

EL NIÑO COMO SÍNTOMA

Abraham Martínez González¹

Resumen:

A partir de algunos casos presentados por Maud Mannoni, Anny Cordié y Françoise Dolto, así como de nuestra propia experiencia en el trabajo psicoanalítico con niños, descubrimos una premisa clínica de amplios y graves efectos: el niño es el síntoma de los padres.

Sin tener una fórmula o una conclusión terminada, damos cuenta de cómo el niño muchas veces se posiciona inconscientemente para los padres en el lugar de la representación de un malestar que está constituido por una historia no abordada, mucho menos elaborada en la familia donde se encuentra inserto.

Partimos primeramente desde el trato inadecuado que se le ofrece al niño y su enfermedad, para pasar posteriormente a considerar el sentido que adquiere el síntoma en tanto la formación sustitutiva que representa para el niño y los otros que le rodean.

Palabras clave: niño, enfermedad, medicalización, síntoma, lo *no-dicho*.

¹ Psicoanalista, miembro de Espacio Analítico Mexicano, Docente en el IMCED y en la Facultad de Psicología de la UMSNH. Contacto: amstoa78@hotmail.com

La medicalización y el *diagnóstico salvaje*

En la actualidad cuando un niño presenta problemas ya sea en la escuela o dentro del propio hogar, es común el uso de medicamentos para intentar calmar las crisis que se presentan y que vienen a desestabilizar a la familia entera, cuando no, al propio grupo escolar al que pertenece.

Entre los problemas que demandan mayor atención médica podemos encontrar a los diferentes déficits que han sido establecidos por instituciones psicológicas y psiquiátricas a lo largo del tiempo. Nos referimos por ejemplo al Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, señalado con las siguientes siglas: TDAH.

No abordaremos el desarrollo de los distintos déficits o trastornos que en últimas fechas han adquirido bastante predominancia en el mundo actual, como son los trastornos del espectro autista, los comportamentales, los depresivos y los relacionados con estados psicóticos, el espacio sería insuficiente además de que nuestro interés se destila en otro sentido: analizar cómo es atendido el síntoma que presenta el niño desde una perspectiva psicoanalítica.

Para comenzar, planteamos el contexto hiper moderno -vean ustedes la relación con la hiper-actividad-, de lo light, de la inmediatez, de la *eficacia* como denuncia Lipovetsky (*La era del vacío*, 1986), los problemas o enfermedades del niño son tratados con la prontitud que el ambiente demanda. Padres de familia que ante la desesperación de no saber qué hacer con su hijo, ante las presiones sociales como el trabajo y la preponderancia del éxito escolar, se ven influenciados y orillados a buscar las soluciones rápidas y eficaces; lo que al otro ya le ha funcionado.

Nos referimos a la medicalización como mecanismo de supresión de las enfermedades que presentan los infantes. La enfermedad, la disfunción o alteración, es atendida desde una óptica biologicista, que quiere decir, ir hacia la perturbación de un órgano o deficiencia sin considerar al conjunto que conforma el sujeto.

Sobre los datos numéricos que se sustraen de la medicalización a niños y que resultan altamente preocupantes, sólo nos limitaremos a decir que al menos en el llamado TDAH se estima que para el año 2010 en los USA, la cantidad de recetas ascendió a unos 20 millones, que equivaldría a un gasto de más de 800 millones de dólares (Tubert, Silvia, 2012).

Incluso se menciona en algunos estudios (Department of health, 2006), la preocupación sobre la falta de señalamiento en los efectos secundarios negativos con el uso de drogas que se recetan a pacientes con TDAH, entre los cuales se incluye el desarrollo de estados psicóticos, depresivos y maniacos.

México por su parte, no se aleja demasiado de esas cifras alarmantes, y en años recientes está siguiendo semejantes estrategias de tratamiento a las que se siguen en el país vecino del norte: la de diagnosticar en las escuelas a partir de los profesores, así como diagnosticar *salvajemente* desde el hogar.

Se sabe a raíz de diferentes estudios (Sauceda García, 2014) la importancia de establecer un diagnóstico justificado a razón de un tiempo suficiente de tratamiento el cual no puede ser menor a los seis meses de trabajo con el niño. Esto va en sentido contrario con lo que sucede en la cotidianidad por ejemplo en las escuelas, donde a últimas fechas son los propios docentes quienes se atreven a emitir un supuesto diagnóstico que la mayoría de las veces es referenciada como TDAH sin realmente serlo.

