analizadas a través de lo que podría denominarse una “escala de gradientes del déficit”.

Esta escala en su grado de menor intensidad, o en la base de la pirámide del déficit, se acerca a la idea de un niño con determinadas problemáticas conductuales que requieren un abordaje diferenciado del resto, es decir, el grupo que compone la mayoría.

Esta reducción cuantitativa lo constituye en minoría y en tanto tal, siguiendo el planteo de González Castañón, se le atribuye un déficit, un faltante que en su grado menor, más básico, será leído como problemas de conducta o de atención que no necesariamente encajan dentro de un proceso de medicalización. En la cima de la pirámide deficitaria, el niño con TDA/H es asociado con el “retardo mental leve o moderado”.

Esta escala de atribuciones deficitarias acerca o distancia el imaginario de discapacidad. Si en el grado más básico de la pirámide, la idea de discapacidad no aparece en el discurso, a medida que el imaginario del déficit escala la pirámide, el imaginario de la discapacidad —y el discurso biológico que se atribuye el déficit— gana terreno.

Se cuestiona, entonces, la idea de una escuela que pueda “contenerlos” o “integrarlos” y se suele trazar un límite que defina hasta dónde la escuela “común” está capacitada para integrar a estos niños.

En algunos casos, la asociación del TDA/H con algún tipo o nivel de discapacidad mental surgió espontáneamente en escuelas con proyectos integradores donde concurren niños con diversas Necesidades Educativas Especiales (NEE). Si bien, este imaginario apareció también en escuelas que no se reconocen como “integradoras”, el debate sobre el rol del docente y la escuela frente a un niño con NEE fue mucho más notorio en los casos de escuelas con estos proyectos. En estos casos fue también donde apareció el Trastorno Generalizado de Desarrollo (TGD) como un diagnóstico que estaba desplazando al TDA/H, aunque en más de un caso surgía confusión en las docentes entre uno y otro trastorno⁽⁷⁾. En otros casos, fue mucho más clara la distinción entre ellos.

“... Yo creo que un niño con TGD para integrarse a una escuela común necesita de un soporte más sistemático, mas estricto, mas armado que un niño con TDA/H. Los TDA/H están todos en escuelas comunes, algunos con terapia que les va mucho mejor, y otros sin terapia que no les va tan bien, pero la van llevando con un poco de buena voluntad”

(GP, escuela privada tradicional, NSE medio-alto, Salta)

Se entiende que la prevalencia del imaginario del déficit en su mayor grado de intensidad percibida en escuelas con proyectos de integración está hablando de la sensación de desborde que el docente experimenta frente a problemáticas para las cuales entiende que no ha sido capacitado.

Se podría decir, entonces, que del lado del docente también hay un déficit. Sin embargo, al no ser minoritario no se constituye como tal sino que se percibe como generalizado, “a los docentes no nos preparan para estos temas” e incluso en algunos casos, se percibe naturalizado, “la escuela no está para atender estos problemas”.

(6) Para un abordaje de la perspectiva ecológica en las concepciones sobre discapacidad, ver Schallock (1999) Op. Cit.

(7) Vale decir que se está refiriendo a docentes de apoyo o especiales de integración sino a las docentes titulares de grado.

Lo que surge en los docentes frente a esta situación puede definirse por dos caminos: la demanda o el retiro. La demanda supone un pedido de auxilio ante el problema que puede estar dirigida a una ayuda externa, un apoyo escolar o un tratamiento terapéutico, médico y/o farmacológico.

También puede ser una demanda de capacitación, en este caso el docente “se hace cargo” de la situación y busca un rol activo y de alto compromiso dentro de una idea de inclusión escolar. La opción hacia una u otra vía, más allá de su posible complementación, parece altamente significativa respecto al abordaje y desarrollo del problema, es decir, sobre cómo esa carrera moral se desenvuelve.

El otro camino probable es el retiro: el docente se ve “ganado por la situación” y en el mejor de los casos “hace lo que puede” si está en una escuela en donde lo que prima es retener al alumno. Por el contrario, si la escuela es excluyente y el docente como parte de esa configuración no demanda, hay un proceso de retirada del rol docente y de la escuela que en su versión más extrema, aunque no excepcional, implicará la retirada del niño del colegio.

La asociación del “retardo mental moderado o leve” respecto al TDA/H, como percepción del déficit en su versión más intensa, parece tener su origen en el diagnóstico de “Disfunción Cerebral Mínima” (DCM) que muchas de las docentes y psicopedagogas consultadas definieron como antecedente del TDA/H. Desde esta idea, se entiende que lo que antes se llamaba DCM ahora se llama TDA/H, del mismo modo que priorizando el déficit de hiperactividad, ven que lo que hoy es TDA/H antes se catalogaba como hiperkinesia.

Resulta interesante en este punto detenerse en una resumida lectura de los nuevos conceptos que se están desarrollando en torno a la discapacidad, a fin de comprender la inclusión del TDA/H dentro del paradigma del déficit e indagar qué aspectos de los tradicionales modelos de la discapacidad persisten en los imaginarios sociales y se consolidan en la práctica.

A partir del 2001, cuando se aprueba la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)⁽⁸⁾, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve una nueva perspectiva en torno a la discapacidad. Esta puede sintetizarse en el paso de la tradicional concepción de enfocar la discapacidad como la imposibilidad de la persona en desarrollar una actividad, a la actual visión que pone el acento en la existencia de barreras físicas y actitudinales para la integración social.

Se focaliza así en los factores ambientales y su impacto como facilitadores o barreras, tanto en la dimensión de lo físico como en lo social, ambiental, cultural y actitudinal. Frente a este nuevo paradigma, la CIF clasifica el funcionamiento y la discapacidad desde la perspectiva de las circunstancias vitales del individuo, convirtiéndose así en un instrumento de aplicación universal: *“...La CIF no trata únicamente sobre personas con discapacidad, sino que resulta válida para cualquier persona. Los estados funcionales relacionados con cualquier estado de salud a escala individual, personal y social pueden ser descritos utilizando esta clasificación. Básicamente, clasifica el funcionamiento y la discapacidad desde la perspectiva de las circunstancias vitales de un individuo. La unidad de clasificación es por lo tanto el “ámbito” de funcionamiento, es decir, el área donde el funcionamiento o la discapacidad ocurre y no la persona”*⁽⁹⁾ (Garzón Maceda, 2003: 26).

Desde esta perspectiva, el concepto de discapacidad se reformula como una condición *“fluida, continua y cambiante dependiendo de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en el ambiente personal”* (Schallock, 1999: 3) y cobran peso nuevos paradigmas de inclusión, que se extienden al campo educativo, así como a otros ámbitos.

En lo que respecta al papel de la escuela, surgen propuestas de inclusión como las que se plantean en la Declaración de Salamanca en 1994 y proyectos en pos a escuelas eficaces con respuestas diferenciales y adecuadas para todos los alumnos desde una concepción que reemplaza la idea de integración por la de inclusión. Estas propuestas ven en la interacción las condiciones decisivas para el aprendizaje y se centran en: *“una visión más centrada en el individuo que responde de forma diferencial y eficaz a las distintas necesidades de los alumnos y alumnas. ...”* (Climent Giné i Giné, 2001: 5).

El rol de la escuela se define así no desde un concepto de integración, que restringe el proyecto a la discapacidad, sino a un concepto de inclusión, mediado por la idea más abarcativa de NEE, que se plantea como interactivo y relativo de acuerdo a una inversión ideológica que no enfatiza en el déficit ni en la discapacidad como una esencia determinante y definitiva sino en limitaciones funcionales dinámicas y cambiantes según las circunstancias.

Pero, ¿cómo se da la relación entre TDA/H y las NEE en la práctica cotidiana? Las escuelas integradoras, cuyo origen en la República Argentina va de la mano de los movimientos de integración a finales de la década del '80 y se caracterizan por ser escuelas comunes que aceptan niños que necesitan del apoyo de un docente integrador dentro del aula, se relacionan directamente con el TDA/H cuando la idea de discapacidad está formal o informalmente presente. La formalización de la discapacidad se da a través de un certificado de discapacidad, el cual no suele darse sino cuando hay comorbilidad de otra patología, como depresión o psicosis. Es decir que no suele darse en los casos de TDA/H que podrían denominarse “cuadros puros”.

“... Cuando se pide la intervención de un integrador dentro de la escuela común es porque ya el caso es un caso serio...”

-El cuadro no es puro...

-Sí, sino el docente de grado se hace cargo, mal o bien se hacen cargo hasta que la conducta sea tan disruptiva en algunos chicos que el maestro no tiene elementos como para poder contenerlo. En general, los maestros argentinos no tienen ningún elemento para contener nada que tenga que ver con las conductas desajustadas.

(8) Aprobada en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud.

(9) Como aclara la autora, la CIF no cubre a condicionantes sociales como raza, sexo, religión o nivel socioeconómico (Garzón Maceda, 2003).

“La escuela común por lo general rechaza a los chicos con problemas de conducta...”

(Entrevista a especialistas en educación especial e integración escolar)

Cuando hay un pedido concreto de un médico interviniente, que en su mayoría procede del campo de la neurología infantil, los equipos de integración⁽¹⁰⁾ evalúan la situación y en caso de considerarlo designan un docente integrador como apoyo para la integración del niño a la dinámica escolar.

Lo cierto es que esto muchas veces termina dando lugar a una carrera moral, o “profecía del docente”, como definió una especialista en integración consultada, que vuelve el dispositivo de apoyo en una bola de nieve que se agranda cada vez más: cada vez se requiere por parte de la escuela más horas de apoyo, al tiempo que no hay retorno, es decir, el niño que comienza un proyecto con docente de apoyo, difícilmente es aceptado por la escuela sin ese apoyo, por lo tanto queda inserto en un rótulo de “niño con NEE” y dentro de un proyecto de integración del que es casi imposible salir. De hecho, con o sin docente integrador, el alumno con el rótulo de TDA/H, legitimado o no por el campo médico, inaugura una carrera moral que lleva a lo que las entrevistadas definen como “profecía del docente”.

“El cuadro está descripto. Que haya a lo mejor una sobre evaluación es cierto. Todo chico que se mueve más de lo que la media del grupo permite, en seguida hay sospechas de TDA/H, y los docentes enseñada lo diagnostican. Y entonces derivan a los equipos, derivan acá, derivan allá, hasta que el gabinete empieza a ver un contexto de clima en el aula que se hace cada vez más favorable a que estas conductas, no es cierto, en lugar de poderse modificar en forma positiva sea cada vez más negativa. Los docentes tienen esto de la “profecía del docente”, o sea, que cuando un docente ya le pone a un alumno indudablemente un rótulo de que “puede ser que tenga TDA/H” o directamente después que va pasando el tiempo ya no es que puede, es un chico con trastorno de la atención... Son muy afectos los docentes, entonces indudablemente ya está marcado, ¿no? Si otro se para no pasa nada pero se para él o tiene la desgracia de pasar y tirar la carpeta o romper algo es porque este chico tiene TDA/H”

(Entrevista a especialistas en educación especial e integración escolar)

Según estos especialistas, la indefinición del cuadro de TDA/H es lo que lo vuelve complejo para su diagnóstico, tratamiento y abordaje en el aula. Si ante determinados déficits hay una metodología más o menos específica para su abordaje en el aula, el TDA/H se define por una incerteza y opacidad en cuanto a cómo abordarlo. En tono con esto, hay una multiplicidad de posturas polarizadas en tono al tema así como sobrediagnósticos ante cualquier conducta desajustada.

“Yo lo que te digo con seguridad es que hay muchos chicos mal diagnosticados o no diagnosticados, o que este diagnóstico está puesto por un profesional que no tiene todos los elementos para hacer un diagnóstico fino y detallado con comorbilidad con el TDA/H... Entonces a lo mejor hay una psicóloga, una psicopedagoga que dice es TDA/H y es TDA/H, y bueno... A lo mejor no es TDA/H, porque es muy difícil hacer los diagnósticos diferenciales”

(Entrevista a especialistas en educación especial e integración escolar)

La opacidad del TDA/H debido a la complejidad del cuadro que debe definirse por variados componentes fenomenológicos, hace que el déficit se vuelva indeterminado, de difícil definición y complica su abordaje. ¿Cómo se trata el desajuste? ¿Desde qué parámetros de ajuste te está definiendo el desajuste? ¿Qué condicionantes culturales están creando un déficit? Estas preguntas, incómodas por su interpelación al mundo adulto, quizás sean las que hagan del TDA/H un déficit que molesta socialmente a pesar de no caer, al menos en primera instancia, en los cánones tradicionales del estereotipo de la discapacidad.

De acuerdo a este imaginario del déficit es que se identifica los diversos discursos que circulan sobre el tema. De este modo, se elabora una tipología de los imaginarios respecto al niño que surgieron en docentes y GP, que se ha podido agrupar según el déficit que evaluaban como predominante en cada caso.

Se verá que tanto en lo que respecta a la hiperactividad como al déficit de atención surgen imaginarios que validan o cuestionan el diagnóstico de TDA/H y el consecuente proceso de medicalización/medicamentación que se derive.

Este cuestionamiento o validación suele fundamentarse en el origen o explicación que le encuentran al problema, es decir, cómo leen el problema a partir de un determinado discurso. A continuación se verá los imaginarios sobre el niño que surgen en torno al déficit que docentes y psicopedagogos identifican como preponderante.

Imaginarios del niño hiperactivo. Disciplina y adaptación social en déficit

“La madre me dijo que era hiperkinético, es un chico que no se quedar quieto. Constantemente se levanta, en el recreo los tenemos a todos sentados, él es el único que está haciendo trompito porque no se queda quieto. Me dicen “este chico no se queda quieto” y no, le digo, no lo puedo atar, no puedo hacer nada, lo dejo que siga girando hasta que se canse”

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, Corrientes)

En la mayoría de las escuelas consultadas, el déficit predominante, aquel que requería de una consulta al gabinete del colegio y posterior llamado a los padres para sugerir una derivación, resultó el de hiperactividad. El déficit de hiperactividad centra el problema en la disciplina y tiene como imaginario la adaptación social. Siguiendo a Michel Foucault (2000: 149), la falta de adaptación del niño a lo esperado para el ámbito escolar, es decir una falta de control o autocontrol sobre el cuerpo o sobre la propia persona, es vista como una anomalía que se expresa en el plano de lo conductual y se llega a explicar en el plano

orgánico. La medicación, actuando sobre lo orgánico, sobre el cuerpo, resulta un dispositivo de disciplinamiento rápido y eficaz de las conductas anormales.

“Yo tuve un chico que en primer grado tenía unas conductas... se colgaba de las rejas, unos rosarios (risas), una verborragia verbal que no sabes las barbaridades que decía delante de cualquiera y cuando yo ya lo tomé en segundo ya estaba medicado. El chico hizo todo eso el año pasado y era otra persona...”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona oeste, GBA)

Cuando el déficit se centra en la hiperactividad el niño es caracterizado como: move-dizo, inquieto, hiperkinético, inmanejable, descontrolado, desobediente, molesto, agresivo, violento, conflictivo, antisocial, desafiante, opositorista, “diablo”, “monstruito”, “poseído”, desde un discurso que apela a la exigencia de la adaptación social mediante el respeto a los límites y la buena conducta.

Se puede distinguir dos grandes grupos de imaginarios que se construyen sobre el niño hiperactivo:

- “El niño problema”: Desde una definición negativa, el acento se coloca en lo que el niño provoca dentro del aula. Es decir, en los perjuicios que acarrea al grupo y al docente. El rótulo de “niño problema” abarca toda una gama de matices que coloca al problema en cuestión en diversos grados de complejidad que van desde el indisciplinado, molesto y maleducado hasta el que llega a episodios de mucha agresividad que suponen mayor gravedad y riesgo.

“Facundo no podía realizar una actividad seguida sentado, duraba diez minutos sentado. No había nada que lo pudiera seducir o atrapar aunque sea por un rato. Se la pasaba tirado en el piso, molestando a un compañero. Había que retirarlo del salón en más de una ocasión o quedarse en el salón con él y aún así no había forma de que trabajara. Y después nos sorprendía que las evaluaciones las hacía bien”

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, Ushuaia)

“No, no. Federico es un chico que estuvo dos años acá en la escuela, no lo pudimos tener más porque la hiperactividad de él era muy agresiva. Terminamos en una oportunidad en el patio, solas nosotras conteniéndolo con Laura, yo en el suelo y Laura arriba de él para sostenerlo porque se golpeaba. O sea, posiblemente... yo digo que era un TDA/H con otras patologías, un chico que se tiraba..., se tiró del primer piso.

“No me digas, ¿entonces por ahí era un TDA/H?”

“Sí, sí, era TDA/H, estaba diagnosticado con hiperactividad”

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

La explicación acerca del déficit suele estar ligada a la idea de un autocontrol defectuoso que lo lleva a provocar conductas que desencadenan disturbios dentro del aula.

Cuando existe un diagnóstico de TDA/H para “el niño problema”, la idea de “autocontrol” está hablando de un componente emocional por el cual el niño no puede ejercer el control de sus impulsos. Según el discurso que predomine en este diagnóstico, este componente emocional puede tener un origen psicológico u orgánico, y será este origen el que fundamente el modo de resolución del proceso de medicalización, mediante un tratamiento terapéutico o farmacológico.

“Yo pienso que son chicos que no tienen como autonomía, como que sus emociones, sus acciones pueden más que ellos mismos, como que no hay un control, es todo muy espontáneo, no hay un análisis. No hay autonomía, porque a veces lo hacen a pesar de ellos mismos, hay conductas y actitudes que tienen que vos te das cuenta que ese chico está sufriendo, que no quiere, que hace fuerza y no puede”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona oeste, GBA)

“Se puede llegar a decir que uno de los motivos que se puede llegar a diferenciar, el hiperactivo por su estado interno, de movimiento interno no puede llegar a concentrarse. El TDA/H tiene una cuestión más cerebral, vos te das cuenta, es más orgánico el TDA/H, el hiperactivo... Por ejemplo, nosotros tenemos chicos hiperactivos que internamente no pueden controlar quedarse quieto, pero dentro de esa inquietud corporal que se maneja en sus actos externos, él podía manejar lo escolar...”

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

- “El superdotado”: A diferencia del “niño problema” que se lo define desde un atributo con alta carga negativa, el acento en este caso se coloca en un atributo positivo, la inteligencia, que le juega en contra. Desde el argumento de un alto coeficiente intelectual o una sobre estimulación se explican los déficits de adaptación, como la hiperactividad, la impulsividad y la actitud desafiante. Según esta explicación, paradójicamente, “la falta” o el déficit, que se da en el desajuste conductual, se origina en lo que al niño “le sobra”. La indisciplina y el movimiento continuo se entienden como respuesta a un niño que al ser más inteligente o hiperestimulado que el resto, se aburre. Surge así la idea de que “la escuela le va chica”. Por otro lado, muchas veces son también niños que las docentes caracterizan como contestadores y que desafían la autoridad del adulto. En todos estos casos, son caracterizados como niños que “se portan mal pero rinden” y esto se explica por una inteligencia superior a la media del grupo. Muchas veces esta idea de niño superdotado está asociada con el coeficiente intelectual y descansa en un discurso biológico pero otras va unido al discurso sociológico del niño posmoderno, el niño de las nuevas tecnologías e hiper estimulado por los medios de comunicación o por padres exigentes que sobre estimulan al niño. El abordaje del problema del niño superdotado no se asocia en las docentes entrevistadas de modo lineal con la solución medicamentosa sino más bien por un tipo de escuela que responda a las demandas cognitivas según su capacidad o bien a nivelar las exigencias de los padres y cuidar la sobre estimulación.

“Yo tuve uno que era supuestamente superdotado (risas) los padres le habían hecho un test psicológico, algo así creo (...)

(10) Los equipos de integración suelen formar parte de asociaciones civiles, ONG's, que se dedican a la integración escolar, así como a la laboral y social, de personas con discapacidad. La información que acá se recopila en torno al tema de integración escolar fue en gran parte aportada por dos especialistas en integración con gran trayectoria en la materia.

E: Y es un chico que... ¿por qué te surgió cuando yo dije lo del TDA/H, o cuándo salió lo del TDA/H?

-Porque los padres lo presentan como que él es más inteligente o tiene algo especial. Si cuando vinieron a la escuela preguntaron si lo iban a aceptar, si le iban a hacer una adecuación curricular porque él era más avanzado, lo presentaron como que él tenía algo más que el resto.

E: ¿Y trae alguna problemática así de hiperactividad?

-No, la problemática que trae es que le pega a todo el mundo.

-Como se aburre.

-Es un chico tan inteligente se aburre.

-Como se aburre. El argumento de los padres es: como se aburre pega, como ustedes no le dan la exigencia que necesita pega. En realidad se trata de separar eso a los padres, pero a mí me surgió eso porque creo que viene una creación de una categoría, de una etiqueta que no”.

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

“-En el caso de los chicos hiperactivos, como dicen ellos, ella dijo que son chicos superinteligentes, que hacen las cosas, la psicopedagoga ve esa parte...”

-Hiperkinético es inteligente pero molesta. Hiperactivo no hace nada, molesta nomás. Así nos dijo ella...la psicopedagoga. O sea que hiperactivo es molestar todo el tiempo, hacer lo que se le canta.

-Pero no aprenden.

-Pero este chico aprende, es re inteligente. Por eso lo venimos arrastrando, porque vos no lo podés hacer repetir (...)

-Yo siempre tuve cuarto grado, pero nunca tuve un chico así, que sea tan contestador.

E-¿Es la primera vez?

-Una vez me dijo ‘no le tengo miedo ni a la presidenta’ y encima delante de todos no es que te agarra en secreto o que dice como chiste, te dice como si él fuera... no sé... Kirchner más o menos”.

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, Corrientes)

La baja relación de la explicación del superdotado con la solución farmacológica puede cambiar cuando la imagen de este niño se acerca a la de “niño problema” y aparece la idea de déficit (algo que falta) más que de “algo que sobra”, como es el caso de la inteligencia del superdotado.

“-(...) Este sería un caso típico para que lo mediquen, este sería un caso típico.

E-¿Tiene problemas de atención?

-Sí, de atención. Es brillante, pero bueno, en el cuaderno por ahí no hace nada, se levanta y le pega a uno, se levanta y le toca la cola a otro, se levanta y le tira el pelo a otro. Es de 1° grado y bueno, es así toda la tarde. Nos reímos con esta amiga mía porque me dice “si fuera alumna mía ya estaría tomando...”.

(Directora de escuela pública tradicional, NSE bajo, zona sur, GBA)

Por otro lado, como se veía en el comentario de la directora, en casi todos los casos analizados, la hiperactividad se puede combinar con una falta de atención en clase que se explica como resultado de la misma hiperactividad.

Si bien esta falta de atención “se muestra” en el aula y durante el proceso de aprendizaje (el niño no copia, no hace las tareas, no presta atención a la maestra, no tiene carpeta, etc.) no parece luego incidir en los resultados puntuales de una evaluación, la cual se conforma en muchos casos como el espacio que determina el grado de rendimiento académico del niño, más allá del déficit durante el proceso.

En los casos donde el déficit se focaliza en la hiperactividad el nivel de compromiso escolar es alto en tanto supone un abordaje de la docente dentro del aula (para contener el desborde) y de la escuela a través del gabinete para citar a los padres y sugerir, y en algunas escuelas exigir como condición de seguir en la institución, una derivación profesional.

Esta derivación puede no ser directamente a un médico, se puede derivar desde el gabinete a una consulta psicopedagógica o psicológica por fuera de la escuela. Sin embargo, en muchos casos este será un paso intermedio hacia la consulta final que suele recaer en un neurólogo infantil.

Algún colegio de los entrevistados, admitió tener por costumbre derivar directamente (por carta del colegio y en carácter de urgente) a un neurólogo de su confianza. Esto parecería estar mostrando un doble juego: por un lado es el colegio el que directamente “neurologiza” la problemática de un niño que resulta extremadamente inquieto para los cánones del aula. Por otro y de acuerdo al neurólogo convocado, puede verse como una estrategia de parte del colegio frente a un “mal mayor”.

Esto puede interpretarse de este modo puesto que el neurólogo en cuestión es un reconocido profesional dentro del ámbito escolar y psicopedagógico que tiene una posición crítica respecto a la sobremedicación, e incluso respecto al sobrediagnóstico del TDA/H, en los niños escolarizados. Es decir, el colegio al sugerir este profesional “con nombre y apellido”, parte de la premisa de una sobremedicación y este neurólogo es sugerido por la escuela a los padres en tanto “medica sólo cuando hay que medicar”.

Sin embargo, en la mayoría de los casos entrevistados, las docentes y las psicopedagogas aclararon que en la entrevista con los padres, la escuela se limita a sugerir qué

tipo de profesional ver y no derivar a uno determinado. Todos los entrevistados coinciden en que en ningún caso la escuela puede diagnosticar, aunque de hecho presupongan un diagnóstico de TDA/H y actúen en consecuencia.

En los casos donde lo que prima es la hiperactividad y el niño es clasificado como “con problemas de conducta”, es el colegio el que “detecta” y llama a los padres. El niño resulta problemático por su conducta en el aula y por consiguiente, es la escuela quien “detecta” y pide la entrevista con los padres sugiriendo o exigiendo una derivación para un posterior diagnóstico y tratamiento.

Imaginario del niño con déficit de atención. El rendimiento bajo la lupa

Cuando el déficit se centra en la atención, la situación se vuelve diferente. El problema se centra en el aprendizaje y el imaginario convocado es el rendimiento académico. El niño es caracterizado como distraído, desatento, “en la nube”, desconectado, desorganizado, desconcentrado, disperso, con fracaso escolar, con problemas de aprendizaje, de bajo rendimiento, calladito, quietito, retraído, tranquilo, “que pasa inadvertido”, no molesta.

Los imaginarios sobre el niño definido con déficit de atención se pueden distinguir en tres grandes grupos:

- “El desconcentrado”: Hace hincapié en un desorden de tipo orgánico, neurológico. El niño no puede mantener la atención aunque en muchos casos lo intenta. Esto repercute directamente en su desempeño académico y a partir de esto suele comenzar un circuito dentro del campo médico, ya sea por sugerencia de la escuela o por inquietud de los padres frente al fracaso escolar del hijo. Esto es más común en escuelas que se reconocen como de alta exigencia académica y en niveles medios altos y altos. Muchas veces la medicalización, en este tipo de casos, surge a partir de un diagnóstico médico de TDA/H y deriva en un tratamiento con psicotrópicos, que en muchos casos es justificado por la escuela a partir de la explicación biológica del problema.

“-Para mí era un déficit de atención, de atención a la palabra, a captar la palabra entera y decir a donde trasladarla. Era como que no le importaba lo gráfico pero sí lo auditivo. Nosotros al usar pizarrón necesitamos la atención y que vaya controlando que letra a letra y cómo la va armando. Y ella me empezaba, por ejemplo, para matemática mal, y yo le dictaba matemática y perfecto. No es que no sabía escribir... es por decirte, atender la palabra y llevarla ¿viste? Es prestar atención a eso, a lo que yo escribía. Si yo no voy para el lado de ella y no le dictas lo que dice: no puede, (...) y ahí por eso te digo para mí era algo de déficit de atención...”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, Corrientes)

- “El niño desconectado/retraído”: Hace hincapié en lo emocional. Se explica el déficit de atención como resultado de un déficit emocional que el niño trae a la escuela desde su casa. El abordaje que suele verse como apropiado en estos casos por las docentes y psicopedagogas entrevistadas suele asociarse a terapias de diverso tipo y a una especial atención al vínculo familiar. En estos casos, las docentes y psicopedagogas entrevistadas suelen poner en cuestión un diagnóstico de TDA/H y el tratamiento farmacológico.

“E- Al principio de toda la conversación mencionaban el déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad, eso ¿cómo es? ¿Lo vieron? ¿Tuvieron casos de déficit de atención? ¿Cómo son esos chicos?

-Es un chico que no molesta, no le pega al compañero pero que está mirando el techo.

-Vos lo llamás por el nombre y no te mira...

-Sin tener algún problema neurológico, sin tener algún retraso pero él está ido.

-Puede ser que viva en una casa con violencia, con indiferencia, que no tenga conciencia”.

(GP, escuela pública tradicional, NSE bajo, Corrientes)

- “El niño <en las nubes>”: Si bien puede ser confundido por la clasificación anterior, guarda una connotación positiva que no comparte con el niño desconectado o retraído. No es un niño “desconectado” sino que está conectado “con otra cosa”. Suele ser definido como un niño “creativo”, “con mucha imaginación”, “sensible” y tímido más que retraído. En algunas escuelas frente a esta clasificación apareció en las docentes la idea de “los niños indigos”, como seres conectados con dimensiones espirituales. El imaginario en torno a estos niños “que están en las nubes”, en muchos casos comparte características con la del niño superdotado de la hiperactividad: es un niño que “está para otras cosas”, “que la escuela le va chica”. La diferencia está en como ese desfase entre sus capacidades e intereses se muestra (en los disciplinario o en lo académico) o cuál déficit resulta preponderante. También se diferencia en la explicación que se da sobre el déficit: la inteligencia, en el caso del superdotado y la sensibilidad e imaginación en el caso del “que vuela”. También se suele cuestionar en estos casos el tratamiento con medicación.

“E: ¿y el chico cómo se comportaba en el aula?

-Bien, no tenía problemas de conducta.

E: Esto que ella dice que era muy hiperactivo.

-No, no, nada al contrario como que todo el tiempo estaba en otra ¿viste? Así como que había que llamarlo, si nosotros creíamos que esa despistez que tenía estaba ocasionando su desorganización...”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, Corrientes)

“-... y empezaron a ver que sus hijos tenían capacidades distintas, no comunes, no se vinculaban entre... pero se vinculaban con el aura, con este... y ahí empezó la mirada ésta de los niños indigos, pero no es nada científico (...) Y estas mamás se empiezan a

cuestionar entre sí, entonces las mamás ‘qué le pasa al tuyo porque el mío se vincula con los ángeles’ apareció con una mirada de los ángeles, ¿te acordás de la década del noventa? Una mirada... todo... nada es casual, todos los aportes de distintos lugares, desde lo cosmológico, lo psicológico, la parte pediátrica, neurológica, bioquímica, los avances de medicina, todo se va vinculando para que seamos un TDA/H, un TGD...”

(Directora de escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

La condición de “niño tranquilo” y “que no molesta” del niño con predominio en el déficit de atención, lo alejan del imaginario del hiperactivo y “tapa” en la práctica por decisión u omisión, el otro ítem que lo caracteriza, el bajo rendimiento académico. Es así que el nivel de compromiso desde la escuela para su abordaje es bajo: suele permanecer oculto hasta que la acumulación de las malas notas hacen que la escuela llame a los padres o viceversa.

“E: Ahí me detengo un minuto, uds hablaban de hiperactivos y no hiperactivos ¿Cuál es la diferencia? Vos lo mencionaste, vos también...”

-Claro, los que son hiperactivos son los que tienen como hormigas se dice, estas cuestiones de que no pueden parar. Los que no son hiperactivos, son esos chicos que son dispersos pero no molestan, pero no pueden concentrarse en lo que están haciendo.

-Dispersos con su tarea

-Pero no es que molesten a un otro o que tengan una mala relación con sus compañeros.

-Al contrario, por ahí son demasiado tranquilos.

-Por ahí pasan desapercibidos dentro del salón. Pero tienen TDA/H pero sin hiperactividad. Son los que más pasan desapercibidos”

(Grupo Docentes, escuela pública no tradicional, NSE medio-alto, Ushuaia, Tierra del Fuego)

En estos casos, que no predominan en el discurso de los entrevistados, se puede advertir una posición invertida del inicio del circuito: son los padres los que muchas veces piden una entrevista con la maestra ante las “malas notas” de su hijo. Esto puede ser aún más visible, en uno y otro sentido de quién llama a quién, en las escuelas reconocidas y autodefinidas como de alta exigencia académica.

De hecho, constituyen el caso donde el problema de rendimiento académico supera en el discurso el de disciplina y donde el abordaje de la escuela frente al bajo rendimiento académico es motivo de reiteradas consultas por parte de los padres y de los gabinetes que exigen un tratamiento y resultados concretos (“en el boletín”) para la permanencia del niño en la escuela.

Esta exigencia hacia el rendimiento académico viene dada no sólo por el colegio sino por una demanda de los padres que no toleran un mal desempeño de sus hijos, más allá de la amenaza que perciben de tener que sacarlos de un colegio que ellos entienden como garantía de éxito futuro. Se juegan así imaginarios de competitividad a base de ideas de elitismo académico y social que los padres no están dispuestos a resignar y de este modo, emprenden acciones para lograrlo a toda costa, cueste lo que cueste:

“E: Pero este chico ¿cómo se comportaba?”

-No, acá en el aula se comportaba, yo no tengo problemas con él. Lo único que tengo con él como te dije, se sacó un cinco, no me acuerdo en este momento, total no importa porque yo ya sé, yo quería que... Cuando viene la mamá, después me di cuenta que el trabajo lo va a tener que hacer solo. Viene la mamá y casi llora porque no aprobó. Ella sabe que sabe el chico, todos saben que sabe, y ella dice en un momento ‘pero él va a un psicólogo y dice que hay unos medicamentos que toman los nenes hiperactivos’... Pero bueno, él no es un hiperactivo...”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, Corrientes)

“-Y sino el chico que va a la psicopedagoga, al neurólogo, al psicólogo, a la fonoaudióloga y a la maestra particular (risas)

-Nosotros tenemos alumnos que tienen cuatro profesionales trabajando con ellos, ¿hasta dónde es necesario que siga estando acá, y presionar al chico para que siga estando acá, cuando tiene que ir a cuatro personas para poder lograr esto? Y no porque... y no lo logra. Porque aparte ya está tan saturado, tan desbordado que entonces ya no fija más la atención en ningún lado, no le importa más nada. Le pasa el mundo por encima porque igual le está pasando por encima...

-Y saca la comida, en ese momento saca la comida y se pone a comer (risas)

E: ¿Cómo?

-Saca la comida, saca el tupper de comida porque ya es como que todo es demasiado.

E: ¿En el aula?

-Sí, la supera todo pobrecita.

