



LA ATENCIÓN DE LA DESATENCIÓN. UNA MIRADA CRÍTICA SOBRE EL TDAH.

Autor: Alfredo Waisblat Wainberg

LA ATENCIÓN DE LA DESATENCIÓN. UNA MIRADA CRÍTICA SOBRE EL TDAH.

Alfredo Waisblat Wainberg

Psicólogo. Especialista en la Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios (ProCC). Miembro del equipo docente y coordinador del área clínica del Centro de Desarrollo de Salud Comunitaria "Marie Langer".

Introducción.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) atrapa hoy con insistencia nuestra mirada y la dirige, cada vez más, a una concepción de origen neurológico y a tratamientos medicamentosos, obturando otras interrogaciones acerca de lo que se trata.

En los talleres que realizamos para padres y madres con hijos/as con diagnóstico de TDAH, el nivel de confusión, de agobio, de impotencia, de culpa que traen, solo se puede comparar con la intensidad de los pedidos de ayuda, desde la necesidad de "controlar" al niño/a y controlarse, o de poseer recetas y trucos para poder operar con un niño¹ que está "en su mundo" o que "no para quieto."

Traen escenas de niños/as desplegadas en los espacios más diversos: niños/as que no se pueden quedar quietos/as un segundo mientras comen, que se pelean con amiguitos/as en el parque, sin capacidad de espera para la apertura de un paquete de patatas, niños/as que en el cole no se enteran de nada, y que son sentados/as mirando la pared o pegados/as al escritorio de la profe.

Pero también traen adultos/as que van corriendo detrás de ellos/as justificándolos y regañándolos, que dicen frases como "le termino de dar de comer yo, si no me hace llegar tarde al trabajo", "estarle encima me agota, es un sinvivir", "lo termino de vestir yo porque si no llegamos tarde a todos lados". Profesores/as desbordados/as, agobiados/as y sin recursos: "¡Mira lo que estás haciendo, no te enteras de nada!" grita la profe mientras el niño no se entera de nada, "¡ya no sé qué hacer con él!, lo premio, lo castigo y le da igual". Un profesor nos decía que hoy en el aula tiene más TDAH que alumnado.

Es claro que estos niños y niñas son reales y que las escenas que traen los padres y madres las vemos día a día en la vida cotidiana. Lo que no está del todo claro es por qué para atender esta realidad se estructura un "trastorno" cuya única terapéutica es una medicación sintomática y respecto de la cual, hasta los mayores valedores de la existencia del cuadro, reconocen que no hay pruebas que puedan certificar la presencia de un trastorno neurológico. Es importante no perder de vista que los niños/as diagnosticados con TDAH "no vienen solos", sino que están acompañados y solapados por padres, madres y

¹ En relación al uso del masculino y/o femenino de determinadas acepciones, para evitar la utilización de modos que perturben la lectura, se hace constar expresamente que cualquier término genérico referente a personas se debe entender en un sentido inclusivo para ambos géneros.

profesores agobiados, desconcertados, así como por profesionales de la salud mental que no dan abasto en su consulta y que, muchas veces, no cuentan con los recursos alternativos a la medicación aunque a veces se lo cuestionen ¿Cómo encaja esto con un tratamiento solo centrado en el niño/a?

Una posición.

Para posicionarnos frente a este “fenómeno masivo” partimos de la concepción de la construcción socio-histórica de la subjetividad. Desde la Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios-ProCC sostenemos que (Cucco, 2006a) “el proceso de devenir sujeto psíquico es fruto de una construcción histórico-social, frente a saberes hegemónicos que dan cuenta de un hombre abstracto, ahistórico, de un hombre en general”. Entendemos lo subjetivo como un derivado de la actividad del sujeto, que se forma y cambia en el proceso de transformación del mundo exterior.

Podemos pensar: ¿Qué relación tiene la irrupción del TDAH con la sociedad que habitamos y construimos? ¿Tendrán algo que ver los emergentes que pone el TDAH sobre la mesa con una forma de construir la subjetividad en nuestros días?

La clausura que se opera sobre estos cuestionamientos produce la consideración del TDAH como algo que un niño/a porta de manera individual y que irrumpe generando trastornos en los distintos escenarios que transita y, por tanto, el diagnóstico y la terapéutica apuntan a aplacar a un/a niño/a disfuncional.

Cuestionando guiones.

Para que las características de estos/as niños/as entren dentro de la categoría de lo patológico es necesario crear un cuadro en el que puedan caber muchas cosas. El DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico) abre un cajón bastante grande para ello.

Creemos que este cuadro está sobrediagnosticado y que ello responde tanto al tipo de protocolos que se utilizan para realizar el diagnóstico, como a ciertas características del manual y hasta un mal uso de las mismas.

