

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Niños Medicados, Infancias Silenciadas

La otra cara del diagnóstico de déficit atencional con o sin hiperactividad

Danny Suhr
4.371.004-6

Tutor: Victor Giorgi

Montevideo, febrero de 2015

Índice

Resumen	2
Introducción.....	3
1. Lo social y lo “diferente”: condiciones hegemónicas para la construcción del síndrome.....	7
2. Contexto actual: ambiente propicio para el desarrollo del TDA(H).....	8
3. El TDA(H) como máscara: ¿qué hay detrás de él?	12
4. Situación de la familia y construcción subjetiva del niño diagnosticado con TDA(H)	13
5. Como el agua y el aceite: escuela y TDA(H)	16
6. Críticas a las evaluaciones diagnósticas del TDA(H)	19
7. Críticas a la medicación en el TDA(H) y sus consecuencias	24
8. Una mirada sobre la infancia: ¿y dónde están los derechos?	26
Conclusiones	30
Referencias bibliográficas	35

Resumen

El presente trabajo pretende estudiar aquello que está detrás del diagnóstico del Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA(H)). Se aborda la temática con una posición crítica y humana transversalizada desde una óptica de derechos.

Primero se plantean las condiciones hegemónicas y actuales que sirvieron y sirven como base al diagnóstico para luego continuar analizando los efectos que el diagnóstico en sí y la medicación pueden ocasionar. Además, se ponen en tela de juicio algunos de los cuestionarios para padres y docentes cuyo fin es el de identificar posibles síntomas del trastorno.

Luego, se trata de conectar con la subjetividad del niño diagnosticado y el rol que su familia y la institución escolar tienen sobre ella para posteriormente finalizar pensando sobre el camino en que nos estamos metiendo como sociedad a la hora de pensar la infancia.

Se trata de pensar qué hay más allá del diagnóstico y el acto de medicar, como uno de los aspectos de la medicalización, para tratar de conseguir una educación más empática que sepa poner límites al mismo tiempo que pueda contener para promover un tipo de vínculo más saludable entre adultos y niños.

Palabras clave: infancia, TDA(H), derechos.

Introducción

En la sociedad occidental actual, existe una tendencia constante a moldear a los sujetos de acuerdo a normas preestablecidas, comúnmente llamadas “normales”, y que por tanto, generarán la exclusión de aquellas personas que no se adapten a ellas. Al funcionar el mundo desde esta perspectiva, no se le da paso a lo diverso, a la riqueza que podría generarse en el choque de vertientes y miradas diferentes. Esto no solo ocurre en el “ámbito adulto” sino que éstos también se lo imponen a los niños en el momento en que evalúan sus comportamientos: “*eso no se hace*”, “*eso está mal*”.

Estas normas sociales aceptadas, consideradas “normales”, no son más que una construcción dada en un espacio y un tiempo específico; o sea, son una construcción de la época, y por tanto variables de un momento a otro. Así, en cada época, habrá personas “aceptadas” y habrá personas excluidas y estigmatizadas.

Goffman (2006), menciona que cada sociedad se organiza en categorías que son consideradas corrientes y naturales para esa sociedad; entonces, cuando vemos a un extraño podemos identificar en que categoría se encuentra. El “estigma”, pasa a ser aquello desacreditador, aquella característica que se ve como impropia para esa sociedad, una “indeseable diferencia”.

En el caso del trastorno de déficit atencional con o sin hiperactividad (TDA(H)), los niños son tildados como aquellos que de alguna manera no se adaptan a las normas preestablecidas y por tanto se tiene que buscar la forma de adaptarlos. María Noel Miguez (2006), sostiene que este trastorno se trata de una construcción social ya instaurada en varios sectores y por tanto se hace “válida” la medicalización del fenómeno. Como menciona Meira, citando a Moysés (2001), se entiende por “medicalización” la constante tendencia a “*transformar cuestiones no médicas, de origen social y político, en cuestiones médicas*” (Meira, 2011, p. 109). De esta forma, sensaciones cotidianas como insomnio y tristeza son transformadas en síntomas de enfermedades como trastornos de sueño y depresión; o sea, se fomenta una “epidemia de diagnósticos” y por tanto una “epidemia de tratamientos” que resultarían perjudiciales para aquellas personas que los reciben sin necesitarlos (Meira, 2011). Una postura así, no hace más que obturar la reflexión sobre el sentido que podrían tener dichos comportamientos.

Un ejemplo más concreto es la tendencia que hay a nivel escolar de buscar un médico para cada conflicto que surja, por más benigno que sea. Las escuelas cada vez más ponen al médico en un lugar privilegiado para solucionar los problemas que puedan aparecer (Frizzera y Heuser, 2004).

El diagnóstico de TDA(H) se caracteriza por varios síntomas de inatención que suelen estar acompañados de hiperactividad-impulsividad. Algunos síntomas de inatención podrían ser: incapacidad para sostener la atención en tareas y actividades, no poder recordar reglas e instrucciones, no poder resistirse a las distracciones, no poder concentrarse con facilidad, cambiar constantemente de una actividad a otra, lentitud en realizar una tarea y dificultad en retomarla luego de haberla dejado. En cuanto a los síntomas de hiperactividad-impulsividad podríamos mencionar: mucha actividad y agitación, dificultad en permanecer sentado, tocar constantemente los objetos, moverse demasiado, correr y trepar muy vertiginosamente, hacer mucho ruido, interrumpir actividades de otras personas, dificultad para respetar turnos en los juegos, incapacidad para esperar, verbosidad, dificultad para resistirse a las tentaciones y buscar gratificación inmediata (Carboni, 2011).

Los niños diagnosticados con ADD (Attention Deficit Disorder) son niños que generalmente dan la sensación de estar “*pasados de revoluciones*”. En ellos, el movimiento en vez de tener la función de descarga y ser placentero, es un movimiento que les produce más excitación (Janin, 2013). Es un movimiento que deja más sobrecargado al niño y a lo cual debe sumarse el enojo de los adultos que optan por dejarlo más solo y angustiado. Este movimiento sugiere, muchas veces, desbordes y falta de límites que nunca terminaron de constituirse (Untoiglich, 2011).

Juan Narbona (2001), menciona que los niños con TDA(H), si bien poseen una inteligencia “normal”, suelen tener frágiles mecanismos adaptativos al entorno, signos de inmadurez perceptivo-motriz y trastornos de aprendizaje escolar; esto último no es de extrañar si tomamos en cuenta que la atención, la cual se ve afectada en este trastorno, es de suma importancia para el proceso de aprendizaje. Esto también trae aparejado sentimientos de inferioridad, fracaso e indefensión.

Para validar el diagnóstico se utilizan el “*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*” (DSM), las escalas de Conners, entre otros. En el DSM III y en el DSM III-R, el cuadro de déficit atencional podía o no estar acompañado de hiperactividad-impulsividad (Tallis, 2004); sin embargo, éstas últimas características son inseparables del diagnóstico en el DSM IV-TR, solo que en este caso se especifica si el predominio es de inatención, de hiperactividad-impulsividad o de tipo combinado (APA, 2002). Sin embargo, dicho diagnóstico muchas veces es puesto en tela de juicio e incluso sus causas han sido foco de muchas controversias.

Jaime Tallis (2004), citando una nota del diario “*La Nación*” de Buenos Aires, refiere que el DSM IV responde a una simplificación de la patología, con lo cual orientará los tratamientos, principalmente farmacológicos, en función de los síntomas. También se critica el hecho de que a igual diagnóstico se aplica la misma terapéutica, principalmente inducida

por los intereses de la industria farmacológica. La lógica que seguiría sería lineal: *“a igual nomenclatura igual patología; a igual síntoma igual producto farmacéutico”* (Bessone y Kovadlof, diario *La Nación*; en Janin 2004). Luego Tallis agrega que *“el manual no define enfermedades, no habla de causas, no habla de tratamientos; todo esto surge posteriormente por su uso por los profesionales”* (Janin, 2004, p.19) Tal como piensa John Leo, citado por Tallis (2004), los trastornos psiquiátricos están penetrando tan fuerte en nuestra cultura, de tal manera que se refuerza la “industria de las víctimas” e incluso se buscan respuestas de este tipo a problemas de la vida cotidiana.

En cuanto a las causas del TDA(H), según Silvia Bleichmar, citada por Tallis (2004), no existen pruebas clínicas que certifiquen un origen biológico de la multiplicidad de síntomas que incluye el diagnóstico. Para la autora, la enfermedad es descriptiva y no explicativa, donde la medicación es sintomática y no curativa, silenciando el malestar empleando modificadores químicos. Al no ser posible estas pruebas, tampoco es posible el correcto diagnóstico del trastorno. Entonces los síntomas se presentan como lo que son, pero sin saber si pertenecen al TDA(H) o a alguna otra alteración. Que un niño sea hiperactivo o desatento no quiere decir que padezca de TDA(H), de hecho, hay muchas otras patologías que presenta esta tríada de síntomas (inatención, hiperactividad e impulsividad). Además, estas tres características, cuando son observadas, depende también del ojo que las mire; la dimensión subjetiva va a estar en juego.

Para pensar en un problema neurológico, el niño debe tener los síntomas en todos los ámbitos. Si un niño es inquieto en la escuela pero en la casa se porta bien o viceversa, entonces esta premisa debe descartarse. O si no puede prestar atención en la escuela pero puede jugar a juegos electrónicos por horas, entonces la atención tampoco tendría un origen neurológico.

Según Janin (2004), las manifestaciones patológicas que podrían tener estos niños son generalmente consecuencias de deseos, prohibiciones, identificaciones y defensas tanto propias como de las personas que lo rodean: padres, abuelos, hermanos, etc. Entonces, que un niño atienda o no dependerá de su propia historia, la de los demás que lo rodean y la interacción de ambas.

En los cuestionarios para padres y maestros para determinar si un niño padece o no TDA(H), muchas veces se pide que se dictamine la prevalencia de esa conducta (nunca, un poco, bastante, mucho). Esto también quita rigurosidad al diagnóstico, ya que podríamos preguntarnos: ¿qué es poco? ¿Qué es mucho? Además, el estado de ánimo va a influir en la respuesta; tal como menciona Tallis (2004), la misma maestra basará su respuesta en la forma en que se encuentre ese día: si está con migraña tal vez responda que mucho, y si se levantó de buen humor responderá “poco”.

Como falacia también podría mencionarse la aplicación de test y re-test ya que es más probable que el niño rinda más la segunda vez que realiza una prueba que la primera. También, al estar bajo el efecto del estimulante, el cuál fue prescripto luego del test, es obvio que va a rendir mejor; cualquier persona bajo el efecto de un estimulante rendiría más (Tallis, 2004).

Un problema que se nota hoy en día en cuanto al trastorno, es el sobrediagnóstico y por tanto la sobremedicación. El origen de este problema puede ser variado; por un lado, debido a que muchas veces son los maestros lo que piden la evaluación del “niño problema”, la causa podría ser el escaso entrenamiento docente, que al ponerse a prueba frente a grupos muy numerosos de alumnos se ve desbordado; otra de las causas podría ser la tendencia a biologizar sumado a la presión de los intereses farmacéuticos (Tallis, 2004). Este segundo aspecto, a su vez, podría generar efectos secundarios farmacológicos y psíquicos.