-Y vos decís hasta dónde. Este el que salió de acá y fue al neurolingüista, y entonces el otro va, y el otro hace inglés porque hay que saber, hay que seguir, hay que seguir, entonces ¿Pero el chico tiene tiempo para jugar? Ah no, porque después cuando llega a la siete de la tarde a casa, ya se baña, cena y después mira tele hasta las diez de la noche ¿Y cuándo jugó, cuándo hizo lo que tenía que hacer un chico?, ‘y no en realidad tiene poco tiempo para jugar, por eso ustedes no le den tarea’.

E: Y eso les parece entonces que tiene que ver, tal vez, ¿con qué lo ven, con qué lo relacionan?

-Con las expectativas que tienen los padres para sus hijos, los ideales que tienen para que los chicos lleguen el día de mañana a ser lo que ellos planificaron.

-‘Va a hacer todo lo que yo no hice’, entonces va a tenis porque yo no hice, va fútbol porque a mí no me lo ofrecieron, yo le ofrezco a parte guitarra y flauta porque a mí nunca me compraron el instrumento, y todo es...”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona norte, GBA)

En relación a las características en general del alumno con diagnóstico de TDA/H, vale agregar que entre los profesionales de la educación consultados el perfil que identifican como prototípico es el varón en los primeros años de la primaria y de un nivel socioeconómico alto.

Existen variadas interpretaciones respecto a este “tipo puro” entre los estudios consultados y las entrevistas realizadas a docentes, psicopedagogas e informantes clave. Se puede decir que hay componentes culturales que parecen estar mostrando una alta incidencia en cuanto a la conformación de este perfil.

En el caso de la variable del sexo se cree que hay condiciones del género, como elemento cultural y conformador de identidades, que estaría jugando un papel significativo en cuanto a lo que resulta esperable para el varón y no para la niña y viceversa sobre todo cuando el déficit predominante es el de hiperactividad. Que este niño varón “muestre” su déficit a poco de ingresar en la primaria puede entenderse como un espacio que viene a ajustar conductas y marcar pautas que pondrían de manifiesto lo que antes estaba latente o no tenía razón de existir.

Se verá más adelante acerca de cómo juega la variable socioeconómica en el perfil del niño diagnosticado con TDA/H y en su posterior tratamiento con psicotrópicos.

“-Las veces que escuche, eran todos casos de varones y en un segundo grado ¿viste?”

-Sí, porque es la época de la latencia que tienen que estar ya mas calmos.

-(...) En un colegio por ahí de villa, no se plantean las madres si es TDA/H o no. Es otro mundo. Y en los colegios del Estado tengo amigas que trabajan, pero no me han comentado de esto”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, CBA)

Por último, cabe destacar tres cuestiones que se comprende fundamentales en la conformación de los imaginarios en juego. Por un lado las dos primeras cuestiones hacen al estatuto del trastorno y a los discursos en juego: se refieren a la indefinición u opacidad del TDA/H y en clara asociación con esta opacidad, la tendencia a patologizar y medicalizar lo cotidiano. El tercero atañe directamente al rol docente y a las condiciones de escolaridad, donde muchas veces el proceso de medicalización se cuela como salida lateral frente a una cuestión estructural que parece poco posible de solucionar.

Respecto a la primera cuestión, nuevamente se debe hacer hincapié en cómo juega la opacidad del trastorno de TDA/H en lo que refiere a los diversos imaginarios que convoca y a la indeterminación de su abordaje en el aula, tal como es percibida por los docentes.

“-...bueno con el down por ahí las cosas están más encuadradas sobre cómo tienen que trabajar y todo lo demás. La verdad que hay más de tres integraciones de downs, por ejemplo, ésta escuela ha habido chicos egresados downs.

E: ¿Pero por qué, hay más experiencia en eso?

-Sí, sí, porque lo atiende tal profesional y tal, hay otra, digamos, hay más avances, veo yo. En el caso de Isaías, medio que se desestructura todo, de cómo manejar. Yo creo que en general el problema de la escuela es cómo manejar la hiperactividad, porque si el chico tiene dificultad pero está tranquilito y no jode dentro de todo lo va piloteando la maestra, es así, aunque no aprenda nada, no demandó nada.

E: Claro, cuando salta es cuando...

-Cuando son estos casos, que anda revoloteando todo el día y la maestra no sabe como tranquilizarlo, es más complejo”

(Directora, escuela pública tradicional, NSE medio-bajo, Comodoro Rivadavia, Chubut)

En cuanto a la segunda cuestión, la misma opacidad del trastorno lleva a plantear en muchos casos si se trata de un pasaje del discurso de lo cotidiano a lo patológico, con las derivaciones que esto implica en la carrera moral de ese niño y en las prácticas de medicalización que se derivan:

“-(...) Sí, con hiperactividad, para mí yo no puedo negar que puede existir. También es cierto que no hay ningún método, ni biológico ni de imágenes que lo pueda diagnosticar. Que cuando se habla de TDA/H se habla a partir de determinadas conductas y que son conductas que para mí tiene el noventa y nueve por ciento de los chicos, casi, casi si no tuviera esas conductas no se sería un niño”.

(Grupo docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

“-Yo por ejemplo tengo segundo grado, los míos son inquietos pero para mí es normal. Supongo que para cualquier persona es normal que los chicos a esta edad no se queden quietos. Hay muchos por ejemplo que te dicen ‘ay, es que son chicos hiperactivos’. Yo no sé qué es hiperactivo, porque yo soy docente no podría diagnosticar la hiperactividad, en ningún chico común porque es normal...”

(Escuela privada de alta exigencia académica, NSE medio-alto, Corrientes)

La tercera cuestión habla ya desde el campo escolar específicamente y trata la problemática del rol docente como un aspecto a tener en cuenta al trabajar los imaginarios respecto a los niños y los déficits percibidos en clave a la demanda escolar y la realidad cotidiana.

Esto incluye la percepción de una falta en cuanto a capacitación se refiere pero también condiciones de trabajo en el aula que entienden como obstáculos a la tarea docente. Es allí

donde nuevamente puede presentarse el pasaje del discurso de lo cotidiano a lo patológico y el consecuente proceso de medicalización/medicamentación como respuesta de otro orden frente a una realidad que se percibe como inmodificable.

“-Por parte de la escuela se trata de hacer todo lo posible dentro de los límites que hay.

-Lo ideal sería que la escuela tuviera una maestra y veinte alumnos ¿pero en primero vos cuántos tenés?

-Yo tengo veintiocho.

E: ¿Es mucho para vos veintiocho?

-Y sí, es un número un poco alto...

-Para primero sí. Lo ideal sería que vos en primero pudieses trabajar con veinte nenes, sería lo ideal. No existe en ninguna escuela, pero sería lo ideal que vos pudieras trabajar con veinte nenes, que vos te pudieras sentar con ese nene que no presta atención, podés dedicarle más tiempo a ese nene, al que lo necesita.

-Yo tengo veinticuatro y por ejemplo ayer de los veinticuatro trabajaron cinco.

E: ¿Por qué?

-Y... porque estaban molestando, hablando, bueno entonces terminé enojada, terminé disfónica y encima te preguntan ‘¿pero qué hay que hacer?’ Y ya lo repetiste. Lo que pasa es que mientras vos estás hablando, uno le está sacando punta al lápiz, el otro se está parando y hablando al otro, el otro... Ay, no, entonces terminas re mal... Ayer cinco terminaron la tarea, el resto no. Entonces ahora estaban terminando los que no terminaron, y esos cinco que ya terminaron ya les di otra cosa para hacer, son cinco de veinticuatro.

E: Claro, ¿cómo hacen? Cuando llega un caso de chicos que no prestan atención, ¿qué dispositivos utilizan ustedes o qué hacen ustedes para resolver este problema?

-En el aula qué no usamos ¿no? Les damos diferentes actividades, les buscamos de llamarle la atención, qué le gusta al nene, bueno le gustan los monstruitos, bueno hacemos un programa que tenga monstruitos, algo que diga ‘ah, eso me gusta’, ¿entendés? O hacer alguna historia y le ponés el personaje que le gusta. Pero a veces hacés cosas, traes material y tampoco valoran demasiado. A veces te sentís que haces demasiado, traes material, te venís cargada con cartulinas y con cosas...

-Y así te vas decepcionando continuamente.

-Te decepcionás, te decepcionás...

-Y hay días que yo por ejemplo llego a mi casa con dolor de garganta, que me duele toda ésta parte del cuello de hacer fuerza para hablar, para elevar la voz para que hagan algo por lo menos y todo lo que traje y siento que no logré nada, entonces llego a mi casa y digo qué hice hoy...

-¿Para qué?

-Llega un momento que te sentís así.

-Yo a veces me siento re mal, re mal, y hoy vine con otra disposición: no me hago problema. Intento y no puedo. Ayer yo me fui de acá con la garganta que no podía más...”

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, GBA)

En el capítulo siguiente, se describirán las trayectorias de medicalización. Para esto se volverá inicialmente sobre el proceso de detección y derivación para luego analizar los circuitos que se despliegan y el rol de la escuela en el proceso de medicación.

“La pastilla” en la escuela. Medicación y escolaridad

El circuito. Detección, cuestionarios y diagnóstico

El rol que ocupa la escuela en el proceso de medicalización y en el modo en que este se desarrolle muchas veces es decisivo ya que suele ser el ámbito escolar quien suele “inaugurar” el proceso a partir de prácticas de clasificación —las cuales están impregnadas de alguno de los imaginarios antes analizados— y prácticas de derivación.

Se establece así un circuito que comienza con el docente “que detecta” en el aula el problema y sigue desde la institución escolar en una segunda instancia de legitimación de lo detectado por el docente y consiguiente sugerencia o derivación, según el alcance del compromiso que la institución promueva, a través de los GP.

La derivación por parte del docente al GP inicia lo que será causa y consecuencia del proceso de medicalización: la presencia de la mirada “experta” en la problemática infantil, desviando los factores que explican la cuestión desde ángulos “de la vida cotidiana” (“es movedizo”, “es distraído”) que habilitan la asignación de estatus no patologizables —a partir de explicaciones que derivan de la condición de “ser niño”— hacia la mirada que lo construye como problema a ser medicalizado, ya sea por la vía farmacológica o terapéutica.

Esto lleva a reflexionar acerca del lugar que ocupan los saberes expertos en la vida cotidiana y los múltiples modos de apropiación que los adultos “no expertos”, en este caso los padres, hacen de estos saberes ampliamente divulgados.

La figura del “paciente autodidacta” al que se refiere en el estudio sobre consumo autorregulado de psicotrópicos en adultos, puede tomar la forma de un padre inserto en un nudo de explicaciones diversas acerca de “lo que le pasa” y “lo que debe hacer” con su hijo, como se ve en las entrevistas a padres de niños diagnosticados con TDA/H y que frente a esta incertidumbre que trae aparejada la multiplicidad de voces expertas deciden agruparse y escucharse “como padres”, en un intento de refundar su rol.

La escuela participa también en el resto del proceso. Muchas veces al ser quien “sigue de cerca” y de modo directo los avances del tratamiento. Otras veces requiriendo mayor

participación frente a padres que ocultan diagnósticos y tratamientos o frente a un sistema de salud que los subestima y deja de lado, según la percepción de algunos docentes, GP y directivos. En otras ocasiones, la escuela es convocada por el sistema de salud para definir diagnósticos (por medio de cuestionarios protocolarizados o entrevistas personales o telefónicas) como así también para chequear los resultados del tratamiento farmacológico o terapéutico.

La escuela, y en el primer momento el docente en el aula, se convierte en un agente primordial en este proceso, en tanto es el que “des-cubre” o “des-vela”, aquello que hasta el momento podía permanecer oculto.

El proceso escolar, por sus propias características y exigencias, es quien muestra el déficit (“lo saca a la luz”). También es la escuela quien muchas veces se reconoce y es reconocida como principal destinataria de las consecuencias que el tratamiento del trastorno ocasione: es en la escuela donde se muestra el trastorno y es en la escuela donde se busca que se demuestre el éxito del tratamiento.

“-Yo no he conocido chico con éste tipo de síntomas y que no se detecte en la escuela. Es el lugar privilegiado, porque encima el espacio ¿viste?, ellos son.... El tema de los espacios, el respeto por los tiempos, esta pauta hace que salte, que se detecte. ¿Dónde se empieza a detectar primero?, vos te das cuenta los chicos lo detectan en sala de cinco que es obligatoria y en donde hay más exigencia de cuestión quieta o en primer grado. Ahí aparece la detección, no antes. Antes es un travieso, es un chico inquieto, no se queda quieta. Ahora, dónde empieza, es la escuela la que da la voz de alarma a los padres. En ese sentido no es fácil de abordar el tema es... Bueno termina generalmente la educación obligatoria, después es muy difícil que terminen los ciclos superiores o lo que es el polimodal para nosotros, todavía”.

(Supervisora de EGB, Comodoro Rivadavia, Chubut)

Es así que se puede identificar un circuito o trayectoria clásica en el diagnóstico y tratamiento del TDA/H que relaciona al sistema escolar con el sistema de salud del siguiente modo:



Según este circuito, el trayecto comienza con la detección del docente en el aula, sigue con la derivación al GP de la escuela y son ellos, a veces acompañados por el docente y algún directivo, los que convocan a los padres y sugieren una consulta.

Según la lectura que se haga sobre el problema la sugerencia recaerá en un psicopedagogo, psicólogo o en un neurólogo o psiquiatra infantil. En algunos casos, la escuela sugiere las dos miradas, la psicopedagógica y la médica. En otros casos, el médico trabaja conjuntamente con un psicopedagogo o sugiere su intervención como complementaria. Una vez puesto en marcha el proceso de medicalización, se inicia el proceso de diagnóstico.

Uno de los aspectos más problemáticos que se presentan respecto al proceso de diagnóstico entre la escuela y el profesional externo, ya sea del campo médico o psicopedagógico, suele darse a través de los dispositivos que suelen utilizarse para que la escuela informe sobre las características y comportamientos del niño. Se refieren a los cuestionarios protocolizados dirigidos a docentes y padres que para muchos profesionales (la mayoría de la veces son neurólogos aunque a veces acompañados en esta tarea por un psicopedagogo) constituyen una muy válida herramienta de diagnóstico.

Las valoraciones respecto a este instrumento son variadas así como las posturas de los colegios respecto al mismo. En muchos de los colegios consultados existe un consenso negativo respecto al uso de estos dispositivos por parte de la docente a cargo. En algunos esto se da tácitamente pero en la mayoría hay una disposición formal que no habilita al docente ni a las autoridades el llenado del cuestionario.

La explicación suele estar fundamentada en dos razones básicas: la pobre interacción que se establece entre la escuela y quien trata al niño, en tales casos la escuela habilita espacios para comunicarse con el profesional aunque no siempre esto se concreta. La segunda razón de algún modo se relaciona con la anterior y refiere a que entienden que el protocolo da lugar a patologizar conductas comunes a cualquier niño al no atender a la subjetividad y complejidad que cada niño posee.

De nuevo, la alternativa que muchas veces se sugiere desde la escuela es la comunicación personal, o en su defecto telefónica, con el profesional a cargo del tratamiento del niño y en el mejor de los casos una interacción constante entre ambos campos.

Otro es el caso de escuelas que trabajan habitualmente con estos protocolos. No muchas de las escuelas entrevistadas han manifestado una valoración positiva respecto al mismo pero sí son varias las que lo mencionan desde una naturalización de la práctica que no deja mayor lugar a cuestionamientos o a cierta actitud crítica respecto del mismo. En estos casos, la práctica está instituida y más allá de que se la valore desde cierta desconfianza o se tenga algún reparo en cuanto a qué niño puede ser pensado como posible TDA/H, el docente completa el cuestionario sin mayores reparos.

“-Tuvimos otro nene que fue una situación bastante complicada porque la mamá nos trae los famosos cuestionarios para llenar. Nos llama absolutamente la atención porque ni se nos ocurría que éste nene podía ser pensado supuestamente en esas categorías. Cuando le entregamos el sobre a la mamá con los cuestionarios (respondidos), la mamá dice ‘igual ya lo medicaron’. Preguntamos un poco por qué, ‘igual —dijo— es una medicación con una dosis muy baja por ahora y después va a ser placebo’ que nos pareció terrorífico. Pero éste nene no está más en la escuela. Pero así con diagnóstico claro así de TDA/H tenemos un nene que sí está medicado, que tiene neurólogo, que tiene psicopedagoga que trabaja desde la línea de las neurociencias, hay todo un equipo de psicopedagogas con neurólogos y demás que tienen esa línea, digamos”.

(GP, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CABA)

Definido el diagnóstico de TDA/H, le sigue el tratamiento que cuando está la figura del neurólogo, la mayoría de los docentes coinciden que el tratamiento es con metilfenidato o atomoxetina.

El colegio muchas veces es informado del diagnóstico y del modo en que será tratado. Sin embargo puede darse el caso que no sea así y que exista una total desconexión entre la demanda del colegio de una consulta y la posterior resolución con un profesional del campo de la salud. Esto ocurre sobre todo en las provincias cuando el médico a cargo del tratamiento del niño no reside en la ciudad y periódicamente, mensual o bimestralmente, atiende consultas.

Esta situación se repitió como una práctica común entre los entrevistados de diversos campos (educativo, médico y farmacológico) en las provincias relevadas y refiere a la visita de “médicos especialistas” generalmente neurólogos y psiquiatras infantiles que llegan desde Buenos Aires para tratar la problemática del TDA/H y otros trastornos.

La percepción de la escuela en estos casos es que se pone en práctica un sistema de medicación sin la menor atención a la complejidad que pueda presentar la problemática de cada niño. La figura del “médico recetador” se cristaliza cuando el médico visitante es esperado por una larga lista de padres en busca de la receta para el metilfenidato y la atomoxetina.

“-No especializado en niños no, no hay lugar de atención, a nivel privado también, todo lo que es psiquiatra es para adultos. La psiquiatra infanto-juvenil es una especialidad bastante nueva, hay uno sólo en privada trabajando, pero trabaja más adolescentes que niños, y después está éste otro psiquiatra que viene una vez al mes.

E: Atiende por obra social.

-Claro, viene una vez por mes, y lo trae una obra social, y atiende por obra social, atiende particular, atiende una vez por mes y se va... El otro dato que tenemos es que, los mismos chicos, las mismas familias nos dicen, es que él repite la receta muchas veces y ni si quiera lo ve al chico.”

(Supervisora de EGB, Comodoro Rivadavia, Chubut)

Una alternativa a este circuito se da cuando el niño ingresa a la escuela con un diagnóstico y tratamiento farmacológico. En estos casos, la trayectoria tampoco parece comenzar en la casa, es decir, siendo los padres quienes detectan y consultan a un médico, sino que por lo referido en las entrevistas, han recorrido el circuito anterior en otra escuela y por decisiones que pueden tener diferente origen (por sugerencias de la escuela, del especialista, de los padres) se produce un cambio de escuela. En estos casos no necesariamente los padres informan a la escuela que el niño toma medicación y que tiene un diagnóstico de TDA/H a fin de “no estigmatizar” de entrada al niño y comenzar “de cero” en la nueva escuela. Es por esta situación que muchas docentes y directoras de escuelas “sospechan” de tener niños medicados sin poder confirmarlo. En otras ocasiones, el ocultamiento se descubre cuando la docente “detecta” algún indicio de la problemática y reinstala el circuito.

Respuesta institucional. Acerca de los recursos escolares frente a la problemática

En este apartado se intentará describir tipos de respuestas institucionales e institucionalizadas a partir de los recursos con que cuentan las escuelas frente a la detección en el aula de problemáticas de aprendizaje y/o indisciplina, que pueden devenir en un diagnóstico de TDA/H.

Como se desarrolló en capítulos anteriores, esta detección se da principalmente por parte de los docentes que trabajan cotidianamente con los niños. Dicha detección inaugura entonces un circuito que inicia un proceso de medicalización, y que implica en un primer momento la elaboración de un diagnóstico “tentativo” por parte del docente, su elevación al GP y la posterior entrevista con la familia, para iniciar un nuevo circuito dentro del sistema de salud que finalice en un diagnóstico definitivo y la prescripción de un tratamiento.

El hecho de insertar el problema de aprendizaje y/o disciplina en la línea de la medicalización, es decir convertirlo en un problema a ser leído y resuelto en clave médica, se plantea muchas veces frente a la emergencia de un niño “revoltoso” o “muy distraído” a fin de convocar un diagnóstico que permita trazar un tratamiento para abordar a ese niño desde la institución.

El tratamiento funcionaría, de alguna manera, como una solución frente a un déficit de recursos para abordar a niños con estas problemáticas y frente a la incertidumbre que provoca la opacidad del cuadro.

La mirada experta entonces no sólo estará operando sobre la problemática infantil sino también sobre la problemática educativa, dando respuestas a la institución, que muchas veces se siente sin herramientas para poder operar sobre estos niños. Esta demanda que la escuela le hace al sistema de salud no suele ser resuelta de modo efectivo para la escuela y lleva a que muchos docentes, directores y GP se quejen de la falta de colaboración de los profesionales de la salud.

Esta demanda hacia el sistema de salud sucede incluso en las escuelas que institucionalmente dicen estar en contra de rotular a un niño con un diagnóstico de TDA/H y tienen una mirada crítica respecto al tema del diagnóstico y la medicación.

En esta cuestión vale precisar las diferencias que los docentes y GP perciben según el profesional externo a la escuela que está atendiendo al niño. En el caso de que se trate del campo de la psicopedagogía o psicología, suele haber una crítica respecto a la falta de un diagnóstico preciso respecto del problema por el cual fue sugerida la derivación.

Frente a esta situación, el diagnóstico de un neurólogo, apoyado muchas veces por el cuestionario que el docente respondió, viene a traer un “nombre” a algo que perturba, lo cual termina tranquilizando aún a aquellos docentes que se resisten en primera instancia a la idea de “rotular al niño como TDA/H”.

“-Igual los psicólogos no se juegan a dar ningún diagnóstico.

-Nunca.

E: ¿No, los psicólogos no?

-Está en tratamiento, y para que manden un informe...

-Tenemos que pelearla bastante porque tampoco quieren mandar informes.

E: ¿Eso por qué?, porque no saben...

-Tienen temor.

-No sé quieren comprometer”

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

Al indagar acerca de la respuesta institucional a estas problemática surge el tema de los recursos con los que cuenta la escuela para abordar pedagógica y psicológicamente al niño. Este tema resulta muy sensible, especialmente para el cuerpo docente, quien demanda recursos para poder trabajar en el aula.

Se observa que en algunas escuelas entrevistadas, tanto del ámbito público como del privado, que no cuentan con un gabinete propio que los asista durante toda la jornada educativa, existe la percepción de no tener recursos profesionales suficientes para atender las problemáticas de niños inquietos o desatentos.

“-...No, acá falta, falta personal específicamente, o sea yo no difiero con ella en muchas cuestiones como psicopedagoga, yo reconozco su buena voluntad pero no le dan los horarios, no le dan las manos, no le dan los tiempos”

(Grupo Docentes, escuela privada tradicional, Nivel medio, CBA)

“E: ¿Qué recomendaciones harían ustedes para este tema del TDA/H en las escuelas, o qué necesidades concretas, o qué pedidos?

-Creo que principalmente cada escuela tendría que tener un gabinete realmente bien formado, bien formado es psicóloga, psicopedagoga, maestra recuperadora y fonoaudióloga, todo eso y cada escuela lo tiene que tener, porque hoy en día la problemática social es muy importante, no es que hay un grupo complicado, o un grupo donde haya dos o tres nenes, todos los grupos hoy en día tienen este tipo de problema, entonces la única forma de salir adelante es que cada escuela tenga un gabinete con los especialistas que requieren que trabajen en conjunto, entonces desde ahí la escuela va a poder empezar a trabajar como corresponde, involucrar a la familia y hacer una tarea conjunta”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, Nivel medio-alto, zona oeste, GBA)

A esta idea se le suma la creencia del cuerpo docente de no contar con una buena capacitación en estas temáticas. Esto lleva a que muchos entrevistados docentes expresen que no saben cómo responder, qué estrategias implementar, y que frente a la ausencia de un profesional que los oriente, deban recurrir a ideas propias o a soluciones provisorias que son vistas como “artesanales” o para “tapar baches” antes que como una respuesta institucional articulada.

“E- ¿Que sugerencias harían para tratar esta problemática que estamos hablando en el colegio, en la escuela?

-¡Un gabinete por dios!

-Alguno especializado

-Si no se puede llegar a eso, algún curso o capacitación como para que nosotros podamos medianamente manejar

-Creo que es necesario en la escuela imperiosamente que haya un gabinete.

-Nosotros tuvimos gabinete”

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, Corrientes⁽¹¹⁾)

“-Haría falta más información a los docentes con respecto a la conducta de los chicos en el aula, más allá del que docente siempre está con el chico (...)

-Lo que pasa es que acá, en Tierra del Fuego no hay como capacitación, ni nada, yo por ahí las charlas que tuve fue hace años y cuando estaba en el norte, pero acá no hay capacitación, no hay charlas para los docentes, y ellos que están en gabinete...

-Tampoco la tenemos...”

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, Ushuaia, Tierra del Fuego)

Esta doble escasez (de recursos y de capacitación) abona esa sensación de no saber y no poder tratar efectivamente al niño inquieto o distraído dentro de la institución, lo que favorece la tendencia a la medicalización de la problemática, sacándola del espacio de la escuela al campo médico.

Esto lleva a que en muchos casos la definición de un tratamiento y su efectivo cumplimiento sea condición necesaria para mantener al niño con un diagnóstico de TDA/H dentro de la escuela.

En esta línea se despliegan otra serie de dispositivos educativos (algunos actualmente en funcionamiento, otros en el plano del proyecto o deseo) que buscan funcionar como filtros o instancias de control para este tipo de niños. Un ejemplo de estos lo constituyen las jornadas de recuperación, donde el niño trabaja en clases muy reducidas y focalizando sus problemas académicos puntualmente, y que funcionan muchas veces como última chance que da la escuela a ese niño.

(11) Cabe señalar que recientemente en la Provincia de Corrientes se ha modificado el sistema de gabinetes en escuelas públicas adoptando la lógica de gabinetes externos. Esta medida es fuertemente resistida por los docentes.

También se menciona como práctica concreta o que se debiera implementar al ingreso de un niño a una institución escolar, la reunión previa con los padres donde se apunta a conocer al niño y en todo caso identificar la presencia de problemas de atención o de hiperactividad.

Estas reuniones son caracterizadas como instancias fundamentales, previas, de control, donde la detección de un niño problemático debería servir a la institución para evaluar su admisión. En algunas entrevistas son mencionadas como “filtros”. Surge allí la problemática de la inclusión más que de la integración, aunque el concepto “integración” sea el que acapare el discurso escolar.

“-(...) Cómo integramos y a quien integramos. Porque esto puede pasar, pero no pasa por una decisión del psicólogo, es una decisión institucional, este pibe puede estar, este no puede estar...”

E: ¿Uds. que sugerirían? ¿Qué tipo de filtro?

-Un psicólogo, una psicopedagoga, rastreo, informe, mínimo un par de técnicas...

E: ¿Con todos?

-Con los que entran nuevos. Pero no porque ‘qué jodida esta piba que quiere filtrar’ pero tenemos esta realidad. Salas con 25 pibes con una auxiliar compartida, y bueno, a veces no podes trabajar en la sala, entonces para no discriminar, estas discriminando... Esta bien, algunos no vienen con un planteo ni siquiera de...mira tiene tal cosa... Mateo el año pasado, mínimo rastreo y te dabas cuenta que tenía este pibe”

(Grupo Docentes, escuela privada tradicional, NSE medio, CBA)

Pero quizás el más emblemático y efectivo de estos dispositivos sean los contratos, desde los más formales hasta verbales, entre la familia y la escuela donde se pacta sostener el tratamiento y hacer lo posible para solucionar la problemática o por lo contrario el niño no podrá continuar en la institución.

En ese caso las vacaciones de invierno o las de verano funcionan como ultimátum para renovar las matrículas. Este contrato puede ser a su vez acompañado por un intercambio frecuente con el profesional que atiende al niño, ya sea para saber cómo abordarlo, como también para corroborar que exista un tratamiento.

“-En realidad ella (la psicopedagoga) no puede obligar a que los padres lo hagan, pero en realidad con los chicos con enfermedades, perdón, patologías diagnosticadas o cuestiones como el nene que yo tengo este año, que tiene problemas bastante serios de conducta, ya se les pide a los papás de otra manera, ‘nosotros seguimos viendo tales cosas me parece que hay que actuar’. Entonces cuando el pibe pasa al año siguiente se hace un acuerdo, es decir nosotros vamos a trabajar con este pibe si ustedes, que ya reconocieron que tiene una problemática, hacen un tratamiento.

-Se le condiciona el ingreso de acuerdo con la psicopedagoga, o con la fonoaudióloga, depende de la especialidad que se necesite para ayudar a este pibe aparte de lo que la escuela lo esta ayudando en ese momento

E: ¿Es algo formal, estamos hablando de un contrato?

-Sí, sí, es así, es algo formal (...) Si vos ves que con el tiempo el pibe empeora, o que no cambia, bueno, ya te mantenés en contacto”

(GP, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

“-Claro, pero te digo, el tratamiento continuado en el tiempo cuesta muchísimo. En mi caso tengo las actas acá, que te puedo mostrar, donde es condición de la matriculación continuar con el tratamiento, acá debo tener.

-E: Eso sería cuando lo matriculas al año

-Ahora por ejemplo, te leo una: ‘se acuerda con el señor (nombre del padre del niño) que podrá rematricular a su hijo con el compromiso de continuar con el tratamiento psicológico del niño, presentar mensualmente constancia escrita del médico...’”

(GP, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

Por último, una vez definido el diagnóstico, se acuerda que el tratamiento incluya una serie de adaptaciones escolares para el niño. En algunas de las instituciones se observa que el dispositivo escolar se vuelve “focalizado” tomando diversas combinaciones entre variados recursos: se reducen los horarios de permanencia en la escuela, se modifican y reducen los contenidos curriculares, se hace un seguimiento más personalizado con la docente y el GP y en algunos casos se agregan profesionales en el aula.

En algunos casos estas adaptaciones son tomadas sin necesidad de contar con la sugerencia de un experto, incluso sin que exista ya un diagnóstico. Este tipo de adaptaciones son frecuentemente sugeridas por los gabinetes como primeras respuestas al abordaje del niño, sobre todo en aquellas escuelas que se muestran más inclusivas y abiertas a nuevas propuestas.

También, vale aclarar, que suelen coincidir con aquellas instituciones que muestran mayor preocupación y cuestionamiento por la problemática, adoptando una postura crítica y que da muestras de cierto nivel de conocimiento del tema TDA/H a través de concurrir a cursos, discutirlo y leer sobre la cuestión.

La adaptación escolar en cualquiera de sus formas sugiere muchas veces que a la hora de pensar un abordaje a la problemática del TDA/H las instituciones se inclinan hacia explicaciones ecológicas, buscando la modificación de las condiciones áulicas y curriculares.

Las adaptaciones escolares son menos frecuentes en instituciones privadas con un perfil de alto rendimiento académico, ya que suponen poner en cuestión aquello que define al colegio. Lo que predomina en estos casos es preservar la identidad institucional que descansa en la exigencia académica, la cual va unida a una exigencia disciplinaria

por los mismos dispositivos que se despliegan (jornadas extensas, idearios y prácticas de rendimiento, exigencia y competitividad, que llevan a un disciplinamiento del cuerpo y de la subjetividad).

El discurso institucional frente a posibles demandas de adaptaciones curriculares o de otro tipo que rompan con los dispositivos formales o tácitos por los cuales se reconoce al colegio reconocido como “de alta exigencia”, es coherente con la identidad institucional y sentido de pertenencia del “entre nos” que caracteriza a este tipo de institución. De este modo, habilitar mecanismos de adaptación supondría resignar la identidad institucional y el carácter de elite e inaugurar modalidades más inclusivas.

“-En algunos casos sirve, pero creo que lo peligroso de esta nueva moda es que el cambio lo tiene que hacer siempre el colegio y que el chico no tiene que hacer ningún cambio. Entonces no es que está mejor sino que no se le exige nada, es verdad que esto quizá sea una contrapartida a una cosa muy esquemática, que el que no aprenda como le enseño y que se muera, digo, en el intento. Pero el aprendizaje supone una modificación del sujeto también”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, Nivel medio-alto, zona oeste, GBA)

Estas escuelas mayormente coinciden con fuerte presencia institucional, en tanto los niños entran de muy pequeños a la institución, permanecen muchas horas, incluso en actividades extracurriculares, y donde la exigencia no es sólo hacia el rendimiento académico, sino también social: es decir, y siguiendo la teoría de los distintos capitales de Bourdieu, no sólo se espera del niño una respuesta académica (capital cultural), sino también la capacidad de reproducir un capital social.

De hecho, cuando se habla de Escuelas de Alta Exigencia hay que tener en cuenta que no siempre es el aspecto académico el que está en juego. Los idearios de éxito y competitividad hablan de un imaginario de rendimiento que muchas veces coloca lo académico en una suerte de fachada, un interés de segundo orden, ante exigencias de reproducción social, poniendo énfasis en el disciplinamiento, más que en la disciplina, a través del deporte y las redes sociales que el colegio provee.

Por esta circunstancia, es interesante destacar que en este tipo de instituciones los problemas de hiperactividad suelen mostrarse en mucha menor medida como problema escolar en comparación con instituciones de otro tipo debido a la fuerte presencia institucional y mediante los diferentes dispositivos disciplinarios que se despliegan.

Es así que constituyen el único caso en donde los problemas de atención y rendimiento escolar toman en el discurso de los docentes y GP un espacio destacado sobre los de hiperactividad y disciplina.

El niño con problemas de disciplina parece estar contenido, “bajo control”, por los fuertes dispositivos institucionales o de lo contrario no permanece en la escuela ya que no parece haber espacio para desbordes más allá de ciertos límites. Por otro lado, los problemas de atención devienen en una baja en el rendimiento académico y son puestos en el universo de responsabilidades exclusivamente de la familia que al haber elegido una escuela de tales características deberá “hacerse cargo” de los costos que demande la permanencia en la institución elegida.