Hay una serie de críticas con respecto a la definición del trastorno en el DSM IV, una de ellas es la de no considerar de manera suficiente la diferencia entre trastorno y enfermedad. Decíamos al comienzo que no hay un elemento diagnóstico que señale una etiopatogenia, por lo tanto, no puede considerarse una enfermedad. Sí un trastorno, que es una asociación fenomenológica y estadística de ciertos síntomas que aparecen asociados.

“Si bien el DSM IV habla de trastornos, a menudo su categorización considera el conjunto de síntomas como si fuera una enfermedad, y se infiere que a igual enfermedad igual terapéutica” (Tallis, 2005, p. 190).

“¿Qué diríamos de un médico que a partir de una cefalea diagnosticara siempre lo mismo y, por lo tanto, recurriera invariablemente a la misma medicación?” (Punta, 2007, p. 50).

Por otra parte, Tallis (2005, p. 200) nos alerta:

El mal uso del manual contribuye al sobrediagnóstico, ya que la mayor parte de los profesionales omite la aplicación de los ítems B, C, D y E, en donde se pide que la afectación se dé por lo menos en dos áreas (casa, escuela), que el deterioro sea significativo en el área social o académica y que los síntomas no se presenten en pacientes autistas y psicóticos (¡cuántos de estos pacientes hemos visto tratados con metilfenidato!), y en otros cuadros de vertiente neurótica. Inclusive señala la dificultad que existe en los niños pequeños para diferenciar lo normal y lo patológico. (Recomendamos leer los criterios mencionados).

Los Cuestionarios de Conners son un instrumento compuesto por una serie de ítems que se desarrollan alrededor de los principales síntomas del trastorno. Estos deben ser rellenados por padres y madres, por maestros y maestras, quienes, desde su criterio y observación, deben calificar las conductas del niño/a dentro de los parámetros: nunca, poco, bastante, mucho. Está claro que la valoración de los distintos ítems, responderá a la subjetividad y estado de ánimo de quien establezca los parámetros. Baste, como ejemplo, la experiencia realizada en un hospital de Argentina, desde el cual se le pidió a los colegios de la zona que aplicasen este instrumento a sus propios alumnos, dando el impresionante resultado de un 48% de incidencia del trastorno (Dueñas, 2007, p. 77).

Compartimos la idea de muchos/as autores/as que se oponen a este reduccionismo neurológico. Como queda dicho en el Consenso de expertos (2004) "Así se rotula, reduciendo la complejidad de la vida psíquica infantil a un paradigma simplificador. En lugar de un psiquismo en estructuración, en crecimiento continuo, en el que el conflicto es fundante y en el que todo efecto es complejo, se supone, exclusivamente, un "déficit" neurológico". (Berger, 2005; Janín, 2004; Rodulfo, 1992; Breeding, 1996).

Janín (2005, p. 41) dice:

Así, si sostenemos la hipótesis de que estas dificultades expresan trastornos en la estructuración de la subjetividad, en algunos casos en la libidinización del mundo, en otros en la construcción de la curiosidad, o son un trastorno narcisista, se plantea la necesidad de reformular la terapéutica. Especialmente de tener recursos para tratar a cada niño con aquello que en él determina su trastorno.

Remitimos a una preciosa descripción que realiza la autora sobre distintas posibilidades de conflictos intrapsíquicos e intersubjetivos que determinan la manifestación de trastornos de la atención (2005, pp. 58-67).

Pero estos comportamientos que existen, los pensemos desde el rescate de la subjetividad de los niños y niñas y/o desde un componente biológico, no alcanzarían para dar cuenta de las dificultades del 48% de la población escolar. Esto nos hacen preguntarnos: ¿Qué denuncian estos niños y niñas? ¿Cuáles pueden ser los nuevos malestares que se generan desde el sistema social en el que vivimos y que tienen importantes incidencias en las pautas de crianza y la construcción subjetiva?

Pensando la Normalidad Supuesta Salud y la construcción subjetiva.

El psiquismo humano lleva un complejo y precioso proceso donde el/la niño/a tiene que ir construyendo sus capacidades en relación con otros humanos.

Cucco (2009) sintetiza este proceso:

Es esencial el papel que en los vínculos tempranos ocupa este proceso de fusión-separación y lo transicional, ya que permite el pasaje de un estado de indefensión-dependencia, a un estado creciente de autonomía, que va conformando la capacidad de representarse como separado y diferenciado. El niño va adquiriendo, en este proceso, la noción de realidad como espacio exterior no reductible al propio, encontrando a su vez el yo su unidad y su límite. En este sentido, definimos el proceso de crecer (Cucco, 1993) “como un camino de sucesivos desprendimientos hacia la autonomía desde cada nueva capacidad adquirida”.