Si a todo niño que padece la tríada sintomática del TDA(H) se lo diagnostica con este trastorno, entonces también estaríamos diagnosticando a niños que padecen de otras enfermedades, con sus consiguientes efectos colaterales al recibir la medicación inadecuada (Tallis, 2004).

En niños con TDA(H), se considera habitual también la presencia de trastorno oposicional desafiante, trastorno de aprendizaje, tics, ansiedad, depresión, autismo, etc. En estos casos hay que tener cuidado con la medicación, ya que empeorarían la evolución (Tallis, 2004). Como se pregunta Tallis, *“¿no es más lógico pensar que un niño con depresión pueda presentar la tríada sintomática del síndrome y no tener dos trastornos separados que deben abordarse en forma distinta?”* (Tallis, 2004, p. 214). Además, ¿cómo se sentirá un niño que no solo tiene que soportar una etiqueta, sino dos? ¿Acaso los efectos de esto no serían peores? Esto, a su vez, lleva muchas veces a sumar otro medicamento al estimulante.

El diagnóstico correcto, entonces, sería posible solo a través de un equipo interdisciplinario capaz de mirar los síntomas desde diferentes puntos de vista, sin caer en el biologicismo ni en la psicologización.

Si bien se suele pensar que este cuadro es típico de la época en que vivimos, Jaime Tallis (2004) afirma que ya se han encontrado descripciones de este trastorno hace más de cien años.

Pero a todo esto, ¿qué dicen los niños y niñas? ¿Cuáles son los lugares que ocupan? ¿Y sus derechos dónde están? ¿Qué sucede en las familias con un niño diagnosticado con TDA(H)? Podría ser más importante, e incluso más saludable, preguntarnos sobre estas cuestiones antes de diagnosticar a un niño con TDA(H).

Lo social y lo “diferente”: condiciones hegemónicas para la construcción del síndrome

Se podría situar el inicio de la modernidad en la Europa del siglo XV y XVI en el momento en que la iglesia sufre una crisis de autoridad y la ciencia va ganando terreno en las explicaciones de los diferentes fenómenos. Aquí comienza a surgir una mirada crítica hacia las cosas, donde la duda y el escepticismo adquieren protagonismo.

La nueva ciencia del iluminismo pretendía desmitificar el mundo y con ello ser objetiva y universal. Este contexto moderno, es parte de la industria capitalista, donde también se busca la racionalización de las normas que demarcan el accionar de las personas que integran la sociedad; la ideología dominante será quien trace la línea entre lo aceptado y lo no aceptado. (Miguez, 2006).

Desde un punto de vista económico, el bienestar y el progreso serán medidos en base al capital; todo pasa a ser mercancía, incluso las personas. La ideología del progreso en base a la expansión económica se mantendrá a partir de un actor social: el estado social; quien distribuirá los recursos e implantará políticas de protección (Miguez, 2006).

La nueva burguesía, buscará mantener la armonía y la cohesión social a través de las instituciones, sin importar la clase de métodos que tenga que utilizar. El disciplinamiento y el control social llamarán a la puerta de la mano de estas instituciones.

Si bien los métodos de dominación han ido cambiando en el correr de los años, éstos se han mantenido de alguna u otra forma y resultan menos evidentes. El surgimiento del concepto de “normalidad” es un ejemplo de estos mecanismos; mediante este término, se busca disciplinar a los sujetos en base a parámetros propuestos por la ideología dominante.

La sociedad se encargará constantemente de clasificar y etiquetar a los individuos que la componen de acuerdo a sus características; si una persona es discapacitada o deficiente en algún área, será colocada en el grupo de los “diferentes”, los “anormales”, como aquellos que se desvían de la norma establecida del “deber ser”.

Esta tendencia hegemónica de clasificar a los individuos no logra más que crear diferencias entre lo que está bien y lo que está mal, dividiendo a las personas en grupos opuestos generando discriminaciones y estigmatizaciones. Esto determinará de alguna manera el tipo de realidad que deberán afrontar estos sujetos: relaciones intrafamiliares, sociales, procesos de aprendizaje, mercado laboral, entre otros.

La sociedad será quien le diga al discapacitado o deficiente la forma en que debe moverse; será ella quien se haga cargo de él de una manera activa, como tomando la

postura de un “saber” hacia un “no saber”. Serán los “normales” quienes se hagan cargo de los que no lo sean (Miguez, 2006).

El problema de esta postura radica en que será el “diferente” quien sea marginalizado, excluido, rechazado de los espacios comunes, borrándole las posibilidades reales de desarrollo que posee y las que podría ir adquiriendo. Se expropia a este sujeto de su derecho de autodeterminación y son quienes se consideran “normales” los que tienen derecho a tal expropiación (Miguez, 2006).

Una conducta que es percibida socialmente como “desigual” por el canon establecido será, generalmente, percibida como negativa. Así, si un niño que es inquieto y/o que no puede mantener por mucho tiempo la atención en lo que se espera que la sostenga entonces será mal visto y habrá que “re-educarlo” o medicarlo para que de alguna manera logre conseguir una conducta “socialmente esperada”.

Estos parámetros responden al concepto de “normalidad estadística” (a modo de campana de Gauss), con la necesidad constante de incluir a quienes queden fuera de dicho parámetro. El quedar fuera no significa que sean excluidos del sistema de dominación, sino que serán un blanco perfecto al que apuntarán la normalización, la disciplina y el poder (Miguez, 2006). Este proceso aspira a la homogenización y por tanto no da espacio a “lo diferente”, al otro, a la construcción de la propia identidad.

Las dos instituciones claves para este proceso de disciplinamiento y control social son el hospital y la escuela. Ésta última toma un papel muy importante en lo que refiere a la infancia, ya que su deber es controlar la naturaleza revoltosa de los niños para que al llegar a adultos sean disciplinados y respetuosos. ¿Pero qué sucede cuando no logra su objetivo con algún “niño problema”? ¿Acaso no aparece aquí el médico (hospital) para medicar y adaptar las conductas a lo esperado? Aquí la medicina no obra en pos de la salud, sino para clasificar, controlar y “normalizar” sujetos. Al respecto, Miguez (2006) denuncia que en Uruguay se ha incrementado el uso del metilfenidato a modo de disciplinamiento y control social de niños y adolescentes de contexto crítico sin diagnóstico de TDA(H). Incluso menciona que algunas familias que se rehúsan a medicar a sus hijos son amenazadas por las instituciones para que lo hagan: *“si no le doy ritalina no me lo dejan entrar a la escuela”* (Miguez, 2006, p. 53).

Contexto actual: ambiente propicio para el desarrollo del TDA(H)

En nuestra época es común la tendencia a patologizar el sufrimiento común de la vida cotidiana. Vivimos bajo normas sobre cuándo parar, cuando dudar, cómo no cansarse,

cómo “vivir mejor”, entre otros. A su vez, esta tendencia se ve acrecentada por la hiperrealidad promovida por los medios masivos de comunicación, los cuales nos venden la idea de que “más felices somos, cuanto menos sufrimos y más consumimos” (Muniz, 2013).

Son los medios masivos de comunicación los que moldean al Yo y al Ideal del Yo al decir lo que es bueno y es malo, lo que hay que hacer y lo que no. Además, imponen roles estéticos, nos muestran qué es lo feo y que es lo bello. Son, según Rojas (2004), “la escuela de los modos del placer”.

Vivimos en un mundo en donde se prioriza la inmediatez y la libertad conjugados con el egoísmo, sin pensar en el futuro y las consecuencias que esto podría traer a nivel social. Donde solo se busca que los hombres sean exitosos y se condene el fracaso, sin importar si esto ayuda a la calidad de vida. Un mundo invadido por lo instantáneo (comidas, información, diagnósticos, soluciones, etc.), lo acelerado, donde los estímulos aparecen y desaparecen más rápido que lo que el psiquismo puede procesarlos. Un mundo hiper (hiperestimulación, hiperexcitación, hiperactividad, hiperaceleración), donde no hay tiempo para los encuentros, para la escucha, para sostener a los niños (Untoiglich, 2011). Por lo tanto un mundo que favorece el dejar de lado los tiempos de espera y planificación y trae como consecuencia cierta impulsividad.

La gran movilidad y variación de intereses de hoy en día, convierte a los objetos en descartables, por lo que la atención también se torna muy cambiante (Rojas, 2004). Estos cambios han ganado en todos los sectores, ahora lo tranquilo produce ansiedad, y la aceleración es lo correcto.

Vivimos en una época predominantemente polarizada entre el “ser” y el “tener”. La propuesta es vivir sin sentir dolor, vincularse con el presente sólo cuando es gratificante, obtener bienes materiales para acercarse un paso más a una felicidad utópica, entre otros. Esta propuesta tiene como resultado un apego creciente hacia las cosas, en detrimento de la creación de vínculos personales (Muniz, 2013). Cada vez son más los padres que tratan de sustituir el cariño y la puesta de límites hacia sus hijos con cosas materiales. Sin embargo, también hay personas quienes cuestionan ese modelo de vida.

El mundo de hoy también está invadido por la depresión, docentes sobre-exigidos, “niños agenda” que pasan la cuarta parte del día en la escuela, que luego van al club, dos días a la semana tienen informática, otros dos días tienen idiomas y así sucesivamente, que llegan a la casa cansados, a estar con padres también cansados con los cuales compartirán un momento en la cena y luego se irán a dormir para estar prontos para rendir al día siguiente; ¿qué momento queda para pasar en familia y que el niño se desarrolle adecuadamente? ¿Qué momento tiene para tramitar todo lo acontecido en el día?

Somos bombardeados constantemente por mandatos culturales sobre el qué hacer, qué tener y cómo ser, ocasionando una confusión entre nuestros verdaderos deseos y los

del sistema. Se tiene miedo a fallar como padres, miedo de dar pocas cosas materiales que no alcancen para garantizar el éxito del niño, miedo de no producir hijos exitosos competentes para la época. De esta forma se pierden las figuras parentales seguras, consistentes y permanentes (Muniz, 2013). ¿Acaso esta inseguridad parental no causará más inseguridad a los niños?

Los niños pasan a ocupar todos los espacios, a ocuparse de temas que deberían ocuparse los adultos, a saber cosas que sólo los adultos deberían saber mientras estos últimos tratan de permanecer jóvenes, evitando las responsabilidades, como si eso les hiciera perder la condición de ser joven; hay un desdibujamiento entre el mundo del niño y el mundo adulto. Cada vez son más los niños que toman el rol de sostener a sus padres cada vez que éstos quiebran, que se encargan del cuidado de sus hermanos menores y que evitan expresar el propio dolor para no sobrecargar a quienes deberían sostenerlo (Muniz, 2013). Los padres, en estos casos, en vez de pasar a contener la ansiedad de sus hijos, pasan a ser contenidos por ellos, quienes no están capacitados para hacerlo aumentándose así la ansiedad de estos niños. Ansiedad que el infante tratará de tramitar de alguna forma u otra. Si el niño tiene que ser sostén de sus padres, se generan consecuencias serias para la infancia aumentando el desamparo inicial por el que pasa normalmente un niño (Untoiglich, 2011).

