

## Cartas al editor

### El fracaso escolar y los rótulos

*Sr. Editor:*

La pauperización en el área de la salud ha provocado en los sistemas un desplazamiento de la inteligencia médica, reemplazándola por la sobreutilización de tecnología y de fármacos.

Se deterioraron las condiciones de trabajo de los que quedaron dentro del sistema y se expulsó a la experiencia de la práctica médica.

Esta situación genera dificultad para ver al sujeto, entendido éste como producto de una complicada trama de articulaciones. Estas abarcan desde los cuidados corporales y el baño de lenguaje recibidos a partir del nacimiento, hasta el entretreído con la historia de generaciones familiares previas y con la particular reacción de cada ser frente a estos estímulos o su falta. Compleja gama de relaciones que se irá inscribiendo en el cuerpo y en el psiquismo de cada individuo, configurando su estructura.

Hablamos de visualizar al sujeto, que deberá interactuar y reaccionar con las nuevas situaciones y relaciones personales que la vida le vaya presentando.

En una situación como el fracaso escolar no existirá una única etiología, sino más bien un entramado de causas y consecuencias en las que el niño queda atrapado.

Dentro de ellas deben evaluarse, la integridad del aparato psíquico y mental, la normalidad neurosensorial, la familia con su posición frente al estímulo por la investigación y el aprendizaje (interés, desinterés, sobreexigencia, elección de escuela apropiada a las posibilidades de cada niño), las dificultades específicas del área del aprendizaje como la dislexia, la discalculia o la dispraxia. Factores todos ellos que se entrelazan, por lo cual se requiere de una compenetración profunda con la situación; prestar atención a cuestiones sutiles para determinar qué es lo que está incidiendo con mayor énfasis en un determinado momento para ir ajustando las estrategias de trabajo a cada situación.

¿Es el déficit de atención un motivador *per se* de las dificultades escolares o sólo el síntoma de un niño cuya problemática no le permite mantener la atención en el nivel que se le requiere?

Tal vez nosotros, con nuestro "déficit de atención" hacia nuestro paciente, estamos viendo nada más que la consecuencia de un problema que no hemos investigado adecuadamente.

En los tiempos actuales se es más proclive a tapar las faltas con certezas. Se proponen nuevas formas de catalogar y de rotular las dificultades, desdeñándose la implicancia de la subjetividad, es decir, de lo constitutivo de un sujeto.

A lo largo de la historia vemos aparecer súbitamente entidades clínicas que lo explican todo. Así, lo que en su momento fue la disfunción cerebral mínima hoy es el déficit de atención.

Esta modalidad de dar rápidas explicaciones y obturar las preguntas y los replanteos, impide la investigación y la búsqueda del entramado particular.

Es un camino más fácil que aceptar un no saber, que nos mantendrá en alerta y en la posibilidad de encontrar la pista que nos lleve a un cambio de posición.

Cada vez con mayor frecuencia, se impone la tendencia de que niños con diversas afecciones entren en algún tópico del DSM IV. Una vez uniformado en ese criterio se podrán elaborar rutinas, todas iguales, para cada niño-problema rotulado como ADD.

De esta manera, se darán indicaciones con las técnicas para aumentar el tiempo de concentración: ordenar los juguetes, programar las tareas, establecer rutinas de horarios y actividades, alejarlo de la ventana para que no se distraiga con los pajaritos y se lo medicará regularmente con un estimulante como el metilfenidato.

Todo el mundo contento, porque –por fin– un "moderno especialista" ha explicado a los padres que el problema del niño es neurobiológico, por falla de un trasmisor neuroquímico y que su déficit se debe a una afección genética, dado que en la historia familiar siempre se encuentra algún padre, abuelo o tío al que le iba mal en la escuela.

El especialista estará satisfecho porque posee todas las explicaciones que requieren los padres, se dedicará a controlar la medicación para lograr el efecto deseado y evitar el indeseable; podrá luego contabilizar la estadística de niños "tranquilizados".

Excepto por la culpa por la transmisión de algún gen defectuoso, los padres sentirán alivio porque ahora saben que su hijo "es un ADD", cuentan con una pastilla y un programa de acción que les permite no sentirse más involucrados por la génesis del problema. No necesitan ya hurgar en el entramado, en la búsqueda de cambios dolorosos que puedan amenazar a toda una estructura que les es funcional.

La escuela respirará aliviada; ya saben que el

alumno que les traía dificultades “es un ADD” y pronto, con las medidas terapéuticas y las estrategias para apaciguarlo lo podrán poner en caja, para que no moleste al resto. Y si no, le limitarán el horario escolar a lo que su “escasa atención” permita mantenerlo “quieto”, de manera que en cuanto se disperse se lo mandará a su casa para no “fatigarlo más”.