Lo que puede verse en estos casos, según el comentario de docentes y GP, es una puesta en marcha de parte de la familia de un conjunto de dispositivos para que el niño pueda permanecer en la escuela “cueste lo que cueste”. Estos pueden llevar a una combinación de tratamiento farmacológico con terapias que se ordenan dentro del escaso tiempo libre semanal y que incluye a psicopedagoga, psicóloga y según los casos, fonoaudióloga, psicomotricista y otras especialidades.

“-... la reducción de la jornada no se hace... se puede hacer muy temporalmente, porque esta es una escuela que los papás saben que es de doble jornada, y tenemos materias curriculares por la tarde, entonces esto no se puede hacer. Si se le imparten estrategias a las docentes que a veces las pueden llevar a cabo y a veces no, porque... en el caso de este nene, que está en tercero en un aula con treinta compañeros, es muchísimo... Nosotros no tenemos una actitud expulsiva, nosotros podemos conversar con los papás pero son ellos los que eligen la escuela para sus hijos y en tal caso son los profesionales los que tienen que trabajar la permanencia”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, Nivel medio-alto, zona norte, GBA)

El rol de la escuela frente a la medicación. Patrones de consumo y posturas de la escuela

Una vez que el niño ha sido diagnosticado y se ha definido un tipo de tratamiento medicamentoso se da una situación de convivencia entre la medicalización del niño y su escolarización. Situación que es problemática, al menos en la mayor parte de los casos entrevistados, aún cuando se percibe como una solución para el problema atacado.

El aspecto problemático de dicha relación está dado por el tipo de vínculo que se traba entre familia y escuela, signado en la mayoría de los casos por el secreto, el ocultamiento, la demanda insatisfecha entre unos y otros respecto al abordaje del problema y la valoración en relación a la medicación y sus efectos en el niño. En este sentido, y ya se profundizará estos enunciados, la introducción de “la pastilla” no pasa desapercibida, aun cuando las familias en algunos casos lo intentan ya que sus efectos generan un cambio en la percepción del niño en la comunidad educativa.

¿Cuál es el rol que ocupa la escuela frente al consumo de metilfenidato o atomoxetina? En el recorrido realizado se visualiza que no todas las escuelas responden de un modo homogéneo respecto al problema. Más allá de diversos matices, se puede identificar tres grandes modos de resolver la cuestión del consumo y el rol que le cabe a la escuela dentro del proceso de un tratamiento con psicotrópicos.

Se pudo detectar también que en la mayoría de los casos, las escuelas permeables a suministrar el psicotrópico, extienden esta permeabilidad al resto de los medicamentos, ya sea de venta libre o bajo receta. En el caso contrario, cuando las escuelas resisten cualquier tipo de delegación por parte de los padres hacia la escuela, esto se repite en los medicamentos en general dentro de un discurso de responsabilidad frente al fármaco que

hace que sean los padres o adultos externos a la escuela y habilitados para tal fin, quienes les suministren el medicamento dentro del espacio escolar.

Se analizará los tres tipos de modalidades que se presentan en la escuela frente al consumo de psicotrópicos para el tratamiento de TDA/H:

- Ocultamiento y desconocimiento: A pesar de que, como se vió en otros capítulos, para los docentes las problemáticas de los niños con TDA/H resultan muy visibles especialmente cuando se trata de hiperactividad y que las escuelas responden activamente a la búsqueda de un diagnóstico y un tratamiento, resulta notorio que en la mayoría de las entrevistas el personal educativo diga no saber con exactitud cómo son los patrones de consumo de la medicación para el tratamiento del TDA/H. Se sabe, en todo caso, que el niño ha comenzado un tratamiento medicamentoso; si es que el niño no viene de otra escuela trayendo un tratamiento previo porque en esos casos muchas veces se oculta el diagnóstico y el tratamiento. Prácticamente en ninguno de los casos consultados hay un seguimiento del mismo por parte del docente y la escuela y se desconocen detalles del modo de consumo, por ejemplo, el tipo de cantidades, formas de administración, rutinas diarias, horarios, etc.

En general la falta de información sobre los niños medicados en las escuelas se suele presentar de dos formas: una de ellas es cuando los docentes tienen total desconocimiento respecto a la existencia de un consumo de psicotrópicos por parte del niño (esto es muy común principalmente cuando vienen de otra escuela); la otra, se da cuando los docentes están al tanto del tratamiento de los niños pero no se les informa cuando el mismo es suspendido o cuando se realizan modificaciones sobre los patrones de consumo.

En estos casos, se puede observar que una vez comenzado el tratamiento con medicación, el vínculo entre escuela y familia tiende a fracturarse, en tanto las familias hacen de la práctica algo totalmente privado o incluso secreto. Lo que suele percibirse en alguno de los casos donde el tratamiento es abandonado sin aviso es el quiebre de un compromiso de la familia hacia la escuela.

“Lo que pasa es que cotidianamente hoy no sabemos si hay chicos medicados o no, por eso no sabemos...”

-Claro, no te podemos decir”

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, Tierra del Fuego, Ushuaia)

“Lo que no dicen es cuando suspenden la medicación.

-No, o cuando suspenden el tratamiento.

-Sino hay que citarlos y decir bueno, qué pasó, cómo estamos...”

-Y ahí aparecen los justificativos, no resulta que la obra social, que el no sé qué...”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona oeste, GBA)

En algunos casos surge como explicación a esta falta de información el hecho de que las escuelas tienen una prohibición, legal y formal, de medicar o intervenir sobre el cuerpo de los niños, lo cual estaría condicionando la posibilidad de la escuela de opinar e informarse respecto al tratamiento, a fin de no tener actitudes de intromisión. En otros casos, la escuela y la familia dan por supuesto que la problemática del tratamiento atañe a la familia y no es la escuela quien debe intervenir de modo alguno.

Esto se presenta muchas veces como independiente al “problema que se genera en la escuela”, instaurando un espacio de ruptura entre el momento de la detección y derivación con el del tratamiento.

- Delegación: Esta prohibición no está exenta de generar conflictos entre aquellas familias que lejos de ocultar el consumo de psicotrópicos del niño, buscan en el colegio un responsable para el suministro del mismo dentro del espacio escolar. La escuela, por lo general, no acepta esta delegación. Sin embargo, surgen casos en que la escuela se hace cargo. El que se presenta a continuación representa un extremo del problema, que se podría denominar de “delegación resistida”, en donde frente a una primera negación por parte de la escuela, se llega a una intervención judicial para que le sea suministrado el medicamento en la escuela.

“E: Y cuando son chicos que están así medicados por este tema así del TDA/H, ¿cómo es la relación de la medicación y la escuela?”

-¿Si los medicamos?, no.

-La escuela no está autorizada.

-En ese caso hubo orden judicial.

E: ¿Cómo denuncia, qué pasó?

-Nos obligaron a medicarlo porque teóricamente era una cuestión clínica, la escuela se opuso hasta donde pudo y después...”

E: Los obligaron a medicarlo, estando en la escuela tenían que darle la pastilla.

-Muy complicado el tema, y yo me opuse, pero no quedaba otra que hacerlo (risas)

-Pero generalmente la escuela no da ningún tipo de medicación, ni comparte esto que los chicos se mediquen, pero hay casos que...”

-Ni Ibuprofeno, ni aspirina, ni nada, tienen que venir los papás a dárselas, ésta es la regla, los chicos grandes es “andá al baño y tomate ésta aspiran, andá al baño y tomate el...” la verdad es que terminás enterando muchas veces y otras veces no”

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

Por otro lado, otras escuelas resultan mucho más permeables a suministrar el medicamento y lo hacen sin mayores reparos. En estos casos, es cuando se da una delegación explícita y directa de responsabilidades de los padres hacia el colegio. El colegio acepta esta delegación muchas veces sin mayores reparos ni cuestionamientos.

Muchas veces no lo ven como algo deseable pero sí como un “costo a pagar” para un mejor desarrollo de la jornada escolar. La delegación puede tener variados motivos, entre los más comunes parecen estar los olvidos de los padres frente a la “corrida” que supone la preparación para ir al colegio, también se ve en casos en donde el niño por un motivo puntual toma la pastilla a la mañana pero la repite a lo largo de la jornada escolar (porque “no le dura” toda la jornada, porque hay una prueba o una exigencia mayor que lo habitual, etc.). El tercer motivo que suele presentarse en esta delegación se da cuando el niño o niña se autoadministra el medicamento. En estos casos, la escuela es quien debe recordarle que lo tome y darle la pastilla, que guarda “de reserva”, en el caso de que la olvide en casa.

“-A mí la mamá éste año me trajo la cajita con la pastillita que cualquier emergencia, si ella desayuna y se olvida de tomar la pastilla.

-Pero fue el año pasado ¿o este año también?

-Fue este año, Susana, no sé si se lo habrán sacado ahora, en Abril, Mayo, esto me lo trajo la mamá en...”

-Que te lo manden por escrito en el cuaderno.

-Sí, ya sé, pero lo trajo. Por ejemplo, ella en sexto grado, están haciendo que ella se haga cargo de su medicación, entonces por las dudas me trajo la madre, entonces si se olvidó me llama por teléfono ‘dale la pastillita a Camila’”

(Directora y Secretaria, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

- Compromiso: Un tercer tipo de relación que se establece entre la escuela y la familia respecto al consumo de psicotrópicos para el tratamiento del TDA/H supone un compromiso de los padres hacia el colegio. Este compromiso se funda en la relación directa que se establece entre el patrón de consumo y el ritmo y demanda escolar. Esta adecuación “consumo-exigencia escolar” se da especialmente en los colegios reconocidos como de Alta Exigencia. Como se dijo anteriormente, en estos casos la escuela suele exigir de los padres el compromiso a una resolución efectiva del problema para la permanencia del niño en la escuela. Si bien este compromiso no implica por lo general una intervención de la escuela en cuanto a modificar su ritmo habitual, sí en algunos casos se ha visto que frente a la doble jornada la escuela acepta la práctica de “delegación” que se ha referido anteriormente, dentro de este marco de compromiso con la escuela que asumen los padres.

“-Yo tuve dos casos, no en esta colegio, dos varones de quinto grado, uno hiperquinético y el otro hiper-pasivo. Estaban los dos medicados con Ritalina[®], los tuve antes que tuvieran medicación y después le pusieron medicación. Tomaban antes de ir al colegio, porque el colegio también era doble jornada, como a la tarde yo trabajaba con ellos, le daba yo la medicación a la tarde a cada uno”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona norte, GBA)

- Escuela Receptora: Un último caso, que en las entrevistas aparece como recurrente es el de la escuela receptora. La pastilla se toma en la casa antes de ir al colegio y con el conocimiento de la escuela que recibe al niño “listo” para encarar la jornada escolar. En estos casos, la escuela no conoce detalladamente el patrón de consumo pero lo reconoce a partir de la actitud y comportamiento del niño en clase. La construcción del patrón de consumo se hace en base a la observación de su resultado en el aula y a las conjeturas que puedan surgir de charlas esporádicas con los padres, o incluso de propios comentarios de los niños.

“-Pero sí me acuerdo que decíamos ‘¿hoy tomó la pastillita?’ porque ella decía ‘sí, porque en mi casa me tiene loca, porque no sabés’... no la dejaba en paz, ni a la hermana tampoco, no sabíamos nosotras exactamente pero lo veíamos y registrábamos que estaba alterado, muy alterado que no había tomado la pastilla...”

(GP, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona norte, GBA)

Una modalidad que ocurre cuando la escuela no admite ser quien suministra la pastilla pero que lleva la práctica del consumo directamente a la institución escolar se da cuando algún familiar o responsable del niño se acerca hasta la escuela para suministrar la pastilla.

“E: Cuando toma esa pastilla, ¿viene la madre se lo da, o ustedes a veces se lo dan, cómo es eso?”

-No, viene la hermana, se lo trae y él lo toma, a las tres creo que es que le toca, porque Mónica es la que está, que a las tres viene, ahí ha venido la hermanita, siempre tengo de referente al otro día que me dicen, ‘uh, pasó tal cosa, vino la hermanita y se peleó con tal a la tarde, o andaba con todas las amigas de la mañana’, ¿viste? ahí tengo el dato yo, del tema de la pastilla”

(Directora, escuela pública tradicional, NSE bajo, Comodoro)

“E: Y en relación al TDA/H ¿Sabes que droga es?”

-Ritalina[®]

E: ¿Sabes como la toma?”

-No sé si a la mañana, pero al medio día viene la chica que la cuida y se la da”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, CBA)

“-A mí me ha tocado inclusive que la mamá venga a los dos, tres de la tarde, a que la mamá venga a darle la medicación...”

(Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, Berazategui, AMBA)



Si tenés un familiar víctima
de desaparición forzada entre 1974 y 1983

UNA SIMPLE MUESTRA DE TU SANGRE PUEDE AYUDAR A IDENTIFICARLO

La "Iniciativa" tiene como objetivo el aumento sustancial del número de identificaciones mediante el análisis genético de los restos de estas víctimas.

Llamanos
0800-333-2334

LA TOMA DE LA MUESTRA SE REALIZA
EN TODO EL PAIS EN FORMA GRATUITA

TODOS LOS DATOS OBTENIDOS
SON CONFIDENCIALES

WWW.EAAF.ORG/INICIATIVA

PASOS FUNDAMENTALES

- 1- El familiar se comunica con el 0800 o concurre directamente a la oficina de Derechos Humanos que le corresponde.
- 2- Retira un formulario y el turno para la extracción de la muestra de sangre en el centro de toma correspondiente.
- 3- Concurre el día del turno al centro de toma y se extrae la muestra.

Iniciativa Latinoamericana para la
Identificación de Personas Desaparecidas.



EQUIPO ARGENTINO DE
ANTROPOLOGÍA FORENSE
Fundado en 1984



Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION



Secretaría de Derechos Humanos
MINISTERIO de JUSTICIA y
DERECHOS HUMANOS de la NACIÓN



archivo
nacional de la
memoria

En síntesis, existe entre los docentes y GP entrevistados una percepción generalizada de que la medicación está ligada a la jornada escolar: se consume antes de ir al colegio, se modifican las dosis si hay un examen o situaciones complejas, se vuelve a tomar al medio día si es doble escolaridad, se deja de tomar en los momentos no escolares, etc.

“-Hay neurólogos que dicen que nada más es para venir al colegio, en época de colegio.

-Bueno, a mí eso me da la sensación de cómo en vacaciones de invierno se suspende, en diciembre se suspende, en realidad pasa para ser las pastillita de que bueno te tomás esto y me dejan tranquila en el colegio...”

(GP, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona oeste, GBA)

“-Lo que nos están diciendo mucho es que sábado y domingo no se los dan, que no se lo dan en vacaciones ...”

(Grupo Docentes, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

Como se señaló al principio la práctica de ocultar u omitir detalles sobre el proceso de medicación incluye aquellos casos en que se detiene el tratamiento o bien se lo modifica. Ambas prácticas implican cosas diferentes y vale la pena pensarlo por separado.

El hecho de detener la medicación puede estar sujeto a un cambio de actitud frente al diagnóstico, que la familia haya consultado a otro profesional contrario al discurso médico, o como reacción frente a la respuesta del niño al tratamiento, es decir, casos en que las familias consideran que el mismo no da resultado o bien que afecta negativamente al niño.

“-Lo que no dicen es cuando suspenden la medicación.

-No, o cuando suspenden el tratamiento.

-Sino hay que citarlos y decir bueno, qué pasó, cómo estamos...

-Y ahí aparecen los justificativos, no resulta que la obra social, que el no sé qué...”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona oeste, GBA)

Por otro lado, las modificaciones en los patrones de consumo implican otras cuestiones ligadas lo que en el estudio sobre el consumo de psicotrópicos en adultos se ha identificado como modos de consumo “autodidacta”. En algunos casos se trata de padres profesionales, en algunos casos del campo de la salud aunque no necesariamente, de clase media alta y alta, que se perciben a sí mismos como sujetos competentes para llevar a cabo una apropiación del saber médico que los habilita para autorregular el consumo de psicotrópicos, lo que genera una transferencia de la práctica de automedicación al niño⁽¹²⁾.

Sin embargo se puede ver que esta autorregulación del psicotrópico —bajar o aumentar la dosis o suspender la medicación— se da en las diferentes escalas sociales dando espacio a un proceso de banalización del consumo del psicotrópico en cuestión.

“-Está en cuarto ahora, tuvo acompañante dos años y como que tiene así, no se puede adecuar en algunas actividades, no puede estar en el aula, hizo muchos avances pero la mamá es médica, pediatra, la abuela lo faja, le pega... un montón de cosas, no sé, no tiene el papá presente, y la mamá justificaba como que a veces le daba un poquito de Rivotril para que entre más tranquilo a la escuela”

(Docentes, colegio privado no tradicional, NSE medio alto y alto, CBA)

“-Sí, yo creo que las madres a veces se saturan, así como nosotras a veces nos saturamos en cuatro horas, imaginate en las veinte restantes la madre dirá ‘ma si le pongo veinte y se dormirá un rato más’, yo veía que había días que venía así, que se quedaba en la mesa y que no podía ni mover el brazo, a ese pibe le dieron más de la cuenta ¿me entendés?, ¿ves?, esa era de las mamás que no aceptaba, cuando acepta, lo lleva y qué sé yo también, habrá dicho ‘que bárbaro, ahora le doy la medicación y el pibe está tranquilísimo’ ¿entendés?, y ya no tenía tanta crítica de la escuela, que la escuela la llame ‘y mire que Tomás, y mire que Tomás’”

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona sur, GBA)

“-... hay papás que llega diciembre y abandonan todo...

-Y se da mucho.

E: ¿Pasa eso que los tratamientos se cortan en vacaciones de verano?

-Sí.

-Sí, totalmente.

-En verano no va nadie.

-Lo que pasa es que los papás piensan que un par de meses y se soluciona todo, o sea no son conscientes de que esto lleva tiempo, y que esto hay que continuarlo, que es todo un compromiso”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona oeste, GBA)

Los efectos de la pastilla: imaginarios del niño medicado

Como se mencionó, el conocimiento del proceso de medicación es muchas veces una inferencia del resultado, de los efectos, del tratamiento en el niño. En este sentido se puede decir que si bien el consumo es privado su efecto es público. Y dicho efecto genera una respuesta en el entorno del niño.

En general casi todos los entrevistados, aún a favor o en contra del diagnóstico y la medicación, concuerdan en que el niño bajo el efecto del tratamiento medicamentoso “se transforma”, “es otro niño”. Esto puede ser leído en clave negativa o positiva en los docentes. La apreciación que se hace se fundamenta en los efectos de la medicación sobre el niño (“lo despertó”, “lo dopó”) y en lo justificado o no que encuentran el hecho de que el niño reciba medicación.

“E: ¿Saben con qué está medicada?

-No, lo que sí sabemos es que venía con una medicación. De repente empezamos a notar nosotras, porque compartimos la misma nena, cambio de actitudes...

-Pero de blanco a negro, así... porque le habían cambiado la medicación para acelerar el proceso. Apparently la afectó muchísimo, de hecho perdimos un trimestre donde venía repuntando, espectacular, espectacular para lo que era, era una chica el año pasado y para lo que...”

(Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona norte, GBA)

“-Y el chico fue medicado después... y no sé que pasó con la medicación porque yo este año no lo tengo. Porque de golpe aparecen situaciones así que vos decís “cómo cambió este chico”, y no es porque el papá se fue de la casa, y nadie le había dicho que los papás se habían separado, sino que de golpe hubo así medicación. Y qué vos decís por qué a este chico lo medicaron”

(Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona norte, GBA)

“-...pero yo de las escuchas que tengo de TDA/H, de hace tiempo, no de hace poco, que no siempre la medicación sirve a todos y que la medicación es acertada. Hasta que vos encontrás la medida justa ese niño transita etapas muy incómodas, o de estar demasiado aplacado o demasiado exaltado. Tenés que andar con una medicación controlada, y que hay nenes que se los medica cuando realmente no están diagnosticados bien para ser medicados como corresponde. Y sí, considero que hay muchos chicos, por lo que he escuchado, que han sido medicados cuando no era en realidad no era cuestión de medicación, era cuestión de límites, cuestión de hábitos, de trabajo, esto porque también hay una mezcla con esto, con lo social y lo familiar, ¿se entiende?”

(Directora, escuela privada no tradicional, NSE medio-alto, CBA)

De parte de la escuela, se observa la construcción de tres tipos de imaginarios alrededor del niño medicado, según cómo sea su respuesta en lo que respecta a su comportamiento, su actitud y estado de ánimo en el aula.

- “El niño dopado”: Se lo describe al niño como si estuviera bajo los efectos de un somnífero, muy aquietado, adormilado, “colgado”. Cuando se convierte en una respuesta cotidiana se percibe como negativa ya que si bien en un principio apacigua el clima en el aula, luego se critica la pasividad, la falta de participación en clase, la desconexión. Subyace la creencia de que la pastilla está afectando por demás al niño, de una forma indebida. En estos casos emerge una fuerte percepción de riesgo frente a la medicación y se relaciona el consumo del psicotrópico con problemáticas a futuro, con una disfuncionalidad social y con riesgo a caer en adicciones.

“-Lo que yo noté mucho fue el cambió de actitud en los dos, el que era hiperkinético era muy divertido, tenía buen sentido del humor, un chico atento de pasarla bien adentro de la clase aunque no hiciera nada...”

E: ¿Con la medicación?

-No, sin la medicación, ahora con la medicación era un chico totalmente pasivo que se quedaba quieto, te escuchaba, se colgaba a pesar de todo eso, y ambos se quejaban de dolores de cabeza, de dolores, les producía náuseas, la tuvieron durante todo el tiempo que yo los tuve, hasta que después se lo terminaron sacando las madres por cuestiones propias, y a los dos se los recetó el neurólogo...

E: Y en el caso del que no era hiperkinético, que era distraído nada más ¿cómo fue el efecto?

-Era muy pasivo y la medicación lo colgaba más todavía, el chico estaba... O sea, se quedaban quietos, entonces él estaba quieto, lo sentaba yo en el escritorio para trabajar y cuando estaba yo con él trabajaba, en cuanto yo me levantaba otra vez a mirar por la ventana o a mirar un punto fijo en la pared y quedarse así, y él era el que más resistencia tenía a tomar a la medicación, o por ahí llegaba un examen y la mamá... La mamá siguió insistiendo hasta toda la secundaria, porque después yo seguí siendo maestra particular de ese chico...”

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona norte, GBA)

“-Bueno, ahí digamos no había hecho un completo efecto, se ve que lo veían muy caído, la cosa es que tomaba una semana la medicación, y la madre se la corta

E: Porque, sabes?

-Por esto, porque le parecía que estaba dopado, desde un principio ella no había estado muy de acuerdo con el tema, pero ya no sabían que hacer lo padres obviamente”

(Gabinete, colegio privado tradicional, NSE medio y medio alto, CBA)

Resulta interesante ver cómo este imaginario aparece en el relato de las docentes en relación a lo que el niño dice acerca de la medicación y los efectos que el niño imagina que tendrá sobre él o los que experimenta.

“E: ¿Saben, o sea hablan sobre el diagnóstico que le hicieron?

-Algunos nenes sí, otros no. El otro día un nene me decía: ‘estoy muy enojado porque me quieren dar una pastillita para la cabeza y yo no quiero’. O sea, lo trajo con todas las letras, él lo dijo acá. O sea, me lo dijo a mí: ‘tengo un problema y estoy muy enojado, sí,

(12) La figura del “paciente autodidacta” se analizó en el trabajo de psicotrópicos de adultos, Op.cit. Lo que ocurriría en estos casos sería una transferencia del tipo de relación que el adulto tiene con la medicación hacia su hijo.

me quieren dar una pastilla para la cabeza para que me tranquilice y yo no quiero'. Y me dice: 'porque es como los dardos adormecedores de cien por ciento lucha'. Si es así, le dije: 'está bueno que le preguntes al médico porque yo no sé, no le preguntó nada pero no la va a tomar. Y el nene durante una semana se negó a abrir la boca y a tomarlo hasta que finalmente la tomó, estuvieron una semana los papás intentando darle la medicación y él no la aceptó'.

(Gabinete, colegio privado no tradicional, NSE medio alto y alto, Cdad. de Buenos Aires)

"E: ¿Siguió insistiendo con qué?

-Con la medicación, siguió insistiendo, siguió dándole, y después intentó con homeopatía, es más el año pasado terminó quinto año, y cada vez que llegaba un trimestral o una evaluación final le decía "dale tomate la medicación".

E: ¿La mamá?

-Sí, yo le decía 'es grande, dejalo, él sabe lo que tiene que hacer', seguía teniendo él resistencia en tomar la medicación, no quería saber nada por...

E: ¿Qué decía?

-El decía que no era él, 'cuando tomo la medicación no soy yo', un chico grande, diecisiete años, me decía: 'no podés hablar con mi mamá y decirle que yo no quiero tomarla, me insiste'. Por ahí se lo traía al cuarto, porque por ahí eran globulitos, eran gotas, que la tomara, 'bueno dejala ahí que después la tomo', y me decía 'no la voy a tomar, después la tiro'.

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona norte, GBA)

- "El niño inestable": Otro imaginario asociado al mal uso de la medicación es el del niño inestable y refiere a aquél niño que no tiene una respuesta coherente a lo largo del tratamiento y del que se percibe que se puede esperar cualquier reacción. Se los define como niños mal adaptados al tratamiento, explosivos a veces y "dopados" otras. Son chicos que responden con extremos a la medicación. Pero este imaginario supone que, paradójicamente, necesitan del tratamiento para evitar una mayor inestabilidad, en tanto la medicación los "contiene". En todo caso la crítica es hacia la dosis y la solución estaría dada por encontrar la "dosis justa".

"-El año pasado era con muchos altibajos, este nene del que hablamos primero, supuestamente tomaba la medicación y a partir de eso tenía conductas con muchos altibajos. Se quedaba dormido o le potenciaba. Este año sí notamos que hubo un cambio cualitativo favorable, que puede estar mucho mas estable, lo que sí es cierto que tiene limitaciones para atender la tarea escolar".

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE medio-bajo, zona norte, GBA)

"-y cuando yo ya lo tomé en segundo ya estaba medicado. El chico hizo todo eso el año pasado y era otra persona..."

E: ¿Cómo era cuando estaba medicado?

-Nada, contenido completamente, como te diría normal entre comillas porque vos notabas que a medida que pasaba la mañana su inquietud y su verborragia física y verbal empezaba, pero que, bueno, con mucho trabajo tratábamos que estuviera tranquilo, contenido durante todo el día. Hasta que después llego un punto que a mitad de año como que ya otra vez volvieron las conductas agresivas, y eso me pasaba. Estaba muy señalado, son chicos que quedan muy estigmatizado en el grupo por los compañeros y los padres que no los quieren invitar a los cumpleaños, que no se siente con este o con el otro..."

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, zona oeste, GBA)

- "El niño funcional": Este imaginario se construye a partir de la idea de un niño que responde exitosamente a la medicación y de cómo estos beneficios repercuten directamente en el entorno del aula. El niño es caracterizado como tranquilo, controlado y "dócil" a partir de la medicación. Se fundamenta sobre la idea de que el niño medicado pasa de hiperactivo a inactivo y de agresivo a dócil, por lo tanto genera menos conflictividad con el entorno escolar, familiar, etc. Es un imaginario que suele estar asociado a una mirada positiva hacia la medicación en tanto da los resultados adaptativos esperados.

"- Empezó en marzo bien, trabajando bien, concentrada. Ellos lo empezaron en las vacaciones (la medicación). Ahora cuando hay un feriado y le sacan la pastilla, ellos me cuentan que la nena esta totalmente revoltosa, cuando le dan pastillas no".

(Grupo Docentes, escuela privada, alta exigencia, NSE medio-alto, CBA)

"E: ¿Y con la medicación vieron algún tipo de cambios?

-Y con la medicación era como que estaba... había paz, no molestaba a la maestra tampoco, y sí, además tenía como una cierta torpeza motora, porque como que estaba acelerado, se levantaba y tiraba cosas, tenía una cierta torpeza, muy buen alumno".

(GP, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona norte, GBA)

"E: Bueno, decíamos de la medicación, que lo ven como algo positivo.

-Yo sí.

-Yo también porque a mí me ha tocado chicos con muchos problemas y el día que venían medicados esos nenes eran otros, podías dar clases.

-Por eso te digo, lo bueno sería que fuera normal, que vinieran y no tuvieran problemas, pero con tanto problema en la casa más ellos que están así sacados, no sé cómo explicarte, bueno lo llevan al médico y le dan una medicación determinada para tenerlos tranquilos, y la única forma también de poder dar clases, yo te digo que también sí...

-¿Y no hay otra forma que no sea medicado?, por ahí con un tratamiento...

-En el caso que yo tuve por ahí la mamá me lo traía y me decía 'le di la pastillita antes de salir' o 'le di el jarabecito' y que sé yo la verdad que hoy va a estar más tranquilo, y cuando no..."

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona sur, GBA)

"-Y modificó actitudes, ese nene tenía problemas, no sé si ese era el problema que tenía, pero tenía dificultades de atención, era disperso, no se concentraba, y con esa medicación modificó, modificó".

(Directora, escuela pública tradicional, NSE bajo, Comodoro)

"-No el que yo he tenido es un niño que cambió de no prestar atención, de ser distraído, de no poder concentrarse en nada a ser un chico que se sienta a trabajar, que te completa en tiempo y forma un deber, que participa bien en clase, pero no quieto, quieto en el sentido que no está en lo otro, pero no dopado".

(Grupo Docentes, escuela privada tradicional, NSE medio-alto, Salta)

Si bien frente al imaginario del niño "funcional" suele aparecer la idea de un resultado exitoso del tratamiento y una postura favorable a la medicación, en algunos docentes aparecen cuestionamientos y dudas acerca de la medicación aún cuando el niño de muestras de adaptación. Esto en muchos casos supone interpretar la problemática del niño desde instancias no patológicas, es decir, no hacer el salto a la medicalización sino atender a problemáticas del orden de la vida cotidiana ("fue creciendo y fue madurando").

"-Pero supuestamente eso (la medicación) lo ayudó a no tener tantos trastornos de conducta en el colegio y poder pasar de grado. Porque empezó desde jardín, había repetido salita de tres, que vos decís no podes repetir salita de tres. Lo han echado de colegios y que sé yo, supuestamente ahora está más calmado. Para mí esta más calmado porque él fue creciendo y fue madurando, ahora está en segundo grado. Pero no estoy de acuerdo con la medicación".

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, zona norte, GBA)

Este imaginario de niño "funcional" es en algunas ocasiones reproducido por el propio chico. Esto estaría mostrando una apropiación de un imaginario adulto por parte del chico mediante una clara naturalización del proceso de medicalización.

"E- Y los chicos hablan del tema de la pastilla, de que tomaron la medicación y eso?

- Sí, yo sé por los chicos, que me dijo 'es que mi mamá ahora me da'. Y la toma, y está bárbaro. Amoroso y hace todo bien... un chico de segundo año.

E- En qué contexto te lo dijo? Como fue?

- Le digo 'qué pasa que estas tan tranquilo?' (risas) 'Es que estoy tomando la pastilla para mi problema, la verdad que estoy tranquilo'. Además este chiquito hace deporte, hace boxeo, rugby y gimnasia, 'entonces yo ya estoy sedado', dice, 'estoy tranquilo'. (risas)".

(Grupo Docentes, escuela pública tradicional, NSE bajo, Salta)

"E: Y estos chicos que están con medicación ¿alguna vez hacen alusión al tema de que están medicados?

-Sí, sí, este que te digo que se fue, decía 'me tengo que comer un sándwich porque tengo que tomar la medicación'. Bien. Incluso yo lo he hablado con sus compañeros y le hemos explicado porque era éste que hizo ese cambio tan rotundo de séptimo a octavo, que él pudo cambiar por que está ayudado. Por que esta con psicopedagoga, etc., etc. entonces él contó que toma una medicación y que eso lo ayuda a estar mejor.

E: Y el resto de los chicos ¿como se toma esta situación?

-Bien, bien, los chicos, digamos, de lo que estaban cansados era de la molestia permanente".

(GP, escuela privada tradicional, NSE medio-alto, Salta)

En el próximo apartado, se desarrollarán los capítulos analíticos sobre el campo de la salud. En el capítulo final se elaborarán las conclusiones respecto a los puntos más salientes acerca de cómo se presenta y qué aspectos toma la problemática en la escuela para finalmente diseñar una tipología que, como herramienta analítica, sirva para interpretar el rol de la escuela en el proceso de medicalización mediante el diagnóstico de TDA/H, teniendo en cuenta las diversas dimensiones desarrolladas dentro del campo escolar.

PART II: EL CAMPO DE LA SALUD

Las Representaciones del Campo Médico sobre el TDA/H⁽¹³⁾

Construcción cultural, proceso histórico y contexto social y económico en la producción de un niño diagnosticado con TDA/H

Imágenes e ideas asociadas al cuadro de TDA/H

A partir de los discursos de los distintos actores entrevistados surge la reiteración de algunas imágenes ligadas a la "hiperactividad", la "hiperkinesia", la "desatención" o la "incapacidad para concentrarse". A esta lista de conceptos se agrega en general la idea de "trastorno" o de "déficit" (presentes ya desde el comienzo de su denominación) pero sobre todo la idea de un "niño insoportable".

Esta última descripción varía de acuerdo a dónde ponga el acento el profesional médico. En ocasiones los padres son descriptos como "víctimas" de tener un niño con estas

(13) Ideas e imágenes de los pediatras, psiquiatras infanto juveniles y neurólogos infantiles del subsector público y privado de cuatro jurisdicciones argentinas (AMBA, Corrientes, Salta y Tierra del Fuego).

características. Hecho que legitima entonces el pedido de medicación. Esta idea aparece representada en frases tales como:

“-Es insoportable, maleducado, consentido, insolente.... en la casa también les genera mucho malestar, son chicos a veces difíciles de establecer límites, por ahí ese es otro motivo de consulta que estamos viendo mucho los pediatras”

(Pediatra, subsector privado, Salta)

“-Son inaguantables para los padres”

(Neurólogo, subsector privado, Corrientes)

“-Yo entiendo a la mamá o entiendo al docente que lo tiene en la escuela, o en su casa que pida socorro o auxilio SOS a cualquiera para hacer algo con esa criatura.... si lo traspolás a tu casa no podrías vivir con un nene como éste, o sea imaginate qué lleva a que esa mamá, o ese papá salgan a pedir auxilio”

(Pediatra, subsector privado, AMBA)

“-[Esos chicos]... son un trastorno para la familia y la escuela”

(Pediatra, subsector privado, Salta)

“-...es un tipo peligroso, de nuevo entre comillas, porque hace un despelote ahí adentro [en la escuela]”

(Pediatra, subsector privado, AMBA)

“-El niño con TDA/H es un problema frente al cual los docentes no se lo bancan y los padres tienden a querer medicación. El diagnóstico de por sí ya les da tranquilidad”

(Pediatra, subsector privado, AMBA)

En menor medida se pone atención en la perspectiva del niño que padece ese diagnóstico. Así es que en algunos relatos surge aludido el sufrimiento o las dificultades que éste tiene para enfrentar la vida cotidiana.