Para completar esta sección de contexto sobre el TDAH, diremos finalmente que de acuerdo a estadísticas oficiales (*Guía clínica, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, 2007), se estima que en nuestro país existen alrededor de 1 millón 500 mil niños detectados con este déficit, es decir, entre un 4 y 12% de la población

total infantil. Sin embargo, como señalábamos el *diagnóstico salvaje* que se discurre desde las escuelas y los hogares, ubica a cualquier cantidad de niños que presentan algún signo parecido con la sintomatología que establece el TDAH y el DSM.

Esto significa que tanto el padre de familia como las instituciones encargadas de velar por el bienestar del niño sólo corrigen al niño a través de su enfermedad, pero lejos se encuentra la escucha respecto a la historia del pequeño que padece.

La propuesta del psicoanálisis desde Freud (1909) y su caso Hans es otra, no la de suprimir el malestar, sino la de a partir de éste, configurar un dispositivo para atender desde otra perspectiva lo que aqueja a un niño y su familia, es decir; entender que la manifestación problemática obedece a algo más allá de la conciencia del sujeto que lo padece, y que por lo tanto, requiere y demanda de un espacio para la elaboración de un sentido al mismo.

Estamos hablando entonces del carácter de síntoma, con el cual el psicoanálisis va a enseñar desde tiempo atrás a enfrentar la enfermedad del sujeto como los problemas que le aquejan involuntariamente.

El síntoma para el psicoanálisis

¿Qué es un síntoma entonces para el psicoanálisis? En 1895 (*Estudios sobre la histeria*) Freud consideraba al síntoma como una formación sustituta de índole inconsciente en la persona, que obedecía en efecto a la represión de material inaccesible para la conciencia en tanto la conflictiva que generaba.

De ahí que al síntoma se le considere como una transacción o un trato entre las dos instancias –consciente e inconsciente-. Una conveniencia donde uno le dice a otro: está bien, no permitiré que eso o aquello emerja a ti, pero en cambio dejaras que pase tal cosa. Así, una y otra instancia se ven compelidas a ceder algo de sí. Esa es la versión clásica y freudiana del síntoma.

Posteriormente, en la 17ª Conferencia (*El sentido de los síntomas*, 1916/7) dirá el mismo Freud:

Los síntomas neuróticos tienen entonces su sentido, como las operaciones fallidas y los sueños y, al igual que éstos su nexo con la vida de las personas que los exhiben (p. 235).

Esto significa que Freud por un lado, avanza en su conceptualización del síntoma, pero además, que establece de manera más clara, la relación, *el nexo*, entre el síntoma y el sujeto, lo cual como veremos a continuación y en un abordaje primeramente teórico, tendrá amplias repercusiones en la evolución de la clínica psicoanalítica.

Con Lacan encontramos un avance respecto a la comprensión del síntoma. En el Seminario 22 (*RSI*, 1974) expone lo siguiente: *...hay consistencia entre el síntoma y el inconsciente, excepto que el síntoma no es definible de otro modo que por la manera en que cada uno goza del inconsciente, en tanto el inconsciente lo determina (p. 70).*

Lo que se nos dice entonces es que, el síntoma además de tener un nexo con la persona, es en efecto, la propia manera como el sujeto goza, vive su vida a partir de una determinación inconsciente que le antecede. La relación entre síntoma e inconsciente, ya prevista por Freud, será revisada por Lacan para lograr un mayor entendimiento del sujeto, lo que de alguna manera implica saber que cada sujeto posee un síntoma particular con el cual le hace frente al mundo.

En la lectura que Lacan (*De James Joyce como síntoma*, 1976) hace sobre Joyce, encuentra cómo a partir de una nueva forma de organizar el lenguaje -textos enigmáticos y fragmentarios-, el escritor, el *saint-homme* forcluye a su niñez carente del Nombre-del-padre para evitar la psicosis. De tal manera que Joyce, permite averiguar que el síntoma más allá de pedir alguna solución, es precisamente “lo que permite vivir” al sujeto.

