



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

HIPERMODERNIDAD E INFANCIA. REFLEXIONES CRÍTICAS SOBRE LA VISIÓN ACTUAL DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL. (COMUNICACIÓN ORAL)

Anna Rigat Cererols y Antoni Talarn Caparrós
Universidad de Barcelona.

RESUMEN

Vivimos en la era de la hipermodernidad. La vida de los ciudadanos de los países desarrollados está inmersa en un sistema mercantil, imbuida por los avances de la tecnociencia, y dispuesta en un empeño de realización personal individualizada. En la presente ponencia se describen las influencias que estas tres tendencias, *-mercado, tecnociencia e individualismo-*, ejercen sobre la mirada con la que enfocamos hoy día a los niños con dificultades psicológicas. La ciencia se ve mediada por el entorno cultural en la que se desenvuelve y los profesionales de la salud mental estamos también influidos por la ideología dominante en nuestra sociedad. Por ello, tendemos a la *descontextualización* y la *biologización* de la psicopatología infantil. En nuestra opinión, ello representa un riesgo de iatrogenia para los niños a los que atendemos. Presentamos material clínico que ilustra como, en ocasiones, se sobrediagnostica y se medica excesivamente a los niños con dificultades; dejando de lado consideraciones psicosociales muy relevantes para la comprensión de la etiopatogenia del malestar que el niño expresa.

ABSTRACT

We live in a hyper modern era. Everyday life of citizens within developed countries is immersed with modern marketing methods, technological advances, and focused on individual personal realisation. The aim of this presentation is to describe the influences these three tendencies, - marketing, technology, and individualism- have on the way we look at children with psychological difficulties today. Science is influenced by the culture in which it develops and similarly, mental health professionals are influenced by the predominant ideologies of our society. Thus, we tend towards the decontextualisation and the biologisation of child psychopathology. In our opinion, this represents some possible risks for the children we treat. We present clinical evidence which illustrates how children with difficulties can be overdiagnosed and overmedicated; ignoring the psychosocial factors that are fundamental for an understanding of ethiopathogenics of the illnesses that children demonstrate.

INTRODUCCIÓN.

Como es bien sabido el estudio de las tendencias sociales da muchas pistas sobre el comportamiento de las personas. El marco cultural, económico, político y social en el que se mueve cada sociedad influye a todos sus habitantes de un modo extraordinario.



HIPERMODERNIDAD E INFANCIA. REFLEXIONES CRÍTICAS SOBRE...

Según todos los estudiosos (Bauman, 1998; Bruckner, 2000; Giddens, 1999; Lipovestky, 2006; Lipovetsky y Charles, 2004), los que vivimos en las sociedades ricas lo hacemos bajo el imperio de un axioma ineludible: *ser felices*. Ahora bien: ¿Como buscamos la felicidad hoy en día? ¿Qué medios utilizamos?

Hay un camino que pasa por lo material: el *consumo* es su medio. Otro pasa por la obtención de bienestar y seguridad (alimentaria, sanitaria, del entorno, etc.): la *tecnociencia* es la encargada de este fin. Y por último, el camino más importante, el de la afectividad y el desarrollo personal: un sendero marcado por el afán de *individualismo* (Verdú, 2005).

En la búsqueda de la felicidad, a menudo, experimentamos dificultades. El problema no es esta búsqueda en sí misma, puesto que la humanidad siempre la ha llevado a cabo y lo continuará haciendo (McMahon, 2005). El problema radica en el *mal uso* de los caminos que tomamos para conseguir la felicidad. Cuando hacemos un *mal uso* de estos medios se crean unas condiciones que no son favorables para nadie. Tampoco para los niños con trastornos emocionales, ni para los profesionales que los atendemos.

DESARROLLO.

Se dan, pues, tres grandes fenómenos que, de modo entrelazado, hacemos servir para conseguir la felicidad: A) el consumo; B) los avances técnicos científicos; y C) el individualismo.

2.1. Consumo.

La vida es impensable sin el consumo. No se puede vivir sin consumir. Pero es necesario diferenciar entre *consumo* y *consumismo*. El consumismo es el *mal uso* del consumo.