“-...él se distrae fácilmente entonces en vez de enojarse o gritarle... tenés que acompañarlo.... a ese niño además le pasan otras cosas, no al niño que tiene TDA/H, a los niños [en general] les pasan otras cosas en la vida, tienen dificultades con su mamá, con su papá, con ellos mismos, y estas cosas tienen que ver con esto”

(Psiquiatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

“-...no son vagos, son tipos que no se pueden organizar frente a la exigencia, y más frente a la variabilidad de la exigencia”

(Neurólogo, subsector privado, AMBA)

“-...estos chicos llegan a la casa con la carpeta y no saben por dónde empezar, entonces se frustran y cierran la carpeta, y se tiran en la cama”

(Neurólogo, subsector privado, AMBA)

“-... son chicos que son un poco más traviesos, y que se aburren o sea, yo no encuentro una patología severa detrás de la mayoría de estos chicos, sino que esto simplemente es cuestión de o un buen manejo del chico”

(Pediatra, subsector privado, AMBA)

“-Su misma hiperactividad les impide dedicar un tiempo a lo que los demás [en la escuela] le exigen (...) los que están ya en edad escolar son chicos con inteligencia normal, que han cumplido las pautas madurativas y van bien hasta el 2º grado, incluso son graciosos o simpáticos y llega un momento en que todo eso se torna en agresividad, y como se sienten rechazados de alguna forma responden”

(Pediatra, subsector privado, Salta)

En estas dos últimas citas se agregan además los daños asociados al diagnóstico o sobrediagnóstico, tales como la desinserción escolar, la exclusión y el aislamiento. Efectos que terminan convirtiendo al tema de TDA/H en una problemática más compleja que exige una inmediata revisión considerando los planos en los que el niño crece e interactúa: el subjetivo, el familiar, el escolar y el social.

En algunos discursos surge especialmente mencionada la “responsabilidad” —por parte del adulto— de acomodarse a las necesidades que plantea este niño. En ellos se recupera la dimensión vincular, en particular la relación madre-niño como esencial para el sostenimiento de éste en la construcción y organización de su subjetividad. El adulto es ubicado entonces como el polo fundamental de la dupla para que el niño pueda crecer y desenvolverse mejor.

“-...el primero que tira la piedra es el docente, en la escuela, “este chico es inquieto, no lo podemos manejar, consulten”

(Neurólogo, subsector privado, AMBA)

“-Para mí, el que está errado es el sistema de aprendizaje o de educación, yo creo que el sistema de educación se tiene que adaptar a ellos, no ellos al sistema de educación y por lo general son chicos excluidos. Y al menos acá son difíciles de insertarlos”

(Pediatra, subsector privado, Salta)

Como se puede observar la temática de la dificultad “en el aula” también es descripta en dos sentidos contrapuestos en los que se atribuye la responsabilidad o bien al niño o bien al medio educativo:

- Los niños con TDA/H son los que producen el problema en el aula:

“-Son chicos insoportables a quienes ni el padre, ni el docente, ni el pediatra les encontró la vuelta...dan vuelta a todo y molestan a los compañeros”

(Neurólogo, subsector privado, Corrientes)

“-Son los revoltosos que molestan en el grado”

(Pediatra, subsector privado, Salta)

- El sistema educativo tiene que revisar su currícula, sus valores y contenidos y adaptarse a los niños de hoy, dado que los mismos están alejados de la infancia actual:

“-En todos los Subsectores el tema del TDA/H es igual porque las escuelas están esperando escolares con un modelo de escolares que me parece que lleva 40 años de retraso”

(Pediatra, subsector privado, AMBA)

Sólo uno de los profesionales incluyó (desde otro eje) la “perspectiva del niño” diagnosticado como TDA/H y también medicado.

“-...a veces los ves venir luego de la medicación ‘contentos’ porque tras muchos fracasos, vienen como con un trofeo en la mano, de haber pasado bien sus pruebas en octubre, noviembre”

(Pediatra, subsector privado, AMBA)

Modos de describir el cuadro diagnóstico en los profesionales de la salud

Con respecto a la descripción del cuadro del TDA/H, existe una cierta uniformidad por parte de neurólogos y psiquiatras independientemente del subsector al que pertenezcan. Entre los síntomas o signos o rasgos que más mencionan estos profesionales médicos del campo de la salud se destacan:

- La hiperkinesia o hiperactividad:

“-...es el típico hiperactivo desde que entra al consultorio te lo da vuelta, no se puede quedar quieto en la silla, va, viene, te toca todo, le tenés que estar diciendo “eso no, eso no, quedáte quieto”, como que te da vuelta el consultorio”

(Neurólogo, subsector privado, AMBA)

- La desatención o distracción:

“-...la desatención uno la puede ver con algunas cosas básicas como figuras humanas y demás, pero también lo puede ver siempre en el consultorio pidiéndole los cuadernos, lo cual no son muy demostrativos porque es muy típico que se salten hojas, que dejen hojas en blanco o frases incompletas, típicamente nunca les alcanza el tiempo para completar”

(Neurólogo, subsector privado, AMBA)

“-De repente tenemos al que vuela, el que supuestamente es el soñador, el que no es intranquilo, no tiene problemas de hiperactividad pero está todo el día en las nubes, ese chico es un chico tranquilo, se sienta en la silla, no habla, no dice nada, el síntoma es más la cuestión de que está siempre en las nubes”

(Neurólogo, subsector privado, AMBA)

“-....le cuesta concentrarse, tiene memoria a corto plazo disminuida, tiene dificultad para hacer vínculos, tiene rabietas, los síntomas que se te puedan ocurrir, le cuesta concentrarse salvo en las tareas que le interesan, no puede terminar las tareas porque se distrae”

(Psiquiatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

- La impulsividad:

“-Un chico que entra al consultorio tocando todo, caminando en forma incesante y que contesta las preguntas antes de que uno se las haga. Entonces uno le dice ‘che, vos cómo te...?’ y él dice ‘yo me llamo Jorge’, entonces uno le dice ‘no, pero yo quería preguntarte cómo te vestiste hoy?’. Esto es típico, eso es un rasgo de impulsividad”

(Neurólogo, subsector privado, AMBA)

“-En el consultorio lo veo más como lo motriz que lo ligado a la desatención pero en las entrevistas con los papás suele aparecer más una cuestión de lo desatencional en el colegio. Pero en las entrevistas con el pibe en sí aparece más lo motor”

(Psiquiatra, subsector privado, AMBA)

La mayor diferencia en la descripción del cuadro se ubica en el grupo de pediatras —independientemente del subsector al que pertenecieran— en los que se destaca una visión más amplia de la subjetividad del niño ya que integran, otros aspectos de su vida, tales como la perspectiva emocional y el plano familiar.

“-...si bien rompen la paciencia todo el día, y desarman la escuela, el grado y uno se da cuenta que estos chicos, los de verdad, tienen más conciencia y sufren mucho porque no quieren ser terribles”

(Pediatra, subsector privado, AMBA)

“-...el clásico chico que tiene una atención dispersa, una atención que no logra focalizar, [pero también] habitualmente son chicos vivaces, inquietos”

(Pediatra, subsector privado, Salta)

Cabe destacar que este último profesional detalla características que se mencionan en otros relatos anteriormente citados, pero les da una valencia positiva (inquietud: como vivacidad y no como hiperactividad).

Acerca de las similitudes o diferencias en los niños/as con TDA/H por edad y género

Dado que el cuadro aparece desde los distintos discursos ligado al tema escolar, la edad señalada como de mayor frecuencia de aparición es la del inicio de la escuela primaria. Sin embargo algunos profesionales de la salud —sin distinción de zona de pertenencia o de perfil profesional— refieren que dicho cuadro está apareciendo —en los últimos años— en edades cada vez más tempranas, a los tres, cuatro o cinco años.

“-Yo en el jardín no los medico a los pibes porque me parece muy pronto, pero vienen las mamás a consultar, después ya a los siete, ocho para hiperkinesia, primero, segundo, tercer grado.”

(Psiquiatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

“-Eso [la edad de consulta] varió desde hace 6 o 7 años a ahora. Antes, la edad de consulta eran más grandes, alrededor de los 10 u 11 años, después varió también el fracaso escolar que llegaba a la consulta neurológica. Ahora hay más consulta tempranamente, ya en sala de 5 y hemos tenido consultas de sala de 4 por trastorno de déficit de atención, cuando uno no puede diagnosticar trastorno de déficit de atención a esa edad, pero esos son más derivados del jardín porque el chico es inquieto, porque el chico no presta atención y entonces la maestra le dice al padre ‘haga una consulta porque puede ser un déficit de atención’.

(Neurólogo, subsector privado, AMBA)

Esta frase deja ver la idea de “sobrediagnóstico” en el proceso de supuesta detección temprana, sin embargo para otros profesionales la consulta precoz es el resultado de una detección más agudizada.

“-El problema que había antes es que todo psicopatología desconocía este cuadro, entonces los chicos venían muy tarde, ya con un fracaso escolar muy grande, con factores emocionales asociados debido al fracaso, llegaban a los doce años, trece, catorce. No los pesquísábamos antes porque eran derivados a psicología directamente cuando andaban mal en la escuela y a neurología no llegaban.”

(Neurólogo, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

Según refieren los entrevistados la prevalencia de TDA/H —tal como ellos la perciben en sus espacios de trabajo— sigue la tendencia que se verifica en otros países: es mayor en niños varones que en mujeres. Si bien las cifras varían según los entrevistados todos acuerdan en la misma tendencia.

“-...porque el varón cuando es hiperactivo suele ser más impulsivo y más molesto, entonces se lo deriva más porque molesta más y llega más a consulta.”

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

-...a sabiendas que el TDA/H en las niñas es siempre un poco menor, tiene siempre menos impulsividad, menos agresión.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

“-Hay que redefinir el diagnóstico de TDA/H para poder incorporar a las niñas, porque en los niños está bien claro, es todo un replanteo que hay que hacer.”

(Neurólogo, subsector público, Salta)

Contexto social y económico en la producción de un niño con TDA/H

Los distintos profesionales de la salud acuerdan en señalar las diversas denominaciones que tiene el cuadro según se lo diagnostique en un niño proveniente de diferentes sectores socioeconómicos.

Admitir tales diferencias supone a la vez, la posibilidad de que en un sector sea visto como una “patología” —sectores de mayor exigencia y rendimiento social y académico— y en otro como una “característica de personalidad del niño”, al que sólo se le exige buena conducta y no se le atribuyen expectativas o posibilidades para aprender.

“-El status depende del nivel social del paciente. Si es nivel social bajo es el burrito, el desatento, el que la madre o el padre no le da bolilla, el repetidor. Y el que tiene un poder adquisitivo un poco mejor o como acá decimos tiene apellido, bueno, tiene un TDA/H.”

(Pediatra, subsector público, Salta)

“-...en la población del consultorio privado están más sensibilizados o más atentos al tema, entonces pecan un poco más y consideran un poco más la parte emocional (...) yo creo que en niveles socioeconómicos bajos también se da, pero lo que pasa es que la percepción es distinta.”

(Pediatra, subsector público, Salta)

“-En una clase social tal vez un poco más alta el chico tiene que aprender bien, que no aprenda bien y que haya desatención, le impide incorporar los valores de la currícula de ese año y que pueda repetir de grado es un tema mucho más importante. Acá se refiere a la escuela pública es que se porte bien.”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“-Varios colegios de zona norte [Amba] en algún momento tenían una fuerte tendencia a la derivación al neurólogo en forma directa.”

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

“-Con éste pedido que ‘creo que mi hijo tiene un diagnóstico de TDA/H’ vienen de clase media para arriba, la clase media baja consultan también digamos porque un niño tiene problemas y es insoportable pero no viene nominado de esa manera, esa es la diferencia.”

(Psiquiatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

Como respuesta al diagnóstico o “sobrediagnóstico”, fenómeno ubicado más habitualmente en los sectores sociales medios o altos se encuentra la terapéutica medicamentosa. Habría así una asociación entre sectores socioeconómicos altos y respuesta farmacológica.

“-.... la clase social de mayor poder adquisitivo me parece que está sobre más riesgos de sobremedicación, que la clase baja que no tiene recursos para comprarlos o tener esa medicación.”

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

En estos discursos aparecen, en general, los medios de divulgación —a los que los sectores medios y altos tienen mayor accesibilidad— como promotores del diagnóstico o de la búsqueda del rótulo tranquilizador.

Otra postura que surge de los discursos de los entrevistados en el campo de la salud si bien expresa la influencia del contexto socio-cultural y familiar, supone que el mismo promueve o inhibe el desarrollo del cuadro que de todos modos existe en el niño:

“-...el ambiente en el cual va a estar inserto ese chico va a ser que ese trastorno se note más o menos, o se le de más o menos importancia. Una familia que está en el campo o una familia más light, que de repente tiene reglas más abiertas y que los límites son más abiertos quizás ese chico no trae tantos problemas o no se manifiesta tanto como en una familia más tradicional con muchas reglas, muy rígidos.”

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

“-La organización institucional no favorece un TDA/H, eso lo trae el niño, en tal caso lo desarrollará mejor en una escuela desorganizada, con normas muy lábiles, etc., funcionaría mejor en otra escuela, pero igual si es TDA/H igual va a funcionar como TDA/H-.”

(Psiquiatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

Cabe destacar otra perspectiva en la que algunos, si bien admiten la diferencia de apreciaciones en torno de la representación y del diagnóstico del TDA/H, en los diferentes sectores socioeconómicos de los que provenga el niño y su familia, lo hacen desde un discurso más endogenista o biologicista, que se une con lo que en el capítulo siguiente se ha desarrollado como condicionamientos sociales.

“-.... es más común en las clases bajas y esto de alguna forma se asocia también, o puede llegar a asociarse a dos razones, una que es hipotética y la otra que es muy segura, la segura es que la tasa de alteraciones perinatales, en poblaciones de menores recursos es mayor. Por lo tanto, como te decía antes acerca de lo secundario esto podría ser una cosa muy posible.... Y por lo tanto encuentres más personas con bajos ingresos económicos con TDA/H y por lo tanto tengan más hijos con TDA/H porque haya mayor incidencia... por lo tanto pertenecen a un grupo alienado por decir así de la sociedad y por lo tanto la probabilidad que a largo plazo pertenezcan a un grupo de menores ingresos es mayor.”

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

“-...por la evidencia de trastornos psiquiátricos en las familias de niños con TDA/H, en los TDA/H es de alrededor de 7 veces más que en la población general...no estamos diciendo que esto está determinado 100% por la genética, pero está determinando la susceptibilidad que tiene que tener un entorno para que lo promueva.”

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

Construcción cultural y proceso histórico en la configuración del cuadro del TDA/H

Otro tema en relación al TDA/H es la discusión que surge acerca de la aparición del cuadro o del “boom” diagnóstico —tal como algunos lo señalan— que ha habido al respecto.

A pesar de admitir una importante imprecisión diagnóstica, ligada al cuadro, y una cierta confusión producto también de diversos enmascaramientos diagnósticos en los que caen en ocasiones los profesionales de la salud, se observa —en general— en la mayoría de los entrevistados un acuerdo en cuanto a la existencia del cuadro clínico, como tal, no como entidad resultante de la moda, sino que le confieren entidad per se. La moda, en cambio, aparece como la responsable del fenómeno de “sobrediagnóstico”.

Las posiciones van desde:

- Considerar que no hay duda de la existencia del cuadro clínico que ha ido cambiando sólo su denominación pero su esencia se ha mantenido desde su primera descripción. Los entrevistados mencionan diferentes denominaciones que ha tenido el cuadro de TDA/H —tal como hoy se lo denomina— a lo largo de la historia: “daño cerebral”, “comportamiento amorar”, “disfunción cerebral mínima”, “hiperkinesia”, “disritmia”, “déficit de atención”, “trastorno por déficit de atención”.

“-Esto existía desde antes, lo que pasa es que van cambiando los criterios diagnósticos, entonces esto genera confusión, porque esto en una época se llamaba disfunción cerebral mínima, antes de eso se llamaba daño cerebral mínimo, después fue reacción hiperquinética de la infancia, después déficit de atención con o sin hiperactividad, después fue déficit de atención con hiperactividad, ahora es déficit de atención con predominio de hiperactividad, con predominio de inatención o de tipo combinado. O sea, ha ido cambiando y en realidad se ha ido refinando la manera de diagnóstico.”

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

“-Yo creo que esta es una entidad clínica que existe, no hay ninguna duda (...) Ya en los 70 eran diagnosticados como daño cerebral mínimo (...) la idea era brindarles un buen apoyo pedagógico y terapéutico y rescatarlos y que no entren dentro del círculo del burro que se va atrasando y donde hasta pierden su escolaridad.”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“-Primero fue disfunción cerebral mínima y la búsqueda con el electroencefalograma si se encontraba algo y después fue lo de hiperquinético.”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“-Antes, hace 25 años lo llamábamos el hiperquinético, las distrimias, eran las famosas distrimias que algunos las medicaban, otros no y no se cuánto hará que se conoce como síndrome de déficit de atención, serán 10 o 15 años.”

(Pediatra, subsector público, Salta)

“-...el TDA/H se viene describiendo desde la década del cincuenta como tal, yo creo antes no estaba bien discriminado, no se sabía bien lo que era, y creo que tienen que ver también con un crecimiento de la exigencia social, por una mayor conceptualización de lo que significa la educación, respecto de la cantidad de estímulos a los que un niño está expuesto.”

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

“-... no se puede llegar al extremo de decir el síndrome no existe y es un invento de la industria farmacéutica, a los chicos con TDA/H los ves.”

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

- Considerar la moda como la que “produce” el cuadro clínico. Esta postura atribuye a los factores socioculturales, ambientales y a la industria farmacológica la aparición y divulgación del cuadro. Por otro lado, esta perspectiva enfatiza la subjetividad de cada niño y el contexto de producción familiar de sus síntomas o características de personalidad. Ciertos ideales epocales son mencionados como condicionantes en la producción de subjetividad del niño y su familia: “el rendimiento”, “el éxito”, “el consumo”.

“-Hay una medicalización como parte de la cultura... la gran mayoría de los síntomas que se esbozan de hiperactividad, de atención tienen una superposición muy importante de violencia familiar, conflictos familiares, separaciones, muertes, colegios inadecuados, etc., que en muchos lugares no saben buscar respuestas, conflictos familiares no solo de la pareja sino a veces del entorno familiar.”

(Psiquiatra, subsector privado, Corrientes)

“-Antes era el vaguito, el que no prestaba atención, ese chico ahora se metió en ese cajón y es más fácil para todos, se rotula más fácil, y uno se queda más tranquilo... yo creo que como el TDA/H tuvo una difusión pública, a veces buena, a veces mala, (...) los medios se manejan espantosamente mal, y hay una demanda del público, Crónica, TN, la TV te impone, y la gente sabe que existen éstas drogas, y la gente va a pedirle al médico que medique al chico.”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“-El TDA/H es una moda (...) se perdieron valores, limitaciones, sumados a los patrones conductuales de agresividad y violencia, la extensión de la juventud de los padres. Hay un trastocamiento producto de la época menemista.”

(Neurólogo, subsector público, Corrientes)

También se hace más hincapié en la presencia de los laboratorios como factores que contribuyen a la aparición del “sobrediagnóstico” y la “sobremedicación”.

“-Es la presencia y la propaganda de los laboratorios, la radio, los medios gráficos, donde se hace propaganda encubierta... ahora se sobrediagnostica.... Se diagnostica como TDA/H hasta los problemas de crianza donde el niño es el emergente (...) es la época actual la que hace aparecer el TDA/H.”

(Pediatra, subsector público, Corrientes)

“-La misma industria farmacéutica obliga a poner en el mercado “nombres”. Si bien el TDA/H tiene un componente orgánico, no se sabe aún si el origen es genético o cultural.”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

El incremento de la incidencia del TDA/H, es destacado cronológicamente desde comienzos de los años noventa (tal como lo muestran las citas precedentes) donde se incorpora además en mayor medida la práctica de medicar a los niños.

“-Sí creo que hubo artículos a favor y en contra, empezaron a aparecer a partir de la década del 90 en revistas, diarios y cosas por el estilo. O sea, pasó los límites de lo que es la medicina pura y exclusivamente y entró en los límites de revistas de divulgación masivo y por eso es que se empezó a escuchar mucho más.”

(Neurólogo, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

“-....esto ya estaba detectado en la década digamos del 50, pero es una patología que hizo boom en el último tiempo (...) si a mí me hubieras entrevistado hace 20 años yo te hubiera dicho que era muy difícil para los padres aceptar esto de la medicación.”

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

Otros refieren con mayor contundencia el boom a comienzos del 2000, dado que registran un aumento de la consulta por este cuadro. Entre las razones que ellos argumentan para ubicar tal fecha se encuentran:

“-...se deteriora toda la cuestión con la familia y antes yo no te puedo decir que las familias no estaban tan enloquecidas ni que estaban en situaciones tan complicadas como lo que están, empezaban a estar en ese momento, yo me animaría a decir que es del 2001, me parece que sí.”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“-El cuadro como tal existía desde siempre, (...) pero si tomamos los últimos seis o siete años es habitual la cantidad consultas por déficit de atención.”

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

Cabe destacar la impronta que posee la mirada de los profesionales médicos en la incidencia de toda patología, enfermedad o cuadro clínico —en este caso en particular el TDA/H— expresada en discursos tales como:

“-....cada vez que aparece una patología nueva los médicos encontramos más casos.”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

El presente capítulo ligado a la exploración de las representaciones que surgen en torno del cuadro del TDA/H en los distintos especialistas médicos resulta cabal dado que arroja no sólo los cimientos para entender la construcción cultural y el proceso histórico en la configuración de dicho cuadro, sino también sienta los fundamentos para comprender cómo se construye dicha categoría diagnóstica y qué tendencia registra a lo largo de las distintas épocas. Ambas serán estudiadas en el siguiente capítulo.

El Diagnóstico del TDA/H desde la Perspectiva de los Actores del Campo Médico ⁽¹⁴⁾

Posicionamientos, debates, acuerdos y desacuerdos

Hablar de diagnóstico en salud mental es un tema controversial, ya que este presenta menores niveles de acuerdo con respecto a otros diagnósticos médicos. Sin embargo existen, como se describió anteriormente, clasificaciones y estandarizaciones confeccionadas por grupos de científicos y clínicos de raigambre internacional que constituyen los manuales de referencia diagnóstica y homologación de lenguaje, tales como el Diagnostic and Statistical Manual (D.S.M.) en su versión IV y la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E. en castellano, I.C.D. en inglés) en su versión número 10.

La Organización Mundial de la Salud establece la utilización de este último para la descripción y evolución de cada diagnóstico, asignándole un código alfa-numérico. En la República Argentina, el CIE 10 es el sistema previsto para la consignación diagnóstica del subsector público nacional. Otro de los sistemas utilizados es la Clasificación francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (2000). Conforme a dichos manuales el TDA/H, tal como se ha desarrollado en su definición diagnóstica es descrito en el DSM IV como “trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador” (con sus siete tipologías).

Para analizar las similitudes o diferencias que pudieran surgir en torno al diagnóstico del TDA/H, se tomaron la totalidad de las respuestas vinculadas a la temática, dadas por los diferentes actores entrevistados del campo médico.

Dichas respuestas no siempre consideraban las definiciones diagnósticas previstas por los manuales antes mencionados; sino que incluían descripciones, opiniones, creencias y percepciones personales. Todo esto fue tomado como discurso factible para ubicar en él las representaciones que cada uno de dichos grupos profesionales configuraban en torno al tema del “diagnóstico del TDA/H”.

Los diferentes actores entrevistados —todos ellos en contacto con niños diagnosticados con TDA/H— señalaron respecto de este diagnóstico algunos rasgos comunes que se nucleaban en torno a:

- Las dificultades que plantea la confección del diagnóstico del TDA/H: Estas dificultades se manifestaron alrededor de tres ejes:

1. La ubicación de comorbilidad en el cuadro: Este eje alude a la posibilidad de ubicar otras patologías que se presentan de manera conjunta y simultánea al TDA/H.

“- Hay distintas discusiones: si el trastorno del TDA/H es un trastorno primario, una entidad, o si es el primer síntoma o la primera cortina de síntomas en un chico que va a desarrollar alguna comorbilidad psiquiátrica, entonces, esta es una discusión, que tiene que ver más con el concepto del diagnóstico operativo, donde usted opera haciendo un diagnóstico categorial, lo dimensiona y después sabe que en lo mediano, operativamente lo tiene que seguir por la posibilidad que desarrolla o no complicaciones, una comorbilidad psiquiátrica, que está en el orden casi de un 70%, [y] tiene que ver con conductas opositoristas desafiantes, mayor tendencia a la bipolaridad, mayor tendencia a los trastornos de conducta.”

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

2. Enmascaramiento de otro cuadro: Este aspecto describe la posibilidad de englobar dentro del cuadro del TDA/H otras patologías o situaciones problemáticas pudiendo confundir los límites de una y/u otra y atentando contra un diagnóstico preciso

“- En el consultorio hemos tenido desde sí un déficit de atención diagnosticado, que por ahí fue medicado, pero también hay déficit de atención en el que son chicos que están siendo abusados y no se ha hecho el diagnóstico en ese momento, no salió de ninguna manera y aparece como relato de la maestra en general como que de golpe lo ven que no atiende nada, que está pensando en otra cosa, lo ven más triste. En esos a veces el nivel de aprendizaje están más o menos mantenidos, pero el espectro de la desatención es muy amplia.”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“-Me parece que bajo el paraguas de déficit de atención en realidad estamos actualmente englobando una serie de dificultades que yo más bien caracterizaría como desajustes y desajustes en las expectativas de lo que la escuela espera de los chicos, de las familias, y en las expectativas de lo que la familia espera de la escuela, y de los chicos

(14) La mirada de pediatras, psiquiatras infanto juveniles y neurólogos infantiles del Subsector público y privado de cuatro jurisdicciones argentinas (AMBA, Corrientes, Salta y Tierra del Fuego).

y en las expectativas acerca de lo que el chico realmente puede desde un punto de vista de desarrollo madurativo y de desarrollo de sus potencialidades dar”.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“-...por eso ahí hacemos mucho el diagnóstico diferencial en general con una depresión, bueno o con trastornos más border, con esquizos por toda esa cosita, ese desapego que está ahí como en su mundito propio, y el hiperkinético a su vez nos hace dudar por eso que van tan rápido, y parece que todos los molestan, y se sienten así como hiper-mal con el resto del mundo”.

(Psiquiatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

“-...¿este chico es un TDA/H o está haciendo síntoma porque los padres se separaron?, si yo lo miro así por ahí lo encuadro dentro del DSM IV, el problema es que por ahí el TDA/H nos separa para interrogar, yo no desmerezco —insisto— que hay niños que tienen esos síntomas, muy puntuales ¿sí?, pero que además hasta hoy aún desde la psiquiatría clásica y todo lo demás, hablo de infanto-juvenil, se ve que muchos que tienen sintomatología de TDA/H, que encuadran con toda la sintomatología severa, terminando siendo un Trastorno General del Desarrollo, terminan siendo una psicosis en estructura”.

(Psiquiatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

- La existencia y proliferación de “malos diagnósticos” y “sobrediagnósticos”. Este ítem —muy mencionado en la totalidad de los relatos— pone de manifiesto la dificultad existente al día de hoy para llegar con certeza a la configuración del diagnóstico de TDA/H. Junto con los ítems anteriores ratifica la dificultad para considerar este diagnóstico como una entidad clínica, delimitada, circunscripta y precisa.

“- Yo entiendo que existe el déficit de atención per se, como patología propia y además existe como secundaria a un montón de otras patologías que tienen entre sus componentes el déficit de atención e hiperactividad pero que de todas maneras, en el monto de los chicos es un mínimo porcentaje, y se hacen muy malos diagnósticos”.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“-Es difícil que yo vea un diagnóstico puro de Déficit Atencional. Puede ser que alguno de estos trastornos de conducta, o problemas de aprendizaje o qué se yo, desde el colegio dicen de la posibilidad de que sea un TDA/H, o ya los padres la lectura de TDA/H por Internet o de donde fuere, por lo general es muy raro que yo termine haciendo el diagnóstico de TDA/H. Otros lo diagnosticarían como TDA/H, pero no sería para mí TDA/H”.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

“-Yo creo que esta es una entidad clínica que existe, no hay ninguna duda, que existe quizás en el mínimo porcentaje de los chicos diagnosticados como tales, porque pienso no lo han sabido diagnosticar, porque una de las cosas que dicen es que el chico no se queda quieto y un chico que tiene un verdadero déficit de atención cuando encuentra una cosa que le interesa realmente se queda quieto y presta atención y puede hacer un montón de cosas”.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“-En mi caso particular, en general mucha gente tiene la idea de asociar los trastornos de conducta al TDA/H y eso lleva un poco a que haya una distorsión, porque mucha gente cree que TDA/H es un chico que tiene conducta desafiante, o conducta sumamente destructiva. O sea, si bien la mayoría de los chicos con TDA/H son hiperactivos, no es el 100% de los chicos los que tienen trastornos de conducta, como conducta desafiante u opositorista”.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

- Etiología del cuadro: Otro de los componentes esenciales de todo diagnóstico, además de la descripción de sus características patognomónicas es su etiología, su evolución y su terapéutica. Acerca de su etiología no parece haber certezas, tal como lo señalan los entrevistados y en cambio subrayan la multicausalidad.

“-El TDA/H es para los psiquiatras lo que las virosis a los pediatras. Un síndrome implicaría desde lo médico signos y síntomas. [En el TDA/H] signos no hay entonces no entraría dentro de la definición de síndrome, signos tampoco (...) sí, síntoma de algo, mas que una entidad en sí misma me parece que es síntoma de algo. Es como el insomnio. (...) Algo de lo biológico está jugando fuerte, pero no es lo único”.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

“-...como siempre cuando te aparecen varias teorías, no hay todavía ciencia cierta cuál es el origen de esto, si es genético, si es cultural, si hay algo que... la gente hoy por... no soy organicista totalmente, pero creo que tiene mucho que ver, lo cultural”.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“-En realidad es un trastorno que creo que si bien está muy enfocado desde un abordaje también neurológico, psiquiátrico, psicológico tiene mucho que ver lo social, es fundamental el tema de la familia. ... a veces son diagnosticados y son derivados desde la escuela pero [los chicos] vienen a dar cuenta de toda una problemática también familiar y social, no solamente una cuestión psicológica, psiquiátrica y neurológica, a veces se trata de reducir en ese punto de vista”.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

“-Los síntomas antes tenían que ver más con la estructuración del niño y entonces, con una pequeña intervención alcanzaba, todavía hay algunos que les pasa eso, salen adelante. Pero los síntomas que aparecen hoy en día como el llamado TDA/H, o fracaso escolar o las depresiones en la infancia son síntomas mucho más complicados que tienen que ver con la sociedad en que vivimos obviamente”.

(Psicoanalista, subsector público, Salta)

“-El síntoma de TDA/H para mí particularmente tiene que ver con la época y una época donde nosotros decimos que el otro no existe, donde el orden de alguna manera tiene una caída en la función del padre en cuanto a un referente simbólico, digamos, que tiene que ver con la cuestión de la autoridad y el manejo y el desfasaje que se produce en la familia en la transmisión de la ley, podemos decir de alguna manera y esto produce estos niños que quedan ahí”.

(Psicoanalista, subsector público, Salta)

“-Uno puede basarse en las definiciones de trastornos de atención, todos tratan de tener una aproximación en las categorías precisamente DSM IV o de alguna tratado a través de la Academia Americana de Pediatría o de la Sociedad Argentina de Pediatría para categorizar el trastorno de la atención. Sin hacer un análisis riguroso, yo creo que lo que salta o lo que yo veo más en el consultorio es la combinación del desajuste que produce esto en la escuela en cuanto al chico que no logra cumplir las consignas que esto también lo lleva a no poder participar su desajuste con sus compañeros y esto rápidamente comienza a hacer ruido en el colegio”.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

En el caso de los neurólogos, la etiología aparece ligada más enfáticamente al compromiso orgánico del cuadro, en especial en algunos de ellos, donde se menciona la predisposición genético-hereditaria.

“-El trastorno de TDA/H está asociado con el trastorno de conducta y se da como un subtipo especial de TDA/H. En realidad esto es consistente con los estudios familiares porque de hecho es más frecuente hallar en pacientes con TDA/H y trastorno disocial de conducta, familiares que también tienen TDA/H y trastorno disocial de conducta. Lo mismo con los cuadros bipolares. O sea que probablemente —con el tiempo— se vaya a ir refinando y estableciendo subtipos. Lo que pasa es que no hay una sola causa, entonces es muy difícil decir que esto es una enfermedad, porque es multicausal”.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

En la alusión a la multicausalidad, la idea de “lo ambiental” cobra una significación distinta que la del resto de los actores entrevistados.

“-Y también hay cuestiones ambientales que favorecen a que un chico tenga TDA/H, por ejemplo el hecho de que la madre haya fumando durante el embarazo, la exposición a la nicotina aumenta el riesgo a tener TDA/H, aumenta tres veces el riesgo de tener un chico con déficit de atención, la epilepsia hace que sea más frecuente el TDA/H...”.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

Fue interesante observar cómo las respuestas sobre diagnóstico se concentran según especialidad médica y subsector en el cual trabajaban los profesionales entrevistados. Aunque también pueden notarse algunas particularidades según la zona del país en la que los profesionales se desempeñan.

