

EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD -(T)DAH- DESDE UNA MIRADA ANTICAPACITISTA

El Trastorn de Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat -(T)DAH- des d'una mirada anticapacitista.

Attention Deficit Disorder with Hyperactivity -AD(D)H- from an anti-ableism perspective.

Iraia Nieto Llarena

iraianietollarena@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0930-7618

Psicóloga Social y Mediadora

RESUMEN

Muchos colectivos minorizados tienen barreras para el acceso a diferentes espacios de la vida como los estudios, el trabajo, el ocio o las relaciones sociales. Cuando se reclama interseccionalidad, raramente se incluyen las condiciones de discapacidad y dentro de éstas, las neurodivergencias. El capacitismo hace referencia a la violencia social y normalizada, que sobrevaloriza determinados funcionamientos e infravalora otros, fomentando, hacia estos últimos, prejuicios, estigma, discriminación y exclusión. Este artículo narra cómo el capacitismo influye a las personas con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad -(T)DAH-. En la actualidad, hay mucha desinformación sobre el (T)DAH, reproduciéndose diferentes mitos en la comunidad sanitaria y otros espacios sociales. En este artículo se resaltan tanto los mitos como la importancia de conocer y aplicar el modelo de la neurodiversidad, actualizarse como profesionales y personas sobre el (T)DAH y cuestionar las barreras y privilegios presentes en nuestro contexto sociocultural. A lo largo del mismo, se puede reflexionar sobre actitudes y metodologías de la vida diaria, que fomentan dinámicas de exclusión hacia personas (T)DAH.

PALABRAS CLAVE: TDAH; inclusión; salud; capacitismo; neurodiversidad.

Fecha de recepción: 22/06/2022. Fecha de aceptación: 07/10/2022. Fecha de publicación: 12/12/2022.

RESUM

Molts col·lectius minoritzats tenen barreres per accedir a diferents espais de la vida diària com els estudis, el treball, el lleure o les relacions socials. Quan es reclama interseccionalitat, rarament s'hi inclouen les condicions de discapacitat i dins d'aquestes, les neurodivergències. El capacitisme fa referència a la violència social i normalitzada, que sobrevalora determinats funcionaments i n'infravalora d'altres, fomentant, cap a aquests darrers, prejudicis, estigma, discriminació i exclusió. Aquest article narra com el capacitisme influeix en les persones amb trastorn de dèficit d'atenció i hiperactivitat – (T)DAH–. Actualment, hi ha molta desinformació sobre el (T)DAH, reproduint-se diferents mites a la comunitat sanitària i altres espais socials. En aquest article es ressalten tant els mites com la importància de conèixer i aplicar el model de la neurodiversitat, actualitzar-se com a professionals i persones sobre el (T)DAH i qüestionar les barreres i privilegis presents en el nostre context sociocultural. Al llarg del mateix, es pot reflexionar sobre actituds i metodologies de la vida diària, que fomenten dinàmiques d'exclusió cap a persones (T)DAH.

PARAULES CLAU: TDAH; inclusió; salut; capacitisme; neurodiversitat.

ABSTRACT

Many minoritized groups have barriers to accessing different areas of life such as studies, work, leisure or social relationships. When intersectionality is claimed, disabling conditions are rarely included, and within these, neurodivergences. Ableism refers to social and normalized violence, which overvalues certain functions and undervalues others, promoting, towards these last ones, prejudice, stigma, discrimination and exclusion. This article narrates how ableism influences people with Attention Deficit Hyperactivity Disorder -ADH(D)-. Currently, there is a lot of misinformation about ADH(D), reproducing different myths in the health community and other social spaces. This article highlights both the myths and the importance of knowing and applying the neurodiversity model, updating as professionals and people on ADH(D) and questioning the barriers and privileges present in our sociocultural context. Throughout it, it possible to reflect on attitudes and methodologies of daily life, which foster dynamics of exclusion towards ADH(D) people.

KEY WORDS: ADHD; inclusion; health; ableism; neurodiversity.