Por lo que respecta a los niños, no es necesario esforzarse mucho para ver hasta qué punto ha penetrado la idea del consumismo en su mente. Viendo el consumismo de los padres muchos niños entienden que no hay limitación a la hora de adquirir objetos. Educamos niños con poca tolerancia a la frustración material y, de paso, a todo tipo de frustración. Lo quieren todo y lo quieren ya, exactamente igual que los adultos.

Lo más relevante de todo esto es el hecho de que el consumo siempre implica un *mercado* y hoy día, como el consumo es tan importante, se impone sobre muchos ámbitos de la vida una *dinámica mercantilista*. No hay prácticamente nada que quede fuera de la dinámica del mercado: es decir, de los movimientos propios de marca, oferta, demanda, publicidad, precio, intercambio, inversión, beneficio, acumulación, etc., etc.

2.2. Tecnociencia.

Es innegable el progreso y el bienestar que la tecnociencia nos aporta en multitud de ámbitos: en comunicación, en medicina, en el trabajo, el tiempo del ocio, etc.

La tecnociencia promete y, en parte cumple, pero no puede darlo todo. Nos da más comodidades y facilidades pero no más realización personal. A pesar de esto, no son pocos los que le piden a la tecnociencia lo que antes pedían a la religión: *el milagro* (Gray, 2004).

Y es que las promesas de la tecnociencia, al igual que las del consumo, también han invadido el espacio de lo personal. Por ejemplo, a nivel médico, hay quien pretende mostrar siempre un aspecto juvenil, eliminar la calvicie, vivir la vejez como una segunda adolescencia, disfrutar del sexo sin ningún tipo de limitación, modelar el cuerpo a voluntad, tener hijos siempre que se quiera, y que todo sea previsible, mejorable o reparable.

La tecnología también ha modificado la vida de los niños. No sólo porque pueden jugar y aprender con instrumentos muy sofisticados. Gracias a la tecnología pueden hacer muchas cosas: comunicarse o aislarse, por ejemplo; también los podemos diagnosticar y curar con más facilidad, por poner sólo un



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

par de ejemplos. En seguida abordaremos cómo afecta la tecnociencia a los niños con trastornos y a los profesionales que los atendemos.

2.3. Individualismo.

Por más consumistas que seamos esto no significa que prioricemos las cosas por delante de las personas. Todas las encuestas³ lo confirman: lo que más valoramos es la familia, la pareja y los hijos. A continuación el trabajo, los amigos, las relaciones sociales, el ocio y demás. Es decir, seguimos valorando por encima de todo, los aspectos relacionales de la vida.

Pero estos aspectos últimamente han cambiado mucho. Sobre todo por lo que respecta a los vínculos comunitarios. La disciplina social impuesta por la familia, la tradición, el partido, el sindicato, la clase social, la nación, la moral o la iglesia casi han desaparecido. Cada uno de nosotros disfrutar de un estilo de vida más optativo que nunca. El resultado de todas estas circunstancias es que vivimos en la era de la *autoconstrucción del Yo*. Somos los únicos responsables de nosotros mismos (Bauman, 2005).

El individualismo actual permite escoger a cada niño, en ciertas ocasiones, hacer aquello que desea hacer. Las actividades extraescolares son *a la carta* y si es necesario disfrutan de una *adaptación curricular individualizada*.

DISCUSIÓN.

No hay duda: un niño con cualquier tipo de trastorno que viva hoy día en una sociedad rica dispone de un conjunto de recursos que antes no existían, o en todo caso, eran mucho menos abundantes. Ahora tenemos muchos más medios para atender este niño, más profesionales de todo tipo, más instrumentos de diagnóstico y tratamiento. Por lo tanto los niños están, en principio, mejor atendidos que nunca.

Ahora bien, dejando claramente establecido este hecho, quisiéramos destacar algunas dificultades que se dan en este tipo de asistencia. Veamos pues cómo influye todo lo que acabamos de describir -mercado, tecnociencia el individualismo- en los niños con trastornos emocionales y los profesionales que los atendemos.

3.1. Mercado y niños con trastornos emocionales.

El mercado crea *marcas*. Pues, en nuestra opinión, las ciencias de la mente adoptan diagnósticos como si fuesen marcas: en el caso de los adultos las marcas más de moda son la fibromialgia, la fatiga crónica, la fobia social, la depresión y la ansiedad. En el caso de los niños la marca más vendida es sin duda *el trastorno por déficit de atención* (TDAH).