También vemos hogares en donde los infantes sufren de la ausencia de una de las figuras parentales, a la vez que circulan otros adultos que intentan tomar ese lugar que queda vacío. Vemos a estos mismos niños vivir de lunes a viernes en una casa diferente de la que pasarán el fin de semana. Esto también causa que tengan que adecuarse a las normas de cada uno de esos lugares y tengan que respetar pautas de crianza disímiles, lo que le exige una adaptación flexible.

En los vínculos, entonces, predomina la inestabilidad, la fragilidad, la “liquidez” de la que habla Baumann; donde los niños no consiguen más que desamparo, al igual que los adultos y las instituciones.

Ya no hay espacios y estrategias adecuadas para los niños que necesitan aprender moviéndose, tocando y construyendo. Ahora solo se espera que ellos se queden quietos el tiempo que los adultos necesiten y demanden (Risueño, 2006).

En el contexto escolar se sigue dando importancia a la palabra, mientras el mundo prioriza más la imagen y la pantalla. Esto causa una disparidad entre el nuevo aprendizaje “interactivo” y el de la escuela. Si constantemente los niños están recibiendo estímulos fuertes, que cambian constantemente, con predominio de lo visual, ¿cómo es posible que se adapten a las normas escolares donde en el aprender predomina la palabra y se pretende tranquilidad?

¿Cómo es posible que el niño preste atención al discurso del docente cuando constantemente está invadido por la cultura del “Zapping”? Donde la palabra pierde el valor y ésta es desmentida con facilidad, donde las verdades ahora son múltiples y el bombardeo constante de información pasa a ser más rápido de lo que el psiquismo puede procesar.

Aquí aparecen los casos de dificultades de aprendizaje, donde lo primero que se toma en cuenta es la medicación, la cual es defendida muchas veces por los maestros, quienes a su vez están presionados por las exigencias sociales de que todos tienen que rendir y aprender a la par. Es el mundo donde lo único que importa es el rendimiento y el progreso económico; donde el conocimiento se convierte en mercancía dentro de la lógica del consumo.

Nos encontramos con un mercado globalizado que juega con los límites de “lo normal” y “lo patológico” y que busca constantemente fomentar el consumo de todo, sin importar que sea dañino o no; la meta solo es consumir y alejarnos lo más posible de la angustia.

Es por eso que el TDA(H), tal como lo conocemos en nuestros días, vino en una época idónea, donde se prioriza la velocidad y el consumo en general. Éste comienza a ganar terreno en cuanto a su posibilidad de etiquetar a los niños inquietos y por tanto problemáticos para sus padres y maestros. Esta entidad relativamente nueva, tuvo su aceptación y gracias a los fármacos correspondientes para ella tachó al psicoanálisis de pasado de moda e inadecuado en cuanto a duración y eficacia (Janin, 2004).

A su vez, la visión de que el destino de la vida de las personas está determinado por su material genético, lleva a pensar que problemáticas antisociales, de aprendizaje, de extroversión, atencionales, entre otras poco tiene que ver con factores psicológicos y relacionales, por lo que las ciencias sociales van perdiendo peso en su tratamiento mientras los fármacos ganan terreno. Esta mirada estigmatiza a los individuos y fomenta la idea de la irreversibilidad de la problemática (Giorgi, 2002).

Con ayuda de la globalización, la rapidez con que se expanden las características diagnósticas y los tratamientos médicos hoy en día es la misma con la cual nos alejamos de la raíz del problema del ADD, etiquetando a los niños y condenándolos a la enfermedad (Risueño, 2006).

Según Janin (2004) la prevalencia del TDA(H) es mayor para niños que para niñas debido al estereotipo social imperante de varón super-activo que lucha constantemente por el poder. La autora denomina a este modelo “concepción imperialista del yo”, ya que éste debe conquistar constantemente espacios de poder y consumo sin límites. Esto sumado a la pérdida de autoridad paterna y por tanto de límites que se ve en nuestros días es un aspecto importante a tener en cuenta para pensar este cuadro. Es por eso que Janin menciona que muchos de los sujetos que son diagnosticados como ADD son solo niños que

pelean por su lugar de hombre, donde acatar las exigencias que reciben por parte de las escuelas y los maestros sería “entregarse” pasivamente al padre y por tanto renunciar a la masculinidad. En el caso de las niñas, es frecuente encontrarlas, tal como menciona la autora, “colgadas” por estar atentas a la demostración afectiva de su maestra en vez de a sus palabras. Plantea que muchas veces esto también se confunde con TDA(H).

El verdadero problema con el ADD tal vez se encuentre, en la pasión que hay por diagnosticar y catalogar (Janin, 2004). Nada puede quedar sin nombre, todo tiene que ser conocido y tenemos que saber de ello. Hoy en día todo tiene que tener un nombre, hay una necesidad imperiosa por rotular todo, tal vez por la necesidad de controlar la ansiedad del no saber; al poner un nombre eso se acaba. Al pasar a llamar al conjunto de síntomas como “ADD” “TDA(H)” “SAH”, “ADHD”, etcétera, disminuye la ansiedad de los adultos, sin importar que esto no beneficie al niño (Risueño, 2006).

Al mismo tiempo, se busca constantemente medicar para suprimir la cara visible del malestar en un corto plazo. La medicación está dirigida a los síntomas y no a las causas con el fin de que el sujeto se adapte a las “reglas del mundo”.

El TDA(H) como máscara: ¿qué hay detrás de él?

¿Qué es lo que realmente oculta el TDA(H)? ¿Por qué se conforma esta entidad?
¿Qué es aquello que se acalla dando una “pastilla mágica”?

Según Janin (2004), en su experiencia encontró que algunos de los niños diagnosticados con este trastorno, padecen o padecieron en algún momento de su vida abusos emocionales, violencia, abusos sexuales, tempranos abandonos por parte de sus padres, duelos, entre otros.

La autora menciona que hay situaciones en donde la madre no empatiza con el niño en los primeros tiempos de vida debido a una retracción por depresión, o sea, no puede atender las demandas afectivas del niño. Esto causa que el infante tampoco pueda libidinizar al mundo, por lo que no podrá atenderlo; quien no es libidinizado no podrá libidinizar. De esta manera, si bien hay niños que han quitado sus investiduras del entorno, también hay otros que nunca lo han investido (Janin, 2004).

Etimológicamente, atención proviene del latín “attendere” y significa “*tender a*”; y de la misma forma que “*nadie puede aprender a cuidarse si no ha sido cuidado, nadie puede “atender a” si no ha sido atendido*” (Risueño, 2006).

Esta falta de atención es vista como algo que hay que corregir y como la medicación es lo que más resultado trae a corto plazo, ella es vista como la solución adecuada.

Entonces, si los síntomas del TDA(H) son silenciados, si se trata siempre borrar todo conflicto, el niño pierde la única oportunidad que tiene de ser escuchado, comprendido; además, más tarde ese sufrimiento de trasfondo habrá de surgir intensificado sumado a todos los riesgos que podrían aparecer.

Los niños catalogados como ADD muchas veces están tratando de llenar un vacío, y a veces utilizan los desbordes motrices como parte de lograr dicho fin. Janin (2004) menciona que si el niño no puede llenar dicho vacío, los veremos apáticos, abúlicos y aburridos; imagen contraria a lo que se debería ver.

En la clínica, tal como relata Gisela Untoiglich (2011), cuando se indaga en las historias parentales de los niños diagnosticados con ADD, a menudo se encuentran problemáticas no tramitadas a lo largo de varias generaciones; como ejemplo, se mencionan situaciones de abuso o violencia que sufrieron y que no pudieron ser tramitada y que ahora tienen efectos inconscientes sobre el psiquismo del niño. Una manera que tienen los niños de manifestar esto es su dificultad para abrir su psiquismo a situaciones nuevas, lo que es absolutamente necesario para atender y aprender. Se opera de igual manera en situaciones de duelo no tramitado.

Al respecto, René Kaës (1985), citado por la Untoiglich (2011), menciona que lo que haya sido retenido por una generación inevitablemente dejará huellas en la generación siguiente. Entonces, la autora se pregunta sobre qué sucede con aquellos elementos que fueron transmitidos al niño pero que éste no puede ligar, ¿acaso el niño tiene su atención en ello y por eso no puede atender en otros ámbitos? ¿Podría ser que descarguen el malestar ocasionado por no poder ligarlos a través del polo motor?

Con respecto a la “hiperactividad” J. Berges (2004), citado por Untoiglich (2011), plantea que la motricidad de un niño reemplaza el lugar que tendrían que haber ocupado las palabras. Lo que no puede simbolizarse con el lenguaje se manifiesta en la acción. Es una forma de escapar de la angustia que los aqueja.

Situación de la familia y construcción subjetiva del niño diagnosticado con TDA(H)

La familia de los niños diagnosticados con ADD a menudo acuden a la clínica pidiendo una “solución mágica” para el conflicto, sin hacerse cargo de que lo que le sucede al niño los involucra en gran medida, como también involucra a todas las demás personas del entorno.

A modo de ejemplo podría mencionarse que en la primera infancia, se da generalmente una asimetría entre las figuras parentales y sus hijos, lo que permite que estos últimos se sientan apoyados al mismo tiempo que se van conformando como sujetos capaces de fomentar y crear vínculos sanos y simétricos entre sus pares. Sin embargo, Rojas (2004), en las familias de los niños diagnosticados con ADD, ha encontrado una desfiguración en esta asimetría, lo que ocasiona una pérdida de sostén y regulación de parte de los padres hacia sus hijos.

Dentro de este contexto, se ven niños precocemente independientes con exigencias y responsabilidades que su psiquismo no está preparado para procesar.

La falta de límites, la permisividad, la ambigüedad de las consignas llevan al niño al descontrol y a una posible “hiperactividad” (Rojas, 2004).

De la misma manera que se dan situaciones como estas, pueden darse otras, como veremos, que también llevan a desarrollos inadecuados de la infancia, que luego se tratarán de corregir pero sin asumir responsabilidad por parte de los adultos del entorno.

La función paterna es la encargada del relacionamiento del niño con el otro, es la que posibilita que la norma se instaure y la que dará seguridad al infante. Es quien hará posible el desarrollo conductual adecuado y el aprendizaje social y escolar necesarios para la maduración y desarrollo que se espera. Si dicha función falla, traerá como resultado conductas impulsivas e hiperactivas (Risueño, 2006).

A menudo los padres se desbordan y no saben qué hacer con sus hijos generando así que estos niños se sientan vulnerables y solos, bajo una angustia que nadie sabe sostener.

En otros casos, según Risueño (2006), las familias de estos niños confunde la libertad con la permisividad y el no poner límites, lo que ocasiona que el infante no se desarrolle adecuadamente e imposibilita su creatividad.

El nivel de ansiedad de los padres que viven en estas condiciones a menudo es elevado, lo que eleva la ansiedad del hijo, y esta a su vez aumentará más la de los padres, entrando en un círculo vicioso en un contexto emocional inestable.