El niño también estará contento: ahora ya sabe por qué no le va bien, no se puede relacionar y se porta mal: es que tiene un problema que se llama ADD. Con el remedio va a estar mejor, aunque si no hay cambios estará autorizado porque al fin de cuentas él “es un ADD”.

La industria farmacéutica también se beneficiará, porque se ha encontrado una nueva aplicación a un producto que tenía poca salida y ahora se vende en forma masiva.

Los sistemas médicos estarán también agradecidos porque se podrán disminuir los tratamientos psicológicos y psicopedagógicos que generan, por su duración, un mayor gasto.

La sociedad, al encontrar esta “solución tranquilizadora”, disminuirá su malestar, ya que ella tampoco es responsable por el fracaso escolar de los niños. La inequidad, el desaliento y la desatención que se le presta a la educación nada tienen que ver con las dificultades de estos chicos, porque ellas se deben a que estos chicos “son ADD”.

Se abre un interrogante: ¿No favorecen la aparición posterior de otros síntomas estos manejos del orden del conductivismo? ¿No se pierde la oportunidad de cambios más estructurales, con otra escucha y otro compromiso?

Todo anulado y tapado por este vértigo de poner sellos; de esgrimir una verdad como la única; de no poder tolerar un no saber, para apostar al tiempo, con la escucha y la presencia involucrada.

Manía por esgrimir la verdad, sin resquicio para la duda. Rótulo que da poder. Enamorarse y escudarse en el último término acuñado.

Otro ejemplo: la tartamudez ahora es disfluencia. De acuerdo con Susan Meyers, de la Universidad de California, “proceso neurobiológico por un hemisferio izquierdo poco dominante, que produce alteración de la función de la fluidez del habla”, “de naturaleza cíclica”, lo que permitiría explicar por qué a veces se “traba” y otras veces no, “involuntario”, “que sólo puede ser tratado por fonoaudiólogos especializados en disfluencias”, quienes rechazan la posibilidad de que en ocasiones pueda tratarse de un síntoma. Cualquier otra posición diagnóstica-terapéutica diferente a la que este grupo de “van-

guardia” propugna “generaría una demora imperdonable”.

Tampoco acá hay resquicio para la duda. Nuevo término que no admite la mirada diferente o lo que se sostenía con anterioridad.

Nunca el caso por caso.

Intentar comprender el padecer de cada niño implica aceptar que muchas veces no podremos englobarlo por completo y que habrá que pedir auxilio a diferentes profesionales, que cuenten con otro saber; que algunos pacientes requerirán, por algún tiempo, de un enfoque más pragmático y que tal vez puedan requerir una terapéutica psicofarmacológica, que no se contrapondrá con la búsqueda del entramado causal.

Rotularlo “es un ADD”, Es un disfluyente, con seguridad limita el enfoque y dificulta la solución de la problemática de nuestros pacientes.

En conclusión: todo niño con dificultades en el aprendizaje necesita que el pediatra replantee su historia vital, tanto personal como familiar, con cuidado en la recolección de los datos que hacen a su evolución: cómo fue su sociabilización, su ingreso al jardín, la elección de la escuela, la posición de la familia y el niño frente a ella. Analizar su producción, ver el cuaderno, comunicarse con la escuela y su maestro para ver su perfil y las dificultades que la institución observa en el alumno; realizar un examen físico prolijo que incluya semiología neurológica con datos de su motricidad, de su lateralidad, de su grafismo, de su aptitud sensorial.

Con estos elementos decidiremos la conducta a seguir, que puede ser la de un tiempo de espera, durante el cual se reforzará el lugar del niño frente a sí mismo, a sus padres y en el colegio (para lo que el pediatra debe tener un contacto fluido con ambos) como también frente a sus pares. La otra posibilidad será pensar directamente en la interdisciplina, analizando con los datos que disponemos qué interconsultor priorizar, neurólogo, oftalmólogo, genetista o solicitar audiometría, diagnóstico psicopedagógico, psicológico, fonoaudiológico o psicomotriz. Pero siempre el pediatra como referente, participando del trabajo del especialista sin correrse de su privilegiado lugar.

Finalmente, la estrategia del grupo interdisciplinario deberá tender a una sola cuestión: lograr que el niño esté en condiciones de aprehender el aprender.

*Dr. José R. Kremenchuzky*  
Grupo de Estudio Interdisciplinario de  
Trastornos en el Aprendizaje.  
Comité de Pediatría Ambulatoria