¿Qué queremos decir con todo esto? ¿Queremos decir que estos trastornos no existen? ¿Que son un invento? No. Lo que queremos decir es que su prevalencia está exagerada, lo que queremos decir es que son cuadros que están sobrediagnosticados (Morán Sánchez, Navarro, Robles y Salesa, 2008). Lo que queremos decir es que no podemos utilizar los diagnósticos como recetas de un libro de cocina. Y esto es lo que sucede, a veces. En cuanto hay un niño inquieto en el aula de inmediato acaba recibiendo un diagnóstico de TDAH.

De ahí que la prevalencia del TDAH haya subido de manera espectacular. En 1990 en Estados Unidos había menos de 1 millón de niños diagnosticados de TDAH. Hoy día, son más de 5 millones. Hay estudios que afirman que hasta un 10 o 20% de los niños podrían sufrir este trastorno (DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid, 1998). Parecen cifras muy exageradas.

En nuestra opinión, parece que esta sociedad tenemos la necesidad de poner nombre, como si fuese una marca, a todo lo que no sucede, para así quedarnos más tranquilos. Por ejemplo, antes nos daba pereza volver al trabajo después de las vacaciones: ahora tenemos el *síndrome postvacacional*. A



HIPERMODERNIDAD E INFANCIA. REFLEXIONES CRÍTICAS SOBRE...

la presión en el trabajo la llamamos *síndrome de burnout*. A la crueldad de los niños con otros la llamamos *bullying* y cuando un niño se porta mal ahora resulta que tiene un trastorno denominado *negativista desafiante*.

Podríamos preguntarnos ¿y qué problema hay en ponerle nombre a todas estas cosas? Quizás el problema no es el nombre, sino que acabemos asociando el nombre al concepto de *enfermedad*, tal cual, desligando la situación de sus condicionamientos sociales, familiares, laborales, escolares y demás. Si pensamos que todas estas dolencias son *enfermedades* caemos en lo que se ha denominado *medicalización de la existencia*, en nuestro caso *psicológización o psiquiatrización de la existencia* (Illich, 1974; Kishore, 2002; Moynihan, Heath y Henry, 2002; Moynihan y Henry, 2006).

En el mercado, la *marca y el envase* son, a menudo, más importantes que el contenido. Traducido a nuestro ámbito esto implica que la *novela vital* del paciente desaparece de las consideraciones sobre su malestar. Ya sólo se tiene en cuenta el envoltorio, el diagnóstico y el síntoma visible, es decir, *el lazo* con el que va envuelto el sufrimiento. A menudo creemos que cuando tenemos el diagnóstico ya sabemos lo que le pasa al niño. Falso. Que un niño sufra un trastorno X, Y o Z no significa que sepamos lo que le sucede. Sabemos que tiene unos síntomas determinados pero no sabemos las razones de esos sus síntomas. Y estas razones para buscarlas allá donde estén.

Es muy difícil encontrarlas, siempre es muy difícil. Pero nos es aún más difícil si, seducidos por la ideología de que lo importante es la marca -o sea el diagnóstico-, o el envase -o sea los síntomas-, nos olvidamos de rastrear más allá de ambos.

Por otra parte, el mercado se mueve con rapidez y promete satisfacción inmediata. En caso de sufrimiento mental también hay prisa, comprensible, pero mucha prisa. Por parte de todos: de pacientes, de padres y de profesionales. En las tareas asistenciales, a menudo, perdemos los espacios para el diálogo, la reflexión y el cuestionamiento. Entonces el malestar se medicaliza (Ramos, 2004) y se desvitaliza. Se pierde el contexto personal, familiar y social. De ahí a psicofármaco sólo resta un paso.

3.2. Tecnociencia y niños con trastornos emocionales

Hoy día la ciencia y la tecnología poseen un carácter de bondad indiscutible. Mucha gente opina que la ciencia o es tecnológica y empírica o no es ciencia. Por ello, muchos profesionales de la salud mental creen que esta disciplina se ha de reducir a la neurociencia más tecnificada. Estos profesionales, padres y pacientes sólo creen en la bioquímica y la genética. Así, la depresión es serotonina baja, el ataque de pánico GABA desordenado, la esquizofrenia dopamina descontrolada y los niños movidos o -apagados- resulta que han heredado unos genes inadaptados que sólo se pueden apaciguar con *Rubifen*, *Concerta* o *Prozac*.