Muchos colectivos minorizados tienen barreras para el acceso a diferentes espacios de la vida: estudios, trabajo, ocio, relaciones, familia, etc. en condiciones de igualdad. Cuando se reclama interseccionalidad, raramente se incluyen las condiciones de discapacidad y dentro de éstas, las neurodivergencias. La neurodivergencia es aquel funcionamiento neuronal diferente al normativo. La opresión que se vive por ser neurodivergente intersecciona¹ con otras opresiones como el machismo, el racismo o la violencia hacia la comunidad LGTBIAQ+. Sin embargo, el capacitismo casi no se cita, ni se reivindica. Por lo que, el conocimiento a nivel social sobre esta opresión es limitado, y tampoco queda reflejado en los planes de inclusión con enfoque interseccional.

El capacitismo hace referencia a la violencia social y normalizada, que sobrevaloriza determinados funcionamientos e infravalora otros, fomentando, hacia estos últimos, prejuicios, estigma, discriminación y exclusión. En el ámbito de la neurodiversidad, hablaríamos de violencia neurocapacitista. Dentro de las personas que sufren el neurocapacitismo, están las personas con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad o (T)DAH.

Al hablar de (T)DAH, según la mirada biomédica, se describe como un trastorno del neurodesarrollo, asociado a la dificultad para mantener la atención y controlar los impulsos, generando en alguna ocasión hiperactividad física (Rohde y Mattos, 2003 citado por Rangel y Loos, 2011). Sin embargo, ya hay artículos como el de Rangel y Loos (2011) y libros como el de Silva (2003, citado por Rangel y Loos, 2011), que hablan del (T)DAH de una manera diferente y poco reconocida, más cercana al modelo de la neurodiversidad.

1. MITOS DEL (T)DAH

En primer lugar, el nombre. Las siglas significan Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. Este nombre, se queda en la superficie, describiendo solo las conductas que otras personas observan. Pero el (T)DAH va más allá: tiene que ver con la disfunción ejecutiva, es decir, la dificultad de regular funciones como la atención, la memoria, la gestión emocional, la planificación, etc. (T)DAH es una forma muy reduccionista de nombrarlo.

En segundo lugar, se asume que el (T)DAH es exclusivo de la infancia. Hay personas a las que se les ha dicho que NO pueden ser (T)DAH porque ya eran mayores -dicho por profesionales de la psicología en sus consultas-. El (T)DAH no se pasa por cumplir 18 años porque la neurodivergencia no tiene fecha de caducidad. Simplemente se aprende a vivir con ello, a disimularlo, haciendo *masking*. El *masking* se basa en enmascarar los rasgos que se alejan de la neuronorma porque durante la niñez y la adolescencia se ha señalado constantemente que

¹ La **interseccionalidad** es un término que acuñó Kimberlé Crenshaw, académica afroestadounidense, para hacer referencia al lugar de privilegio u opresión según las múltiples categorías sociales (racialización, género, funcionamiento, orientación sexual, etc.) a las que pertenece el sujeto.

esos rasgos están mal y que deben ser corregidos. Si te castigan continuamente por moverte en la infancia, al crecer intentarás fingir que eres una persona quieta en tus entornos por deseabilidad social.

En tercer lugar, se cree que son solo déficits. Hay personas que han preguntado a profesionales si podían ser (T)DAH y se ha rechazado este diagnóstico porque la persona había logrado entrar a una carrera universitaria. Se asume una ausencia de fortalezas (inteligencias, gestión emocional, capacidad para gestionar proyectos futuros, etc.) y se asume que los déficits deben ser obvios. Es verdad que hay muchas personas (T)DAH que no pueden entrar en la universidad o que suspenden en el colegio, pero esto se debe a que el sistema educativo no está adaptado a todas las necesidades. Muchas veces hay otros privilegios (recursos económicos, redes sociales de apoyo, etc.) que se usan para conseguir esas adaptaciones de manera individual (expectativas positivas del profesorado, clases de refuerzo, etc.) y que, sumados a las habilidades, conducen tanto a logros particulares como a un sufrimiento invisibilizado.