Luego agregaré Lacan (*Función y campo de la palabra*, 1966): *el síntoma se resuelve enteramente en un análisis del lenguaje, porque el síntoma está en sí mismo estructurado como un lenguaje, porque es lenguaje cuya palabra debe ser liberada* (p. 260).

Por lo tanto, el síntoma es un *significante* y en tanto significante, es parte de la estructura misma del lenguaje, lo que obliga a que el sujeto sea escuchado en su palabra para poder primero elaborar el sentido del síntoma, y segundo, para liberar al sujeto del sufrimiento que lo ata a la dolencia de no saber lo que le representa su síntoma.

El síntoma como algo propio, algo de la propiedad del sujeto en el sentido que averiguaba con Joyce, previene al sujeto del horror, es decir, de la angustia. En suma, es una construcción propia para no volverse loco ante la pregunta mítica que acude al sujeto: *Che vuoi?*

El síntoma no es lo que ha de buscar eliminar el psicoanálisis, en tanto sabe que el mismo es la que le permite vivir al sujeto, que no es lo mismo analizar al síntoma como lenguaje para otorgarle un sentido a la manera como está viviendo el sujeto.

A diferencia de la medicina que toma al síntoma como universal para establecer índices, en el psicoanálisis tenemos al síntoma para permitir que el sujeto se hable a partir de ahí mismo, para que se invente desde la problemática que su enfermedad le representa, la cual por cierto, es única en tanto una historia muy particular de existencia.

El síntoma en la clínica psicoanalítica

Mannoni, Dolto y Cordié, tienen la perspectiva de Lacan, la de que el síntoma más allá de su aparente formación como sustituto de algo reprimido, resulta en una especie de velo, de protección ante la amenaza de algo angustiante. Como si se tratase de un *impermeable* ante la inminente amenaza de tormenta.

El trato, la formación conveniente como se le consideraba al síntoma, no es tan simple como parece. Un par de viñetas clínicas podrán apoyar nuestra postura, la cual por cierto, se apega más a la ofrecida por Lacan, la de estimar al síntoma a manera de protección en el sujeto. Más adelante veremos específicamente ante qué ha de protegerse el niño.

En el texto recopilatorio de Maud Mannoni (1967), *El niño, su "enfermedad" y los otros*, se presenta el caso de Carola que a la edad de 6 años es conducida a un psicoanálisis a raíz de un *mutismo psicógeno*. No habla, no va bien en la escuela, se sustrae en sí misma. Además los síntomas se agravan cuando nace su hermana, la cual al poco tiempo cae presa de una anorexia.

El tratamiento tuvo que llevarse a la par de Carola con varias entrevistas con la madre. Diremos que a partir de la "enfermedad" de Carola, la madre se cuestiona a sí misma, se confronta cuando en alguna sesión se interpela y dice: *lo que le pasa tiene que ver conmigo...no sé cómo pero así es* (Mannoni: 1967: 139).

Posteriormente la madre de Carola demanda a Mannoni que le dé a su hija la palabra que necesita. *¿Es verdad que usted podrá darle la palabra? ¿No la ha perdido para siempre?* (Ibídem: 139). Y sucede el primer contacto con su deseo: *No quiero a Carola* (p. 139).

La demanda de análisis como podemos entre-leer no es de Carola, es de la madre que desea hablar de su propia historia, ¿cuál? La de saber cómo fue concebida, si fue deseada o no por su padre; *La madre se cuestionó a sí misma espontáneamente tomando como atajo el síntoma de su hija* (Ídem: 147).

Explica Mannoni que la niña buscó el síntoma adecuado a través del cual pueda significarse como sujeto. Esto representa que aquí el síntoma funciona como un sustituto ante la falta de la función paterna, velada en esa madre. En otras palabras, la enfermedad de Carola viene a reproducir una pregunta inconsciente en la madre: *¿Fui deseada?*

Como ella no habla nada al respecto, la hija le reproduce la pregunta con el reverso: si tu no hablas de eso, mira yo te enseño cómo lo haces; no hablo.

La historia de esa madre cobra sentido en la siguiente viñeta (un recuerdo de los 5 años):

-No sé nada de él. No hablaba. Un día entré en su escritorio, y me detuve presa del pánico. Solté dos palabras: papá...mierda...y me escapé (p. 144).