Los pediatras ligan el diagnóstico de TDA/H —descripto por ellos desde una perspectiva integral— al tema escolar. El circuito de derivación se inicia así entonces generalmente en el colegio y la primera fuente de consulta son ellos, quienes constituyen los referentes de la salud de los niños.

Sin embargo se observaron diferencias en la apreciación de lo escolar según pertenecieran al sector privado o público. Aquellos pertenecientes al subsector público refirieron que el TDA/H era atribuible a los desajustes existentes en la escuela, poniendo especial énfasis, en la “sobrecarga de los docentes”, a quienes “rotular a un niño con TDA/H los alivia”.

“-Muchos de mis pacientes están en cursos de 30 o 35 chicos donde frente a estas situaciones el colegio, el gabinete psicopedagógico del colegio rápidamente le pide a los padres a ver qué se puede hacer con esto, que su hijo está teniendo problemas o para prestar atención o para tener un día normal en su colegio”.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

En este grupo se destaca también la mención a la precariedad y a la pobreza de la población a quienes atienden como un contexto que no queda afuera del cuadro, y a la necesidad de tener una mirada integral sobre la temática.

“-El hambre también produce desatención, un chico obstruido que pasa toda la noche sin respirar bien a la mañana va a estar desatento”.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“-Un hijo de un papá que cartonea y que lo acompaña hasta altas horas de la noche, se levanta a la mañana para ir a la escuela, desayuna en la escuela y también va a estar desatento. Es decir, ha tenido un ayuno prolongado y ha perdido horas de sueño”.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

En cambio los pediatras entrevistados que se desempeñan en el subsector privado, describen por un lado a niños “inquietos, inmanejables, con déficit, hiperactividad, desatención, agresividad...” y “padres que presionan” para que les den una respuesta. Lo escolar aparece mencionado y también hacen referencia al aprendizaje, pero destacan la necesidad de los padres de “cumplir con las exigencias escolares”.

“-...empieza a ir mal a la escuela, el docente no se lo banca en el aula, es un tipo peligroso, de nuevo entre comillas, porque hace un despelote ahí adentro, y bueno presionan a los padres, los padres vienen a consultar acá, para que nosotros deriváremos al neurólogo”.

(Pediatra, subsector público, Salta)

“-El chico con déficit de atención y con hiperactividad es un problema, es un problema vos lo ves, lo traen al consultorio y te lo imaginás, si lo traspolás a tu casa no podés

vivir con un nene como éste, o sea eso imagínate que lleva a que ésa mamá, o ese papá salgan a pedir auxilio, (...) y eso puede presionar, más la presión que puede tener un docente, por ejemplo, eso creo que lo lleva al médico a buscar otra instancia terapéutica, que ya no sea la psicológica, y creo que ahí está donde se sobre-medica.”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

En ambos casos se remarca la necesidad de llevar a cabo un diagnóstico interdisciplinario y algunos de ellos afirman a la vez, no sentirse capacitados para atender a niños con TDA/H a la vez que se definieron como “derivadores”.

“-Yo creo que muchas veces también veo otros chicos que tienen dispersión, es decir yo realmente clínicamente no podría hacer el diagnóstico de cuál es el chico que tiene dispersión y requiere tratamiento o no, lo que sí creo es que hay un gran déficit en la atención familiar, es decir creo que si uno empieza a buscar cuál es el problema en el chico, es decir sacando el aspecto visual o que por ahí los padres no les hablan demasiado o no pueden estarle encima por el problema del analfabetismo o que están trabajando mucho.”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“-Trato de hacer un diagnóstico interdisciplinario, consulto a la psicopedagoga, que una terapeuta me haga el diagnóstico y si veo que estamos coincidiendo entre todos recorro a la medicación, yo generalmente no doy psicofármacos, no los utilizo, salvo en alguna oportunidad especial se los doy a los padres. Y eventualmente lo que sucede es que por ahí un chico está con una grave crisis (...) y en realidad lo que tiene es una depresión (...) yo nunca he medicado a un chico chiquito, pero sí requiere una terapia lo derivó.”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

Resulta necesario señalar que tanto pediatras como psiquiatras a la hora de derivar tienen definido el perfil del profesional al que van a enviar al niño de acuerdo a su posición frente a la medicación (si está a favor del recurso de la medicación o es “anti-medicación”). Esta selección es pensada estratégicamente desde el comienzo del circuito de derivación.

“-Lo que yo uso para diagnosticar y hacer la derivación, yo derivó usualmente a un psiquiatra que es un poco el paradigma de los medicadores y que habitualmente medica a mis pacientes, (...), él es uno de los que trajeron todo esto y que realmente sabe muchísimo de la química.”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“-...hay muchos que mejoran, que solos mejoran, yo creo que por la madurez biológica del chico...., y chicos que no han tenido medicación y se han curado solos.”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

Cabe destacar la mención que hacen los pediatras a los consensos establecidos por la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), como ente referente de los lineamientos a seguir en materia de diagnóstico y terapéutica.

“-En general desde la Sociedad Argentina de Pediatría se hace hincapié en..., buscando en nosotros, los pediatras, que no sobre-mediquemos.”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

Dado que este colectivo profesional médico enmarca el tema del TDA/H en una perspectiva integral y la concibe como una problemática escolar y social, es notorio, en el caso puntual de Salta, que los pediatras del subsector público refieren no considerar al TDA/H como “un problema de salud pública”, aunque insisten en pensar dicho cuadro como consecuencia de causas socio-ambientales.

En relación a los psiquiatras las diferencias relacionadas al tema de diagnóstico se acentúan. En primer lugar, algunos se reconocen como “no tener el perfil de medicadores” y otros como “defensores de la medicación”.

“-...excepcionalmente he medicado a algún pibe que presentaba el TDA/H, porque se me hace muy difícil abstraer la cuestión de TDA/H pura, se me hace difícil. O sea, en este sentido probablemente yo no sea un fiel representante de un psiquiatra infante juvenil.”

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

“-...yo me manejo siempre con el metilfenidato para el TDA/H y he tenido muy buenos resultados (...), se mantienen muy bien con el tratamiento farmacológico.”

(Psiquiatra, subsector privado, Tierra del Fuego, Ushuaia)

En este grupo principalmente aquellos pertenecientes al subsector público, destacan el fenómeno del sobrediagnóstico en materia de TDA/H, subrayando por un lado que dicho diagnóstico está en absoluta relación a “quien lo confecciona” y a “los recursos económicos de los padres que consultan”, a la vez que señalan como causa principal del TDA/H el contexto escolar, y algunos específicamente el tema del “rendimiento” y la “exigencia”.

“-...hay más chicos medicados en zona norte [del Gran Buenos Aires], por las expectativas escolares.”

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

“-...hay síntomas que han ido apareciendo, como el TDA/H, para los cuales tampoco los docentes están preparados para sostener esto.”

(Psiquiatra, subsector público, Salta)

“-...trabajamos muchísimo con docentes, no pueden dar clase, les cuesta mucho dar clases, las docentes tienen que dar clases y no pueden con estos chicos.”

(Psiquiatra, subsector privado, Tierra del Fuego, Ushuaia)

“-Y los padres “dale, apurate que tenés que aprender” (...) es decir le exigen un ritmo y después pretenden que el chico pueda quedarse cincuenta minutos calmado, algo que no tiene mucha congruencia.”

(Psiquiatra, subsector privado, Tierra del Fuego, Ushuaia)

Desde un grupo de médicos psiquiatras infante-juveniles del subsector público hay un cuestionamiento a la construcción diagnóstica y destacan la producción de sobrediagnósticos en los que se incluye a niños inquietos.

“-...un chico inquieto no es hiperactivo.”

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

Entre las causas que atribuyen a la etiología del TDA/H está la crisis y la caída de la función de autoridad parental.

“-Hay poblaciones, por ejemplo de preescolares o con edades menores que se sobrediagnostican, porque se interpretan los síntomas de inquietud o de movimientos propios de un preescolar o de un chico más chiquito como sintomatología de hiperactividad. Veamos que es un chico inquieto, no es hiperactivo.”

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

“-La gran mayoría de los síntomas que se esbozan de hiperactividad, de atención tienen una superposición muy importante de violencia familiar, conflictos familiares, separaciones, muertes, colegios inadecuados, etc., que en muchos lugares no saben buscar respuestas.”

(Psiquiatra, subsector público, Corrientes)

En cambio en el subsector privado, los psiquiatras entrevistados admiten que la construcción del TDA/H se liga al consumo de fármaco desde el momento mismo del diagnóstico ya que éste se construye a partir de la administración del medicamento, sea tanto para confirmar el mismo como para refutarlo. Agregan que dado que no hay certeza etiológica (“porque hay fallas funcionales y no lesionales”) la indicación de medicar es sólo para que un niño “mejore su estar en la vida”.

“-A mí no me gusta la medicación en la infancia a no ser que sea muy necesaria... hay veces que no hay lola y tenés que medicar, porque ese chico no la está pasando muy bien y ves que después le das la medicación y mejora.”

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

“-Bueno, muchos psiquiatras que no terminan de profundizar un diagnóstico, hacen una lectura más superficial, “ah, es un TDA/H”. Y en realidad muchos vienen medicados y yo termino sacándoles las medicaciones que tienen porque en realidad no se trata de un TDA/H.”

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

Otra de las características que define a este colectivo profesional es que para la realización del diagnóstico de TDA/H refieren llevar a cabo entrevistas clínicas y no usan escalas, sólo algún grupo liderado por psiquiatras de la Provincia de Tierra del Fuego mencionan utilizar una batería de test dado que el diagnóstico puede prestarse a confusión con otras patologías.

Para los médicos, cabe subrayar las medidas a nivel educativo que se toman en algunas provincias ante la problemática que ponen en juego los niños diagnosticados con “hiperkinesia” o “TDA/H”. Medidas que, según los propios profesionales de la salud, lejos de comprender la problemática en sentido extenso, contribuyen a la rotulación y aislamiento.

“-Para mí el que está errado es el sistema de aprendizaje o de educación, yo creo que el sistema de educación se tiene que adaptar a ellos, no ellos al sistema de educación y por lo general son chicos excluidos. Y al menos acá son difíciles de insertarlos.”

(Psiquiatra, subsector público, Salta)

En relación a los neurólogos no se han podido establecer diferencias marcadas considerando la pertenencia al subsector público o privado. Se destacan aquellos que señalan:

- La etiología orgánica del cuadro con mayor vehemencia (con localizaciones cerebrales, que el resto de los actores no afirma):

“-El TDA/H es un síndrome de origen orgánico. Hay una afección en el cerebro no lesional. En donde se ubican antecedentes familiares está genéticamente determinado... Mejora con tratamiento médico. Hay un espectro muy grande entre pacientes que requieren medicación y los que no.”

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

“-Es un trastorno Neuropsicológico conductual con alteración lóbulo frontal. No hay marcador de laboratorio. Son niños desatentos, hiperactivos, distintos de personas que tienen problemas familiares, son irritables. Es un síndrome con disfunción del lóbulo frontal y falla en el control de impulsos.”

(Neurólogo, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

“-El 100% del origen no se conoce, lo que se considera hoy es que el 80% de la varianza que es responsable que un chico tenga TDA/H genético, a diferencia de lo que pasaba hace 15 años atrás que consideraban en ese momento que era un gen único de tipo autosómico dominante el responsable de la transmisión, hoy se sabe que es poligénico, hay genes que se saben que están relacionados con el déficit de atención, como el transportador de dopamina, el Snap 25, el D4, hay distintos genes que están aparentemente relacionados y que lo que crean es un efecto aditivo, o sea a mayor cantidad de genes involucrados y más posibilidades de que esto se exprese.”

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

Si bien en este grupo se enfatiza la etiología genética del cuadro, la misma entra en contradicción ya que otro de los discursos de este campo admite que en la crisis que padeció la Argentina en el 2001 hubo un notorio “aumento de la incidencia del TDA/H”. O con la descripción que lleva a cabo un neurólogo perteneciente a AMBA:

“...los americanos hablan del 8% de incidencia de ADHD, los ingleses hablan de 3,5%, los franceses hablan de 2,7%, nosotros no sabemos cuál es la incidencia porque no tenemos epidemiología del trastorno en la Argentina, pero es muy probable que en nuestro medio, esto sea un motivo de preocupación en la clase media y en la clase alta, porque tiene ver con el aprendizaje y con la socialización, por ahí muchos chicos en ambientes más marginados, donde la prioridad es otra: comer, sobrevivir, si el chico es inquieto o no, no se le da valor”.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

Cabe también hacer una salvedad en el caso de la Provincia de Tierra del Fuego, dado que el fracaso escolar que se detecta en la zona —según el referente en neurología del lugar— no es producto del TDA/H sino de la particularidad de las familias modulares migrantes que componen la población y el bajo coeficiente intelectual que evidencian ese grupo de niños.

“-Del grupo de chicos con trastorno de aprendizaje el TDA/H tal vez tenga la misma incidencia de las estadísticas que se habla a nivel internacional, será un 5% de la población y de ese grupo, como te decía, en el grupo de Ushuaia específicamente, la principal causa es alteraciones en el coeficiente intelectual, o sea que no es TDA/H la principal causa de falla en la escuela. No es TDA/H. Los factores sociales también son importantes en esta falla en la escuela porque generalmente son familias que son muy modulares, no tienen tíos, no tienen abuelos, son los padres nada más los que se han ido”.

(Neurólogo, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

- El uso de baterías neuropsicológicas, escalas e inventarios para la detección del TDA/H (donde figuran las funciones corticales superiores y funciones ejecutivas, refiriendo que es eso lo que está comprometido en el síndrome).
- Mayores cifras de prevalencia e incidencia del cuadro mencionadas por el resto de los profesionales.

Aunque desde este grupo de profesionales entrevistados afirman que “todo chico inquieto no es un TDA/H” describen una serie de consecuencias para aquel que lo padezca que denominan “carrera de fracasos”. Como un destino trazado desde el diagnóstico. Entre las que enuncian: “más probabilidades de ser adicto”, “tener una carrera delincinencial”, “tener un fracaso académico” y “tener una vida sentimental inestable”.

“-Tienen más tendencia a no poder sostener relaciones afectivas, más incidencia de divorcios; en países desarrollados donde el desempleo es muy bajo, podemos hablar del 4, del 5%, en el grupo de adulto que tienen una historia de TDA/H el desempleo se va al 30%, en ese grupo, es decir que tienen más inestabilidad de salida laboral, más inestabilidad académica y afectiva, obviamente en ese grupo hay mayor delincuencia y mayor abuso de drogas”.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

En relación a la consulta —por parte de los padres— a un neurólogo, como única opción válida, por un presunto TDA/H aparece una descripción de parte de uno de estos que vale la pena destacar:

“-Mucha gente tiene un poco de temor de ir al psiquiatra, porque todavía está muy estigmatizado eso de ir al psiquiatra, el psiquiatra atiende nada más que locos o chicos con retrasos mentales muy profundos (...) hoy por hoy se sabe que una gran cantidad de patologías se pueden manejar con los tratamientos psiquiátricos, entonces la gente por ahí tiende a buscar más que lo vea el neurólogo al chico. ..., entonces por ahí también esos son pacientes que suelen verme a mí después de haber hecho consultas donde no se diagnosticó el tema”.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

En esta frase aparece la idea aún estigmatizante de la consulta con un psiquiatra por parte de la población general y se mezcla también con una incipiente crítica por parte del neurólogo hacia los psiquiatras.

Este hecho se reitera en el grupo de neurólogos como una característica peculiar: la crítica hacia el resto de los profesionales de la salud a la hora de la detección y tratamiento de la patología. Podría suponerse que tal postura los erige en los únicos diagnosticadores legitimados.

“-Hay una moda de los psicólogos a descartar el origen orgánico, pero los psicólogos no preparados para este cuadro piensan en el origen emocional, y desinforman... No es un problema emocional. La controversia generó malos diagnósticos, hay una falsa idea de guardapolvo químico”.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

“-Los científicos creo que se llaman, es una de las sectas que toma el tema de “no mediquen a los chicos porque es droga”, lamentablemente en Argentina más que una secta lo tomó un grupo de profesionales, con lo cual esto le da mucha más fuerza, o sea cuando la gente ve en el diario al Dr. Tal o el Lic. Tal tiene mucha fuerza. Una de las personas más nombradas, uno de los médicos que más tuvo injerencia en esto y que su nombre salió en varios diarios, lo invitó la Sociedad de Neurología a debatir por qué estaba diciendo lo que decía y no fue. La verdad es que generó mucho daño, generó muchísimo daño. En lo personal a mí lo que me genera son muchos más pacientes porque como soy tan conocido, hace tanto tiempo que me dedico a esto que entonces la gente cuando otro profesional con buen tino le dio un diagnóstico y le quiere dar una medicación al chico, entonces la gente viene a pedir una interconsulta conmigo a ver qué opino”.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

Resultaría interesante relacionar esta crítica con el debate que cobró dimensión mediática en la que se produjeron posiciones contrapuestas y se aplanaron las discusiones en un “a favor y en contra” sin pormenorizar y encontrar diferencias subjetivas en torno a la temática de la infancia y el TDA/H.

La indagación del proceso diagnóstico del TDA/H en la infancia constituye la plataforma desde la cual se inicia todo el circuito en salud. Es la llave desde la cual se rotula, se nombra y se distingue al niño que presenta el cuadro de aquel que no. Dicho proceso permite así, tanto la detección, como la posterior derivación y la elaboración de la estrategia terapéutica oportuna y adecuada. Temática esta última que será abordada en el próximo capítulo.

El tratamiento sobre TDA/H ⁽¹⁵⁾

Circuito de derivación y elección terapéutica

Se ha observado a lo largo de los discursos de los diferentes profesionales de la salud involucrados en ambos subsectores y sin distinción de zona de procedencia, como rasgo común el hecho de ser las escuelas, y en segundo lugar los padres, el punto de partida para el inicio de una consulta médica por TDA/H.

“-la presión que puede tener un docente, por ejemplo, eso creo que lo lleva al médico a buscar otra instancia terapéutica, que ya no se la ubica en la psicológica, y creo que ahí esta donde se sobre-medica”.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“-Las madres que me traían recortes de diarios en esos años [’85] y yo les decía que no era un problema emocional. Hoy la mayoría ya viene con un diagnóstico armado, y a los padres los tranquiliza mucho tener un diagnóstico y saber que con una medicación esto va a andar bien”.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“-Los padres buscan la magia con la pastilla”.

(Pediatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

No hay hasta el momento, acuerdo ni consensos en las sociedades científicas —entre las que se puede destacar la Sociedad Argentina de Pediatría—, acerca de medicar a un niño con TDA/H. Sin embargo la terapéutica medicamentosa resulta una alternativa muy considerada a la hora de abordar a un niño con un cuadro de TDA/H, en particular en el subsector privado.

Parados frente a un niño diagnosticado como TDA/H, los distintos actores de la salud indagados vuelven a poner de manifiesto la división ya constatada en el relevamiento de la temática diagnóstica, descrita en el capítulo precedente, donde el colectivo de profesionales médicos se pronuncian proclives a: “medicar” o “no administrar medicación”.

Es en función de esta gran divisoria de aguas que se interconsultan los distintos profesionales médicos con el fin de precisar el diagnóstico y asegurarse el camino terapéutico adecuado.

En función del profesional derivante se inicia un proceso que involucra tanto al primero como al segundo profesional de la salud —a quien se ha elegido como destinatario de la derivación—.

Así la trayectoria terapéutica queda definida desde un inicio. Vale decir, algunos médicos que se autoubican o autorrotulan como “medicadores” recibirán a niños que resultarán medicados y aquellos profesionales que se engloban dentro de los profesionales “no medicadores” no seguirán esa indicación a la hora de reevaluar a un niño con un cuadro de TDA/H, y la medicación para ellos, no será vista como una posible alternativa.

“-Una gran cantidad de consultas que recibo son segundas o terceras consultas después de haber echo distintos abordajes que no funcionaron porque soy conocido como muy especialista en el tema, entonces la gente que me viene a ver ya sabe a qué viene en realidad y ya ha probado muchas veces abordajes que no funcionaron entonces saben que yo medico si es necesario”.

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

“-En lo personal a mí lo que me genera son muchos más pacientes porque como soy tan conocido, hace tanto tiempo que me dedico a esto que entonces la gente cuando otro profesional con buen tino le dio un diagnóstico y le quiere dar una medicación al chico, entonces la gente viene a pedir una interconsulta conmigo a ver qué opino, pero realmente me parece una desgracia para la gente que lee los diarios y piensa que todo lo que dice el diario en contra de la medicación es real”.

(Neurólogo, líder de opinión de laboratorio, subsector privado, AMBA)

“-Yo no me llevo muy bien con los laboratorios por mi posición de medicar poco y apunto más a la psicoterapia extensiva...”.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

“-Hay neurólogos que medican mucho y yo no les derivo”.

(Pediatra, subsector público, AMBA)

Entonces, más que por la necesidad y requerimiento del cuadro clínico que puede plantear un niño, el circuito terapéutico parece definirse por los profesionales en juego.

Por otra parte cabe destacar que en materia de terapéutica, en el caso del TDA/H optar por la alternativa medicamentosa pone en juego necesariamente el análisis de dos factores imprescindibles: la psicofarmacología y la infancia.

(15) Consensos y debates en torno al abordaje terapéutico desde el campo médico: la voz de los pediatras, psiquiatras infanto juveniles y neurólogos infantiles del subsector público y privado de cuatro jurisdicciones argentinas (AMBA, Corrientes, Salta y Tierra del Fuego).

Los medicamentos que están hoy en el mercado suponen un proceso promedio de 12 años de investigación con resultados que avalan la aptitud del mismo para ser empleado en tal terapéutica. Sin embargo, tal como lo señalan diversos informes científicos “[la pesar de los avances] *no están en condiciones de predecir la estructura de las diversas moléculas estudiadas y dentro de límites amplios, también qué tipo de actividad pueden tener [las mismas]... no podemos a priori saber con certeza, ni las propiedades beneficiosas, ni las dañinas de una molécula nueva*” (Benasayag, 2007: 174).

Si esto se conjuga a su vez con el eje infancia, la situación plantea otra mayor complejidad: los niños constituyen un grupo vulnerable en desarrollo, dado que por su inmadurez la toma de medicación puede llegar a tener efectos y consecuencias a largo plazo imprevisibles e imposibles de asegurar.

A esto se agregan además razones de índole ético. Tal como lo afirma María Cristina Brió: “*ya en la década pasada se evidenció un aumento sustancial de drogas psicotrópicas en niños, aunque tradicionalmente los niños y los adolescentes han sido excluidos de los ensayos clínicos tanto de drogas psiquiátricas como no psiquiátricas por razones de seguridad y protección, reforzando especialmente el mandato ético en esa población y desestimando la ideas de traspasar resultados extraídos de estudios hechos con población adulta*” (Brió, 2007: 23).

A pesar de que los estudios científicos en psicofarmacología e infancia —por los factores aquí expuestos— son escasos, continúan surgiendo y ensayándose nuevas medicaciones para ser suministradas a niños.

“*Estamos ante un cerebro en desarrollo, la respuesta de ese cerebro en desarrollo a los estimulantes es totalmente diferente a la respuesta que puede tener un adolescente o un adulto y aún no se conocen*”

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

“*Hay cada vez más medicamentos psicotrópicos para niños porque hay más presión de los laboratorios*”

(Pediatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

Cabe destacar que, a pesar de la dimensión ética puesta en juego, sólo uno de los profesionales de la salud entrevistado mencionó el tema de trabajar e informar de manera cabal a los padres acerca de las posibles consecuencias que puede traer aparejada una medicación crónica en un ser humano que se encuentra en una etapa de crecimiento y desarrollo. Ni la familia ni el niño, en su doble vertiente de principal protagonista y a su vez de total excluido, parecieran estar lo suficientemente advertidos acerca de los efectos de la ingesta de medicación a largo plazo.

Tipo de droga elegida

La droga para el tratamiento del TDA/H que los diversos entrevistados del campo médico mencionan de manera mayoritaria es el metilfenidato, conocida especialmente a través de su nombre comercial, Ritalina®; autorizada por el ANMAT y de venta restringida y controlada por el Ministerio de Salud. En segundo lugar la atomoxetina.

El metilfenidato tiene a su vez dos formas de presentación ligadas al tiempo de duración de su efecto: a) vida media corta y b) vida media prolongada/larga. Ambas asociadas —a su vez— a la escolaridad simple o doble respectivamente. La forma de presentación más mencionada en AMBA es la de vida media prolongada, y la más señalada en Salta y Corrientes es la vida media corta.

Los laboratorios que refieren de manera homogénea todo el grupo de profesionales de la salud, sin distinciones de perfiles profesionales y zonas de procedencia, son: Novartis, en primer lugar, luego Janssen-Cilag y Eli Lilly, y por último Neuropharma. Hay quienes han dividido la medicación en: atomoxetina para los que son de predominio impulsivo y el metilfenidato para los que son de predominio desatento.

A esta lista se agrega como particularidad en el caso de Tierra del Fuego y de Corrientes el uso también de ansiolíticos (con intención de disminuir o eliminar la ansiedad), por ejemplo: clonazepam cuya marca comercial más conocida es Rivotril® o de neurolépticos (con acción antipsicótica), por ejemplo la risperidona (Dropline®; Risperin®) dado que —según refieren— no cuentan siempre con metilfenidato.

“*Los neurólogos median con metilfenidato y risperidona, son las dos medicaciones que usan para todo*”

(Pediatra, subsector público, Corrientes)

“*Se usa para el TDA/H Ritalina® o algunos neurolépticos, risperidona, no sé si alguno está usando anti-depresivos también*”

(Psiquiatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

Esquema de administración

La administración de la medicación en general respeta el ciclo escolar: de lunes a viernes, (con descanso durante el fin de semana), y de marzo a diciembre.

“*...en los meses del año lectivo hay un aumento del consumo, con lo cual yo creo que debe haber connivencia con los docentes, los padres, y nosotros que sobre-diagnosticamos y medicamos*”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

Dado que a diferencia de otros fármacos, no hay mediciones o control de laboratorio que puedan indicar la pertinencia o no de una medicación o el grado de toxicidad, el resultado es empírico y clínico, siendo la mejoría del síntoma el único indicador.

Sin embargo, un neurólogo del subsector privado refirió usar el electroencefalograma (mapeo cerebral) como herramienta útil para detectar algún tipo de sobredosis de la medicación indicada al niño.

Respecto de los tiempos del tratamiento medicamentoso ha habido mucha diversidad e imprecisión:

- Hay quienes sostienen que dos o tres años de tratamiento medicamentoso es suficiente:

“*En la mayoría de los casos después de dos o tres años de medicación es como que veo que pueden funcionar sin el apoyo de la medicación*”

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

- Otros afirman que conviene mantenerlo durante toda la escolaridad:

“*Tengo otros chicos que están medicados toda la secundaria*”

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

“*Si es un chico que está medicado desde los siete u ocho años y llega a los doce o trece años, quizás necesite un poco más de dosis*”

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

- Otros sostienen la necesidad de evaluar cada año, para decidir si se interrumpe la medicación en función de los cambios que se hubieran provocado:

“*En el caso del metilfenidato, cuando decido ponerlo generalmente lo utilizo durante todo el año escolar del chico y tengo como criterios: suspendo en las vacaciones y el próximo año veo cómo está el paciente*”

(Neurólogo, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

Sin embargo, algunos profesionales señalaron que la medicación resulta una herramienta vinculada “a la comodidad”, y está en consonancia a los tiempos actuales que exigen rendimiento y eficacia.

Esta comodidad pone de manifiesto el riesgo de sobrediagnóstico dado que no es un argumento estrictamente clínico el que se está tomando para juzgar la necesidad de la medicación en el niño sino que priman los factores institucionales, familiares y sociales.

“*Y es más fácil comprar una pastilla que cambiar un criterio de padre o de madre. Es más fácil delegar en el médico la función de padre, que dicte las normas y las pautas y los límites, que cambiar uno*”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“*Cuando el riesgo es de repitencia en la escuela el recurso es la medicación*”

(Neurólogo, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

“*Hay una inflación inducida por los laboratorios. Se sobrediagnostica sin decir la verdad. Se les da a los médicos información tendenciosa, los mismos laboratorios pagan a las mutuales para figurar en su vademécum y que se hagan descuentos. Son los que también llevan propagandas y tests a las escuelas. Los padres buscan la magia con la pastilla. Cada vez más hay una medicalización de la vida cotidiana*”

(Pediatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

“*Eso puede presionar, más la presión que puede tener un docente, por ejemplo, eso creo que lo lleva al médico a buscar otra instancia terapéutica, que ya no se la psicológica, y creo que ahí está donde se sobremedica*”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“*Que se resuelva que para tal síntoma, tal remedio induce a menudo a una medicalización excesiva que se ve en muchas áreas, inclusive en la pediatría. Hay una medicalización como parte de la cultura*”

(Psiquiatra, subsector privado, Corrientes)

“*Sí, es un problema de la salud pública, creo que cada vez hay una mayor tendencia a la medicación infantil, cada vez más... Quizás también por un pedido de la familia, que se les va de las manos el chico y ellos buscan qué le podemos dar para que esté más tranquilo. Y quizás también por una cuestión social, porque se deposita en el tema de la medicación la solución a determinadas problemáticas, como que a nivel cultural vivimos esto como algo más rápido, algo que de resultados más rápidos*”

(Psiquiatra, subsector privado, Salta)

Además de la comodidad antes señalada, el riesgo de sobrediagnóstico está adjudicado también a razones de tipo económico, en las que aparecen involucrados médicos y laboratorios:

“*Hay una promoción que la envían por OCA, lo cual estamos muy en contra. Envían otra caja de Olanzapina... El mismo médico le da un bono al paciente para que lo envíe, que llame al 0-800 y el laboratorio a través de OCA... Es venta de paciente con laboratorio, así es la cadena... hoy están haciendo eso o con la cajita: el visitador médico te lo entrega, no se involucra al correo pero sí se involucra al visitador, más elegante todavía... lo que salía mucho era que por cada receta o cajita vacía que el médico tenía de sus pacientes, había laboratorios que les daban viajes, por ejemplo*”

(Pediatra, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

Efectos adversos de la medicación

Entre los efectos adversos de la medicación, administrada a niños con TDA/H, que aparecen descriptos por los distintos profesionales de la salud se mencionan:

- Disminución del apetito (produciendo poca evolución en materia de peso).

- Dolor de cabeza.
- Dolor de estómago los primeros días.
- Aumento de la ansiedad al inicio.
- Tics (en el caso específico del metilfenidato).

Entre los efectos adversos solamente descriptos por los psiquiatras del subsector público, a diferencia de los del subsector privado está: la potencial adicción que puede provocar el consumo de anfetaminas. En el caso de los adictos, a veces —describe un psiquiatra— inhalan el metilfenidato haciendo polvo la pastilla.

“-En adolescentes es común que sean poliadictos y uno no sabe al final cuál es el huevo y cuál la gallina, porque no sabés si porque eran TDA/H se hicieron adictos o qué es lo que ha ocurrido realmente con eso”

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

“-Si uno medica al chico a partir de la adolescencia o la adultez, la probabilidad de que se hagan adictos a esas drogas es mayor porque hay lo que se denomina una respuesta diferente de sensibilización. O sea, cuando es pospuberal aumenta la sensibilización a la droga, a los estimulante digamos, con lo cual aumenta la conducta de búsqueda. (...) Estas son drogas que pueden producir adicciones, las anfetaminas son sumamente adictivas”

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

La asociación metilfenidato con abuso de sustancias es una observación y señalamiento que sólo han hecho los profesionales del subsector público. En cambio este problema no fue señalado entre los entrevistados del subsector privado.

Administración de la medicación según sectores poblacionales

Aparece una naturalización entre la administración de la medicación y el ciclo lectivo escolar, los distintos actores mencionan la presión de los padres y del colegio a la hora de evaluar la indicación psicofarmacológica.

Así como también se vuelve a mencionar el hecho de que escuelas y zonas con mayor disponibilidad económica han naturalizado el consumo de psicofármacos para el TDA/H, asumiendo que son estos sectores los que pueden tener acceso económico a la medicación y son los que se sienten más presionados por el rendimiento escolar y los más expuestos a la sobremedicación o al mal diagnóstico.

“-Van manejando el metilfenidato según las épocas (risas) de presión de la criatura y la respuesta, es como que lo van graduando, y los chicos quieren terminar la escuela, (...) son chicos asintomáticos (...) pero en general en estos chicos la escolaridad está muy asociada”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“-Y cuando salió de la depresión nos dimos cuenta que ese chico estaba deprimido porque no se encontraba a sí mismo, porque él no podía encontrarse. Y estuvo medicado como TDA/H algo así como desde los once a los dieciocho años”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“-Hay poblaciones, por ejemplo de preescolares, las poblaciones en edades menores se sobrediagnostican, porque se interpretan los síntomas de inquietud o de movimientos propios de un preescolar o de un chico más chiquito como sintomatología de hiperactividad. Los chicos de zona Norte pueden pagar los costos, y además es la exigencia de un determinado rendimiento, estas drogas se han usado para lo que se llama la medicina del rendimiento, o sea que la toman adultos para estar despiertos ante una presentación de un ejecutivo, o sea todas utilizaciones que no son éticas, porque uno no puede utilizar un medicamento para eso. Entonces, los padres prefieren antes de a lo mejor ver los motivos o analizar los motivos por los cuales estos chicos están dispersos en la tarea o qué se yo, medicarlos directamente”

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

En contraposición a ello, la población que accede al hospital, tal como lo señala un psiquiatra del subsector público del AMBA, no dispone de recursos para sostener un tratamiento medicamentoso.

“-Acá [hospital público] no tenemos muestras de todos los medicamentos, en general abastecemos a los chicos pero nos desesperamos, si es uno o dos chicos lo traemos de otro lado, pero si esto vos lo interrumpís de un día para otro, no gradual y te hace un síndrome de abstinencia, etcétera. Es muy riesgoso, así que prácticamente ni medicás... Esta es la realidad de la medicina”

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

“-No, en los hospitales no se maneja medicación porque no hay recursos. La sobremedicación es afuera”

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

Perfiles profesionales

Considerados según su profesión de origen, los pediatras constituyen el colectivo profesional que sigue manteniendo una mirada más integral, tanto a la hora de diagnosticar como de indicar una terapéutica, buscando alternativas a la prescripción de medicamentos.