De ahí, que se calcule que en España el 20% de la población infantil está medicada con algún psicofármaco (Pundik, 2008).

No nos engañemos, no hay que olvidar que detrás del *furor diagnosticandis* i del *furor medicandis* está la industria farmacéutica. Y esta no tiene interés en la ciencia *per se*, excepto como medio para obtener dinero, cuanto más mejor. Es por eso que, a menudo, se ve implicada en escándalos científicos de primera magnitud (Talarn, 2007).

A veces es recomendable efectuar una exploración médica de un niño con problemas psicológicos. Obtenemos entonces datos de pruebas más o menos sofisticadas como el electroencefalograma o la resonancia magnética. ¿Qué sucede cuando encontramos algo? Pues que pensamos que ese *algo*, a menudo de una inespecificidad remarcable, es la causa de los problemas del niño. Puesto que la tecnociencia nos deslumbra con sus datos, sus lucecitas y su base matemática, difícilmente consideramos que, como está más que demostrado, el cerebro de un niño se puede alterar en función de las circunstancias psicosociales vividas. Pero de esto rara vez nos acordamos. Que encontremos *algo*, no significa que este *algo* sea la causa de lo que le sucede al niño. A veces este *algo* lo que hace es reflejar las consecuencias de lo que le ha pasado al niño su vida.



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Todos sabemos que el cerebro es muy sensible y moldeable. Conocemos sobradamente el término de *plasticidad cerebral*. Pero no lo tenemos presente delante de un supuesto hallazgo de alteración neurológica. ¿Qué nos sucede? ¿Tenemos amnesia? Lo que no sucede es que estamos imbuidos del modelo biomédico de los trastornos mentales. Un modelo que se ha impuesto no por su solidez científica, que la tiene, sino por circunstancias que tienen que ver con el devenir social, más concretamente con el mercado y la ilusión colectiva de una ciencia milagrosa y salvadora.

En todo caso, y discusiones etiológicas aparte, la consecuencia de la preeminencia de la tecnología en nuestra sociedad respecto a los niños con trastornos emocionales es que tienen el riesgo de ser considerados como *enfermos orgánicos*. Como si tuviesen un problema en el hígado o en el riñón. Que se los considere víctimas de una mala suerte biológica que nada, o muy poco, tiene que ver con su vida personal, afectiva y familiar. Tienen, entonces, el riesgo de ser medicados innecesariamente, sobremedicados o, incluso, electroshocados (Chung, y Vaughn, 2008; Esmaili y Malek, 2007).

3.3. Individualismo y niños con trastornos emocionales

La consecuencia del individualismo que impera en nuestra sociedad para los niños con dificultades emocionales, es que corren riesgo de que todos acabemos pensando que el problema que manifiestan es una cosa de ellos y de nadie más. Una cuestión individual. Una cuestión que nada tiene que ver con la familia, con la madre, el padre, los hermanos, la escuela, los amigos, la sociedad en la que viven. Como si el trastorno en cuestión fuera sólo una cuestión individual, de su cerebro o de su bioquímica.

En estas condiciones, como dice Tizón (2007; pág. 28):

¿Quién se atreve hoy a decir a las familias que si su niño moja la cama, es hiperactivo, va mal en el colegio, usa drogas o ha hecho un cuadro psicótico, algo tendrán que ver en ello y algo tendrán que cambiar?

Y es que en estas condiciones corremos el riesgo de practicar una psiquiatría, e incluso una psicología clínica infantil sin mente y sin sociedad. Lo subjetivo ha desaparecido devorado por la observación de la biología y del comportamiento. La historia individual, la *novela* de cada uno, los vínculos afectivos y demás parámetros son banalidades chinos comparados con las supuestas certezas de la genética y los neurotransmisores. Aquello que realmente nos convierte en seres humanos, -el vínculo con los otros-, corre el riesgo de no ser tenido en cuenta a la hora de comprender y tratar el sufrimiento mental. Parecería que para comprender y tratar la depresión, las fobias, el autismo, el TDAH, la ansiedad, el mutismo, la falta de aprendizaje y otras situaciones, ya no hacen falta para nada las nociones de psiquismo, inconsciente, aprendizaje, sistema familiar, afecto, cognición, duelos, pérdidas, cultura, sociedad, sistema educativo, etc., etc.