Dos cosas sobre el caso Carola:

1. La niña ha generado un síntoma que tiene todas las señales necesarias para que la madre se cuestione sobre su propia historia.
2. A la madre la niña le hacía una función, la del padre ajeno, silencioso.

El síntoma es pues una manera de vivir para Carola, porque si no la angustia le invadiría, una angustia transferida por su madre, pero que ahora ella vislumbra en la lejanía, de ahí que tenga que ausentarse, hacer muttis ante los que representa estar con otros.

Es una formación sustitutiva pero hay algo más que eso, es un enigma que busca ser descubierto, no para solucionarse, no para eliminarse, de otra forma estaríamos hablando del borramiento de la niña. No, para nada, de lo que se trata es de darle un sentido al síntoma, de encontrar el vínculo con el pasado, un pasado que a pesar de que no le corresponde a Carola, lo carga, lo lleva consigo en tanto hijo-descendiente que *honra a su padre y a su madre*.

La niña pudo separarse de la madre cuando ésta última deja de centrarse en su hija, de estar sobre ella, en tanto su enfermedad, y se dedica a otra cosa, la cosa que le hacía falta y que la niña representaba: la función paterna y simbólica de la intervención de un tercero que rompa con la alienación primitiva.

Ahora vamos con May de 10 años, que es llevada a nosotros por la madre una vez que existe una fuerte preocupación por que la niña se pellizca la cara. Es la misma madre la que nombra al síntoma como *ansiedad*.

Es importante mencionar que cuando nos presentan a la niña, resulta imposible no ver que es el mero espejo de la madre, los rostros semejantes, los rastros en la piel de la cara los mismos: la mujer también tenía la cara marcada.

Eso se lo hacemos saber pronto a la señora. ¿Qué piensa de esa semejanza, qué dice al respecto? Obviamente la ansiedad como la llamaba, era de ella. La hija era un espejo para la madre, caso contrario como sucedía en nuestra primera viñeta clínica con Carola, donde la niña reproducía en cambio lo que la madre odiaba.

Cuando llega a nosotros May viene adjunto a ella una demanda de la madre: *quítele la ansiedad*. ¿Cómo entender eso? ¿Quitarle cuál ansiedad, la de la niña o la de ella como mujer con algo *no dicho*? O más allá todavía, si la hija está manifestando un síntoma, que en este caso según ella es la ansiedad, ¿está pidiendo que le quitemos a la niña?

Es viable, si pensamos que la niña le ofrecía a manera de espejo lo que ella no quería ver de sí, su rostro, un rostro que con el tiempo supimos era el mismo del abuelo, el cual en palabras de la madre era *un cobarde que nunca dio la cara por sus hijos*.

En el curso de la cura analítica –la historización y el otorgamiento de sentido a la misma-, se logra la separación simbólica de una relación alienista, enfermiza –ante la intervención de un tercero, el analista- gracias a lo cual la niña-no paciente puede enfrentarse a su condición deseante, que significa no continuar siendo la ansiedad escenificada de su madre: *dejo de pellizcarme para ser yo y poder mirarme al espejo, y no lo que los demás dicen que soy*.

Aquí cobra sentido la definición respecto al síntoma que señala que éste es pura significación, o sea, pura verdad. En el síntoma se presenta una verdad, y con May

podemos ver que existía una verdad que a pesar de que ella no la conocía, sin embargo la estaba actuando.

Entonces el síntoma en tanto actuación de May –no confundir con el *acting out*² -, también es metáfora, pues la hija se coloca en el lugar de la respuesta de la madre ante el Otro, la cual en este caso podría estructurarse así: ¿por qué no das la cara?

Pero en efecto, para May el problema era más una actuación, y para la mujer su hija era el síntoma, el problema que según ella ya había pasado y del cual no era necesario hablar más porque era algo que no tenía importancia; eran cosas del pasado.

En *Los retrasados no existen, psicoanálisis de niños con fracaso escolar*, de Anny Cordié (2003), localizamos entre muchos casos interesantes que corroboran esta exposición, el de Floriane de 8 años de edad, quien es remitida a consulta ante su *no saber hacer nada* en la escuela. Ni números ni letras, ni aprender, la nada era para Floriane.