Es común, según Janin (2004), que los padres de los niños diagnosticados con TDA(H) se adelanten a la acción de su hijo sancionando el movimiento en comentarios del tipo “*te vas a golpear*”, “*lo vas a romper*”. Esto va de la mano de una mirada constante: “*no le puedo sacar la mirada de encima, porque sí no...*”. Es una mirada que encierra al niño y este puede reaccionar con un despliegue motriz intenso como forma de demostrar que está vivo. Incluso en estos casos, el niño termina golpeándose o rompiendo aquello que le dijeron que iba a romper, es una manera de cumplir con las advertencias-mandatos de su madre.

Si el niño no logra ser lo que los otros quieren de él, se lo coloca en el lugar de torpe, de inepto y si pueden se alejan de él; esto genera agresión y tristeza y si esa agresión es vuelta hacia sí mismo se podría transformar en conductas de riesgo. Sin embargo, la agresividad misma también depende del entorno. Cabe mencionar que son los padres lo que deben poner límites a la conducta del niño; si el liderazgo de estas figuras paternas falla podrían aparecer crisis de valores en estos pequeños ocasionando, además, inseguridad, agresividad y falta de sentido comunitario (Risueño, 2006).

Cuando los niños son medicados para “normalizar” su comportamiento, inevitablemente modifican su modo de vida, lo que lleva también a un cambio en su cuerpo. Esta medicación no solo afecta la conducta, sino también la subjetividad, la manera de sentir, de pensarse a sí mismo y pensar a los demás (Miguez, 2006).

¿Qué identidad formarán estos niños catalogados como fuera de la norma? ¿Cómo será la identidad como sujeto medicado frente a los no medicados?

Los niños medicados con metilfenidato, según Miguez, serán frente a sus pares, “los locos”, “los incontrolables”, “los diferentes”. Estos niños diagnosticados y medicados percibirán a través de los sujetos “normales” lo que no son y lo que deberían ser, construyéndose así sentimientos de inferioridad, de inutilidad, de rechazo, de diferencia, de deficiencia, de discapacidad, entre otros, pudiéndose generar una eventual dificultad a la hora de intervenir sobre estos niños y adolescentes diagnosticados con TDA(H).

A su vez, es sabido que la manera en que un sujeto es mirado, valorado y percibido por los demás influirá en la identidad de este, lo que da cuenta de la dialéctica entre lo social y lo individual en cuanto a la formación de ésta. Para Axel Honneth (1992), es el otro el que estructura al sujeto al reconocerlo como una subjetividad aparte, al aprobarlo con determinadas cualidades y capacidades. Por el contrario, si alguien es “despreciado”, se sentirá vulnerable y se podría producir un desmoronamiento de su identidad, lo que complicaría su desarrollo integral.

Los niños construyen la imagen de sí de acuerdo a lo que le devuelven los demás, por tanto, si se espera que un niño sea un “niño problema” entonces éste tratará de adecuarse a ese lugar (Untoiglich, 2004). Y vaya que es difícil salir de un lugar prefijado por otros.

Según Janin (2004), cuando un niño menciona que es un “ADD” está tomando un lugar distinto al resto, pero desde ese lugar él puede tener existencia como tal; es mejor ese lugar a no tener ninguno. Esto ocurre cuando el niño no es reconocido como “sujeto hábil de lenguaje” y por lo tanto busca otras formas de serlo, aunque esto implique ocupar ese lugar de “niño problema”. De esta forma estaría teniendo un espacio como enfermo para ocultar un déficit de identidad o de narcisización. Desde ese lugar, el niño también puede justificar sus fallas: *“no aprendo porque soy ADD”*.

Nos encontramos ante un niño que sufre, que tiene dificultadas en el área de la motricidad, del lenguaje, en el área vincular. Sufrir porque se lo trata diferente, queda sobreatendido, tiene que tomar medicamentos, se lo cuida en exceso en eventos sociales, sin dejarlo ser, no puede ir a un campamento porque no estaría supervisado por sus padres y para la escuela es un “niño problema” (Muniz, 2013). El niño no solo sufre, sino que también carga con la frustración de sus padres, se lo hagan saber o no. Con respecto al trastorno en sí, el niño lo padece y no sabe qué le sucede ni por qué.

Según G. Untoiglich, citada por Muniz (2013), a los niños con TDA(H) les cuesta poner en palabras lo que sienten, los conflictos y las tensiones que tienen. Es por ello que la vía de descarga que encuentran es la motora. Menciona que es común encontrar en las familias de estos niños secretos innombrables, y situaciones traumáticas silenciadas.

Las mentiras también son comunes en estas familias, por lo que los padres dejan de ser garantes de verdad. El pensar y el atender del niño quedan capturados por la constante búsqueda de sentido para los “*fragmentos deshilvanados de su historia*” (Untoiglich, 2011, p. 242).

Cuando la familia del niño no puede atender las necesidades particulares que éste tiene, ni sostener su angustia, la inseguridad del infante y su desconcierto aumentan y aparece la depresión como síntoma. En los niños diagnosticados con ADD la angustia aparece al no poder ser lo que los otros quieren que sea y al momento en que los adultos no pueden acompañar ese proceso. A veces esta angustia también se traduce en impulsividad e hiperactividad (Risueño, 2006).

Las conductas que no puedan ser encauzadas por los padres en los primeros años de vida se intensificarán en el correr del tiempo hasta convertirse en entidades clínicamente significativas; con esto hay que tener en cuenta que tanto los padres como la sociedad son, tal como se mencionó al principio, los que muchas veces propician la aparición de las conductas impulsivas e hiperactivas (Risueño, 2006).

Y si se toma al niño como alguien a quien hay que aquietar, dormir, callar es posible que construya una mirada sobre su cuerpo como no siendo de él, sino que es de otro, lo que dificulta su representación de sí mismo (Janin, 2004). Por eso es común encontrar en estos niños una herida narcisista, falta de seguridad y bajo autoestima.

Como el agua y el aceite: escuela y TDA(H)

Lo que las escuelas exigen hoy en día a sus alumnos, muchas veces no coinciden con las necesidades de éstos. Según Miguez, citada por Muniz (2013), la normalidad que se

exige no toma en cuenta la diversidad y de esta manera se vulnera a aquellos que denotan una diferencia.

Se espera que los niños, al ingresar a la escuela se adapten súbitamente a un modo disciplinado de ser, mientras los profesores esperan pasivamente ese cambio sin creer que esa responsabilidad está en sus manos.

Fracasar en la escuela es tomado como sinónimo de fracaso en la vida y esto conlleva a buscar una única causa a ese fracaso y por lo tanto una solución mágica en vez de indagar en la complejidad de los factores que podrían estar involucrados (Untoiglich, 2004).

Frente a una dificultad de aprendizaje se coloca al niño como centro del problema sin tener en cuenta a los padres, hermanos, instituciones a las que asiste, etc. *“El niño soporta la dificultad, pero necesaria y dialécticamente los otros aportan el sentido”* (Fernández, 1987, p. 34).

Cuando hay una persona con dificultades de aprendizaje, suele olvidarse que en el aprender hay una relación entre enseñante y aprendiente al tiempo que se culpa solamente a este último.

Para Alicia Fernández, la tarea que se asigna en la escuela *“solo podría ser placentera si se desarrolla en un espacio de confianza y libertad, con medida y con posibilidades de apropiarse del producto de su trabajo”* (Fernández, 1987, p. 68).

¿Qué se puede esperar de una escuela que solo apela al cerebro, con niños inmóviles, callados, atendiendo como estatuas? ¿Qué clase de conocimiento, que no sea a través del cuerpo, se pretende lograr? ¿Qué clase de conocimiento se puede esperar si se bloquea al arte?

Si un niño tiene que pasar muchas horas atendiendo a la maestra (cada vez más si tenemos en cuenta el crecimiento de las escuelas de tiempo completo) y además tiene que guardar silencio en la casa para no molestar a los padres que están agobiados luego de una larga jornada de trabajo, ¿qué lugar tienen para manifestar esa vitalidad y movimiento que son propios de la infancia? ¿En qué lugar se le da al niño ese espacio participativo-creativo que necesita? ¿Cómo manifestarán estos niños la ausencia de dicho espacio?

Según Alicia Fernández (1987), quien consulta frecuentemente por dificultades de aprendizaje es un niño al que se le priva la información y el conocimiento desde el propio núcleo familiar y al cual muchas veces los profesionales no le dan espacio a que se interroga. Este niño o adolescente tiene, según la autora, una “inteligencia atrapada”, “encapsulada”, es un sujeto al que se le negó el derecho a pensar, conocer y crecer.

Ahora bien, consideremos que el niño en preescolar suele tener pocas horas de institucionalización, mucho tiempo de juego, una sala muy colorida con muchos estímulos en cada rincón y luego de un período de tres meses de vacaciones se pasa, muchas veces,

a una escuela de tiempo completo, con muy pocas horas de juego, un salón con bancos dispuestos al frente para atender a un solo estímulo: el maestro. Además, lo más importante pasará a ser la producción lecto-escrita y las operaciones matemáticas en los márgenes del cuaderno, donde hay un único camino correcto para llegar a la solución (Untoiglich, 2004). ¿Acaso no es predecible un comportamiento considerado revoltoso, conversador, etc. en estas nuevas y repentinas circunstancias?

Muchas veces, estos niños que se mueven demasiado son tomados como revoltosos, ya que la escuela lo que exige es un comportamiento pasivo, donde el niño debe permanecer horas escuchando a la maestra, pero hay que tener en cuenta que hay niños a los que les cuesta acatar esto, porque son niños que se mueven demasiado, pero cuyos movimientos están dirigidos a metas específicas: son los niños considerados vitales y no por ello son patológicos. A veces esto no se tiene en cuenta y estos niños son sancionados por esas características que son propias de la infancia: la vitalidad, el movimiento, el llamar la atención, el ruido, el no acatar órdenes inmediatamente por parte de los adultos, etc (Janin, 2004).

La escuela pretende la homogeneidad de sus alumnos, si esto no se da así, se busca neutralizarlos. Y es por eso que cada vez son más las escuelas que piden a los padres una consulta neurológica por sospecha de ADD. Esto sin tomar en cuenta el efecto que pueda tener sobre el niño la mirada de su docente.

Incluso a veces, es la misma escuela la que presiona a los padres para que estos niños sean medicados, ya que los tiempos de acción del medicamento son significativamente más corto que la psicoterapia. Es de destacar las fantasías que tienen los maestros respecto al uso del fármaco. Es sabido, según Risueño (2006), que cuando un maestro pregunta si su alumno está medicado y la respuesta es afirmativa, inmediatamente comience a ver cambios conductuales “favorables” en el niño, solo que éstos no están causado por las drogas en sí, sino por las fantasías que se tiene de ellas. De la misma forma, cuando un padre dice que ha dejado de darle la medicación a su hijo, inmediatamente aparecen llamados de atención por parte del docente al niño y a su familia.

La atención del niño es una función psíquica superior que se construye a lo largo del proceso educativo. Por lo tanto, la escuela tiene parte de esa responsabilidad de que el niño vaya adquiriendo el control voluntario de focalizar la atención para apropiación adecuada de los contenidos escolares. Para Meira (2011), entonces, es ilógico que la escuela le exija al niño una función psicológica superior cuando es ella misma la que debería asumir un papel directivo y efectivo.