CONCLUSIONES: ¿QUE PODEMOS HACER?

Es necesario que todos hagamos esfuerzos deliberados con tal de no ser arrastrados por el mal uso de las condiciones descritas. ¿Cuales son estos esfuerzos necesarios?

- Tendremos que luchar para disponer de más tiempo y recursos para la atención a estos niños. Más tiempo para elaborar las anamnesis, historias clínicas y las exploraciones pertinentes. Más tiempo para escuchar y observar la dinámica familiar. Más tiempo las sesiones sean más largas y continuadas. Más tiempo para atender a los padres y dilucidar la dinámica familiar.

- Tendríamos que supervisar con profesionales más experimentados y ajenos al centro o exclusión en la que trabajamos. La supervisión es un instrumento fundamental para cualquier clínico y servicio asistencial, y un recurso de formación y salud mental para los equipos.

- Tendríamos que disminuir la carga docente de los maestros de la escuela ordinaria, tanto por lo



HIPERMODERNIDAD E INFANCIA. REFLEXIONES CRÍTICAS SOBRE...

que respecta al número de horas como al número de alumnos por aula.

- Tendríamos que aumentar la formación en psicopatología de maestros y psico- pedagogos, así como de otros profesionales implicados en estas tareas. En sus currículos universitarios esta materia prácticamente no existe.

- Tendríamos que procurar no sobrediagnosticar, es decir, no etiquetar a un niño con el hombre de un trastorno a las primeras de cambio. Para el niño, para los padres, para la escuela y para todos, a menudo, es más útil situar los problemas en el ámbito de las dificultades cotidianas que en el ámbito de la psicopatología.

- Tendríamos que procurar no sobremedicar. Mediar sólo en los casos de fracaso claro de los tratamientos psicosociales. Es decir, usar la medicación como alternativa de segunda elección. Es necesario también, ajustar las dosificaciones al mínimo clínicamente útil, así como revisar la medicación con más frecuencia de lo que se acostumbra.

- Si se usa la medicación, deberíamos procurar no desresponsabilizar o pasivizar a padres, niños, maestros y demás personajes implicados en la situación. A menudo, unos y otros acaban esperando que la pastilla *haga efecto*, sin modificar en absoluto ciertas dinámicas emocionales. Esto, a la larga, es yatrogénico..

- Tendríamos que hacer auténtica prevención. De la que se inicia antes de que el niño nazca y sigue atenta a la evolución hasta que como mínimo éste llegara la escuela. Sobre todo con los grupos poblacionales de más riesgo.

Vale la pena luchar por esto. Sobre todo porque estamos tratando con niños, con niños que sufren. Y en muchos casos sufren no por razón de una disfunción orgánica, sino a causa de disfunciones en su vida cotidiana. Disfunciones y motivos que tienen más que ver con el amor, el odio, la contención, la frustración, la educación, los afectos, los cambios, los acontecimientos vitales, la incomprensión y las exigencias, más que con su funcionamiento bioquímico y cerebral.

CASO CLÍNICO

Como es bien sabido, en nuestro entorno se está experimentando un aumento de los llamados *trastornos de la conducta* en niños y adolescentes (Harwood, 2008). Muy a menudo, acuden a nuestras consultas padres angustiados porque han perdido la capacidad de controlar a sus hijos.

Resulta obvio que las relaciones familiares son fundamentales en el desarrollo de la personalidad y estructura interna del niño, condicionando su adaptación o desadaptación al medio así como favoreciendo, o no, la salud mental de los hijos.

Actualmente estas relaciones familiares están cambiando. En parte, se explican debido a todo lo comentado anteriormente. Por otra parte, podemos hablar de nuevas condiciones sociales, nuevos roles paternos, elevado número de divorcios, poco tiempo compartido con los hijos, etc.