Rápidamente diremos que el cuadro sintomático se debía a que ella siendo hija adoptiva nunca le fue referenciado su origen. ¡Ella era una rubia menuda pequeñita mientras sus padres eran unos grandes y fuertes morenos!

Como la verdad le está prohibida a Floriane, entonces se ejecuta diremos, un comando en su interior: *no saber nada*. Dice Cordié (2003), *el no saber se extiende a su totalidad* (p. 80).

Esto resulta así: en el niño, una prohibición, que no es otra cosa más que la represión de un deseo -ya sea por saber, como en el caso de Floriane-, o de satisfacer algo, se extiende hacia la totalidad de su existencia, de sus otros

² Desde Freud hasta Lacan, el *acting out* es una acción impulsiva e involuntaria que trae al presente un recuerdo. Lacan completaría que este sucede ante la negativa del Otro a escuchar. Cuando el Otro se ha vuelto “sordo”, el sujeto no puede transmitirle un mensaje en palabras, y se ve obligado a expresarlo en acciones. Freud pone como ejemplo el de su paciente homosexual, la cual gustaba de pasearse por las calles con otras mujeres sobre todo cerca de donde vivía el padre, quien no la escuchaba.

quehaceres como seguramente y hemos podido atestiguar en numerosos casos, en la vida escolar.

A partir de lo anterior, podemos establecer una suerte de entendimiento a los fenómenos sintomáticos en los niños, los cuales como hemos analizado, buscan corresponder a una prohibición, a una represión que no es por cierto de ellos.

El niño es vehiculizado para dejar ver algo *no-dicho* de los padres, incluso a veces hasta de todo un asunto familiar que implique a varios miembros de la familia. Pero falta preguntarnos dos cosas: ¿cómo se le coloca en esa posición o función al niño? Y por otro lado, ¿quién lo elige a él para representar o actuar como vimos con May un problema que al mismo tiempo concluiremos, resulta impostergable?

¿Por qué un hijo y no el otro? Es una pregunta que únicamente el caso por caso puede contestar. Lo que resultará innegable es que existen rasgos característicos en un hijo que le dan ese lugar. Los ojos, algo en el rostro, algún gesto, un sonido, es decir, habrá un significante que para el padre o la madre ubicará y detonará tal o cual demanda de enfermedad.

En efecto, estamos hablando de que además de que existe una demanda de curación, como bien escuchamos en la clínica, en la familia por su cuenta, se hace una demanda de enfermedad. Y no es al azar, no se hace un sorteo o una rifa, a ver a ti te va a tocar representarnos esto o aquello. Insistimos que la elección de un enfermo está en función precisamente de vínculos casi invisibles y silenciosos que pueden sostener una historia en un padre o una madre.

Además esos vínculos que llevan a la elección del sujeto que tomará el lugar de síntoma, el niño los infiere, los lee entre líneas en el discurso de los padres, tal vez incluso antes de nacer. En la película francesa *Radin!* (2017), se aprecia de manera chusca pero verosímil la inteligencia y capacidad de escucha de una criatura humana.

Lo importante con esto es que, si al niño se le deja en esa posición, si sólo se le medica para callarlo, ya se puede uno imaginar el resultado.

Palabras finales: los niños son capaces de soportar la verdad

Y sobre los secretos de familia y las verdades a medias que entre-leen los niños, sabemos y confirmamos con Françoise Dolto (1984) que ellos son capaces de soportar todas las verdades. *Nuestro trabajo consistirá en lograr que los padres tengan la confianza en la fuerza que su hijo tiene para soportar esa verdad* (p. 17).

Mannoni (1967) por su cuenta dice que, el síntoma se convierte en un lenguaje cifrado cuyo secreto es guardado por el niño. *No son los mitos lo que molesta a los niños (cigüeña), sino el engaño del adulto que adopta la pose de estar diciendo la verdad y de ese modo bloquea al niño en la sucesión de sus incursiones intelectuales* (p. 38).

La misma Dolto (Ibídem) nos advierte al respecto del trabajo con niños-síntoma lo siguiente:

...sólo puede comprenderse que el sufrimiento proyectado hacia un niño desde su nacimiento y que lo ha convertido en el síntoma de sus padres, implique el tratamiento de los padres que, por otra parte, es en realidad lo que llegan pidiendo a través de su hijo (p. 33).