En conjunción con esta perspectiva señalan la remisión espontánea del cuadro al llegar a la etapa adolescente y el énfasis que pone la Sociedad Argentina de Pediatría en desaconsejar la administración de medicación para este cuadro. Estos incluyen —en el análisis de la problemática clínica— una mirada sobre la institución escolar, así como también sobre la dinámica familiar.

“-Trato de hacer un diagnóstico interdisciplinario, consulto a la psicopedagoga, que una terapeuta me haga el diagnóstico y si veo que estamos coincidiendo entre todos recurro a la medicación, yo generalmente no doy psicofármacos, no los utilizo, salvo en alguna oportunidad especial se los doy a los padres. Y eventualmente lo que sucede es que por ahí un chico está con una grave crisis”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

Los actores que poseen una mirada y una perspectiva especial sobre el tema de TDA/H, sin distinción de subsector, son los neurólogos.

En la descripción acerca de ellos brindada por el resto de los profesionales médicos se hacen presentes las siguientes apreciaciones:

“-Los que medican son los neurólogos”

(Pediatra, subsector público, AMBA)

“-Acá el que medica es el neurólogo, aunque no los ve ni los evalúa”

(Pediatra, subsector público, Salta)

Catalogados como los “medicadores” por el resto de los profesionales de la salud, destacan la intervención del resto de los demás especialistas, en especial, de los psicólogos y advierten sobre la proliferación de mitos contra la medicación, que sólo han contribuido a desinformar a la población general.

Ellos no consideran —a diferencia de sus colegas del sector salud— que en la República Argentina se verifique el fenómeno de la medicación abusiva de metilfenidato en la población infantil. Por el contrario, advierten que aquellos pacientes con TDA/H que no realicen tratamiento farmacológico, pueden tener un pronóstico reservado⁽¹⁶⁾.

“-Hay 500.000 niños medicados, 1 de cada 50 potenciales pacientes con TDA/H está tratado. Yo no veo ahí sobremedicación, la tasa de medicación es menor al 0.5%”

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

“-Los tratamientos aceptados por las sociedades científicas más importantes del mundo son los tratamientos farmacológicos, que se basan específicamente en medicación dopaminérgica o adrenérgica. Esta medicación no produce trastornos del crecimiento, ni está comprobada la mayor incidencia en el uso de drogas. Al contrario, permite que el sistema se reorganice y se desarrolle mejor, para planear y crecer. Mejora el sistema prefrontal”

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

“-El grupo de TDA/H no tratado y que nunca había recibido tratamiento, tenían a los 20 años una tasa de abuso de drogas y alcohol de un 35%. El no tratamiento favorece más el abuso de sustancias”

(Neurólogo, subsector público, AMBA)

“-El tratamiento tiene que ser multimodal, la terapia individual no mejora la impulsividad ni mejora la atención, no sirve”

(Neurólogo, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

Abordaje Terapéutico Interdisciplinario

Uno de los rasgos más notorios en el subsector público es la posibilidad de trabajo interdisciplinario o en equipo, tanto para la evaluación como para el abordaje del TDA/H (pensándose este en forma combinada). Si bien esta característica ha sido mencionada por los profesionales del campo de la salud del subsector privado, plantean sin embargo que es de muy difícil concreción.

El equipo que se piensa para el abordaje de esta problemática incluye (además de los médicos evaluadores):

- Psicólogos.
- Psicopedagogos.
- Maestras acompañantes.
- Fonoaudiólogos.
- Estimuladores.
- Responsables del trabajo con los padres y la escuela.

En esta concepción aparecen incluidas:

- La perspectiva psicológica.
- Familiar.
- Social.
- Escolar.
- Cultural

“-Son chicos complejos en función de la cuestión social y psicológica más allá de las etiquetas neurológicas”

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

⁽¹⁶⁾ Ya se explicó la “carrera de fracasos” en la que se supone entra un niño diagnosticado con TDA/H si no realiza tratamiento.

“-...(nombra un médico) dice que la terapia familiar es mucho más efectiva que darles metilfenidato”.

(Psiquiatra, subsector público, AMBA)

“-La medicación compulsiva encubre en ocasiones una familia deficitaria”.

(Psiquiatra, subsector público, Corrientes)

Hay en este grupo de profesionales una representación ligada al sobrediagnóstico de poblaciones con edades menores y en ciertos “sectores medios y altos de la sociedad”. La indicación farmacológica no aparece pensada como primera instancia y si aparece ésta en relación al “discurso” y a la “presión escolar”. En esos casos, además, aparece el neurólogo como el “prescriptor de la medicación”, no así los psiquiatras.

PARTE III: OTROS ACTORES

Asociaciones de padres

Este apartado se dedicará a analizar la mirada de otros actores con relación al TDA/H y la medicalización infantil. La intención de trabajar con otros actores, además de los del campo de la salud y educación, se debe fundamentalmente a poder ampliar y profundizar el análisis.

El tipo de fuentes con las que se trabaja en este capítulo son un conjunto de entrevistas realizadas a líderes u organizadores de asociaciones y redes de padres con hijos/as que han sido diagnosticados con TDA/H en su infancia temprana.

Cabe destacar que el análisis no se centra en los actores individuales, interesa tener una mirada global y no individual del problema. No se profundizará la descripción de la biografía de cada familia sino ver cuáles fueron los objetivos que dieron origen a las organizaciones, qué rol cumplen en la actualidad y qué opiniones tienen sobre el TDA/H.

Respecto al origen de las organizaciones, este se relaciona con la historia de cada familia. Es decir, muchos de los padres que lideran actualmente estas organizaciones antes de tener a sus hijos diagnosticados con TDA/H no sabían casi o absolutamente nada sobre el tema. En este sentido, el origen de las organizaciones –al menos en sus inicios– está absolutamente relacionado con la nueva situación que deben afrontar las familias. Se verifica como los padres son juez y parte en torno al tema en cuestión.

Tal es así que las organizaciones comienzan a surgir cuando los niños son diagnosticados con el síndrome déficit de atención con hiperactividad. En la mayoría de los casos estos diagnósticos han sido realizados por neurólogos muy prestigiosos pero que a los ojos de los padres sabían muy poco sobre el tema.

“-Una cosa es el diagnóstico, que es en el que nosotros muchas veces hacemos hincapié. ¿Por qué digo esto? porque ahí es donde viene la falla, lamentablemente muchos profesionales, o muchos padres recurrimos a... Te digo porque también lo he tenido que hacer, debido a... cómo te puedo explicar... a buscar la necesidad urgente de poder solucionar el inconveniente... Y claro, muchos padres han encontrado en el camino es... van transitando por diferentes profesionales para saber si uno u otro coinciden en lo mismo, ¿sí? No solo en el diagnóstico, sino también en la manera de llevar el tratamiento adelante”.

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

El extracto de entrevista sugiere la necesidad por parte de los padres de sobrellevar el tratamiento de sus hijos de la mejor manera posible. Dicho esto, los padres se proponen investigar sobre este fenómeno y como consecuencia empiezan a surgir las asociaciones, redes, etcétera, que tienen como finalidad conocer y vincularse con otros grupos nacionales e internacionales especializados en el tema.

La función central de las organizaciones es poder llenar el vacío de conocimiento que hay en la Argentina sobre el déficit de atención. Las entrevistas describen como los padres que no encontraban respuestas a sus interrogantes fueron desarrollando estrategias que los llevaron a buscar conocimientos en otros espacios y países.

“-La organización surge como consecuencia del diagnóstico a los diez años, en el caso mío... Qué pasó en el caso mío, ahora qué pasa: el diagnóstico lo hizo un neurólogo, medalla de oro, muy conocido, digamos muy responsable, que diagnosticó déficit de atención con hiperactividad. Entonces yo no sabía muy bien qué era y le hizo todo un estudio, un mapeo. Salí muy caro el estudio porque se hizo de forma privada. Entonces le empezó a dar unas medicaciones... no la Ritalina, porque él tenía una corriente que tenía que ver con Alemania, y en Alemania tienen un corriente totalmente distinta a la norteamericana. Es decir nosotros nos tenemos que dar cuenta que estamos viviendo en una isla en materia de conocimiento científicos y tenemos una tendencia a relacionarnos con determinadas orientaciones científicas y dejamos otras. Por ejemplo, la homeopatía está reconocida en Francia, en Alemania, en Suiza, entonces los tratamientos naturales y biológicos están reconocidos, acá en la Argentina no”.

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

“-Es decir a través de ciertas medicaciones que le dio a mi hijo pensaba que... Además me dijo que en dos años se solucionaba el problema. Ahora yo le iba planteando al médico mis dudas, entonces me dijo bueno, por qué no hacemos una apoyatura terapéutica. Entonces fuimos a un lugar que estaba en la zona norte, en un colegio, que se llama Punta Chica, Punta Chica es San Isidro, creo que está, donde el dueño del colegio atendía chicos con déficit de atención y era médico. Entonces tenía todo un gabinete de expertos en materia de déficit de atención, y que estaban relacionados con un grupo muy importante de Estados Unidos”.

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

“-Como padres no había respuesta, uno le preguntaba al médico y el médico daba respuestas que no eran satisfactorias. Como yo afortunadamente salí de la Universidad, soy inquieto, me meto en Internet y me meto en grupo Char de Estados Unidos”.

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

Como consecuencia de la escasa información las organizaciones se proponen como misión brindarles a los padres las herramientas básicas y necesarias. Antes de plantearse objetivos a largo plazo, la función de muchas de estas organizaciones, tiene que ver con fines más modestos y pragmáticos: el de capacitarse y agruparse con otros padres que estén en la misma situación.

“-Básicamente es del sector docente, y realmente muchas se muestran con poca información, nos plantean que no tiene herramientas, que no hay, justamente, una columna que venga desde el Ministro de Educación, en este caso, este... donde diga, bueno... Aporta desde el Ministerio, eh... tanto Educación como también de la Salud ¿no es cierto? Eh... Que aportan justamente desde su lugar... vamos a realizar proyectos en cuanto a entrenamientos para padres, un curso intensivo, digamos... entrenamiento... de capacitación, más que nada, cursos de capacitación para que ellos sepan”.

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

Los padres se agrupan entre ellos y van construyendo lo que hoy son algunas de las organizaciones entrevistadas.

“-Comienzo a leer un poco los enfoques de ellos, empecé a traer libros traducidos al castellano, videos, o sea empecé a comprar, compraba con tarjeta y los libros que venían en inglés los traducíamos, y ahí venía realmente muchísima información: cómo abordar a un chico hiperactivo. O sea, con una orientación que viene a ser la psicología conductista, que es rechazada acá en la Argentina. Porque acá todo lo que sea conductista, es como la terapia gestáltica, otro tipo de terapia, o sea parece ser que el psicólogo se quiere apropiarse del paciente por unos cuantos años, y no se da cuenta que al paciente hay que darle... Primero un chico con déficit de atención no puede hacer terapia, porque se distrae, está inquieto, ¿cómo va a hacer terapia? Entonces se empezó, uno empezó a darse cuenta... con todos esos elementos nosotros dijimos bueno, a partir de ahora, mi esposa y yo nos pusimos a leer libros, y leíamos y leíamos, todas las mañanas nos poníamos a leer, y teníamos una pila de libros muy interesantes, con consejos muy bien planteados. Cómo enfocar el tema de la escuela, cómo abordar el tema de la escuela, cómo tratar de lograr que ellos colaboren, inclusive traje un video donde se explican estrategias educativas para los chicos que están en la escuela y eso lo hemos pasado en algunas escuelas, que han querido que se los pasemos...”

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

De lo descripto por los padres se desprende el esfuerzo personal que muchos de ellos han tenido que hacer para encarar el problema ante lo que consideran la falta de un saber experto o la multiplicidad de saberes contrapuestos en torno al tema, lo que termina percibiéndose de igual modo.

Dentro de las incertidumbres, dudas y miedos de los padres, está muy presente la cuestión de la medicación y qué consecuencias podría provocar en los niños. Muchos padres se oponen a la medicación, generando una gran preocupación, por un lado, como se mencionara anteriormente, por la falta de conocimiento acabado o uniforme sobre el tema TDAH respecto a las consecuencias o efectos adversos de la medicación. Por otro lado, sobre los efectos posibles de la medicación en el cuerpo infantil. Es decir, respecto a las consecuencias y el riesgo que la medicación provoca. Por consiguiente estos miedos y otras cuestiones los lleva a unirse y organizarse en asociaciones, organizaciones y redes de padres a nivel local y nacional.

En muchos de los casos, su consolidación como organización no sólo se debió a la falta de respuestas por el cuerpo médico, sino al interrogante de medicar o no medicar. En los casos analizados, no se trata de asociaciones que se identifiquen particularmente como partidarias o contrarias a la medicación. Más bien lo que prevalece en el discurso es la necesidad de contar con otros recursos que reemplacen o se combinen con la medicación y la idea de evitar la sobremedicación.

Los padres se consultan entre ellos, si deben o no aceptar el cien por ciento las sugerencias de los médicos, sin antes realizarles a sus hijos un diagnóstico certero.

“-Empezamos a examinar los que estaban a favor y en contra de la medicación: cómo le vamos a dar medicación a un chico de 6 años, qué es una medicación, qué es un psicotrópico, cómo le vamos a dar medicación. Y cuando desaparecían los efectos de la medicación se producía un efecto rebote donde el chico se ponía peor, porque al estar contenido y atado con la medicación se desataban crisis. Si uno lee el prospecto, porque son caraduras, la Ritalina, los que hacen la Ritalina dicen todos los efectos secundarios”.

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

Los padres tienen una alta percepción de riegos en relación con la medicación. Muchos de ellos antes de llegar a medicar, agotan las distintas instancias alternativas.

Cuando se hace una derivación al campo médico, los padres perciben que si se concreta dentro del campo neurológico, existe mucha probabilidad de que el niño termine siendo medicado.

Los padres entrevistados acordaron que frente al saber médico asumen un rol activo en el cual algunas veces se oponen al tratamiento farmacológico sugerido. Sin embargo, también dan cuenta de actitudes pasivas por parte de otros padres que siguen el tratamiento que el médico les sugiere sin cuestionamiento alguno.

“-Bueno, en el caso nuestro nosotros sabíamos mucho más que las escuelas sobre todos los temas porque lo habíamos estudiado, íbamos permanentemente... Teníamos un hábito de visita a la escuela, nos auto-convocábamos a la escuela y decíamos “¿cómo andan las cosas, necesitan algo?”

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

Los padres que se reúnen en una asociación o red se perciben a sí mismos “expertos”, disputándoles ese espacio del saber a los médicos y a los docentes. Es así que buscan bibliografía y se entrevistan con expertos que les aporten datos sobre cómo medicar, con qué medicar, qué terapia, qué hábitos cambiar en la casa y cómo tratarlos en la escuela.

De este modo, los padres buscan recuperar un rol activo como padres frente a la multiplicidad de voces que se le presentan ante esta problemática. Muchas veces la multiplicidad de voces los anula y otra los revitaliza, ya que retoman un rol activo pero ya dentro del proceso de medicalización.

Ahora bien, ¿cuáles son entonces los problemas más recurrentes con que estas familias deben lidiar en su cotidianidad? Uno de ellos es la culpa, la mayoría de las veces focalizada en la figura de la madre como responsable del malestar del niño. Otro problema refiere a los contratiempos que las familias padecen frente a las conductas del niño en sociedad.

“-No, no. Han venido profesionales con chicos así que decían la psicología no me sirve para nada. Además el sentimiento, la baja auto-estima de la madre, la crisis matrimonial por esta situación. O sea, toda una serie de situaciones que van... y cosas que hacen los chicos digamos algunas más serias, algunas menos serias, por ejemplo: uno iba a un supermercado con el nene hiperactivo y había todas una latas así todas puestas, y el chico sacaba la lata de abajo y se armó un desastre. Entonces es muy gracioso pero uno sabe que esa no es una gracia, ¡es Daniel el terrible!”

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

Según los responsables de las organizaciones entrevistadas, una de las misiones de la organización es proveer las herramientas a las familias para que a la clasificación que se desata no la suceda un proceso de estigmatización. También que la situación no los supere y aprendan a manejarla. De este modo, proveen tips o consejos puntuales de características muy conductistas.

En general, las familias acuden a las organizaciones en busca de información sobre el TDA/H pero fundamentalmente buscan la contención de un grupo de pares.

“-O sea nos poníamos en esa postura, íbamos a la ofensiva. ¿Pero qué pasa cuando una madre está sola luchando con su hijo, que tiene que trabajar que no puede hacerlo eso? Y ahí vienen las situaciones dramáticas. Dramáticas en serio, donde un conjunto de padres se juntan para hacer como el enemigo del pueblo, para sacar al enemigo del pueblo de la escuela, que tiene 6 años...”

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

Los padres se sienten observados y juzgados constantemente por el entorno y responsables por lo que le sucede al niño. Forman parte de un proceso de estigmatización, donde los padres de los otros niños de la escuela piden que saquen al niño de la clase, que no lo inviten a los cumpleaños, y demás situaciones que lo separan del grupo.

“-Ojo, cuando un chico menor de 6 años se manda una y uno dice cómo puede ser, estos padres no controlan al chico, no se dan cuenta que el chico no tiene autocontrol, ahora... y empiezan a criticar al padre. Ahora, nosotros como ya conocemos el verso, ya lo conocemos, y hay un libro muy interesante “Niños hiperactivos” escrito por un psicólogo norteamericano muy importante, alienta a los padres. Dice: “usted no se preocupe por lo que digan los demás, usted sabe muy bien lo que está haciendo”. O sea, no le importe lo que digan los demás, no se deje influenciar por lo que digan los demás. Y son psicólogos que se ponen del lado nuestro, de los padres, diciéndonos “adelante, fuerza, sigan adelante”.

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

Muchas veces, las organizaciones se transforman en grupos de “contención” emocional, donde el padre líder juega un papel central. Frente al desconcierto, perciben que retoman su rol activo como padres. Surge la idea de que se puede cambiar la dirección de las cosas. Aquí aparece algo característico de la sociedad contemporánea con relación al autocontrol del individuo, como lo señala el siguiente extracto de entrevista:

“-Porque yo necesito transmitirle a esa madre “siga adelante, no baje los brazos, su hijo va a salir, a pesar de lo que digan y usted va a tener que tener una apoyatura para fortalecerse y apoyarse”. ¿Qué le voy a decir?... yo no soy psicólogo que dice “ah, a ver, hable”, la escucha activa, “ah, bueno hemos terminado, llegamos acá, listo”. No, yo no soy psicólogo, yo me involucro con la persona. A veces no puedo, a veces estoy trabajando y me están llamando y digo “sí, claro...” y yo sé que es charla para una hora, pero ya estoy achicando más”.

(Miembro de una asociación de padres, CABA)

Para estos padres, los niños con TDA/H son un reflejo de la sociedad actual. Es decir, que el problema emerge desde un discurso sociológico: las sociedades son cada vez más violentas y desintegradas, sometiendo a los niños a exigencias inmoderadas.

Con relación a su alcance, éste es nacional básicamente. Si bien pueden vincularse con otros organismos internacionales, su área de influencia es la Argentina. Las asociaciones entrevistadas no poseen un espacio físico fijo, sino que el mismo rota y utilizan el domicilio particular o la oficina de alguno de los padres para las reuniones.

En uno de los casos estas reuniones son esporádicas, sin ninguna periodicidad y no hay un “grupo fijo o estable”. En el otro caso, se trata de una red ya que los encuentros entre padres suelen darse más virtualmente, mediante Internet, que “cara a cara”. Los modos en que ellos presentan su trabajo así como la supervivencia de las organizaciones da la idea de un espacio que se constituye desde una idea y praxis de “todo a pulmón”.

Los líderes manifiestan que las organizaciones vienen a cumplir una función ausente por parte de algunos actores de la sociedad. Ante esto, surgen demandas hacia los saberes expertos del campo de la salud y de la educación principalmente, y fundamentalmente buscan contar con apoyo del Estado para llevar adelante sus demandas.

En el caso de los entrevistados, éstas se enmarcan en concientizar y capacitar a médicos y docentes en los roles que les ocupan frente al problema y profundizar el estudio y difusión de los modos de tratamiento posibles así como los efectos que la medicación puede tener en el niño.

La industria farmacéutica

“La estrategia de marketing de las compañías farmacéuticas más grandes del mundo se dirigen actualmente a la población sana. Los altibajos de la vida han derivado en trastornos mentales, las quejas más comunes se han transformado en condiciones alarmantes y cada vez más gente normal se convierte en paciente”

Ray Moynihan y Alsn Cassels

(Medicamentos que nos enferman e industria farmacéutica que nos convierten en pacientes)

El uso de estimulantes se remonta a los años treinta cuando comienzan a indicarse efedrina y anfetamina. En 1937 se produce el primer estudio clínico, del que se tiene registro, que avala la eficacia para tratamientos del síndrome hiperactivo. Años más tarde, 1944, fue sintetizado el metilfenidato por un químico de la empresa Ciba (precursora de Novartis), Leandro Panizzon, y lo probó sobre sí mismo, sin obtener ninguna consecuencia. Pero su mujer Margarita o Rita, probó también y registró un efecto muy estimulante. A partir de allí, se cuenta que Rita tomó esta sustancia antes de jugar al tenis, por lo cual Panizzon la nombró Ritalín®. (Citado de Swanson, J. Attention deficit hyperactivity disorder and hiperkinetic disorder, en Lancet 351, págs. 429-433, 1998).

En 1955 se lanzó por primera vez el metilfenidato al mercado. Esta droga durante varios años después de su síntesis sólo se administró a adultos para tratar estados tales como cansancio, depresiones y cuadros confusionales en adultos mayores.

Durante los años sesenta, comienzan a realizarse pruebas en niños con problemas de aprendizaje. Según Blech, el dilema de la relación diagnóstico de TDA/H-utilización del fármaco se construye en ese preciso momento y tendrá continuidad hasta nuestros días; es decir, en el caso particular del metilfenidato, la sustancia, en sí misma, fue y aún sigue siendo utilizada para confirmar o revocar el “trastorno/síndrome”; es así como la prescripción del fármaco confirma el diagnóstico: el niño que presenta algunos de los síntomas descriptos y luego de ingerir el fármaco modifica su comportamiento “es un niño con TDA/H” (Blech, 2005; 112/113).

El nombre del producto Ritalín® del laboratorio Novartis, nombre de fantasía del metilfenidato, se ha convertido desde los años '70 hasta hoy en un equivalente del psicofármaco en niños. Sin embargo a 30 años otras empresas pujan por disputar el espacio de la comercialización de nuevos fármacos para el tratamiento del TDA/H.

En este mismo sentido, la empresa Eli Lilly desarrolló su propio producto “específico” para este síndrome: la atomoxetina. Esta es definida y presentada bajo slogan de “mejora el funcionamiento social y familiar de los niños” (Blech, 2005, 115).

Según información del propio Ministerio de Salud de la Nación (2005) otras dos drogas convivieron algún tiempo en el mercado para el tratamiento del TDA/H: las dextroanfetaminas (Dexedrina® o Destrostat®) y la pemolina (Retaran® o Tاملان®); ambas drogas anteriores al origen del metilfenidato. De estas, la segunda fue retirada del mercado y la primera no se ha comercializado en nuestro país.

Los laboratorios que producen medicamentos para el TDA/H en la Argentina con droga “metilfenidato” son Novartis (Ritalina®), Janssen-Cilag (Concerta®), Neuropharma (Rubi-fem®); y con droga “atomoxetina,” Gador (Recit®) y Eli Lilly (Strattera®).

Ahora bien, interesa en este capítulo poder distinguir cuáles son los mecanismos de marketing que estos laboratorios desarrollan para instalar y comercializar sus productos. González Pardo y Pérez Alvarez definen al marketing farmacéutico como una especialidad, describiéndola como una técnica de mercado con el fin de establecer el sistema de comercialización más adecuado y de satisfacer y estimular la demanda del fármaco, y aclaran además, que el marketing psicofarmacéutico puede desarrollarse a costa de convertir a potenciales clientes en pacientes, habida cuenta de que la definición de pacientes justifica mejor el consumo del preparado (González Pardo y Pérez Alvarez, 2007, 39-40).

Así entonces el objetivo del marketing farmacéutico es moldear la opinión del público y de los proveedores de salud para maximizar sus ventas y facilitar la introducción de sus productos en el mercado. Es decir, “establecer la necesidad” del fármaco y “crear el deseo” entre el público (Lakoff, 2004).

El marketing, así entendido, también está dirigido a la opinión pública en general con estrategias ocultas a la vista de los propios sujetos. Los expertos en publicidad trabajan, para cambiar la percepción que se tiene sobre el cuerpo, los comportamientos, y la salud y la enfermedad que supuestamente padecemos (Moynihan y Cassels, 2005, 12).

En la actualidad, para expandir el mercado, los laboratorios no sólo usan las conocidas tácticas de marketing, sino que, más y más prefieren financiar asociaciones de pacientes y familiares; publicidad directa de medicamentos bajo prescripción; publicidad encubierta usando campañas de concientización; compra de secciones en programas de televisión, incluyendo programas de noticias, uso de Internet; y campañas públicas con postas sanitarias ambulantes y ferias de salud para detectar población de riesgo y aumentar la demanda de servicios y en muchos casos de medicación (Iriart, 2008).

Durante el proceso de investigación se ha realizado un seguimiento de los procedimientos de marketing que los laboratorios implementan en relación a las dos drogas utilizadas en la Argentina para el tratamiento del TDA/H⁽¹⁷⁾.

(17) Se debe destacar que el acceso a las entrevistas a personal jerárquico de los laboratorios, coordinadores de área y agentes de propaganda médica fue dificultosa. Así mismo, en las entrevistas a las que se pudo acceder no se permitió realizar grabaciones.

Así, teniendo en cuenta las tácticas y los sujetos destinatarios se puede distinguir cuatro estrategias:

- Estrategia directa hacia los usuarios y/o sus organizaciones: Si bien el modo de operación de la industria se vincula a la generalización de una cultura biologizante de los padecimientos, esas construcciones culturales tienen instituciones que la hacen valer y en el caso particular del TDA/H, la asociación más importante a nivel mundial tiene nombre y apellido: se llama Children and Adults with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (CHTDA/H); esta asociación se ha convertido en un actor relevante en la discusión diagnóstica y de tratamiento en relación a este síndrome. Sin embargo, se debe destacar que no es la única asociación, existen en diferentes países instituciones semejantes de pacientes o familiares. Si bien estas asociaciones no develan el origen de sus fondos, un estudio británico muestra que dos tercios de las mismas aceptan apoyo de la industria farmacéutica, aunque en general es difícil saber cuánto reciben. La CHTDA/H, una de las pocas asociaciones que revela este dato, manifiesta recibir de la industria casi 700.000 dólares al año, es decir una quinta parte de sus ingresos totales (Maynihan y Cassels, 2005: 74).

Si bien esta alianza de la industria con asociaciones de pacientes/padres y/o familiares está aún muy incipiente en la Argentina y no tiene el desarrollo que ha adquirido en los EEUU, lo que se observa por parte de algunos laboratorios es una tendencia a organizar grupos de 2, 3 o más familias con el objetivo de brindar información sobre el TDA/H.

A estas reuniones se las suelen denominar “mesas de ayuda”, muchas veces promocionadas a través de las escuelas y generalmente realizadas en algún tipo de ámbito médico no asistencial, instalando un espacio de encuentro, semilla que podría germinar en futuras asociaciones. El discurso en estos encuentros, siempre a cargo de algún representante y/o algún médico convocado por un laboratorio fue descripto por un Agente de Propaganda Médica (APM).

“-Consiste en señalar la necesidad de articulación entre los padres ya sea para conocer más sobre el síndrome del TDA/H, como para profundizar en sus modos de abordajes.... entre los que siempre está presente la medicación”

(APM⁽¹⁸⁾).

Otra estrategia dirigida a la familia es la captación del interés hacia una droga en particular a través de la provisión de incentivos durante un tiempo.

“-Siempre con los fármacos los laboratorios desarrollan toda su artillería de marketing tratando de introducirlos al mercado, ha ocurrido con el tema del metilfenidato de larga duración, en el cual por ej. los laboratorios han dado tratamientos 2 x 1 para los pacientes para que los gastos sean menores, tratando de introducirlo en el mercado.... pero eso ocurre también con antiepilépticos o antidepresivos y con todos los fármacos”

(Neurólogo, subsector público, Tierra del Fuego, Ushuaia)

- Estrategias dirigidas a la comunidad educativa: Como bien se ha desarrollado en gran parte de este trabajo la alianza que se intenta construir para el diagnóstico con los docentes y los gabinetes psicopedagógicos escolares también está presente en el contexto de los laboratorios, y será fundamental para estos ingresar a la escuela como una estrategia para que, desde allí, se realice la detección de los niños que podrían diagnosticarse con TDA/H y la pronta derivación al ámbito médico.

A lo largo de la investigación se ha observado tres modalidades estratégicas que los laboratorios implementan hacia la comunidad educativa.

La primera podría definirse como aquella en la cual los empleados o agentes de los laboratorios, APM, junto, o a través de, especialistas médicos concurren a las escuelas y/o realizan charlas informativas a los gabinetes psicopedagógicos. En este caso también, al igual que en las estrategias con las familias, a estos encuentros se los denominan “mesas de ayuda”. Así describía esta situación un profesional escolar:

“-Nosotros estábamos en una escuela donde se hizo un trabajo con una psiquiatra y con un neurólogo y nos habían mandado toda la folletería para poder, nosotras desde el gabinete, detectar chicos con los profesores tutores..... Y esto partía de un laboratorio, de un laboratorio que trabajaba con el remedio que era para esta patología (el TDA/H)”

(GP, Corrientes)

La segunda estrategia identificada fue la elaboración de información destinados a maestros:

“-...y ellos (los laboratorios) habían hecho folletos para profesores así podíamos detectar a los niños en las escuelas...”

(GP, Corrientes)

En este sentido, el laboratorio GADOR ha lanzado un cuadernillo para profesionales del ámbito educativo titulado *“En el ADHD, RECIT®. Para atender, entender y aprender”*. Es un manual con 60 consejos para docentes y que comienza con la siguiente frase:

“-Puede que en su aula haya entre 25 y 35 niños. Según algunas estadísticas, todo indica que al menos uno de estos alumnos puede tener ADHD. Miren sus rostros, ninguno se parece a Einstein, Lennon o Kennedy, por nombrar algunos notables que fueron diagnosticados con ADHD. Gran parte de la conducta que Ud. adopte con ellos, dependerán las posibilidades que estos niños tengan en la vida para desarrollar sus potencialidades y aún, ante la adversidad de dicho trastorno, llegar a ser personas felices...”

Luego de los consejos generales dirigidos al docente, se introduce información detallada acerca del Recit®, sus diferentes presentaciones y su supremacía para el tratamiento del TDA/H, bajo el lema de “atomoxetina primera molécula no estimulante que no requiere

recetario oficial”. El cuadernillo concluye con la frase: “Eficacia demostrada en pacientes del mundo real”.

Otra estrategia en que el problema del TDA/H se introduce en las escuelas como información a los docentes es a través de “revistas de difusión pedagógica”. En esta línea el caso más paradigmático es el de la revista “Maestra Jardinera y Maestra de Primer Ciclo” de la editorial EDIBA.

Esta editorial ha lanzado al mercado unos fascículos titulados “inquietos, distraídos, ¿diferentes?” En ellos no se hace difusión directa de medicación, ya que en la Argentina está prohibido por Ley pero, sin embargo, en todos sus números se distingue alguna orientación hacia el consumo de medicación para el abordaje de este síndrome.

Si bien no se puede afirmar que sus contenidos tienen algún tipo de articulación con la difusión de los laboratorios, queda abierto un interrogante dado que el autor de esos fascículos es el mismo profesional que un laboratorio productor de un fármaco destinado al TDA/H “agradece especialmente” por la colaboración en el armado de gacetillas, realizadas por dicho laboratorio, y destinadas a los docentes.

- Estrategias dirigidas a los médicos: Un aspecto a destacar en el rol de los laboratorios es aquel relacionado al seguimiento minucioso del médico. Este actor privilegiado en la cadena de transmisión para el consumo del fármaco está cada vez más objetivado por el propio proceso de medicalización/medicamentación (Pavlovsky, 2006). Los laboratorios pueden hoy tener un seguimiento minucioso sobre qué y cuándo recetan los médicos a través de información construida por empresas de mercadotecnia (Jara, 2007). En la Argentina dos de estas empresas son las principales IMS y Close Up. Sobre esta última, Lakoff (2003) realizó un interesante seguimiento sobre el modo en que opera para identificar qué médicos recetan qué productos y cuánto prescribe cada uno a través de lo que se conoció como la copia de recetas microfilmadas tomadas en las grandes cadenas farmacéuticas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Durante la investigación se ha podido acceder a información que IMS vende a los laboratorios, particularmente relacionadas con fármacos para el TDA/H. Esta información se elabora mensualmente y revela las cifras de unidades vendidas (cajas vendidas) vinculadas a la totalidad de fármacos utilizados para este síndrome –tanto por el laboratorio que compra el resumen como por los otros laboratorios competidores en el mercado–.

Según información de representantes de los propios laboratorios, estas cifras son las de mayor exactitud de venta, constituyéndose en la información más limpia que se puede rastrear en materia de estudios de mercado.

A lo largo del trabajo de campo se observó que la estrategia dirigida a los médicos ha cambiado sustancialmente respecto de lo conocido hace tiempo atrás, ya no es necesario visitar día a día al médico para motivarlo y/o vigilarlo: otros mecanismos de control se ponen en juego.

En este sentido, si bien los APM casi no visitan a los pediatras por temas relacionados a problemáticas del campo de la salud mental, estos se encuentran muy informados acerca del TDA/H a través de las publicaciones de los laboratorios y las denominadas “guías de consenso”. Estas guías consisten en acuerdos sobre las prácticas clínicas a seguir construidas a partir de lo que se denomina “evidencia disponible”.

Este consenso deriva de reuniones de expertos, muchas veces bajo patrocinio de los laboratorios (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007: 45) y con el aval de las sociedades científicas. Así protocolos y medicina basada en la evidencia se transformaron en reglas a seguir y reglas a invocar para no quedar fuera del consenso científico hegemónico (Iriart, 2008, 1623).