La maestra pide al niño que mantenga su atención selectiva sobre una actividad durante un tiempo prolongado, sin tener en cuenta el deseo y la motivación del mismo. O sea, el niño tiene que postergar sus intereses para atender a lo que la escuela le pide. Para

Janin (2004), la relación entre atención y motivación es innegable. Entonces, la desatención no estaría causada por la distracción, sino por la ausencia de motivación.

Hay varios modos en que pueden aparecer los trastornos de atención: niños que están como dormidos, como si fueran períodos cortos de autismo pero sin serlo; niños que no diferencian un dentro de un afuera y reaccionan a ambos tipos de estímulos de igual modo; niños cuyo único deseo es el “ser mirados” y por lo tanto no pueden mirar al otro, no pueden incorporarlo; niños que no toleran las heridas narcisistas y que solo atienden a aquello que es fácil, sienten que si fallan en algo su narcisismo se ve atacado, son niños que dicen saber todo; niños que lo único que buscan es una “aprobación afectiva” y que por estar pendientes a gestos que indiquen esta aprobación no atienden a los contenidos de clase; niños que no atienden por estar en un proceso de duelo y que por tanto retraen las investiduras atencionales; niños que viven en un mundo de fantasías y por lo tanto también retira las investiduras del mundo real; niños que están en alerta permanente a todo estímulo que haya, van de un estímulo a otro; niños que confunden deseos con realidad (Janin, 2004). Es así como el infante no siempre tiene la energía suficiente para atender a lo que piden sus maestros por el tiempo que requieren.

Es interesante la postura de Alicia Risueño (2006) con respecto a la atención. Ella no habla de “déficit” debido a que el término denota “falta” y si tomamos en cuenta lo anteriormente dicho, la falta de atención no es posible, sino que ella está destinada a otros ámbitos (duelos, fantasías, etc.).

En las terapéuticas más clásicas, tal como menciona Untoiglich (2004), se apunta a este posible “déficit”. Esto lleva a tratar de sustituir con algo externo aquello que “falta”: si falta secreción de dopamina se tratará de suplir con un medicamento y si lo que faltan son conductas inhibitorias entonces se entrena al niño y a sus padres para adquirirlas (conductismo).

Si bien para Janin, citada por Untoiglich (2011), la desatención, la hiperactividad y la impulsividad serían fenómenos ligados a la dificultad para inhibir procesos psíquicos primarios, hay que tener en cuenta todos los factores mencionados al principio respecto a la educación actual antes de catalogar a un niño como desatento, hiperactivo o impulsivo.

Críticas a las evaluaciones diagnósticas del TDA(H)

Vivimos en un mundo vertiginoso, donde se busca una respuesta rápida a todo lo que pueda suceder, donde los profesionales tienen muy poco tiempo para hacer un diagnóstico que va a funcionar como una etiqueta de discapacidad, incapacidad o

inhabilidad. Se pasa a olvidar que un niño diagnosticado como ADD no es un ADD, sino que sigue siendo un niño. Se lo aleja de la categoría de “normal” y pasa a ser consumidor de medicamentos. Con estos diagnósticos, muchas veces se desubjetiva al infante borrándole su capacidad de vincularse, de pensar, de sentir. Muniz (2013) nos dice que constantemente se busca diagnosticar la singularidad a la vez que nos olvidamos de los complejos que son estos procesos de subjetivación.

Janin (2013), denuncia que lo único que se busca muchas veces es llegar a un diagnóstico basado en lo observable sin tener en consideración el sufrimiento del niño, donde la medicación o la modificación conductual pasarán a primer plano acallando los síntomas y aquello que nos quieren decir. Al respecto la autora se pregunta si, en el caso de los medicamentos, no se produciría, además, una adicción psíquica al colocar a una pastilla en el lugar de “generadora de buen desempeño”.

En el caso de los problemas de aprendizaje, generalmente se le atribuye a los trastornos de atención la responsabilidad de todo. Debido a esto, se considera la desatención como diagnóstico, lo que promueve, generalmente, el uso de fármacos como tratamiento sintomático. De esta manera, muchos niños con dificultades atencionales de distinta índole quedan englobados bajo la misma categoría con el mismo tratamiento sin tomar en cuenta los efectos adversos que el tratamiento inadecuado pueda ocasionar (Janin, 2013).

Para Janin (2013), el problema radica en que se confunde una dificultad con una enfermedad de por vida, luego, se biologiza ese problema y se cree tener ya las respuestas. Menciona que se dejan de lado todas las determinaciones intra e intersubjetivas y se aísla al niño del contexto en el que vive y luego la etiqueta queda puesta para siempre. *“Ya no es que un niño tiene tales manifestaciones y hay que descubrir qué nos está diciendo sino que sus conductas suponen una identidad que se vuelve causa de todo lo que le ocurre dejándolo encerrado en un sin salida. Una categoría descriptiva pasa a ser explicativa”* (Janin, 2013, p.59).

En el caso del ADD, debido a la tendencia biologista, patologisista e innatista, cuando se dice que un grupo de niños tiene este trastorno se tiende a agruparlos bajo la misma lupa, clasificándolos y homogenizándolos. A su vez, se considera que la causa de dicho diagnóstico es el mismo para todas las personas, borrándose toda diferencia de construcción subjetiva.

Sin embargo, Según Tallis, *“no existen marcadores biológicos que definan el síndrome, por lo cual no hay clínica, estudios de laboratorio, electrofisiología o imágenes que sirvan para confirmar dicho diagnóstico”* (Tallis, 2004, p. 10). Y, como menciona Untoiglich (2011), el propio DSM IV aclara que no existen pruebas de laboratorio para realizar el diagnóstico, por lo que es difícil efectuar una clasificación precisa.

Para Roger Misés, citado por Janin (2013), el diagnóstico de ADD se funda en la “agrupación arbitraria de síntomas superficiales”, algo completamente reduccionista que lleva a la utilización de fármacos y a la comorbilidad en dos tercios de casos. Además, no se toma en cuenta lo que el diagnóstico en sí puede generar y las repercusiones que el medio puede tener sobre él y sobre el niño.

Con respecto a esto Gabriela Dueñas agrega: *“de lo que se trata aquí, es del síntoma puro” elevado a la categoría de lo que “hay que arreglar”. Nada de lo psíquico, ni de lo socio-cultural parece existir en estos nuevos esquemas cristalizados en el DSM IV y ahora el V, que proponen así –de modo protocolizado- operar desconociendo todo rastro de subjetividad existente o incipiente, de modo que lo que terminan por hacer es “forcluyendo” al propio sujeto, en este caso, niños y jóvenes en pleno proceso de constitución”* (Dueñas, 2013, p.48).

Sobre este punto hay que tener en consideración la gran tendencia a la patologización por la que estamos pasando en nuestros días. A modo de ejemplo: mientras el DSM I en 1952 destacaba la prevalencia de un enfermo mental cada 480 personas, el DSM V en 2013 sugiere la presencia de uno cada 50 (Saiz, 2013). El autor también menciona que hay que tener en cuenta que *“más de la mitad del grupo de trabajo de la APA encargado de su redacción presenta conflictos de interés muy relevantes”* (Saiz, 2013, p. 5). Con respecto al diagnóstico de ADD en el DSM V comparado con el DSM IV-TR, hay un aumento en el umbral de edad y solo hace referencia a la presencia de síntomas sin tener en cuenta los escenarios tal como en la versión anterior. Y mientras en el DSM IV-TR debía haber una disfunción “clínicamente significativa” en el área social académica u ocupacional, en el DSM V los síntomas solo deben interferir o reducir la calidad de alguna de esas áreas. En el DSM V, además, hay una reducción del número de síntomas necesarios para hacer el diagnóstico con el fin de limitar los falsos negativos, pero lo que no se toma en cuenta, es que con esa medida, tal como menciona Saiz, también hay un aumento de “falsos positivos”. A su vez, si el autismo era un diagnóstico excluyente para diagnosticar TDA(H), en el DSM V ya deja de serlo, al tiempo que promueve el tratamiento concomitante de ambos trastornos.

Según Frizzera y Heuser (2004), el espectro del TDA(H) es tan amplio que una cantidad de niños podrían ser incluidos en él. Al parecer, sería equivalente e intercambiable ser inquieto, distraído, intrusivo, disperso o charlatán.

Sobre este punto es de destacar, según Meira (2011), que la mayoría de los estudios sobre TDAH son financiados por los propios laboratorios que se encargan de producir y comercializar los medicamentos recetados para dicho diagnóstico.

Muchas veces se diagnostica como ADD a patologías muy diferentes. Esto sucede más a menudo, según Janin (2013), cuando los que llenan el cuestionario para evaluar un

posible TDA(H) son los padres y maestros. En dichos cuestionarios aparecen ítems del estilo: *“habla en forma excesiva”, “discute con adultos”, “hace cosas de forma deliberada para fastidiar o molestar a otros”, “es negativo, desafiante, desobediente u hostil hacia las personas de autoridad”, “a menudo no coopera”, “se hace el vivo”*. Cabría preguntarse ahora: ¿qué ideas tienen padres y maestros sobre lo que es hablar de forma excesiva, discutir, molestar, etc.? ¿Acaso no está en juego la subjetividad de cada uno a la hora de contestar? ¿Acaso las respuestas no dependen del estado anímico que tengan quienes respondan en ese momento? No es lo mismo si un maestro tiene que dar clases a treinta alumnos que a diez; si un padre está estresado, deprimido o si está de buen estado anímico.

En el SNAP-IV, por ejemplo, que es un cuestionario para identificar posibles síntomas del TDA(H), se pueden encontrar afirmaciones del tipo: *“no consigue prestar mucha atención a detalles o comete errores por descuido en los trabajos de la escuela o tareas”, “tiene dificultades de mantener la atención en tareas o actividades de ocio”, “se distrae con estímulos externos”, “es olvidadizo en actividades del día a día”, “habla en exceso”, “interrumpe a otros”*. Luego, se deben elegir entre varios niveles: *“nada”, “poco”, “bastante”, “demasiado”* (Meira, 2011).

La forma en que cada persona define “poco”, “bastante” o “mucho” está determinada por la tolerancia que cada uno tiene respecto a la actividad y movilidad del niño. Esto deviene de la preocupación que se pueda tener por la posible desviación de la normalidad del infante y de comparaciones implícitas que se hacen con otros niños del entorno y con la propia experiencia infantil.

Ahora bien, ¿qué niño no comete errores por descuido? ¿Qué niño presta suficiente atención a los detalles? ¿Acaso eso no debería ir adquiriéndose con el tiempo? ¿Los niños no se distraen comúnmente con estímulos externos? ¿Qué es hablar en exceso? ¿Acaso hay un límite de palabras diarias a usar? En el aula, ¿no es común que se pongan ansiosos por participar y hablen por encima de sus compañeros? Y además, ¿Cuánto es “poco”, “bastante” o “demasiado”? ¿Para quién? ¿Acaso aquí la dimensión subjetiva no se pone en juego?