De esta manera, habremos de recibir la demanda de los padres tan abiertamente como sea posible, es decir; si su hijo se ha convertido en su síntoma, un síntoma o enfermedad que les corresponde a ellos, es viable pensar que la demanda no es del hijo sino del padre o la madre, por lo tanto, la demanda de curación sabemos de dónde proviene.

De ahí que desde los albores del psicoanálisis con niños se haya establecido la urgencia e importancia de escuchar primeramente al padre sufriente y su demanda

de tratamiento, porque es necesario para nosotros dilucidar suficientemente quién demanda el análisis.

Nos ha ocurrido en varias ocasiones que vienen a nosotros madres de familia para atender a su hijo, quien ha presentado algún problema de conducta o de poca atención en clase, o incluso brotes de violencia en el hogar. Después de un par de entrevistas con la madre y/o el padre, nos damos cuenta en conjunto que la demanda de tratamiento no es del hijo, es de ella, quien sólo ha podido identificarse a través del problema que ofrece el niño.

Entonces es común en estos casos iniciar un tratamiento con la madre o el padre, y una vez que avanza en su cura, una vez que se ve compelido a confrontarse con “su” realidad, la que por cierto incluye a su hijo, la madre o el padre pueden romper con esa dinámica enfermiza en la que estaban amarrando a su hijo.

Se dedican a lo suyo y dejan vivir un tanto más libremente al niño, o lo que es lo mismo en psicoanálisis, avanzan en su desarrollo psicosexual hacia la etapa fálica la cual estaba trabada antes del proceso de cura. Mannoni (1967) lo expresa de la siguiente manera:

Una cura psicoanalítica se presenta como el desarrollo de una historia mítica. Es posible volver a encontrar en la historia del sujeto esa palabra de la madre, vinculada con una emoción corporal para el niño, que signa al traumatismo y permanece como una marca de la que el discurso del sujeto conserva la impronta (p. 39).

Impronta que como podemos ver, inconscientemente busca ser colocada en el niño ante su indefensión y maleabilidad. Lo que incluso puede llevarnos al tema de los derechos de los niños y todo el movimiento político y cultural que hay alrededor del mismo, los cuales agregaríamos además tendrían que tomar en cuenta el problema de la medicalización que como ya hemos abordado, tiene repercusiones negativas en los niños mientras que para las farmacéuticas es todo lo contrario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cavayé Fred [Director] (2016), Radin! [Película] Paris: Jerico, TF1 films.

Cordié, Anny (2003), *Los retrasados no existen, psicoanálisis de niños con fracasos escolares*, Argentina: Nueva visión.

Department of health and human services (2006), *Memorandum: center for drug evaluation and research, USA*. Recuperado de: www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/briefing/2006-4210b_11_01_AdverseEvents.pdf

Dolto, Françoise (1984), *Seminario de psicoanálisis de niños 1*, México: Siglo XXI.

Freud, Sigmund (1990), *Obras completas*, Argentina: Amorrortu

- (1893/5), *Estudios sobre la histeria*, Tomo II.
- (1909), *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*, Tomo X.
- (1916/7), *Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III)*, Tomo XVI.

Guía clínica, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (2007), *Guías clínicas del hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro"*, Secretaría de Salud, México. Recuperado de: http://www.sap.salud.gob.mx/media/61178/nav_guias1.pdf

Lacan, J. (1966/2009), *Función y campo de la palabra*, En *Escritos I*, México: Siglo XXI.

Lipovetsky, Gilles (1986/2000), *La era del vacío*, Barcelona: Anagrama.

Maud Mannoni (1967), *El niño, su "enfermedad" y los otros*, Argentina: Nueva visión.

Sauceda García, Juan M. (2014), *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un problema de salud pública*; En Revista de la Facultad de Medicina UNAM, México. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2014/un145c.pdf>

Tubert, Silvia (2012), *La medicalización de los niños, observaciones sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Recuperado de: <https://centropsicologiaypsicoterapia.wordpress.com/2012/10/01/la-medicalizacion-de-los-ninos-observaciones-sobre-el-trastorno-por-deficit-de-atencion-con-hiperactividad-tdah/>