“-Incluso tienen escalas de evaluación para que uno después pueda evaluar los resultados..., no recuerdo el laboratorio que las suministraba estas guías...”

(Pediatra, subsector público, Salta)

En relación a los especialistas se puede decir que cuando se trata de psicofármacos en general, los psiquiatras y los neurólogos son “objeto” de propagandas y privilegios por parte de los laboratorios. Sin embargo en el caso específico del TDA/H, según la información recabada, son los segundos los actores privilegiados.

La manera como los laboratorios influyen sobre los especialistas son varias, entre ellas se puede mencionar diferentes tipos de apoyo en las organizaciones de eventos, congresos y/o conferencias. En los dos congresos que se participó como actividad de esta investigación, el 24º Congreso Argentino de Psiquiatría organizado por Asociación de Psiquiatras de la Argentina⁽¹⁹⁾ y el 10º Congreso Argentino de Neuropsiquiatría y Neurociencia Cognitiva organizado por la Asociación Neuropsiquiátrica Argentina⁽²⁰⁾ se destacaba la gran cantidad de stands, organizados como verdaderas ferias en el sentido de mercados de información, exposición publicitaria, obsequios, etc.

Cada uno de estos espacios se veía presentado con imágenes de personas radiantes y frases motivadoras y comprometidas con el trabajo para el logro de la felicidad del sujeto y su familia. Así Novartis publicitaba Ritalina LA® (metilfenidato uno por día): Calidad de vida, cada día. El compromiso de Novartis Neurociencia. Estos congresos se convierten en muchos casos en espacios de disciplinamiento donde se brinda información vinculada a los laboratorios.

“-De repente ahora va a haber un congreso en Mendoza, traen gente, entonces (los laboratorios) te ofrecen ir al congreso para que vayas y veas. En este tipo de congresos muchas veces viene gente que te habla de los beneficios que trae medicar.... Como que te lo promocionan desde ese lado, que la medicación es buena... que los efectos adversos son pocos...”

(Neurólogo, subsector privado, CBA)

(18) Con el objeto de protección de los informantes entrevistados no se realizará identificación de laboratorio de pertenencia.

(19) Mar del Plata del 17 al 24 de abril del 2008.

(20) Buenos Aires del 3 al 5 de setiembre del 2008.

Por último, otro aspecto relevado en el trabajo de campo fue la articulación entre diferentes laboratorios para la instalación de una nueva droga que compita en el mercado con otra/s ya existentes. Así la unificación en el marketing de laboratorios para el lanzamiento de la atomoxetina fue descripta por un entrevistado:

“-Hace 3 o 4 años que la atomoxetina vino con bombos y platillos, con un marketing impresionante.... Entre Gador y Elly Lilly en co-marketing hicieron una cosa impresionante....”

(Psiquiatra, subsector público, CBA)

• **Líderes de Opinión:** Los líderes de opinión son un engranaje clave en la actual estrategia de marketing de la industria farmacéutica. Son los Agentes de Propaganda Médica quienes valoran a los médicos según su rol con los semejantes, luego son las propias empresas quienes los moldean y los elevan a la categoría de expertos, o, tal como lo definió un informante clave, en “sabios locales” que generalmente, en congresos, conferencias científicas, publicaciones y/o a través de las guías de consenso, son los encargados de difundir los últimos hallazgos en relación a enfermedades y/o síndromes y las posibles terapéuticas, donde nunca queda por fuera la medicación.

Según relata Moynihan et al (2007) las alianzas con los líderes de opinión son tan importantes que algunas empresas de marketing calculan el rendimiento de la inversión que una campaña farmacéutica puede cosechar de esta clase de presentaciones.

En una entrevista realizada a un asesor responsable de la medicación relacionada al sistema nervioso central, de uno de los laboratorios que produce fármacos utilizados para el TDA/H, se destacó la importancia de los líderes de opinión, o “speakers”, para la difusión de la información a otros médicos.

Estos líderes de opinión son médicos psiquiatras infanto juveniles y neurólogos infantiles pertenecientes a las instituciones públicas y/o privadas de mayor “prestigio” asistencial de la Ciudad de Buenos Aires⁽²¹⁾. Según relato de un APM, este mecanismo se describe de la siguiente manera:

“-Cada laboratorio tiene sus líderes de opinión o speakers que son los que sostienen científicamente (con teorías) la tendencia del laboratorio en materia de fármacos. Cada uno se lleva un cheque... Hay en cambio otros representantes que no quieren pactar con los laboratorios entonces no nombran drogas en sus exposiciones y hablan sólo de receptores, pero no drogas....”

“-Hay laboratorios que tienen políticas de captación de psiquiatras y otras que premian por lo que los psiquiatras ya venden. Nosotros ya sabemos que hay médicos que con tal de que les pagues dicen cualquier cosa.... en el medio ya se los conoce.... y a esos se apuestan.”

Cómo puede observarse los laboratorios han avanzado aceleradamente en sus habilidades de marketing para instalar sus productos, sellando un círculo virtuoso de la cientificidad bajo la hegemonía de una recreada biologización y medicalización. Así la comercialización de medicamentos dirigidos a problemas de la vida es un elemento fácil de ser sujeto de control social de los sujetos individuales y colectivos a través de ser etiquetados como enfermos o en riesgo; pero además tiene un agregado, puede producir grandes beneficios económicos para ciertos grupos de poder.

Los medios graficos de comunicación

En este punto interesa describir la forma en que los medios de comunicación masiva han abordado el tema del TDA/H en los últimos años. Particularmente se centra la mirada en la construcción de la “noticia” como una de las formas en que esta problemática se presenta a la población en general. Sin embargo, se debe aclarar que este análisis no tiene como intención ser exhaustivo en su cobertura temporal ni en su cobertura de medios. Por eso se considera este corpus como ilustrativo, significativo de los discursos circulantes, antes que representativo de la totalidad de las expresiones referidas en los medios de comunicación masiva.

Para el análisis de los discursos en la comunicación gráfica, se conformó un corpus de cincuenta notas y artículos publicados en medios gráficos nacionales (tanto de difusión nacional como provinciales), entre abril de 2001 y octubre de 2008. Se relevaron notas pertenecientes a los siguientes medios gráficos: Clarín; Página/12; La Nación; Infobae (Buenos Aires), Diario de Cuyo (San Juan); El Independiente (La Rioja); La Capital (Rosario); La Nueva Provincia (Bahía Blanca); Perfil (Buenos Aires); El Día de La Plata (La Plata) y Terra Magazine (Buenos Aires).

La elección del corpus se basó en una búsqueda informal de notas, a través de buscadores de Internet, por medio de palabras clave. Se tomaron sólo artículos de diarios argentinos, tratando de cubrir la mayor parte de los medios nacionales y algunos provinciales. Se tomó como inicio el año 2001 por ser la nota más antigua donde se encontraron referencias al tema del TDA/H.

El lugar que ocupa la noticia

Siguiendo un relevamiento formal de las secciones en las cuales se publican artículos y notas sobre el TDA/H, se observa que la sección más destacada es la de “Salud y Ciencia”, seguidas por las secciones “Sociedad”, “Nacional” o “El País”, éstas dos últimas, a los fines estratégicos, fueron unificadas. Resultaron minoritarias las publicaciones en la sección de “Psicología” y, algunas pocas en la sección “Cultura” y “Educación”.

El análisis permite aproximarse, en una primera instancia, a la primacía en que los medios gráficos abordan los aspectos médico, científico y en menor medida, específicamente de la salud mental y/o educación. Por otro lado, se observa una frecuencia elevada de notas en las secciones de “Sociedad” y “Nacional”, lo que permite inferir que se intenta dar a la problemática un carácter general y de época.

Este carácter se corresponde con el género predominante en las notas, ya que no son crónicas, es decir, hechos puntuales sucedidos en días anteriores, sino notas atemporales,

sobre avances de investigación nacionales o internacionales, o nuevos debates o escritos teóricos.

En cuanto a los géneros, se observa que predomina el género informativo. Existen algunas notas con cuadros, entrevistas y fragmentos de libros. Si bien la opinión no prima como género, se debe destacar que ésta se observa construida a partir de la cantidad y la elección de los especialistas/expertos citados y de las fuentes consultadas.

Los actores de la información

A lo largo de las notas no sólo se citan y nombran diversos “especialistas/expertos” sino que se mencionan múltiples actores involucrados en esta problemática.

Tres son los grupos que se destacan. El primero, abarca a los actores más mencionados y corresponde al grupo de los “profesionales y/o especialistas/expertos”. Dentro de este grupo el más destacado es el profesional médico de diferentes especialidades y luego profesionales de la salud mental, particularmente el psicólogo.

El segundo grupo corresponde al campo educativo, ya sea en la mención específica de docentes y maestros, como de “la escuela” como institución.

El tercer y último grupo, está constituido por la familia. Siendo los padres los más destacados.

Además, fueron involucrados como actores de esta problemática los medios de comunicación y el Estado entre otros.

Es importante señalar que los niños, siendo los principales sujetos involucrados en esta problemática, no fueron citados en las notas relevadas, ni mencionados como actores en forma significativa. Ellos sólo son aludidos como objeto del problema o como protagonista pasivo del caso presentado.

Las imágenes

En relación a las imágenes que acompañan las notas analizadas, se observa que estas son de archivo, nuevamente en sintonía con el hecho de no ser crónicas de noticias.

Estas pertenecen a niños en la escuela, ya sea dentro de la escuela, en el aula, vestidos con guardapolvo o en la entrada. En menor medida se encontraron imágenes que se pueden vincular con una idea de “hiperactividad” a partir de retratos de niños en movimiento, jugando, corriendo, e incluso golpeándose o gritando.

Un número menor de notas recurre a imágenes de medicamentos, algunas donde incluso aparece la imagen del niño, fuera de foco, detrás de las pastillas.

Estas imágenes pueden connotar los riesgos asociados al consumo del medicamento para el TDA/H, a modo de ejemplo se puede citar una infografía con datos e imágenes sobre los efectos adversos del metilfenidato en el organismo (Diario Clarín. 22/04/07).

Fuentes consultadas

Se destaca también la cantidad fuentes y especialistas/expertos consultados para la construcción de las notas relevadas. Se mencionaron aproximadamente 118 instituciones, 94 especialistas/expertos, 27 medios de comunicación (en su mayoría extranjeros) y 21 libros, manuales o artículos (entre los cuales se encuentra de modo destacado el DSM IV).

Las instituciones más señaladas fueron los organismos estatales (Ministerio de Salud, ANMAT), las Asociaciones de profesionales médicos, las Asociaciones de profesionales de salud mental y los organismos de Estado extranjeros (EEUU y Europa). Las Universidades y Centros de estudios consultados fueron tanto nacionales como extranjeras. Son citados profesionales de Hospitales públicos y centros privados. Organizaciones de la sociedad civil (Fundaciones y ONGs) y Organismos internacionales (ONU, OMS).

Análisis de contenido

Título

En relación a la conceptualización del problema desde los titulares, se han construido tres grupos según el tipo de representaciones en juego:

- El primer grupo construye sus titulares alrededor de la mención de la “patología” o “problemática”. Se titula principalmente “Déficit de atención”, “trastorno” y/o como “síndrome”. También, se destacan: “hiperactividad”, “TDA/H” y “mal de niños hiperactivos”. Aparecen vinculadas palabras relacionadas al “crecimiento” y “la polémica”. Otras titulares mencionan el TDA/H ligado a otras problemáticas en niños tales como “trastorno bipolar”, “depresión infantil” y “fobia escolar”.
- El segundo grupo, es el de los titulares que hacen referencia exclusiva a la situación del niño: “niños”, “chicos”, “alumnos” o “hijos” junto con adjetivos como “inquietos”, “hiperactivos”, “desatentos”, “movedizos”, “diablitos”, “fracasados”, “revoltosos”. Solo en una oportunidad se menciona el adjetivo “desentendidos”, invirtiendo la lógica del problema y haciendo hincapié en la falta de atención de los padres hacia los hijos.
- Por último, el tercer grupo, es el correspondiente a aquellos titulares que apelan a problematizar la medicación: “alertar”, “advierten”, “peligro”, “tendencia preocupante”, “efectos adversos”.

Hay otra categoría que podría enmarcarse en aquellos titulares que están contruidos con el fin de “orientar” a los padres, apelando a la lógica del “manual”, con expresiones como: “cómo saber”, “cuándo preocuparse”.

También se destacan, en un número elevado de titulares, palabras como “alerta”, “tendencia preocupante”, “último momento” y “advertencia” que dan cuenta de una percepción de la problemática como urgente y relevante.

(21) A lo largo de la investigación se ha tenido acceso al listado de líderes de opinión de uno de los laboratorios.

Denominación

En relación a la forma en que se denomina esta problemática, se observa cierta preponderancia de la mención con siglas en su versión inglesa, ya sea como TDA/H (Attention Deficit Disorder) o ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Una proporción mucho menor es la de la mención de la sigla en castellano, ya sea como SDA (Síndrome de Déficit de Atención), SDAH (Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad), o como, TDA (Trastorno del Déficit de Atención).

La frecuencia de la mención en inglés podría relacionarse con que la mayoría de los diarios elabora este tipo de notas a partir de cables enviados por agencias de noticias extranjeras, donde se mencionan descubrimientos, avances o investigaciones del campo de salud de países de habla inglesa, principalmente los Estados Unidos.

Por otro lado, el uso de siglas se observa asociado a una rápida forma de hacer corresponder la problemática con un “nombre/diagnóstico”, sin expresar el significado de las letras que la componen, y por lo tanto, sin mediar una reflexión acerca de cuál es el contenido de dicha construcción.

Diagnóstico

En las notas seleccionadas se expresan importantes problemas con el diagnóstico; esto se da cuenta tanto en la dificultad para la construcción y precisión diagnóstica, como en la falta de instrumentos adecuados para llevar adelante dicho proceso.

En este punto surgen diferencias de posicionamiento: algunos artículos plantean una fuerte tendencia unilateral hacia el diagnóstico médico. En este caso se hace hincapié en que solo el profesional médico, particularmente los pediatras o neurólogos, son los capacitados para realizar el diagnóstico. Es notable cómo estas notas a su vez revelan la existencia de “subdiagnósticos” (se mencionan 250.000 casos, pero deberían ser 500.000 (Diario de Cuyo 19/04/04; La Nación, 10/09/05).

Otros notas expresan la falta de diagnósticos llevados a cabo con rigor científico, y señalan la necesidad de un proceso diagnóstico inter o multidisciplinario. En este grupo a diferencia del anterior se remarca la existencia de “sobrediagnósticos médicos”.

Por otro lado, el tema “diagnóstico” aparece ligado al aumento de consultas en niños. Este crecimiento está articulado con señalamientos de “alarma”, “advertencia” y “preocupación”.

Medicación

Directamente vinculado al aumento de niños diagnosticados con TDA/H, aparece el señalamiento del aumento de niños medicados con psicofármacos: “Alertan que 200 mil alumnos van a la escuela medicados” (Diario Clarín, 22/04/07).

El concepto de “medicalización” es utilizado por los especialistas/expertos para dar cuenta de la tendencia de medicación. También utilizan el concepto “patologización” para referirse a la tendencia de “rotular” o “etiquetar” con el nombre de “trastorno” o “enfermedad” al comportamiento de los niños.

La mayoría de las notas connotan desacuerdo sobre la medicación de niños y señalan la preocupación por los posibles efectos adversos, inclusive casos de muerte (Página/12, 08/04/08) y adictividad a las drogas utilizadas para este tratamiento.

El tratamiento farmacológico se justifica —en algunas notas— definiendo al problema como “enfermedad”, “alteración funcional”, “afección médica”, “problema neurobiológico” o “problema genético”.

En relación a la droga utilizada para este diagnóstico, el metilfenidato es la que aparece mencionada con mayor frecuencia en las notas analizadas, ya sea con su nombre genérico o con sus nombres de fantasía o comercialización: Ritalina® o Ritalín®. Es menos frecuente en las notas analizadas la mención a la otra droga de indicada para el TDA/H: la atomoxetina.

De forma minoritaria, las drogas aparecen mencionadas por el grupo de medicamentos al que pertenecen: “estimulantes”, “psicoactivos” o “anfetaminas”.

Recomendaciones

Gran parte de las notas recomiendan atención en referencia al diagnóstico, narran el listado punteado de signos o síntomas que pueden permitir la identificación del diagnóstico, a partir de ubicar aspectos claves descriptivos del comportamiento del niño (Página/12, 12/02/05; La Nación, 10/09/06).

En otras oportunidades, las recomendaciones se orientan a mostrar la forma de prevenir el conflicto, apelando a un cambio en el contexto del niño, ya sea familiar o escolar.

Un número menor de consejos apuntan a facilitar al padre la consulta médica especializada, acercando direcciones útiles, páginas Web y nombres de profesionales (La Nación, 16/12/07).

Resulta particularmente interesante ver el tipo de recomendación que se extiende hacia los abordajes. En la gran mayoría de ellos, los medicamentos aparecen asociados a otras terapéuticas, o bien como última elección de tratamiento. Surgen recomendaciones hacia corrientes terapéuticas tales como la “psicología cognitiva” o “psicoanalítica”. El abordaje multidisciplinario que combina un tratamiento medicamentoso con psicoterapia o psicopedagogía, más el trabajo sobre el niño y su familia son los enunciados con mayor frecuencia.

Se destacan la dispersión en el tipo de recomendaciones, la dificultad de coincidir en líneas de acción y abordaje, y el alto número de notas en los que se enfatizan recomendaciones.

JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS

SECRETARÍA DE GABINETE Y GESTIÓN PÚBLICA

Creación del Consejo de Expertos en Gestión Pública

La Secretaría de Gabinete y Gestión Pública de la Jefatura de Gabinete de Ministros, en el marco del Plan Estratégico institucional, conformó el Consejo de Expertos en Gestión Pública. Este nuevo espacio multidisciplinario, integrado por prestigiosos especialistas extranjeros y argentinos —provenientes de diversos ámbitos—, procura colaborar en la actualización permanente de los procesos de formación e implementación de las políticas públicas para poder constituir un modelo de Estado y administración pública que permita profundizar el desarrollo con la inclusión social.

PRESENTACION

La Secretaría de Gabinete y Gestión Pública de la Jefatura de Gabinete de Ministros convocó a los más reconocidos especialistas nacionales e internacionales en temas de administración pública a integrar el Consejo de Expertos en Gestión Pública, para trabajar en forma conjunta en el diseño de políticas que se apliquen en la construcción de un Estado más fuerte, ágil, eficaz y transparente.

Creado por intermedio de la Resolución de la Secretaría de Gabinete y Gestión Pública N° 77 del 3 de diciembre del 2008, el Consejo de Expertos se enmarca en el Plan Estratégico de la Secretaría de Gabinete y Gestión Pública y tiene como objetivo reflexionar, debatir y realizar aportes para mejorar el funcionamiento de los organismos estatales y colaborar en el desarrollo de un Estado que pueda intervenir con eficiencia para resolver de manera efectiva las demandas de la sociedad.

INTEGRANTES

El Consejo está integrado por prestigiosos especialistas argentinos y extranjeros, quienes desempeñan sus funciones con carácter “ad honorem”.

Luego de una amplia convocatoria, se escogieron a sus treinta y cuatro (34) miembros, todos ellos referentes en materia de gestión pública, entre los que se destacan: Guillermo O'Donnell, Oscar Oszlak, Bernardo Klisberg, Adam Przeworski, Joan Subirats, Nuria Cunill Grau, la Diputada Nacional Claudia Bernazza, representantes sindicales y académicos, entre otros.

De acuerdo con lo expresado por la Resolución, el titular del Secretaría de Gabinete y Gestión Pública determina el funcionamiento del Consejo, así como también las actividades y la agenda de los temas que serán debatidos en las reuniones convocadas.

ESPACIO DE DIALOGO MULTIDISCIPLINARIO

La institucionalización de este espacio de diálogo multidisciplinario ratifica las políticas llevadas a cabo por la Secretaría de Gabinete y Gestión Pública para estrechar los lazos de los distintos organismos estatales con el ámbito académico.

El trabajo en conjunto permite que el Estado incorpore las tendencias actuales y las nuevas metodologías que buscan fortalecer los procedimientos administrativos y orientar la gestión pública al logro de resultados.

En este sentido, la Secretaría de Gabinete y Gestión Pública subraya la importancia del Consejo de Expertos en Gestión Pública porque su participación brindará nuevas miradas y perspectivas que enriquecerán la tarea cotidiana del organismo y permitirán seguir los rumbos propuestos por la planificación brindando coherencia y direccionalidad a políticas adoptadas.

Además, estas acciones colaboran en el proceso de constituir un Estado más inteligente, activo, eficiente y transparente, es decir, un Estado más fuerte, capaz de profundizar el camino de desarrollo con inclusión.

Teniendo presente la importancia del suceso a continuación se describirá el marco normativo que posibilitó la creación del Consejo de Expertos en Gestión Pública.

SECRETARIA DE GABINETE Y GESTION PUBLICA**CREACION DEL CONSEJO DE EXPERTOS EN GESTION PUBLICA****RESOLUCION N° 77/2008**

VISTO el Decreto N° 1266 del 31 de julio de 2008, y

CONSIDERANDO:

Que por el Decreto N° 1266/08 se creó la Secretaría de Gabinete y Gestión Pública dependiente de la Jefatura de Gabinete de Ministros.

Que la Secretaría de Gabinete y Gestión Pública tiene como objetivos, entre otros, entender en el diseño, implementación y seguimiento de la política de modernización del Estado, asistir al Jefe de Gabinete de Ministros en la determinación de los lineamientos estratégicos y en la propuesta de normas reglamentarias en la materia.

Que existe la necesidad de robustecer los procesos de formación e implementación de las políticas públicas, garantizando la solvencia técnica y atendiendo las actuales tendencias en materia de fortalecimiento de la gestión pública.

Que debe existir una mayor vinculación entre los procesos de gobierno, la implementación de las políticas públicas y los desarrollos técnicos y prácticos alcanzados por los especialistas en materia de Estado y administración pública, tomando en cuenta las nuevas metodologías que buscan fortalecer los procedimientos administrativos y orientar la gestión pública al logro de resultados.

Que en virtud de la estrecha vinculación que esta Secretaría mantiene con el ámbito académico, resulta imprescindible contar con la colaboración y la experiencia de docentes, investigadores, referentes de universidades nacionales e internacionales, centros de investigación y organismos internacionales afines en materia de gestión y políticas públicas.

Que también resulta importante recibir el aporte de responsables de gestión pública de otros niveles de gobierno, así como de los trabajadores estatales a través de sus representantes gremiales.

Que en este sentido, se considera necesario construir un espacio de reflexión y debate que coadyuve en el desarrollo de los programas propios de esta Secretaría con el fin de aportar a la actualización permanente de la gestión de las políticas públicas.

Que por tal motivo es oportuno conformar un Consejo de Expertos en Gestión Pública, institucionalizando este ámbito para contribuir a entablar un fructífero diálogo con referentes de máximo prestigio en la materia, con miras a satisfacer las necesidades señaladas.

Que el titular de la Secretaría de Gabinete y Gestión Pública decidirá su organización interna, su programa de actividades, su agenda temática, sus criterios metodológicos y los límites temporales para la elaboración de los informes respectivos.

Que a tal efecto, podrá convocar a especialistas de distintas disciplinas con el objeto de exponer y participar de las deliberaciones y debates, enriqueciéndolos con la dimensión pluridisciplinaria.

Que a fin de propiciar el funcionamiento más eficiente, se estima conveniente dotarlo de una Secretaría Técnica, debiéndosele facilitar los recursos necesarios para su cometido.

Que resulta conveniente designar como Secretario Técnico al titular de la Coordinación Ejecutiva de esta Secretaría.

Que la presente se dicta de acuerdo a las facultades conferidas por los Decretos Nros. 101 del 16 de enero de 1985 y sus modificatorios y N° 1266/08.

Por ello,

EL SECRETARIO DE GABINETE Y GESTION PUBLICA

RESUELVE:

Artículo 1º: Créase, en el ámbito de la Secretaría de Gabinete y Gestión Pública, el Consejo de Expertos en Gestión Pública, cuyo objetivo será reflexionar, debatir y realizar aportes sustanciales para el desarrollo de los programas propios de esta Secretaría.

Artículo 2º: Intégrase el Consejo de Expertos en Gestión Pública por las personas que se individualizan en el Anexo que forma parte integrante de la presente, quienes desempeñarán las funciones encomendadas con carácter “ad honorem”.

Artículo 3º: El titular de la Secretaría de Gabinete y Gestión Pública determinará su funcionamiento interno y sus actividades y podrá convocar a especialistas de las distintas disciplinas afines a participar de las deliberaciones y debates.

Artículo 4º: Las Subsecretarías de Gestión y Empleo Público y de Tecnologías de Gestión y demás dependencias de esta Secretaría brindarán la información y asistencia que les fuera requerida por el Consejo de Expertos en Gestión Pública.

Artículo 5º: Designase como Secretario Técnico del Consejo de Expertos en Gestión Pública al Dr. Marcelo Adrián Bufacchi, Coordinador Ejecutivo de esta Secretaría, que desempeñará sus funciones con carácter “ad honorem”, brindando el auxilio administrativo que resulte necesario para su funcionamiento.

Artículo 6º: Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.—Juan M. Abal Medina.

ANEXO

- Dr. Carlos Acuña.
- Dr. Pedro Enrique Andrieu.
- Ing. Claudia Bernazza.
- Lic. Mario Burkun
- Dr. Eduardo Bustelo Graffigna.
- Lic. Horacio Cao.
- Dr. Marcelo Cavarozzi.
- Dra. Nuria Cunill Grau.
- Dr. Alejandro Estevez.
- Dr. Sebastián Etchemendy.
- Dr. Julio César Fernandez Toro.
- Lic. Pablo Fontdevila.
- Lic. Mercedes Iacoviello.
- Dr. Bernardo Kliksberg.
- Lic. Mario Krieger.
- Lic. Francisco Longo.
- Lic Marcos Makón.
- Prof. Caio Marini.
- Dr. Roberto Martínez Nogueira.
- Sr. Pablo Micheli.

- Dr. Guillermo O'Donnell.
- Dra. Dora Orlansky.
- Dr. Oscar Oszlak.
- Dra. Marta Oyhanarte.
- Lic. Adam Przeworski.
- Dr. Fabián Repetto.
- Sr. Andrés Rodríguez.
- Prof. Carlos Ruta.
- Dr. Julio Saguir.
- Dr. Bianor Scelza Cavalcanti.
- Lic. Guillermo Schweinheim.
- Lic. Fernando Straface.
- Prof. Joan Subirats.
- Lic. Pablo Vinocur.

JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS
SECRETARA DE AMBIENTE Y DESARROLLO SUSTENTABLE

Acciones de la Coordinación General para la Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos

La Coordinación General para la Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable implementa la Estrategia Nacional de Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos. Desde esta institución se impulsan diferentes acciones para fomentar y proteger el desarrollo de sistemas sostenibles de gestión de residuos sólidos urbanos. Programas nacionales, provinciales y municipales, y el Observatorio Nacional se destacan como las principales herramientas de esta temática para consolidar una política de Estado.

INTRODUCCION

La Coordinación General para la Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos es el área de trabajo perteneciente a la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable (SAyDS), de la Jefatura de Gabinete de Ministros, responsable de promover y apoyar el desarrollo de sistemas sostenibles de gestión de residuos sólidos urbanos en todo el territorio nacional.

Esta Coordinación asume el compromiso de llevar adelante la Estrategia Nacional de Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos (ENGIRSU), articulando recursos nacionales, provinciales y municipales con el objetivo de encontrar soluciones adecuadas para el manejo de los residuos y así configurar una consistente política de Estado.

LA COORDINACION TIENE COMO OBJETIVOS

- Actualizar e implementar la ENGIRSU, a través de la asistencia técnico-financiera a las provincias y municipios.
- Articular con otras áreas del gobierno nacional, provincial y municipal criterios y metodologías para la Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos (GIRSU).
- Impulsar el desarrollo de proyectos para la eliminación de basurales a cielo abierto.
- Asistir técnicamente al Componente de Residuos Sólidos Urbanos de la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR).
- Promover la creación de áreas específicas para la implementación de los Planes GIRSU a nivel local o regional.
- Desarrollar el Observatorio Nacional para la Gestión de Residuos Sólidos Urbanos, a los fines de promover la formación, información y comunicación ambiental en la materia.

PROGRAMAS Y PROYECTOS

La Coordinación General para la Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos, cuenta con los siguientes programas y proyectos para la consecución de sus objetivos:

1. Proyecto Nacional para la Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos -PNGIRSU- (Convenio de Préstamo BIRF 7362-AR).
2. Programa de Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos en Municipios Turísticos -PGIRSUMT- (Convenio de Préstamo BID 1868 OC-AR).
3. Programas Municipales para la Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos.

4. Observatorio Nacional para la Gestión de Residuos Sólidos Urbanos.

1. PROYECTO NACIONAL PARA LA GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS SOLIDOS URBANOS

Objetivo General

Este proyecto es impulsado por el Gobierno Nacional con el objetivo de implementar soluciones integrales –a través de emprendimientos sostenibles– para la problemática de los residuos en todas las provincias del país.

El proyecto brinda asistencia técnica y financiera a modo de incentivo, para que las provincias y municipios puedan elaborar sus propios planes y sistemas de gestión integral. Con este fin, se prevé la financiación de los costos de infraestructura para la disposición final y sus sistemas asociados, a través de la construcción de rellenos sanitarios, plantas de tratamiento, estaciones de transferencia y cierre de basurales a cielo abierto, según se requiera. Otros de los componentes tenidos en cuenta son: el fortalecimiento institucional y la elaboración de planes para la inclusión social de los recuperadores informales de residuos.

A partir de este objetivo general se desprenden los siguientes objetivos específicos

- Construir centros de disposición final regionales en los casos que sea factible, plantas de tratamiento y estaciones de transferencia según se requiera, además del cierre de los basurales a cielo abierto.
- Brindar asesoramiento en la gestión financiera municipal para la recuperación de costos.
- Asesorar en la adopción de políticas, leyes y marcos institucionales que aseguren la sostenibilidad de los sistemas de gestión integral.
- Implementar planes para la inclusión social de los recuperadores informales de residuos.
- Establecer políticas para minimizar los residuos a generar y disponer, y para su máxima valorización en todas las etapas de la gestión integral.
- Aprovechar la oportunidad que representa el financiamiento a través de Mecanismos para un Desarrollo Limpio (MDL) por medio de la identificación de proyectos que reduzcan emisiones de gases de efecto invernadero.

Componentes

Fortalecimiento Institucional

El objetivo de este componente es fortalecer los acuerdos institucionales para la gestión integral de residuos a nivel nacional, provincial y municipal, a efectos de promover la implementación de la Estrategia Nacional de gestión de residuos, estableciendo nuevos mecanismos institucionales o reforzando aquellos existentes.

Asimismo, se impulsa el fortalecimiento de las unidades vinculadas a los residuos de las diferentes áreas de gobierno, promoviendo los recursos y las capacidades que les permitan insertar en forma efectiva los principios de la gestión integral en sus políticas, planes y programas.

Este componente financiará:

- Asistencia Técnica a las Provincias y Municipios para la elaboración de Planes GIRSU, es de suma importancia el concepto de planeamiento estratégico y la regionalización que promueve la formación de una estructura legal que agrupe al conjunto de municipios que decidan disponer en un sólo relleno sanitario los residuos generados en todos ellos, de manera de generar economías de escala y minimizar la inversión y los costos de operación.
- Diseño e implementación de Planes de Capacitación, destinado a profesionales y decisores políticos en temas relacionados con la gestión de los RSU.
- Desarrollo de estudios técnicos para la implementación de programas de minimización y reciclaje. Se podrán financiar estudios que promuevan el reciclaje (estudios de materiales recuperados e incentivos para reciclar, etc.), estudios para el diseño de estrategias de minimización de residuos, y estudios técnicos para el cierre y remediación de basurales.
- Diseño de Estrategias de Comunicación, a los fines de incrementar los niveles de sensibilización, participación y educación ciudadana para el fortalecimiento y sostenibilidad de la GIRSU.
- Manejo, monitoreo y evaluación del Proyecto.

Todas las provincias y/o municipios del país podrán ser beneficiarios de este componente del Proyecto, con excepción del Area Metropolitana de Buenos Aires.

Infraestructura

Este componente financiará la construcción del primer módulo de un relleno sanitario (con un mínimo de vida útil de 4 años), rutas de acceso, cerco perimetral e instalaciones auxiliares y de mantenimiento. El relleno sanitario deberá tener un horizonte temporal mínimo de 12 años y deberá cumplir con ciertos estándares técnicos (impermeabilización, drenaje de los líquidos y tratamiento de lixiviados, control de gases y sistema de monitoreo).

También se podrá financiar la construcción de estaciones de transferencia y plantas de tratamiento.

Por otra parte, se incluirá financiamiento para el cierre de los basurales existentes, sólo de aquellos municipios que: resulten beneficiarios de este componente, que cuenten con el

relleno sanitario construido, y cuente con el plan de inclusión social para los recuperados informales.

Para que las provincias, o municipios puedan ser acreedores de fondos bajo este componente, deberán cumplir con los Criterios de Elegibilidad e integrar los aportes de contraparte conforme a los porcentajes definidos.

A su vez, como resultado de la implementación de sistemas de GIRSU y la construcción de las instalaciones correspondientes, es posible el desarrollo de Proyectos de Mecanismo para un Desarrollo Limpio (MDL). De este modo, se espera que las jurisdicciones involucradas puedan beneficiarse del Financiamiento de Carbono a través de la obtención de recursos generados por la venta de Reducciones de Emisiones Certificadas (REC), y que puedan destinarlos a financiar parcialmente los costos de Operación y Mantenimiento (O&M) de la disposición final.

Plan de Inclusión Social

Este componente financiará el diseño e implementación de planes sociales destinados a la inclusión y formalización del trabajo de los recuperadores informales de residuos que se encuentren trabajando en aquellos basurales a ser clausurados.