Un aspecto a tomar en cuenta respecto a las evaluaciones es lo que menciona Daniel Calmels (Tallis, 2004): en el cuestionario de Conners Parent Rating Scales, un cuestionario para padres para evaluar TDA(H), solo el 5% de las preguntas indaga la inatención, por lo que su especificidad se podría cuestionar.

Otro cuestionario para docentes elaborado por Díaz Atienza (Risueño, 2006) se pueden ver puntos que mencionan *“es descuidado en sus actividades cotidianas”, “se levanta de su asiento aun cuando se espera de él que permanezca sentado”, “no cesa, no para, es como si tuviera un motor”, “se precipita en las respuestas antes de haber finalizado”*

las preguntas”. ¿Qué niño no es descuidado? ¿Acaso se espera que tenga el mismo cuidado que los adultos? ¿A los niños les gusta permanecer sentados por horas en sus bancos escuchando a la maestra? ¿No es natural que quieran romper con eso? ¿La vitalidad, el movimiento, no son propios de una infancia saludable? ¿No es común que los niños se precipiten a responder como una forma de demostrar sabiduría para alimentar su narcisismo?

Cuando dicen que un niño “*es insoportable*” cabría preguntarse ¿para quién? De la misma forma que cuando dicen “*no se lo puede calmar*”: ¿quién no lo puede calmar? ¿Qué tan objetivos son estos dos comentarios? También sucede que los padres y maestros mencionan que un niño es excesivamente inquieto, como si poca o mucha actividad sea un dato coherente, pero ¿en función de que entorno? ¿Qué es mucha o poca actividad?

Con respecto al comportamiento, Meira (2011), denuncia que las semejanzas entre un niño diagnosticado con TDA(H) y uno indisciplinado son demasiadas, a saber: “*conversan mucho*”, “*son inquietos*”, “*no se quedan sentados*”, “*dicen ‘palabrotas’*”, “*son agresivos, violentos*”, “*confrontan al profesor*”, “*no se concentran en las actividades*”, “*exhiben ropas o comportamientos considerados indecentes*”, “*fuman o consumen alcohol y drogas en la escuela*” y “*destruyen o dañan materiales propios o de sus compañeros*”. Entonces, la autora se pregunta “*¿cuál será la diferencia entre esos comportamientos y los síntomas de TDA(H)?*” (Meira, 2011, p. 105). ¿Y si de esta forma seguimos encontrándonos con niños diagnosticados con ADD cuando en realidad solo actúan de una manera no considerada “adecuada” en cuanto al “deber ser”?

Para Meira (2011), tanto la descripción del diagnóstico de TDA(H) como los síntomas que los sustentan encierran un carente análisis crítico sobre las relaciones y los fenómenos que ocurren en la educación y en el contexto histórico social que la determinan. Bajo este hecho, muchos niños tal vez estén siendo etiquetados injustamente como ADD.

Además, ningún niño podría ser diagnosticado “para siempre” si tenemos en cuenta que aún está creciendo, que aún no se ha conformado ni su psiquismo ni su personalidad. Los niños no pueden ser diagnosticados tal como los adultos, ya que es común que rompan con todos los cuadros. Como menciona Muniz: “*diagnosticar no significa encasillar, sino entender, darle sentido, promover una producción subjetiva más allá del rasgo, del síntoma, del estigma*” (Muniz, 2013, p. 149).

No se puede pensar en un diagnóstico solo como una mera sumatoria de conductas porque cada ser humano es único e irrepetible y es difícil que encontremos a una persona con cumpla con los criterios exactos de una entidad clínica. La mayor parte de las veces, la sintomatología que pudiéramos encontrar excederá los criterios diagnósticos, porque son solo eso: criterios y no determinantes. Siempre estarán presentes las particularidades personales que no aparecen en ningún manual.

Tal vez, tal como menciona Untoiglich (2004), solo estamos ante un cambio de nomenclatura: lo que antes era “neurosis de angustia” ahora es “ataque de pánico”, la “neurosis obsesiva” pasó a ser “TOC”, y lo que antes solo era un niño inquieto y distraído ahora es un “ADD”.

Críticas a la medicación en el TDA(H) y sus consecuencias

Los drogas utilizadas para el TDA(H) son el metilfenidato, la dextroanfetamina, la pemolina y más recientemente la atomoxetina. La más comercializada y usada de estas drogas es el metilfenidato, por lo que se hará énfasis en él.

Según las investigaciones de Papazian y Alfonso y la de Montiel-Nava, citadas por Risueño (2006), cerca del 70% de los niños que son medicados con algunas de estas drogas han mejorado significativamente. Y de aquí surge la pregunta ¿qué pasa con el otro 30%? ¿Acaso no importan debido a que más de la mitad mejoró? Y los que mejoraron ¿cómo lo hicieron? ¿A costa de qué? ¿Qué mejoraron? ¿Hubo seguimientos de ellos varios años después para corroborar que no haya habido efectos secundarios?

Con el uso de medicamentos para el tratamiento de ADD se aprecian, según Saiz (2013), mejoras de síntomas a corto plazo (reducción de la actividad motora, interrumpe menos, incrementa la vigilancia y la atención sostenida, en fin, un robot ideal para el sistema) pero sin conocimientos claros en el largo plazo. Además, destaca los efectos adversos cardiovasculares, psiquiátricos y endócrinos.

Han sido pocos los estudios que ha habido a largo plazo sobre las personas medicadas por TDA(H). Algunos de ellos son el MTA y el RAINE, los cuales no dieron resultados a favor de la medicación. El propio National Institute of Mental Health, quien llevó adelante el estudio RAINE, reconoció no haber datos a favor del metilfenidato a largo plazo (Saiz, 2013).

En Uruguay, Según Miguez (2006), cada vez son más las familias, centros educativos y demás instituciones que demandan el uso del metilfenidato en niños como “*solución mágica*” ante los problemas de conductas de estos.

El metilfenidato, cuyo nombre comercial más conocido es “*ritalina*”, actúa como estimulante del sistema nervioso central sobre el metabolismo de la serotonina y dopamina.

Con respecto al uso de este medicamento existen diferentes opiniones y expectativas, que van desde la aceptación al rechazo total, esta última postura inspirada en los efectos secundarios que produciría la droga (Miguez, 2006).

En el propio prospecto de la *ritalina*, como menciona Meira (2011), se aclaran varias informaciones importantes que la autora destaca: *“el medicamento puede provocar muchas reacciones adversas”; “su mecanismo de acción en el hombre aún no fue completamente elucidado y el mecanismo por el cual el metilfenidato ejerce sus efectos psíquicos y comportamentales en niños no está claramente establecido, ni hay evidencia conclusiva que demuestre cómo esos efectos se relacionan con la condición del sistema nervioso central”; “la etiología específica del síndrome es desconocida y no hay un test diagnóstico específico. El diagnóstico correcto requiere la investigación médica, neurológica, educativa y social”; “puede causar dependencia física o psíquica”* (Meira, 2011, p. 101).

En cuanto a los efectos adversos mencionados por Saiz (2013), se destacan: aumento de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca, pérdida de peso y talla a largo plazo, insomnio, cefaleas, tics, trastornos afectivos, alucinaciones, reacciones psicóticas y maníacas, molestias y dolor abdominal, ideación suicida y dependencia; los efectos más frecuentes del metilfenidato son en la esfera psiquiátrica.

Janin (2013), menciona que el Dr. Nissen (2006) también alerta sobre los riesgos cardíacos que podrían tener las drogas utilizadas para el TDA(H): aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial; indica que ha habido caso de infartos de miocardio y *stroke* (accidentes cerebrovasculares) tanto en niños como en adultos que han tomado dichos fármacos. Incluso la OMS registró 28 muertes súbitas por estas drogas (el propio prospecto de Ritalina lo menciona).

En el prospecto de Ritalina se aclara *“los estimulantes no están indicados en niños con síntomas inducidos por factores externos (en particular los malos tratos)”*; ahora bien, pensemos en cuantas veces los síntomas asociados al ADD son causados por este motivo, por la violencia vivida en el entorno. Y ¿cuántas veces se medica a los niños sin tener en cuenta este factor?

Como contraindicación se menciona en el prospecto ansiedad, angustia o tensión. ¿Cuántos de los niños tienen síntomas “hiperactivos” por no poder procesar su angustia? O ¿cuántos de estos niños padecen una gran ansiedad si consideramos lo que ya se ha dicho?

Se aclara que cuando la droga deja de administrarse, pueden aparecer episodios depresivos así como hiperactividad crónica; o sea, la droga que se utiliza para un trastorno que tiene como uno de sus síntomas principales la “hiperactividad” es la que podría causar, a futuro, una hiperactividad crónica.

De la misma manera que un “niño problema” pasa de hacer barullo a no hablar, de ser revoltoso a ser tranquilo y aplanado; del mismo modo puede ser un problema cuando pasa a dormirse en clase (Miguez, 2006). Esta autora, citada por muniz (2013), denuncia que los niños medicados erróneamente se duermen en clase y que por lo tanto el efecto

producido por estos medicamentos es el mismo: no aprenden y no socializan. De hecho, el mismo prospecto de Ritalina nombra como síntomas narcolépticos la somnolencia diurna y episodios de sueños inoportunos. Entonces un niño que es medicado con Ritalina para que atienda, a veces, pasa a dormirse en clase, ¿cuál es la ventaja aquí?

Además de los efectos secundarios de la droga hay que tener otros dos aspectos: el cambio identitario de las personas medicadas con metilfenidato por el solo hecho de ser “inquietas” y aquello que se está ocultando con la droga, aquello que nos quieren decir los síntomas.

Untoiglich (2011) menciona que el fármaco que se prescribe sólo actúa momentáneamente sobre la conducta y la atención sin tener en cuenta los problemas de aprendizaje, la baja autoestima, los problemas interpersonales y la angustia.

Saiz (2013) denuncia que mientras las enfermedades primero son investigadas fisiopatológicamente y luego se desarrolla un medicamento para ella, con el TDA(H) sucedió lo inverso, primero aparecieron los psicoestimulantes para los niños hiperactivos y posteriormente se explicó la dinámica del trastorno en base a los efectos de esos medicamentos; esto lleva a pensar que es diferente decir que el metilfenidato aumenta los niveles de dopamina a decir que el TDA(H) es producido por un déficit de este neurotransmisor.

Debido a la adicción social al buen desempeño que existe hoy en día, se está arriesgando la vitalidad de los niños, silenciándolos, y por qué no desencadenando otro tipo de adicciones. Tal como se pregunta Miguez, “¿*seguiremos arriesgando nuestro mayor capital humano hacia un futuro incierto entre medicamentos normalizadores?*” (Miguez, 2006, p. 5)

Una mirada sobre la infancia: ¿y dónde están los derechos?

Durante mucho tiempo, los niños fueron considerados adultos pequeños, quitándoles su propia subjetivación, sus deseos y sus palabras. De hecho, el término infancia proviene de In-fans: “el que no tiene palabra”, “el no escuchado”, “el excluído” (Muniz, 2013). Incluso hasta hoy son “sujetos sin voz” a los cuales hay que proteger, cuidar y controlar pero sin respetar sus ideas y puntos de vista. El niño no es escuchado desde ningún área del lenguaje: ni corporal, ni verbal, ni lúdica. Al decir de Giorgi, “*Los adultos hablan de los niños, pero no hablan con ellos. Son hablados, no escuchados*” (Giorgi, 2014, en prensa).