Este primer momento de fusión implica una identificación perfecta entre las necesidades del bebé y la acción del adulto primordial que va a darle respuesta. Winnicott nos dice que a través de la “preocupación maternal primaria”, la madre ilusiona de omnipotencia al bebé, poniendo el pecho en el momento y el lugar exacto que el niño lo espera. De este modo le da la posibilidad de creer que él mismo ha creado el objeto exterior. Hablamos de objeto exterior desde el punto de vista del adulto, ya que para el bebé, no hay diferencia entre el yo y el no yo, entre la realidad y la fantasía y entre el yo y el otro. No hay diferencia entre el tiempo de aparición de la necesidad y el tiempo de la satisfacción, ambos tiempos coinciden.

Para que el psiquismo pueda seguir su construcción, deben entrar en juego los límites como estructurantes del mismo. De ese modo, la madre, al no responderle de manera inmediata, genera una separación entre la aparición de la necesidad y el tiempo de la satisfacción, se crea una brecha que obliga a un movimiento en el aparato psíquico: aparecen los rudimentos de la diferencia entre el yo y el no yo, entre la realidad y la fantasía, y entre el yo y el mundo.

El/la niño/a puede hacer el duelo de la omnipotencia perdida y tomar a su cargo la capacidad de sostén que antes estaba fuera: se identifica con lo perdido y gana en valor y en autoestima. Ha ganado un nuevo lugar, se ha operado un desprendimiento fundamental.

Esto que vemos muy esquemáticamente en el/la bebé, se juega de manera constante en todo el proceso de crecer. En el momento que surge una nueva habilidad para hacerse cargo de sí mismo, es imprescindible no hacer de más para que el niño o la niña puedan desarrollar sus nuevas habilidades, hacer los duelos pertinentes y a su vez ir incrementando la valoración del yo y enriqueciendo sus relaciones con la realidad y con los otros.

Sin embargo, ¿cómo se hace esto hoy día? Dice Cucco (2012):

Desde nuestra praxis observamos, en primer lugar, un grado importante de desconocimiento de estos procesos que deberían constituir un saber básico y necesario de la población en general. Y por otro lado, indicadores actuales como la fragilidad narcisista y la inhabilidad en el sostenimiento de un vínculo, el cortoplacismo, la inmediatez y la descualificación de lo procesual,

el vacío de normas y la futilidad del esfuerzo, la pérdida de sentido, etc., no garantizan que los/as adultos/as primordiales sean capaces de reacomodar permanentemente su lugar, acorde a los avances de la creciente autonomía del niño/a y haciendo un buen ejercicio de la autoridad. Más bien hoy muchos/as adultos/as actúan desde la sobreprotección y desde las promesas de abastecimiento absoluto y abdican de su lugar y los/as niños/as “todo lo que quieren pueden conseguirlo”, desajustando sus lugares, en lugar de “todo lo que el/a niño/a puede tiene que hacerlo”.

Cabe preguntarse ¿qué sucede entonces con la construcción de ese psiquismo?

A partir de la realidad social actual y su incidencia en la crianza, a modo de ejemplo y desde el tema que nos ocupa, podemos plantear la presencia en la subjetividad de niños y niñas de hoy de dificultades en la tolerancia a la frustración y capacidad de espera, dificultad en la aceptación de normas, dificultad con la idea de proceso, dificultad en la capacidad de esfuerzo, lo que conlleva grados importantes de impulsividad, agresividad, descentramiento, dificultades en los aprendizajes, en la autoestima, etc.

Para situar estos malestares desde la Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios, definimos el concepto de “Normalidad Supuesta Salud” (Cucco, 2006b, p. 32) como:

Aquellos malestares que la gente sufre y habitualmente no analiza ni cuestiona porque los considera normales; no generan demanda explícita, no tienen interlocutor válido, y para ellos no existe un campo de intervención; brindándose las respuestas habituales desde enfoques terapéutico-asistenciales que, o bien tienden a medicalizarlos, psiquiatrizarlos o categorizarlos como pertenecientes a grupos de riesgo social; o bien a incluirlos en acciones preventivas inespecíficas, quedando la mayor parte de las veces en tierra de nadie.

Vemos entonces, cómo pautas de crianza “normalizadas”, como las analizadas anteriormente, generan un tipo de subjetividad que encaja en los parámetros que describe el TDAH. Cucco (2009) relata cómo en un taller de profesores decían que “los chicos de hoy en día hablan mucho, escuchan poco y piensan nada”. No se referían a los/as niños/as con diagnóstico de TDAH, sino a “los/as niños/as”. Son dificultades que no entran dentro del campo de lo patológico, pero sí están presentes por vía extensa en la vida cotidiana, cobrándose altos costos.