Con este panorama de cambio social y familiar es fácil pensar que las manifestaciones sintomáticas de sufrimiento y malestar en los niños también modifiquen su expresión. De ahí, quizás, el mencionado aumento de niños diagnosticados de *trastornos de conducta* (*tras.negativista desafiante; tras, disocial*).

Como antes comentábamos, estos niños corren el riesgo de ser considerados enfermos o incluso portadores de alguna carga genética determinante de sus faltas disciplinarias.

Muchos padres orientados por profesionales con poco tiempo disponible para explorar, valorar y conocer al niño "*problemático*" creen ciegamente en las explicaciones y diagnósticos médicos que reciben, actuando en consecuencia y medicando al pequeño *paciente*. No denunciemos la actitud de los padres, no tienen porque saber psicopatología infantil. Denunciemos la actitud de los profesionales. Nos quejamos de los riesgos asociados a un mal diagnóstico, de las consecuencias derivadas de no



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

tener tiempo para atender a una familia y optar por el camino fácil para todos: medicar. Denunciamos una dinámica en la que el psiquiatra hace los controles, el niño se tranquiliza con una pastilla, y si no es así, se aumenta la medicación y los padres continúan con su dinámica familiar habitual.

La siguiente viñeta clínica evidencia como los cambios en nuestra sociedad actual (consumo, tecnociencia, individualismo, rapidez, nuevos sistemas familiares, etc.) pueden generar estas respuestas profesionales poco adecuadas a las necesidades reales del niño y de la familia. Esta evidencia se articula comparando lo que sucede cuando se efectúa un **diagnóstico infantil sin tiempo** y uno el **con tiempo**.

Motivo de consulta: niño de 5 años de origen subsahariano, nacido en España. Cursa P5. Dificultades de relación en aumento, con sus iguales, con adultos y con las figuras de autoridad. Poca colaboración, oposicionismo, conductas heteroagresivas, poca capacidad de autocontrol de sus impulsos y emociones y rendimiento escolar bajo.

Exploración diagnóstica CON tiempo	Exploración diagnóstica SIN tiempo
1- Entrevista anamnésica para conocer los acontecimientos vitales que han afectado al individuo desde el nacimiento hasta la situación actual; Conocer el entorno inmediato del niño (padres, hermanos, familiares, etc.); Entorno escolar y social (maestros, amigos, etc.).	1- No anamnesis
<i>Se pone de manifiesto una crianza complicada: padre poco estimulante y frío emocionalmente hacia el niño y la madre; malos tratos al niño; situación económica de pobreza con necesidades básicas no cubiertas; ausencia de la durante unos meses, dejando abandonado el niño, etc.</i>	
2- Exploración psicológica y global (área social, personal, autonomía, cognitiva, emocional, etc.). Varias sesiones con el niño (3-4). Tener tiempo para vincularse con el paciente, conocer sus intereses, que el sienta que lo queremos ayudar y no culpabilizar.	2-Exploración psicológica del niño en (1-2 sesiones). No hay tiempo para el trabajo vincular, directamente interés en valoración de las capacidades intelectuales (ej: WPPSI). El niño se puede sentir angustiado y teniendo en cuenta su sintomatología es probable que no colabore en absoluto.

**HIPERMODERNIDAD E INFANCIA. REFLEXIONES CRÍTICAS SOBRE...**

continuación:

Exploración diagnóstica CON tiempo	Exploración diagnóstica SIN tiempo
3- Impresión diagnóstica: <i>Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez tipo inhibido</i> (F94.x DSM-IV) 4-Tratamiento: Psicológico y familiar. El niño se puede sentir comprendido y ayudado de manera integral. La familia, en especial la madre, también (trabajo interdisciplinar con servicios sociales). La agresividad del niño disminuye, su rendimiento académico aumenta.	3- Impresión diagnóstica: <i>Retraso mental</i>. (Coeficiente Intelectual bajo, no por pocas capacidades sino por poca colaboración). 4-Tratamiento: Reeducción curricular (y posibilidades de ser derivado a <i>Escuela de Educación Especial</i>). Se castiga al niño por su mal comportamiento, se le obliga a hacer más tareas curriculares y aumenta su desmotivación. No se tienen en cuenta sus preocupaciones ni sus dificultades familiares, ya que se desconocen.