El ser “menor”, según Giorgi, indica este “ser menos que...”. Los niños siempre se vieron como carentes de algo: de capacidades cognitivas, de bienes materiales, de valores,

entre otros (Giorgi, 2014), lo que lleva a posicionar al adulto en el lugar protector, y por lo tanto, de alguna manera, en lugar de encargado, de “dueño”.

A pesar de que en 1989 se aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño y éste pasa a ser un “sujeto socialmente activo” que será escuchado y tomado en cuenta, lo cierto es que en varias ocasiones no se lo deja ser. En el caso del TDAH se trata de silenciar los síntomas con medicamentos, sin preguntar al niño cómo se siente o si está de acuerdo en tomar los fármacos. En fin, ¿qué tiene para decir ese niño? O ¿Qué es lo que dice y no sabemos escuchar?

Si bien para esta convención los niños pasan a ser “sujetos de acción y lenguaje” y “hablantes competentes”, éstos frecuentemente son despreciados como interlocutores genuinos.

En estos casos, se podría hablar de lo que Bourdieu, citado por Giorgi, denominó “*violencia simbólica*”. Este tipo de violencia es la que se ejerce verticalmente desde una figura dominante sobre una figura dominada, en una relación de poder. Este es el caso de la violencia practicada de un hombre sobre la mujer, de un adulto hacia el niño (como en el caso que se viene planteando), etc. Se denomina violencia simbólica en el sentido en que se ocultan las relaciones de poder que en ella se encuentran a la vez que no es percibida como violencia, pero esto no significa que no sea tan dañina para la persona que la sufre como la violencia física o psicológica (Giorgi, 2014).

El lugar de la infancia siempre se construyó sobre tres pilares: “la indefensión propia del infante humano”, “el disciplinamiento” y la “perpetuación de las relaciones de poder”. El primero hace referencia a la dependencia que tiene el cachorro humano con el adulto para sobrevivir, el segundo tiene que ver con la inculcación de normas y valores propio de la cultura en que vive ese infante y el tercero con la forma de organización jerárquica propia de esa cultura que hace posible el disciplinamiento, estas incluyen relaciones hombre-mujer, adulto-niño, entre otras. El poder que tienen los adultos sobre los niños se basa en ese aparente desvalimiento que estos últimos tendrían de acuerdo a su nivel de desarrollo físico e intelectual (Giorgi, 2014).

Desde una perspectiva “*biopolítica*”, esto es, la política aplicada sobre la vida del sujeto, se trata de controlar al niño en vez de disciplinarlo. En la infancia, se trata de un “deber ser” donde el “deber” se impone desde el poder del adulto. Se legitima un poder por parte del adulto donde se invisibiliza la dominación y se acepta como dadora de protección. Gracias a la invisibilidad esa dominación es fuerte, ya que al no notarse no puede ser víctima de ataque.

Pero también aparecen las luchas de poder entre los adultos para disputarse ese lugar de “responsabilidad” sobre la infancia, luchas dadas entre sindicatos, asociaciones civiles, grupos religiosos, entre otros (Bustelo, 2005).

El poder que se ejerce sobre la infancia no es más que una estrategia de dominación compuesta por tácticas, manipulaciones, cambios de información, etcétera, para conseguir niños obedientes, sumisos y ordenados.

Mientras los niños son “buenos” hay todo un apoyo por parte del adulto, pero en cuanto se alejen de ese “deber ser” ya comienza a caerles el poder de sus “protectores”. En estos momentos es cuando el niño automáticamente deja de ser niño para ser juzgado por la ley de y para adultos. *“De ‘protegido’ se pasa a ser responsable, y los ‘protectores’ se convierten así en fuente de la desprotección más inhumana”* (Bustelo, 2005, p. 261).

Otro enfoque sobre la infancia es el de la “inversión” que, según Bustelo (2005), sería el de “invertir” en capital “humano”. Educar a un niño pasaría a ser rentable apostando a futuro; si no se invierte en la infancia podría haber un posible “desborde”, una “incontención” posterior, en el sentido en que los niños podrían crecer como posibles infractores. Sería algo así como una “mercantilización de la infancia”. Pero cuando los niños no aceptan esta postura, aparece de nuevo el problema antes mencionado: ya dejan de ser “protegidos” a la vez que pasan a ser “costosos”.

La medicalización también asistió y asiste a este hecho promoviendo, previniendo, cuidando y curando “desviaciones” del crecimiento para que los niños puedan crecer como adultos “sanos, inteligentes y socialmente valiosos”. Para ello, fue y es necesario la presencia de médicos en los diferentes ámbitos: escuela, lugares de recreación, televisión, entre otros.

Si bien el estado es un espacio público y democrático y hay un código de la niñez y la adolescencia con sus respectivos derechos, hay que destacar que estos niños y adolescentes tienen problemas y limitaciones a la hora de auto-representarse (Bustelo, 2005).

Uno de los mayores problemas de la infancia y la adolescencia, tal vez sea, entonces, el no tener este poder de auto-representarse y paradójicamente ser representados por aquellos quienes ostentan el poder.

Es indispensable, por tanto, que el niño pueda ser considerado como un hablante competente dentro del círculo de adultos que lo rodean, para que de esta forma pueda cambiar la visión que tiene de sí mismo (Janin, 2013).

Con respecto al diagnóstico de ADD, muchas veces resulta aliviador para los padres colocarlo como efecto directo de los genes, porque en este caso los padres pueden solventar la culpa pensando que si la naturaleza de lo heredado lo dispuso así nada se puede hacer. Además, ya que es algo puramente biológico habrá algún medicamento que se haga responsable de la situación sin que deban hacerse procesos de educación familiar ni escolar específicos (Risueño, 2006).

Cuando se dice que un niño es un ADD se lo coloca en el lugar de culpable de eso que le pasa, como si el entorno no tuviera nada que ver. El niño es el que tiene la culpa y no su familia, la escuela, etc... como si los únicos que padecieran fueran las personas que lo rodean. Poner el énfasis en lo genético culpa solo al niño y causa la búsqueda de la solución solo en una pastilla; sería sustituir la presencia del adulto responsable por un químico. Y si la medicación toma el papel de reemplazar al adulto que lo educa y pone límites, el niño no podrá reconocer en sí mismo lo que quiere, lo que puede y lo que debe hacer (Risueño, 2006); la medicación no enseña.

Según Janin (2004), incluso en algunas escuelas la mitad de los niños se encuentran medicados por TDA(H) sin que los adultos se cuestionen sobre sus propias dificultades para contener, transmitir, educar, etc.; y a pesar de que algunos niños manifiestan sentirse peor luego de tomar la medicación, los padres rescatan lo bueno de ella insistiendo en su uso, sin importar lo que piensen sus hijos.

En la clínica, muchas veces se atiende un síntoma o un trastorno en lugar de atender a un niño. Éste solo pasa a ser un soporte de eso que lo aqueja, como si fuera una cosa, un ambiente para que la patología se manifieste. Se deshumaniza completamente al sujeto, se lo desconoce. En lugar de ello, se debe poder sacar al niño del cuadro para escucharlo y de esa forma aproximarse a su realidad subjetiva (Dueñas, 2013).

Resulta indispensable, entonces, tener en cuenta la incidencia que tienen los diagnósticos y la mirada que tienen los adultos significativos sobre el infante en constitución, sobre su identidad y su autoestima. Un diagnóstico erróneo pone al niño fuera del sistema, etiquetándolo y estigmatizándolo.

Al decir que un niño es un ADD, éstos están perdiendo su singularidad, su nombre, su historia, su lugar en la familia, su palabra, su deseo. Todo se extravía tras una etiqueta (Frizzera y Heuser, 2004). El diagnóstico por sí mismo no es nada, sobre todo cuando éste puede estar equivocado o condena al niño (Risueño, 2006).

Tal vez lo que hay que detectar es el sufrimiento del niño y no un diagnóstico, para así poder entender que es lo que subyace en el trastorno, que es lo que quiere expresar y a quienes involucra; tal vez eso es lo que se tenga que diagnosticar (Janin, 2013).

Conclusiones

Es diagnóstico de TDA(H) tiene sus controversias, que van desde el sobre-diagnóstico al rechazo total del síndrome; lo mismo sucede con su etiología, su posible tratamiento y el modo en que es evaluado.

En cuanto a las causas se mencionan aspectos genéticos, ambientales, pautas de crianza, entorno socio-cultural, entre otras. Dentro de ellas aparecen visiones netamente psicologicistas, biologicistas y aquellas formadas por una conjugación de ambas.

El tratamiento también incluye varias posturas: farmacológicas (metilfenidato, dextroanfetamina, pemolina, atomoxetina), psicoterapéuticas (cognitiva-conductual, psicoanalista, entre otras) y aquellas que involucran una combinación de ambas.

Pero más allá de todas esas controversias, lo que se intentó estudiar fue qué había detrás del síndrome; qué lleva al diagnóstico, cuáles son sus críticas, qué posturas se toman, en qué situación se coloca a los niños diagnosticados con este síndrome, en qué posición se colocan ellos y cuáles son los efectos adversos que podrían sufrir tanto a nivel social como farmacológico.

Se habló de una constante tendencia a la normatividad, donde toda conducta que no se adapte al canon social en que se vive debe ser moldeada, corregida. Cuando alguna de estas conductas aparece (en el caso del TDA(H) inatención, hiperactividad e impulsividad), se crean situaciones de mucha tensión en donde la mayoría de las veces quien sale perdiendo es el niño.

Los padres lo culpan por aquellas conductas inapropiadas como si ellos y el entorno no tuvieran nada que ver. El niño sufre y no se lo toma en cuenta. Hay algo que quiere decirnos con eso que le pasa pero que no sabemos escuchar y en su lugar muchas veces se prefiere silenciar.

Cuando la culpa se deposita en la naturaleza (genes) se habilita un tratamiento puramente farmacológico para revertir el problema. En este caso el niño no solamente es silenciado, sino que también podría padecer los efectos secundarios del fármaco.

Lo cierto es que en toda la situación el niño pierde toda capacidad de comunicación, no se lo considera un ser completo capaz de tener una postura propia. Como personas, como padres, como docentes, como psicólogos, como médicos o como sea, debemos obrar por un desarrollo integral de la infancia de la forma más sana posible. Y, asumiendo que un niño es más inquieto, más desatento, más impulsivo que otro que conocemos o que conocimos, no garantiza esta posibilidad.

Porque si diagnosticamos a la infancia ante cualquier mínima desviación del canon establecido estamos perjudicando en gran medida a esos niños, ya que un diagnóstico

implica, muchas veces, una etiqueta, una marca, un “estigma” con el cuál cargar además de un tratamiento farmacológico con sus posibles efectos secundarios.

Los adultos necesitamos empatizar con los niños, no debemos olvidarnos del respeto y el “sentido común”. Debemos saber mirar a los ojos, llamar por el nombre, escuchar que tienen para decir (no solo con las palabras). Debemos resaltar sus logros, que a pesar de que muchas veces nos pueden resultar pequeños son muy grandes para ellos.