También será posible apoyar actividades relacionadas con el fortalecimiento institucional, a nivel nacional y local, para dimensionar y manejar problemas sociales complejos que aparezcan como consecuencia de la implementación de los nuevos sistemas de gestión. En este sentido, se podrán financiar actividades específicas tales como la asistencia técnica para la creación de micro emprendimientos y/o cooperativas, y la promoción de acuerdos público-privados en materia de reciclado.

Sólo podrán acceder al financiamiento de este componente aquellas provincias y municipios que hayan resultado beneficiarias del componente 2, Infraestructura, del Proyecto.

Jurisdicciones involucradas

Las jurisdicciones involucradas hasta la fecha son:

- Provincia del Chubut.
- Provincia de Tucumán.
- Provincia de San Juan.
- Provincia de Jujuy.
- Provincia de Salta.
- Provincia de Santa Fe.
- Provincia de Chaco.
- Provincia de Santa Cruz.
- Provincia de Córdoba.
- General Pueyrredón (Buenos Aires).
- Rosario (Santa Fe).
- Córdoba (Córdoba).
- Zárate-Campana (Buenos Aires).
- Area Metropolitana La Plata (Buenos Aires).
- Comodoro Rivadavia (Chubut).
- Consorcio San Martín, Santa Rosa, La Paz, Rivadavia y Junín (Mendoza).
- Uspallata (Mendoza).
- Area Metropolitana Mendoza (Mendoza).

Modalidad de Financiamiento

La fórmula de asignación del subsidio tiene un componente fijo que representa el incentivo mínimo, y otro componente variable, según las diferencias socio-económicas entre las provincias. El porcentaje restante será cubierto por las jurisdicciones participantes, a modo de contraparte. Estos subsidios sólo aplican para los costos de infraestructura iniciales y no para los costos de módulos subsecuentes, los de operación o mantenimiento.

Provincia	Aporte Nación	Contraparte Provincial
Buenos Aires	69%	31%
Catamarca	75%	25%
Chaco	83%	17%
Chubut	66%	34%
Córdoba	66%	34%
Corrientes	81%	19%
Entre Ríos	71%	29%
Formosa	86%	14%
Jujuy	82%	18%
La Pampa	64%	36%
La Rioja	72%	28%
Mendoza	71%	29%
Misiones	82%	18%

Provincia	Aporte Nación	Contraparte Provincial
Neuquén	67%	33%
Río Negro	69%	31%
Salta	81%	19%
San Juan	76%	24%
San Luis	70%	30%
Santa Cruz	61%	39%
Santa Fe	68%	32%
Santiago del Estero	82%	18%
Tierra del Fuego	61%	39%
Tucumán	80%	20%

Criterios de Elegibilidad

Todas las provincias y municipios del país podrán acceder a los beneficios previstos del Proyecto. En particular, los componentes de infraestructura y planes de inclusión social, sólo podrán acceder aquellas jurisdicciones que cumplan con los Criterios de Elegibilidad e integren, respecto a las obras, los porcentajes de contraparte correspondientes.

Los Criterios de Elegibilidad para el Componente 2 de Infraestructura se basan en la existencia de necesidades y prioridades locales demostrables, disposición para asumir el liderazgo del Proyecto y trabajar junto a otros municipios para encontrar las mejores soluciones regionales costo-efectivas, para la instalación de centros de tratamiento y disposición final adecuados para los RSU, y la planificación para lograr soluciones financieras sustentables.

A los fines de obtener el financiamiento, las jurisdicciones deberán pasar por las siguientes etapas:

- La etapa de Pre-Selección verificará la adecuación de los estudios y documentos de las jurisdicciones. En caso que dicha información sea suficiente y apropiada, el Sub-proyecto será pre-seleccionado por la Coordinación General para la Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos para avanzar en el proceso.
- En la etapa de Selección, se comprobará el estado de avance, entre otros aspectos, en la profundización de los estudios, en la formalización de una serie de compromisos, y en la emisión de ciertos instrumentos legales, orientados fundamentalmente a proporcionar el marco de sostenibilidad para su implementación. La evaluación de la adecuación de dicho marco, por parte de la Coordinación y el Banco Mundial, implicará la Selección del Sub-proyecto para el financiamiento de las obras civiles involucradas.
- Finalmente, el cumplimiento de los Criterios de Elegibilidad correspondientes a la etapa de Ejecución del Sub-proyecto, implicará la aprobación para el desembolso de los fondos.

Debe remarcarse que en el contexto de este Componente, el Proyecto financiará sólo la infraestructura básica y las actividades complementarias, tales como la clausura y rehabilitación (en caso de ser necesario) de basurales a cielo abierto.

2. PROGRAMA DE GESTION INTEGRAL DE RSU EN MUNICIPIOS TURISTICOS

Objetivo General

La finalidad del Programa es apoyar la sustentabilidad ambiental en los municipios turísticos de Argentina, a través de la implementación de Programas de Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos. Para ello, se prevé asistir a la gestión local mediante proyectos para: (i) implementar soluciones técnica, ambiental y financieramente viables; (ii) fortalecer las capacidades de los municipios para que puedan ejercer efectivamente sus competencias en materia de gestión de residuos; y (iii) ampliar la conciencia y participación de las comunidades locales en esta materia.

Componentes

El Programa cuenta con dos subprogramas, los cuales comparten los mismos objetivos pero difieren sus alcances:

- Subprograma 1: Es ejecutado por la Secretaría de Turismo de la Nación (SEC-TUR), trabaja con Municipios colindantes con Parques Nacionales, Areas y Reservas Naturales Protegidas, Nacionales y Provinciales.
- Subprograma 2: Está a cargo de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación (SAYDS), alcanza a los municipios turísticos cuya gestión de residuos no está incluida en el correspondiente Plan de Regionalización Provincial, y que enfrentan costos ambientales o paisajísticos no deseables. Bajo este programa, se identificaron 75 proyectos susceptibles de financiamiento.

- Componente 1-Estudios

Se financiarán estudios de factibilidad técnica, económica, financiera, ambiental, social e institucional para brindar una solución integral, ambientalmente adecuada y costo eficiente para la recolección, transporte y disposición final de RSU; y otros estudios ambientales, incluyendo el aprovechamiento de biogás para la generación de electricidad. El Programa también financiará diseños finales de ingeniería, costos de los proyectos individuales y el desarrollo de la licitación para la construcción de obras y la contratación de servicios relacionados.

- Componente 2-Obras

Se prevé el financiamiento para la construcción de nuevos rellenos sanitarios y plantas de transferencia y/o separación de RSU. Asimismo, se podrá incluir el cierre ambientalmente adecuado de basurales a cielo abierto identificados como focos de contaminación e impactos visuales que afectan el equilibrio paisajístico de las zonas turísticas.

- Componente 3-Fortalecimiento Municipal

Como parte del Proyecto se financiará asistencia técnica a las unidades responsables de la gestión de RSU en los municipios participantes. Las actividades se focalizarán en las áreas de manejo técnico y ambiental de obras, administración de bienes y servicios, administración de contratos de servicios y consorcios con el sector privado, y gestión contable-financiera.

- Componente 4-Actividades Comunitarias

Se incluirá financiamiento para llevar a cabo campañas de concientización y promoción de prácticas domiciliarias para la minimización de la generación, separación en la fuente, así como otras actividades que promuevan la participación de la comunidad en la solución de los problemas de manejo de los RSU. Asimismo se financiarán actividades de capacitación para trabajadores informales a fin de lograr su inclusión en el mercado laboral formal.

Jurisdicciones involucradas a la fecha

- Malargue (Mendoza).
- General Alvear (Mendoza).
- Paraná (Entre Ríos).
- Gualeguaychú (Entre Ríos).
- Consorcio Villa Gesell, Pinamar, Partido de la Costa, General Madariaga, General Lavalle (Buenos Aires).
- San Antonio de Areco (Buenos Aires).
- Luján (Buenos Aires).
- Consorcio Humahuaca, La Quiaca, Tilcara, Maimará, Purmamarca y Tumbaya (Jujuy).
- Termas de Río Hondo (Santiago del Estero).
- Consorcio San Martín y Angaco (San Juan).

Criterios de elegibilidad

- Criterios de elegibilidad de los Municipios

Serán elegibles para recibir financiamiento del Programa los municipios que cumplan los siguientes criterios:

- Municipios comprendidos en uno de los 12 corredores turísticos definidos en el Plan Federal Estratégico de Desarrollo Turístico (PFETS).
- Municipios turísticos pertenecientes a uno de los corredores turísticos priorizados en la ejecución del programa 1868/OC-AR, y en otros programas financiados por el Banco para el desarrollo turístico de esos corredores.
- Municipios que demuestren que la solución de regionalización provincial representa el mínimo costo económico, ambiental o paisajístico.
- Municipios Turísticos que integren Planes de Regionalización Provincial, y que demuestren que la solución individual representa el mínimo costo económico, ambiental o paisajístico.

- Criterios de elegibilidad de los proyectos presentados para financiamiento bajo el Programa.

Serán elegibles para recibir financiamiento del Programa los proyectos de gestión integral de RSU que:

- Tengan por objeto realizar obras asociadas al manejo integral de residuos sólidos urbanos incluyendo la construcción de rellenos sanitarios, estaciones de transferencia, centros de recolección y cierre de basurales a cielo abierto, con inversiones y asistencia asociadas dirigidas a hacer un manejo integrado de los RSU.
- Incluyan actividades de fortalecimiento municipal dirigidas a mejorar su capacidad en materia de GIRSU, gestión ambiental, gestión financiera, y manejo de contratos de servicios con el sector privado.
- Garanticen la propiedad fiscal de los terrenos donde se construirán las principales obras del proyecto y que éstos se encuentren libres de ocupantes.

- Elegibilidad de los rubros de costos de los proyectos presentados para financiamiento bajo el Programa

Los recursos del Programa podrán ser utilizados para:

- Estudios de Factibilidad, Diseño Final y Pliegos de Licitación para el desarrollo de proyectos que hayan sido declarados elegibles.
- Análisis Ambientales que garanticen la viabilidad ambiental y social de las inversiones propuestas, e incluyan las respectivas consultas de grupos de interés y comunitarias, y las respectivas medidas de mitigación ambiental y social.
- Construcción de las obras de manejo de RSU en el contexto de un plan de gestión integral, incluyendo la construcción de rellenos sanitarios nuevos o la ampliación de rellenos existentes, la construcción de plantas de separación y transferencia, y el cierre de basurales a cielo abierto.
- Actividades de asistencia técnica y fortalecimiento institucional dirigidas a mejorar la capacidad de los municipios participantes en materia de GIRSU, gestión ambiental, gestión financiera, manejo de contratos de servicios con el sector privado, y captación de recursos necesarios para cubrir los costos de Operación y Mantenimiento de las obras financiadas.
- Actividades de concientización y educación ambiental destinadas a la comunidad en general para incentivar la separación en origen y la reutilización domiciliar así como al difusión de la nueva gestión propuesta. Capacitación a las cooperativas de recuperadores de residuos.

3. PROGRAMAS MUNICIPALES PARA LA GESTION INTEGRAL DE RSU

Objetivo General

El objeto de este componente es brindar asistencia técnico financiera a municipios de todo el país a los fines de lograr una gestión sustentable de los residuos sólidos urbanos, a través del desarrollo de proyectos en lo referente a:

- La elaboración y desarrollo de Planes Integrales de Gestión de Residuos Sólidos Urbanos.
- La ejecución de proyectos para la eliminación de basurales a cielo abierto.
- La construcción de rellenos sanitarios o la ampliación de rellenos existentes.
- El montaje de plantas de separación y reciclaje de residuos sólidos urbanos, y la adquisición de equipamiento para la misma.
- La adquisición de vehículos destinados a la recolección de residuos y maquinaria asociada a la adecuada gestión de los mismos.
- El desarrollo y ejecución de programas de gestión y capacitación en materia de residuos.

Jurisdicciones involucradas a la fecha

- Provincia de Buenos Aires: Benito Juarez / Capitán Sarmiento / Exaltación de la Cruz / Exaltación de la Cruz / General Paz / José C. Paz / La Plata / Lincoln / Luján / Mar Chiquita / Necochea / Olavarría / Pellegrini / Quilmes / Saladillo / Salto / Tapalqué / Vicente Lopez.
- Provincia de Catamarca: Recreo / Santa María.
- Provincia de Chaco: General Pinedo / Villa Angélica.
- Provincia del Chubut: Cholila / Epuyén / Sarmiento.
- Provincia de Córdoba: Achiras / Adelia María / Agua de Oro / Alejandro Roca / Alejo Ledesma / Almafuerie / Bulnes / Calchín Oeste / Capilla del Monte / Chazon / Colonia Caroya / Córdoba / Coronel Moldes / Despeñaderos / Estación Gral. Paz / Estación Juarez Celman / Exaltación de la Cruz / General Deheza / Hernando / Huica Renancó / Jesús María / La Calera / La Carlota / La Cumbre / La cumbre San Esteban / La Falda / La Granja / La Laguna / La Para / Laborde / Laboulaye / Laguna Larga / Las Arrias / Las Calles / Los Cedros / Los Cocos / Luyaba / Monte Cristo / Monte Maíz / Morrison / Nono / Obispo Trejo / Oliva / Parque Calmayo / Pascanas / Pilar / Quilino / Río Cuarto / Río de Los Sauces / Río Primero / Saldán / Salsipuedes - Ente Colón / San Agustín / San Antonio de Arredondo / San Francisco / San Marcos Sierra / Sarmiento / Sinsacate / Tanti / Unquillo / Vicuña Mackenna / Villa Ascasubi / Villa del Soto / Villa Dolores / Villa General Belgrano / Villa Giardino / Villa María / Villa Nueva / Villa Sarmiento / Yacanto.
- Provincia de Corrientes: Mercedes / Monte Caseros / Santa Ana / Santa Rosa / Virasoro.
- Provincia de Entre Ríos: Basavilbaso / Bovril / Colón / Colonia Avellaneda / Concepción del Uruguay / Concordia / Conscripto Bernardi / Crespo / Diamante / Federación / Federal / La Paz / Larroque / Lucas Gonzalez / Nogoyá / Paraná / Rosario del Tala / San José de Feliciano / Seguí / Urdinarrain / Viale / Villa Paranacito / Villa Tabossi.
- Provincia de Formosa: Clorinda / El Colorado.
- Provincia de Jujuy: Cangrejillos / Cusi Cusi / El Volcán / Libertad General de San Martín / Palma Sola / Palpalá / Tilcara / Volcán / Yala / Yavi.
- Provincia de La Pampa: Arata / Eduardo Castex.
- Provincia de La Rioja: Coronel Felipe Varela / Depto. General Belgrano Olta / La Rioja
- Provincia de Misiones: Montecarlo / Oberá.
- Provincia del Neuquén: Chos Malal / El huecu / Pulmari – Aluminé / Rincón de los Sauces / Vista Alegre / Zapala.
- Provincia de Río Negro: Campo Grande / Cervantes / Choele choel / Fernandez Oro / Gral. Enrique Godoy / Lamarque / Pilcaniyeu / Ramos Mexía / Río Colorado / San Carlos de Bariloche / Sierra Colorada / Villa Regina.
- Provincia de Santa Cruz: El Calafate / El Chaltén / Jaramillo y Fitz Roy / Pico Truncado.
- Provincia de Santa Fe: Ambrosetti / Arequito / Berabevú / Cañada de Gómez / Casilda / Chabas / Chañar Ladeado / Coronda / Coronda/ cuerpo I y II / Coronel Bogado / Curupaity / Empalme Villa Constitución / Esperanza / Felicia / Firmat / Funes / Galvez / Laguna Paiva / Pavón / Pérez / Rafaela / Reconquista / Salto Grande / Santa Isabel / Venado tuerto / Villa Ocampo.
- Provincia de Santiago del Estero: Frías / Pinto / Villa Ojo de Agua.
- Provincia de Tierra del Fuego: Río Grande / Tolhuin / Ushuaia.
- Provincia de Tucumán: Aguilares / Concepción / Famaillá / Monteros / San Miguel de Tucumán / Simoca / Tafí Viejo.

Modalidad de financiamiento

Los proyectos asistidos son financiados mediante fondos de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación. Los mismos son transferidos al municipio en carácter de aporte no reintegrable con cargo de rendición de cuentas.

Criterios de elegibilidad

- Presentación de Proyecto: El proyecto debe ser presentado mediante nota de la máxima autoridad municipal dirigida al Secretario de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación.
- La misma debe ser acompañada del proyecto municipal signado en todas sus fojas, en el cual debe constar mínimamente.
- Nombre del proyecto
 - Descripción y objetivos del mismo, destacando etapas y prioridades, de corresponder.
 - Localización o área de influencia
 - Población del municipio
 - Breve descripción del sistema de gestión de residuos municipal

- Monto solicitado
- Características hidrogeológicas del sitio, de corresponder.
- Presentación de documentación: El municipio debe presentar la siguiente documentación signada por la máxima autoridad municipal:
 - Acreditación de personería de la máxima autoridad municipal en copia debidamente certificada.
 - Designación del referente técnico del proyecto.
 - Presentación de la documentación que acredite al uso, goce y/o disposición del predio en el cual se llevará a cabo el proyecto.
 - Presentación de la documentación referente a la situación frente al IVA del Municipio.
 - Comprobante de la habilitación de una cuenta corriente específica en el Banco de la Nación Argentina u otra institución bancaria habilitada por el Ministerio de Economía a efectos de percibir los fondos.
 - Nota de la máxima autoridad manifestando la cuenta en que deben ser depositados los fondos.
 - Encuesta para Municipios sobre Gestión de Residuos Sólidos Urbanos completa.
- Evaluación Técnico financiera: En esta etapa es evaluado el proyecto en sus especificaciones técnicas, metodología, pertinencia y conformidad del presupuesto con las tareas a desarrollar.

El Proyecto observar los lineamientos planteados en la Estrategia Nacional para la Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos.

Una vez finalizada esta última etapa la solicitud debe cumplimentar con una serie de análisis legales y financieros, a fin de poder culminar en la firma de un Acuerdo Marco entre la Secretaría y el Municipio, un Protocolo Complementario al mismo y la prosecución del trámite de fondos del Secretario de Ambiente y Desarrollo Sustentable.

4. OBSERVATORIO NACIONAL PARA LA GESTION DE RESIDUOS SOLIDOS URBANOS

Como área de trabajo de la Coordinación General para la Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos, el Observatorio desarrolla y coordina actividades de capacitación, elabora informes, estudios e investigaciones, sistematiza y clasifica la información desarrollada por los programas y proyectos anteriormente mencionados.

El sitio Web del Observatorio es el instrumento que permite difundir, socializar y extender la información contenida por esta área de trabajo y así, poder establecer vínculos para contribuir al trabajo en red entre sectores gubernamentales, académicos, empresariales y de la sociedad civil, con el propósito de articular diferentes aspectos y alternativas de solución a la problemática de los Residuos Sólidos Urbanos.

Ejes de Trabajo

- Información y comunicación
- Aborda el tratamiento de la información ambiental existente en nuestro país en materia de gestión de Residuos Sólidos Urbanos. El objetivo radica en propiciar un análisis crítico de la realidad mediante la construcción de saberes ambientales, constituyendo un soporte para la política ambiental en la República Argentina. En este sentido, permite coordinar acciones vinculadas al intercambio y compilación de información con organismos e instituciones involucrados en la temática, propiciando la participación ciudadana.
- Capacitación
- Promueve el desarrollo y la coordinación de actividades de capacitación de recursos humanos, a efectos de mejorar el abordaje de la Gestión de los Residuos Sólidos Urbanos.
- Investigación y Desarrollo
- Impulsa el fortalecimiento y la promoción de líneas de trabajo e investigación, orientadas al desarrollo de nuevas tecnologías que permitan abordar la problemática de la gestión de Residuos Sólidos Urbanos desde una óptima perspectiva técnico-operativa. Además, incentiva la investigación científica básica y aplicada en la materia, así como la difusión, socialización y extensión de los conocimientos obtenidos.

MINISTERIO DE CIENCIA, TECNOLOGIA E INNOVACION PRODUCTIVA
SECRETARIA DE PLANEAMIENTO Y POLITICAS

Distinción Investigador de la Nación Argentina

La Secretaría de Planeamiento y Políticas dependiente del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva organiza el premio titulado “Distinción Investigador de la Nación Argentina”. Este reconocimiento tiene como misión honrar el trabajo científico-tecnológico de los investigadores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación que contribuyan a producir nuevos conocimientos, formar recursos humanos, y generar innovaciones tecnológicas que posibiliten tener un impacto social y productivo.

PRESENTACION

- El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva otorga un reconocimiento a la labor del sector científico-tecnológico mediante la Distinción Investigador de la Nación Argentina.
- Organizado por la Secretaría de Planeamiento y Políticas del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva, el galardón distingue las contribuciones de los investigadores postulantes en:
- La producción de nuevos conocimientos.

- El impacto social y productivo de las innovaciones tecnológicas.
- La formación de recursos humanos.

PRINCIPALES CARACTERISTICAS

En su edición 2009 la distinción cuenta con un nuevo esquema diseñado sobre la base de la reglamentación de la Ley N° 25.467 y la conformación de un Consejo Asesor integrado por personalidades de reconocida trayectoria en el sector científico y académico.

El Consejo Asesor tiene a su cargo el apoyo y asesoramiento en el diseño de la distinción, los procedimientos de evaluación y todo lo atinente a su reglamentación. El mismo está integrado por personalidades de reconocido prestigio profesional, científico, intelectual y académico.

Sus integrantes son: Dra. María Cristina Añon, Dra. Ana María Antón, Dr. Vicente Barros, Dr. Eduardo Charreau, Dr. José Carlos Chiaramonte, Dr. Diego de Mendoza, Dra. Elena Rojas Meyer, Dra. Felisa Molinas, Dra. Clelia Riera, Dr. Roberto Rossi, Dr. Enrique Valles y Dr. Roberto Williams.

CATEGORIAS

La distinción se organiza en dos categorías:

- Premios Houssay (investigadores menores de 45 años al primero de enero del año en curso).
- Premios Houssay Trayectoria (investigadores mayores de 45 años).

Al mismo tiempo, cada categoría estará dividida en 8 áreas de conocimiento:

- Física, matemática, ciencias de la computación.
- Química, bioquímica, biología molecular.
- Ciencias biológicas, ciencias agrarias, veterinaria.
- Ciencias de la tierra, astronomía.
- Ciencias médicas.
- Ciencias sociales (psicología, economía, ciencias de la educación, sociología, derecho, demografía, geografía, ciencias políticas).
- Ciencias humanas (historia, lingüística, antropología, literatura, filosofía).
- Ingenierías, arquitectura, informática.

Los ganadores en cada área del conocimiento recibirán:

- Premios Houssay: diploma, medalla y \$20.000.
- Premios Houssay Trayectoria: diploma, medalla y \$30.000.

Entre los ganadores de los Premios Houssay Trayectoria se elegirá al Investigador de la Nación Argentina que obtendrá como distinción una medalla de oro.

POSTULACIONES

Los candidatos deberán ser presentados, ya sea a través de postulación o aval, por los organismos y entidades integrantes del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, conforme lo define el artículo 4° de la Ley N° 25.467.

La postulación o el aval de los candidatos deberá ser realizado por la máxima jerarquía institucional excepto en el caso de las universidades nacionales en donde las facultades que integran las mismas pueden presentarlos u otorgarlos.

Las instituciones científicas deberán enviar por correo postal una carta de postulación de candidatos a: "Distinción Investigador de la Nación", Av. Córdoba 831, piso 7, C1054A-AH, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En la misma, deben mencionar los siguientes datos de sus investigadores postulados: nombre completo, tipo y número de documento, número de CUIT o CUIL, dirección de correo electrónico y teléfono de contacto.

La fecha límite para que las instituciones científicas envíen los datos de sus postulados fue el 10 de junio de 2009.

De la misma forma, los investigadores que opten por presentarse avalados por una institución, deberán enviar una carta con los mismos datos y adjuntando el aval. La fecha límite para esta modalidad de presentación es el 7 de agosto de 2009.

Podrán postularse los ganadores en la Categoría Joven de los anteriores Premios Houssay, en cualquiera de sus ediciones. Quedan excluidos de la participación los ganadores en las categorías Consolidado y Trayectoria.

NOMINA DE INSTITUCIONES

Las instituciones integrantes del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación habilitadas para presentar o avalar candidatos son:

- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).
- Comisión Nacional de Energía Atómica (CNEA).
- Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA).
- Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI).

- Comisión Nacional de Actividades Espaciales (CONAE).
- Servicio Geológico Minero Argentino (SEGEMAR).
- Instituto Nacional de Desarrollo Pesquero (INIDEP).
- Instituto Nacional del Agua (INA).
- Centro de Investigación Tecnológica de las Fuerzas Armadas (CITEFA).
- Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS).
- Consejo Interuniversitario Nacional (CIN).
- Consejo de Rectores de Universidades Privadas (CRUP).
- Universidades Nacionales y Privadas.
- Academias Nacionales.
- Instituciones Provinciales de Ciencia y Tecnología.

INSCRIPCION

Una vez recibida la carta con la postulación o aval institucional, se le asignará a cada candidato un nombre de usuario y una clave para ingresar sus antecedentes a través del aplicativo on line, a partir del 16 de junio del corriente año. Deberá llenar en forma completa los campos allí contenidos.

El aplicativo contará con la ayuda de un instructivo para facilitar el correcto llenado de sus campos. La fecha límite para la carga de los antecedentes es el 18 de agosto del corriente año.

Las fechas importantes para tener presente son las siguientes:

- Postulación de candidatos presentados por instituciones: hasta el 10 de junio de 2009.
- Postulación de investigadores con aval de una institución: hasta el 7 de agosto de 2009.
- Carga de antecedentes: hasta el 18 de agosto de 2009.

EVALUACION

Para la evaluación de los postulantes se tomarán en cuenta:

- Las contribuciones desarrolladas en la República Argentina en la producción de nuevos conocimientos.
- El impacto social y productivo de las innovaciones tecnológicas.
- La formación de recursos humanos.
- La residencia del investigador en el país o la permanencia transitoria en el exterior.

El proceso de evaluación se realizará a través de dos instancias:

a. Una Comisión de Evaluación formada por pares, en función de las áreas y las disciplinas que las conforman.

Los integrantes de cada comisión evaluarán los antecedentes de los postulantes para cada área en función de los objetivos de los premios y elevará una terna a la Comisión de la Distinción Investigador de la Nación Argentina con orden de mérito para cada categoría.

La Comisión de Evaluación estará conformada por pares en cada área de conocimiento quienes tendrán a su cargo la evaluación de los antecedentes de los postulantes y la elevación de una terna a la Comisión de la Distinción Investigador de la Nación Argentina con orden de mérito para cada categoría.

Los miembros de las comisiones de evaluación se elegirán siguiendo los siguientes criterios:

- Categoría I del banco de evaluadores del programa de incentivos, investigadores principales y superiores del CONICET o antecedentes científicos equivalentes.
- Dos evaluadores como máximo pertenecerán a la misma disciplina del conocimiento, asegurando representatividad y objetividad para la evaluación de candidatos.
- Será tenida en cuenta la representación regional de los evaluadores.
- Un tercio de los miembros de cada comisión estará conformada por mujeres.

b. Una Comisión de la Distinción Investigador de la Nación.

Esta comisión determinará los ganadores en las distintas categorías y áreas entre aquellos candidatos propuestos por la Comisión de Evaluación. Tendrá también como función elegir al Investigador de la Nación Argentina entre los ganadores de los Premios Houssay Trayectoria.

La misma está conformada por el Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva; el Ministro de Educación; y la Secretaria de Planeamiento y Políticas del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva.

Para consultas o sugerencias sobre la "Distinción Investigador de la Nación Argentina" se recomienda comunicarse al siguiente correo electrónico: investigadordelanacion@mincyt.gov.ar, a los teléfonos: (54-11) 4963-9568 int. 7878/7803, o a la dirección postal: Av. Córdoba 831, piso 7° (C1054AAH), Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

CULTURANACION

SUMACULTURA



JUNIO

AGENDA CULTURAL
06/2009Programación completa en
www.cultura.gov.ar

Concursos

Juegos Culturales Evita 2009

Chicos de 12 a 16 años: pintura, fotografía, historieta, narración (mitos y leyendas), canto solista, danza y teatro (elencos de hasta cuatro personas).

Adultos mayores de 60 años: danza folklórica en pareja, pintura y cuento.

Bases y formularios en www.cultura.gov.ar y en los municipios adheridos al programa de todo el país.

Escondido en mi país

Estudiantes de entre 13 y 18 años pueden presentar artículos periodísticos y trabajos audiovisuales sobre la cultura en provincias o regiones del país, elaborados a partir de estadísticas, datos o mapas del Sistema de Información Cultural de la Argentina:

<http://sinca.cultura.gov.ar>.

Hasta el 30 de septiembre.

Bases en www.cultura.gov.ar

Música en Plural-Cultura Nación 2009

Dirigido a jóvenes músicos que integren conjuntos de un mínimo de dos y un máximo de seis instrumentistas de teclado, cuerda y viento (excepto dúo de pianos).

Hasta el 24 de agosto.

Bases en www.cultura.gov.ar

Salón Nacional de Artes Visuales 2009

Grabado: del 17 al 19 de junio.

Textil: del 24 al 26 de junio.

Recepción de obras: de 10 a 16, en Av. del Libertador y pasaje Schiaffino. Ciudad de Buenos Aires.

Exposiciones

Arte originario: diversidad y memoria

Museo Nacional de Bellas Artes. Av. del Libertador 1473. Ciudad de Buenos Aires.

Kuropatwa en technicolor

Hasta el sábado 20.

Museo Provincial de Bellas Artes "Juan Ramón Vidal". San Juan 634. Corrientes.

Pertenencia. Chubut

Puesta en valor de la diversidad cultural argentina.

Hasta el domingo 21.

Casa de la Cultura. Rufino de Elizalde 2831.

Ciudad de Buenos Aires.

Salón Nacional de Artes Visuales 2009

Obras seleccionadas y premiadas en Fotografía, y Nuevos Soportes e Instalaciones.

Hasta el domingo 28.

Palais de Glace. Posadas 1725. Ciudad de Buenos Aires.

Saulo Benavente. Muestra escenográfica

Organiza: Instituto Nacional del Teatro. Teatro del Pueblo. Roque Sáenz Peña 943.

Ciudad de Buenos Aires.

Música

Orquesta Sinfónica Nacional

Viernes 19 a las 19. Bolsa de Comercio. Sarmiento 299. Ciudad de Buenos Aires.

Viernes 26 a las 20. Facultad de Derecho de la UBA. Av. Figueroa Alcorta 2263. Ciudad de Buenos Aires.

Orquesta Sinfónica Nacional y Coro Polifónico Nacional

Miércoles 24 a las 20.30. Iglesia Jesús Sacramentado. Av. Corrientes 4445. Ciudad de Buenos Aires.

Orquesta Nacional de Música Argentina "Juan de Dios Filiberto"

Miércoles 24 a las 20.30. Solista invitado: Rodolfo Mederos.

Teatro Nacional Cervantes. Libertad 815. Ciudad de Buenos Aires.

Música en Plural

Conciertos de música de cámara.

Domingo 21 a las 18.

Centro Nacional de la Música y la Danza. México 564. Ciudad de Buenos Aires.

Danza

Ballet Folklórico Nacional

Jueves 25 a las 20.

Miércoles 24 a las 13.30: función didáctica.

Centro Nacional de la Música y la Danza.

México 564. Ciudad de Buenos Aires.

Compañía de Danza Contemporánea Cultura Nación

Martes a las 20.30. Centro Nacional de la Música y la Danza. México 564. Ciudad de Buenos Aires.

Sábado 13 a las 21. Cine Teatro York. Juan Bautista Alberdi 895. Olivos. Buenos Aires.

Sábado 27 a las 21. Centro Cultural Municipal de Munro. Av. Vélez Sarsfield 4652. Munro. Buenos Aires.

Cine

Kino Palais. Espacio de artes audiovisuales

Nuevo cine danés.

"Pasaje al paraíso", de Janus Metz. Viernes 19 a las 18.30.

"Amor a domicilio", de Janus Metz. Sábado 20 a las 18.30.

"La guerra secreta", de Christoffer Guldbrandsen. Domingo 14 a las 18.30 y viernes 26 a las 18.30.

Palais de Glace. Posadas 1725. Ciudad de Buenos Aires.

Teatro

Telémaco o el padre ausente

De Marco Antonio de la Parra.

Dirección: Dora Milea.

Con Patricio Contreras, Patricia Palmer y Nicolás Mateo.

Jueves, viernes y sábado a las 21.30, y domingo a las 21.

Hasta el domingo 21.

Teatro Nacional Cervantes. Libertad 815.

Ciudad de Buenos Aires.

Plan Federal de Giras del Teatro Nacional Cervantes

"¡Qué sea la odisea!", de Adela Basch. Por el grupo The jumping frijoles.

Dirección: Cristian Marchesi.

Hasta el 21 de junio, funciones en Misiones, Formosa, Corrientes, Chaco, Jujuy y Salta.

Tango turco

De Rafael Bruza.

Dirección: Lorenzo Quinteros.

Con Víctor Laplace, Claribel Medina y Rafael Bruza.

Jueves, viernes y sábado a las 21, y domingo a las 20.30.

Teatro Nacional Cervantes. Libertad 815.

Ciudad de Buenos Aires.

Programas

Café Cultura Nación

Encuentros en bares, cárceles y universidades de Corrientes, Chaco, Jujuy, Misiones, Entre Ríos, Córdoba, Santa Fe, Ciudad de Buenos Aires, y en 40 localidades de la Provincia de Buenos Aires.

Programación en www.cultura.gov.ar

Festivales Cultura Nación. Argentina de Punta a Punta, en el conurbano bonaerense

Teatro, talleres, música, exposiciones, charlas sobre Literatura e Historia, etc.

Moreno: del 18 al 26 de junio.

Programación en www.cultura.gov.ar

Actos

Día de la Bandera Nacional

Acto oficial: miércoles 17 a las 11.30.

Regimiento de Infantería 1 "Patricios". Av.

Int. Bullrich 481. Ciudad de Buenos Aires.

Restauración de la bandera de Macha

Los restauradores dialogan con el público y muestran su trabajo.

Sábado 20 a las 15.

Museo Histórico Nacional. Defensa 1600.

Ciudad de Buenos Aires.

Secretaría de
Cultura

Presidencia de la Nación