Cada formación económico-social produce el sujeto ideológico buscado apto para su continuidad y desarrollo. Este sujeto es construido mediante discursos y prácticas sociales que constituyen guiones que se hacen carne en personas concretas en la vida cotidiana. Como señala Cucco (2006a p. 8), estos guiones

... promueven paso a paso la distorsión de cada pauta de crianza; se enseña a hacer de más y no lo que el niño necesita; se dificultan las separaciones necesarias; la elaboración de los duelos; los límites articuladores de los nuevos lugares para lograr un sujeto independiente. Así, se cancelan separaciones, hay adultos dispuestos a proveerle todo.

Desde las reflexiones anteriores, cuando trabajamos en los talleres con padres y madres, una pregunta que nos guía en la tarea es: ¿qué es específico del TDAH y qué de la Normalidad Supuesta Salud?

Conclusión.

En nuestra praxis observamos los cambios que se operan en los/las participantes de los talleres al entender que las condiciones de sociabilidad de hoy generan un iceberg cuya base oculta y no cuestionada es la Normalidad Supuesta Salud y la punta, lo que aflora de esto en determinadas circunstancias, es lo que aparece rotulado como TDAH. La existencia real de esta base es una de las causas que permiten el sobrediagnóstico.

Lasa Zulueta (2007) marca algo que no debemos perder de vista: “La tozuda persistencia y la universalidad con que, le llamemos como le llamemos, se presentan en nuestra consulta niños que sufren de manifestaciones claras de un sufrimiento psicológico que se manifiesta en sus síntomas y en su comportamiento y que repercute en sus capacidades y su trayectoria evolutiva, tanto a nivel personal, como familiar y social, porque también afecta a la organización de su psiquismo y su personalidad”.

Nuestro trabajo no intenta negar esta realidad y lo duro del abordaje para los distintos actores, sino justamente enriquecer la mirada sobre la concepción y elucidación de lo que sucede, incorporando el concepto de “Normalidad Supuesta Salud” y su incidencia en las pautas de crianza naturalizadas. A través del método de Grupo Formativo y la implementación del Programa ProCC “La atención de la desatención. Taller para padres y madres”, damos respuesta a esta necesidad.

Desde todos los planteamientos desarrollados reafirmamos la necesidad de un proceso interdisciplinar de diagnóstico, de intervención clínica y de trabajo comunitario que incluya a los distintos actores, niño/as, padres y madres, profesorado y otros.

Esperamos haber brindado algunos elementos de análisis que permitan enfrentar mejor los retos actuales de esta problemática.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1995). *DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Editorial Masson.
- Consenso de expertos del área de la salud sobre el llamado "Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad" (2005). Disponible en: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1851/Consenso_salud.pdf?sequence=1
- Cucco, M. (1986). Un enfoque, una línea de trabajo que intenta penetrar en la comprensión de nuestro ser social. Ponencia en *Seminario: Las bases psico-sociales del comportamiento agresivo*. Madrid: Fundación Pablo Iglesias. / www.procc.org
- Cucco, M. (2006a). Malestares cotidianos y micromecanismos subyacentes. Los IDP como concepto clave para su comprensión. *II Taller Nacional de Coordinadores de Grupo Formativo*. La Habana. Cuba. / www.procc.org
- Cucco, M. (2006b). *ProCC: Una propuesta de intervención sobre los malestares de la vida cotidiana. Del desatino social a la precariedad narcisista*. Buenos Aires: Editorial Atuel.
- Cucco, M. (2009, noviembre). La construcción subjetiva en riesgo. *IX Jornadas de Práctica Psicomotriz*. Vitoria-Gasteiz / www.procc.org
- Cucco, M. (2012). Proceso de crecer, autonomía y límites. Un tema a debate. *Revista La Fuente*, 50, 7-9 / www.procc.org
- Dueñas, G. (2007). Y por la escuela... ¿Cómo andamos? Capítulo IV. En L. Benasayag (Comp.), *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado?* (pp. 71-87). Buenos Aires: Editorial Noveduc.
- Janín, B. (2005). *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (ADD/ADHD)*. Buenos Aires: Editorial Noveduc.
- Lasa, A. (2007). El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. *Psicopatología y salud mental*. M2, 9-16.
- Punta, M. (2007). El ADD/ADDH como caso testigo de la patologización de la diferencia. Capítulo III. En L. Benasayag (Comp.), *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado?* (pp. 47-70). Buenos Aires: Editorial Noveduc.
- Tallis, J. (2005). Neurología y trastorno por déficit de atención: mitos y realidades. Capítulo VIII. En B. Janin, *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (ADD/ADHD)*: Buenos Aires. Editorial Noveduc.