Debemos recordar que es el propio niño quien tiene la respuesta a su conflictiva, y si lo que buscamos es callarlo, silenciarlo, nunca vamos a poder conocer esa respuesta o aquello que nos quiere decir. El niño precisa un ambiente estable que sepa poner límites al mismo tiempo que lo contenga.

En muchos niños hay un llamado de auxilio que no estamos sabiendo escuchar y tal vez sea porque no estamos preparados para eso. Porque lo que se nos exige es que rindamos como capital humano, por más que eso implique desafectivizarnos, crear lazos débiles, deshumanizarnos. Estamos tan preocupados por poseer y progresar económicamente que nos estamos olvidando tal vez de lo más importante: crecer vincular y afectivamente de la forma más adecuada posible.

Es por eso que capaz se nos hace fácil encontrar argumentos para diagnosticar a un niño como ADD. Porque la ideología dominante obra en pos de un mejor crecimiento económico en el menor tiempo posible, ya sea a través de la gran industria farmacológica, de la creación de “personas-robot” que cumplan con los mandatos, de la ganancia de tiempo que genera medicar en vez de hacerse cargo de un niño, etcétera.

Como personas no debemos olvidarnos que el diagnóstico de ADD implica un análisis crítico de varios aspectos: genéticos, ambientales y socio-culturales; y que no es algo que podamos llevar a cabo por aplicar un cuestionario con ítems cuya respuesta es muy subjetiva y poco clara.

Tampoco debemos tener la necesidad imperiosa de poner un nombre a todo el conjunto de conductas de una persona. Debemos dejar espacio a la creatividad, a la diversidad, aceptando de que cada ser humano es único e irrepetible y que cada uno de nosotros tiene algo que aportar.

Si buscamos constantemente patologizar y medicar estas conductas nos estamos metiendo por un camino fangoso y estamos poniendo en riesgo la salud de los niños. Si ya conocemos algunos de los efectos adversos que podrían traer los fármacos, ¿por qué se sigue insistiendo con su uso? ¿Por qué se consideran, muchas veces, como absolutamente necesarios cuando tenemos otras herramientas a nuestro alcance?

Los adultos debemos obrar por el pleno ejercicio de los derechos de la infancia de una forma desinteresada, porque los niños son el futuro y el ahora. Los derechos existen

siempre y estos no deben perderse cuando creamos que los niños se desvían de la “norma”.

Debemos tener cuidado con la sociedad desamparante que se está formando, donde algunos niños no están pudiendo obtener la seguridad que necesitan. El TDA(H) es un reflejo del entorno en que el infante está viviendo y muchas veces eso no se logra ver. La inestabilidad del mundo “ya”, la cultura del “zapping” no está permitiendo que el niño desarrolle sus funciones psíquicas superiores (la atención por ejemplo) de un modo adecuado.

El cambio constante por el que transitamos día a día genera una atención fluctuante, opuesta a la atención sostenida que se pretende del niño en la escuela. Debido a esto, muchos niños son catalogados como dispersos cuando lo único que están haciendo es adaptarse a su cotidianidad.

La escuela a menudo pretende que un niño tenga ciertas habilidades que deberían aprenderse en la escuela misma; ésta no se hace cargo de su papel directriz y en lugar de ello muchas veces prefiere desligarse del problema y culpar al niño por lo que le pasa.

No es posible que un niño sea “desatento”, sino que su atención hace foco en otro objeto o cambia constantemente de un estímulo a otro. Esto es algo a indagar y a tener en cuenta antes de diagnosticar ADD.

A nivel clínico debemos escuchar a los niños, indagar en su historia, en sus vínculos familiares y asumir que son sujetos de derecho con ciertas ventajas evolutivas en comparación a los adultos. Debemos tener en cuenta que su personalidad y su psiquismo están en proceso de formación y que las conductas y actitudes que tengan posiblemente cambien con el tiempo de la misma manera que van a cambiar en un montón de aspectos. Es por eso que no debemos poner etiquetas rígidas que condenen a ese niño a un diagnóstico estable de por vida y del cual tendrá serios problemas en salir.

No debemos basar un diagnóstico en un cuestionario para padres y/o docentes, eso sería tener una visión muy simplista del tema y poco profesional. De la misma forma que tampoco debemos diagnosticar en un encuentro de unos minutos. Debemos dejar de lado la constante tendencia a la patologización y tomar en cuenta las características propias de la época actual: el “zapping”, lo “hiper”, la velocidad, etc.

El diagnóstico no debe ser precipitado, se necesita de tiempo y una intervención profunda e integral en un ambiente interdisciplinario. Un diagnóstico es un arma de doble filo, que si bien tiene sus ventajas en cuanto nos sirve como base para pensar un tratamiento, también es un rótulo que muchas veces genera iatrogenia y estigmatización.

No debemos olvidarnos que la naturaleza del niño es ser inquieto, conversador, travieso, etcétera. No podemos ver a estas conductas como patológicas, porque eso sería sesgarnos, olvidar lo que alguna vez fuimos. Porque un niño sano, recordando a Winnicott,

es aquel que molesta, porque en caso de que no sea así y que no juegue debería ser sospecha de un retraimiento o algo de gravedad.

Muchas veces se considera que un niño es hiperactivo o impulsivo porque excede la paciencia que tienen padres y maestros al momento de hacerse cargo de él. Paciencia que tal vez esté disminuida por las exigencias que se deben afrontar hoy en día: largas jornadas de trabajo, con más responsabilidades, más exigencias, grupos de niños más números, etcétera. Cuando se considere que un niño muestra dichas conductas debemos sentarnos a pensar fríamente si esto realmente es así o si simplemente nosotros somos quienes estamos cansados. Lamentablemente hay una progresiva tendencia a perder la paciencia ante los niños, tomándose decisiones desastrosas para su crianza.

Qué los niños sean considerados como desatentos, hiperactivos e impulsivos no significa que padezcan TDA(H). Muchos otros cuadros clínicos o simplemente situaciones por la que pasa un niño podrían ocasionar esta tríada de conductas.

Debemos dejar a los niños ser para sí mismos y no para aquello que se espera que sean, que se les impone y que se nos impone. Un niño debe poder desarrollarse libremente en un ambiente de contención y de límites. Disfrutando y aprendiendo del día a día de la forma en que lo hacen. Los niños necesitan moverse, desplegarse, crear, investigar y por sobre todas las cosas jugar; porque es al través del juego que aprenden y se desarrollan. No debemos cortar la vitalidad y la creatividad de los niños, en todo caso debemos incentivarla. No debemos olvidarnos de las características propias de una infancia sana.

Los niños, lo que muchas veces necesitan es simplemente descargar sus ansiedades, sus inquietudes por lo que una buena escucha ya es de gran ayuda para ellos. Es cuando no consiguen esta escucha que tratan de descargar ansiedades a través de lo motor. Y es cuando invisten sus conflictos que no atienden. Nada que no pueda elaborarse a través de la palabra.

En cuanto a los fármacos debemos dejar de verlos como “solución mágica” a todo lo que nos incomoda. Deben ser los padres y la escuela los encargados de fomentar la atención sostenida de los niños y no un fármaco. Los fármacos muchas veces se usan como parches para evitar responsabilidades y “ganar” tiempo, pero lo cierto es que ellos no sustituyen a un padre, no sustituyen a la enseñanza; el conflicto seguirá persistiendo y hasta que no se elabore de una manera adecuada va a estar allí ahogando y paralizando al niño.

Debemos dejar de ser presionados por esa idea que lo único que considera como valioso es rendir. Porque ella nos lleva a medicar a los niños para conseguir eso que se espera de ellos, muchas veces sin ser lo que ellos quieren y/o necesitan. Los medicamentos para el ADD incluso pueden ocasionar, en algunos casos, que los síntomas para los que son administrados empeoren.

¿Qué pensamos hacer con todo lo que estamos generando respecto a la patología y al diagnóstico de ADD? ¿Qué pensamos hacer con los niños que expresan su sufrimiento ante adultos que no quieren reconocerlo ni asumir su implicación en estos conflictos?

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Bustelo, E. (2005). Infancia en indefensión (a). *Salud Colectiva*, 1(3), 253-284. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73110302>
- Carboni, A. (2011). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3), 95-131. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/46/162>
- Dueñas, G. (2013). Importancia del abordaje clínico de los problemas de aprendizaje frente a la tendencia a medicalizar a las infancias y adolescencias actuales. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 31-54. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/148/152>
- Fernández A. (1987). *La Inteligencia Atrapada: abordaje psicopedagógico clínico del niño y su familia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Giorgi, V. (2002, mayo). *El genoma humano y lo humano del genoma*. Conferencia presentada en Congreso de Psicoanálisis, 2 y Jornadas Científicas, Montevideo.
- Giorgi, V. (2014). Pensar la clínica de niños y niñas desde una perspectiva de derechos: el derecho a la información. *Artículo en prensa*.
- Goffman E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Honneth, A. (1992). Integridad y desprecio. Motivos básicos para una concepción de la moral desde la teoría del reconocimiento. *Isegoría* (5), PP 78-92.

- Janin, B., Frizzera, O., Heuser C., Rojas, M., Tallis, J., Untoiglich, G. (2004). *Niños Desatentos e Hiperactivos: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Buenos Aires: Noveduc.
- Janin, B. (2013). La desatención y la hiperactividad en los niños como modo de manifestar el sufrimiento psíquico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 55-79.
- Melillo, M. (2011). Incluir para continuar excluyendo: a produção da exclusão na educação brasileira à luz da Psicologia Histórico-Cultural. Em M. Melillo, M. Dias, e S. Calvo, *A Exclusão dos Incluídos: uma crítica da Psicologia da Educação à patologização medicalização dos processos educativos*, (pp. 91-131). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Miguez, M., Alzati, L., Bedat, P., Belén, F., Furtado, N., Silva, C.,... González, L. (2006, agosto). *Los hijos de Rita Lina: grupo de estudio sobre discapacidad (GEDIS)*. Ponencia presentada en las V Jornadas de Investigación Científica, Montevideo. Recuperado de <https://anamaitebustamante.files.wordpress.com/2011/04/los-hijos-de-rita-lina-extenso-gedis.pdf>
- Muniz, A. (2013). Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 135-154. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/165/156>
- Narbona J. (2001). Déficit de atención e hipercinesia. En J. Narbona, y C. Chevri-Muller, *El Lenguaje del Niño: desarrollo normal, evaluación y trastornos*, (pp. 333-350). Barcelona: Masson.
- Novartis Biosciences Peru S.A. (s.f.). Ritalina/Ritalin La: clorhidrato de metilfenidato. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/portallibreria2/biblio/plm/PLM/productos/40824.htm>
- Risueño, A. (2006). *Mitos y Realidades del Síndrome Atencional con Hiperactividad*. Buenos Aires: Bonum.

Saiz, L. (2013). Atentos al déficit de atención (TDAH): entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva. *Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra*, 21(5), 1-19. Recuperado de http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/47EADFE7-470B-4BC7-B903-373C2E834804/278105/Bit_v21n6.pdf

Untoiglich, G. (2011). *Versiones Actuales del Sufrimiento Infantil: una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad*. Buenos Aires: Noveduc.