

Crecer sin rótulos

ADD, TGD, TOC no son solo siglas. Involucran diagnósticos cada vez más frecuentes que recaen sobre niños cada vez más chicos. Profesionales de salud mental admiten que, en algunos casos, esa valoración es necesaria, pero advierten sobre la sobrediagnóstico y medicalización que terminan ocultando el verdadero síntoma.

TEXTOS. NANCY BALZA. FOTOS. FLAVIO RAINA Y EL LITORAL.

Despiertos pero no ruidosos, curiosos pero tranquilos, inquietos pero sin que se muevan demasiado: los adultos esperan de los niños conductas que se adapten a sus expectativas y necesidades. Pero esa respuesta suele ser bien diferente de la esperada y, en la realidad, puede ocurrir que los niños se muevan un poco más de lo deseado, y atiendan aquello que les interesa y no lo que se les indica. Entonces, si la situación se mantiene, no tardan en aparecer las etiquetas y, con ellas, la medicación como respuesta.



Florencia Pacitti integra la comisión directiva del Colegio de Psicólogos, y Liliana Peralta preside el Colegio de Psicopedagogos de Santa Fe. Ambas instituciones decidieron unificarse y tomar posición común sobre un tema que les preocupa y es la “sobrediagnóstico y medicalización” de la infancia. “Esto implica que, a edades cada vez más tempranas, se realizan diagnósticos que clasifican a la infancia otorgándoles una identidad y des-subjetivizando a los niños”.

Antes de seguir, cabe aclarar que TGD significa Trastorno Generalizado del Desarrollo; ADD se traduce como Trastornos por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, y TOC involucra Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Para las profesionales existe un “doble mensaje para los niños: por un lado, se le pide que sean activos, ágiles, que tengan plasticidad para aprender, y se los sobreestimula, y por el otro se pide que se queden tranquilos, quietos y, si se mueven demasiado, molestan y son hiperactivos cuando, en realidad, se puede leer en ese comportamiento una actividad productiva y no una hiperactividad que tiene una connotación patológica”, señala Pacitti.

LA ATENCIÓN DEL SÍNTOMA

“La hiperactividad existe”, aclara Peralta y añade que “lo preocupante es que cualquier tipo de movimiento es asimilado a ese diagnóstico: los chicos son inquietos, se mueven, corren y no necesariamente padecen un desorden o un compromiso mayor de su psiquis”.

La psicopedagoga admite que “hay nuevas formas de relacionarse de los sujetos y también de los niños, y por otro lado existe una demanda de los padres, de qué hacer con sus hijos. Lo que más nos preocupa es esta cuestión desde el punto de vista ético porque, ante un sufrimiento del niño se lo rotula y se lo diagnostica en base a una serie de estándares. Entonces, si el niño responde a esta serie de síntomas, se lo encasilla, en lugar de escuchar su padecimiento a través de las herramientas con que cuenta que son el dibujo, el juego y la palabra, y teniendo en cuenta su entorno y situación histórica”.

Por su parte, Pacitti recuerda que “el modo de manifestarse de los niños es a partir de su cuerpo. Una misma conducta, como es la desatención o la hiperactividad, puede estar diciendo un montón de cosas. Si en función de una descripción sintomática y de signos se hace un diagnóstico, y se lo trata con una única medicación o de una única manera posible, lo

que se hace es silenciar eso que el niño está queriendo mostrar o decir. No basta el aspecto descriptivo: el trabajo clínico implica, entre otras cosas, poder historizar con los padres, ver en qué están implicados ellos en lo que manifiesta el niño. Debemos aclarar que existen diversos marcos teóricos de trabajo”.

Ambas plantean la pregunta: ¿a qué atiende un niño cuando no atiende en la escuela? “Puede estar atendiendo a sus propios estados afectivos, a una situación familiar conflictiva, a una depresión materna o a sus problemas de inclusión entre los pares”, responden, solo por mencionar algunos ejemplos.

UNA HERRAMIENTA

“Las manifestaciones de los chicos tienen que poder ser tomadas como algo enigmático a trabajar -insiste Pacitti-; el diagnóstico es necesario pero no puede ser cerrado. Cuando se rotula, se deja de mirar al niño desde su singularidad y potencialidades para verlo desde un posible pronóstico, que se admite como certero cancelando posibilidades de progreso deseante. Es fundamental escuchar al niño, plantear hipótesis, hacer preguntas, sostenerlas y sortear las dificultades, junto a los padres, pero sin cerrarlo, abrir a las significaciones y a nuevas modalidades de vinculación afectiva. Destruir conflictos, conquistar nuevos lugares tanto para los padres como para los niños.”

Ambas profesionales reconocen que, en algunos casos, “existe una excesiva carga psicomotriz y es necesaria la medicación para que posibilite la apertura y poder armar, por ejemplo, un espacio de juego”. En esas situaciones, “la medicación es una herramienta que acompaña el tratamiento, pero debemos considerarla como última alternativa luego de que se hayan agotado todos los recursos terapéuticos, apuntar a la supresión de la misma y acompañarla de intervenciones estructurantes e interpretativas”.

En todo caso, lo que alarma es que “se observan niños de 2 años y medio ó 3 que ya fueron diagnosticados, y niños de 5 ó 6 años que llegan medicados cuando, antes, la consulta era más frecuente a los 8 ó 10 años, una edad que coincide con la pre-pubertad, con la etapa en que el niño empieza a vivir una fase de cambio importante”. Ambas profesionales señalan que “debemos tener en cuenta que toda medicación tiene efectos secundarios”.

EL NIÑO EN SU CONTEXTO

Pacitti aclara que “la detección temprana es necesaria y oportuna, pero para abrir posibilidades de construcción. Si uno evalúa a un niño y lo diagnostica como TGD o ADD, y supone que ese niño va a ser toda su vida ‘un TGD’ y no tiene chances, se están cerrando posibilidades. La detección temprana es necesaria y oportuna -insiste-, siempre que se piense que el niño tiene una estructura en proceso, que es dinámico, plástico y que hay chances de habilitar otros circuitos saludables, desandar caminos para crear nuevos, tanto en el encuentro con los padres como consigo mismo y con los otros”. “Hay que situar el padecimiento del niño en su historia singular y vivencial, en el entramado familiar. Recibimos padres desbordados, agotados por las demandas y/o conflictos personales y sociales. En el contexto de cada historia familiar, social y vincular ubicamos el padecimiento del niño”.

Por otra parte -añade Peralta- “al cerrar el diagnóstico, cerramos también las posibilidades terapéuticas. No es lo mismo abordar terapéuticamente a un niño que está violentado o que ha sido violado que a un niño que está transitando un duelo. Por eso es importante pensar que, con una misma modalidad de manifestación, puede estar expresando cosas diferentes”.

“Existe tanta variedad de significaciones en los síntomas que es imposible englobarlos”, señala Pacitti. En ese sentido considera que “es importante que los padres estén atentos porque los niños, con sus manifestaciones puestas en el cuerpo, como encopresis, enuresis, introversión, los miedos -por ejemplo, a quedarse solos o a dormir- están dando una señal de que hay algo que los está haciendo sufrir, que hay un padecimiento. El niño está expresando que hay algo que no lo está dejando desarrollarse. Antes de modificar una conducta, hay que interrogarla”.

Por último, Peralta aporta que “puede que ese padecimiento sea del lado de la fantasía o puede haber una realidad perturbadora como en el caso de un niño violentado. Por eso es importante estar atento a este sufrimiento que se manifiesta por el dibujo, el juego y la palabra”.