REFERENCIAS.

- Bauman, Z. (1998). Globalization. The human consequences. Traducción catalana: *Globalització. Les conseqüències humanes*. Barcelona: U.O.C.
- Bauman, Z. (2005). *Liquid life*. London: Polity Press. Traducción castellana: *Vida líquida*. Barcelona: Paidós, 2006.
- Bruckner, P. (2000). *L'euphorie perpétuelle. Essai sur le devoir de bonheur*. Paris: Grasset & Frasnelle. Traducción castellana: *La euforia perpetua. Sobre el deber de ser feliz*. Barcelona: Tusquets, 2001.
- Chung, A. y Vaughn, J. (2008). Treatment of catatonia with electroconvulsive therapy in an 11-year-old girl. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 251-253.
- DuPaul G, Power, J.T, Anastopoulos. A.D y Reid, R. (1998). *ADHD-Rating Scales DSM-IV for parents and teachers*. New York: Guilford Press.
- Esmaili, T. y Malek, A. (2007). Electroconvulsive therapy (ECT) in a six-year-old girl suffering from major depressive disorder with catatonic features. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 58-60.
- Giddens, A. (1999). *Runaway world*. London: Profile. Traducción castellana: *Un mundo desbocado*. Madrid: Taurus, 2000.
- Gray, J. (2004). *Heresies, against progress*. London: Granta Books. Traducción castellana: *Contra el progreso y otras ilusiones*. Barcelona, Paidós. 2006.
- Harwood, V. (2008). *Diagnosing "disordered" children*. New York: Routledge. Traducción castellana: *El diagnóstico de los niños y adolescentes problemáticos*. Madrid: Morata, 2009.
- Illich, I. (1974). *The medical nemesis. The expropriation of health*. London: Calder and Boyars. Traducción castellana: *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona, Seix Barral, 1975.
- Kishore, J. (2002) *A dictionary of public health*. New Delhi: Century.



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

- Lipovetsky, G. (2006). *Le bonheur paradoxal*. Paris: Gallimard. Traducción castellana: *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Barcelona: Anagrama, 2007.
- Lipovetsky, G y Charles, S. (2004). *Les temps hypermodernes*. Paris: Grasset & Fasquelle. Traducción castellana: *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Anagrama, 2006.
- McMahon, D.M. (2005). *Happiness: A History*. New York: Atlantic Monthly Press Traducción castellana: *Una historia de la felicidad*. Madrid: Santillana, 2006.
- Morán Sánchez, I., Navarro, F., Robles, F y Salesa, A.C. (2008). Validez del diagnóstico clínico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en las derivaciones de pediatría a la consulta de psiquiatría infantil. *Atención Primaria*, 40, 22-29.
- Moynihan, S., Heath, I. y Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*, 324, 886-890.
- Moynihan, R. y Henry, D. (2006) The fight against disease mongering: Generating knowledge for action. *PLoS Med*, 3(4), e191. Disponible en: <http://medicine.plosjournals.org/> (Recuperada en Dic., 2008).
- Pundik, J. (2008). *La vida medicada. El ataque a la subjetividad*. Madrid. Filium.
- Ramos, J. (2004). Medicalización del malestar. Alegato por una aproximación compleja para un minimalismo terapéutico. *Revista Española de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91, 105-113.
- Talarn, A. (2007). *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder.
- Tizón, J. (2008). El niño "hiperactivo" como síntoma de una situación profesional y social: ¿Mito, realidad, medicalización? *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente, monográfico 2*, 23-30.
- Verdú, V. (2005). *Yo y tú, objetos de lujo. El personismo: la primera revolución del siglo XXI*. Barcelona: Debate.

NOTAS

- ¹ Psicóloga y pedagoga. CDIAP de Olot y la Garrotxa. Gerona. España
- ² Dr. en Psicología. Prof. Titular de Psicopatología. Fac. de Psicología. Universidad de Barcelona
- ³ Véase el barómetro del C.I.S. de enero de 2008. Disponible en: http://www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Marginales/2740_2759/2749/e274900.html (Recuperada en Dic., 2008).

Fecha de recepción: 28 febrero 2009

Fecha de admisión: 19 marzo 2009