En cuarto lugar, se estereotipa como “algo de niños”, en masculino. Hay una cantidad significativa de mujeres y personas socializadas como mujeres que no pueden acceder a un diagnóstico porque, debido a los roles de género, hay más presión social y, por tanto, más *masking*. Esto hace que muchas personas socializadas como mujeres se encuentren con una falta de escucha y atenciones adecuadas, que empeoran la elaboración de la propia identidad y los cuidados hacia el propio cuerpo. Esto es consecuencia de la intersección entre machismo y capacitismo.

Y, por último, el mito más capacitista y desinformado: “el (T)DAH no existe”. Esta es la versión más dura del capacitismo. Hay una variedad de profesionales que siguen negando y retraumatizando a las personas (T)DAH. Asumen que es un patrón de comportamiento aprendido, que se puede cambiar, o asumen que hay problemas emocionales y relacionales de base, que también se pueden resolver a través de psicoterapia. Está más que demostrado que hay un componente biológico y seguir negándolo es ignorar la realidad biopsicosocial. Si quieren estudiar el componente psicosocial, pueden empezar a investigar cómo influyen los privilegios neurotípicos en nuestra salud psicológica, social y física y criticar la perspectiva de los artículos que hablan del (T)DAH y su parte biológica desde una mirada individualista y estigmatizante, por ejemplo, el de José Francisco Rangel (2014).

2. EL MODELO DE LA NEURODIVERSIDAD

Judy Singer (1998), socióloga y autista, fue la pionera en citar el modelo de la neurodiversidad. Rechaza el modelo donde la neuronormatividad es la única forma válida de funcionamiento y cree que las neurodivergencias y las consecuencias de éstas tendrían que ser consideradas como los conceptos de género, racialización y clase social. Dentro de las neurodivergencias entran la dislexia, (T)DAH, autismo, dispraxia, discalculia, síndrome de Tourette, etc. Las personas que siguen la neuronorma, es decir, las neurotípicas, tienen privilegios frente a las personas neurodivergentes, ya que son ellas las que crean las normas dentro de la sociedad.

Algunos de los privilegios son:

1. Poder elegir los tiempos de trabajo. Culturalmente se han organizado unos tiempos para estudiar o trabajar, que socialmente son vistos como los únicos válidos. Durante la jornada se espera el mantenimiento de unas buenas funciones ejecutivas (buena atención, memoria...). **No se tiene en cuenta la inestabilidad en la atención** – mal llamada déficit de atención-, la cual puede saltar entre varios focos atencionales, y **tampoco** se tiene en cuenta **la hiperfocalización** (concentrarse tanto en un interés que se apagan los demás focos atencionales, incluyendo la percepción del tiempo). Las funciones ejecutivas no funcionan de 8.00h. a 16:00h porque sea el horario impuesto y, aun así, se puede ser buen profesional sin necesidad de una exigencia rígida que fomenta el burnout, la ansiedad o la depresión.
2. Decidir cuánto tiempo de descanso es necesario: Se enseña qué horas del día y qué días de la semana se pueden descansar. Las personas, en general, acaban agotadas, pero las personas con dificultades ejecutivas acaban el doble o triple de cansadas, no sólo por tener que llegar a lo mismo sin menos recursos, sino porque tampoco se hace desde sus tiempos, ni funcionamientos, ni estrategias, por lo que hay mayores esfuerzos para compensar el funcionamiento. Esto hace que se necesiten más descansos (decir “no” a ciertas tareas, no poder compaginar estudiar y trabajar, necesitar más bajas laborales...). Constantemente se estigmatiza, minimiza y ridiculiza las necesidades de descanso. **Frenar las comparaciones y permitir elegir el propio descanso sería una estrategia cuidadosa e inclusiva.**
3. Asumir que la repartición de tareas es equitativa: Constantemente se culpa a las personas (T)DAH por “no llegar” a los mismos objetivos. Al igual que en otras opresiones, se devuelve la responsabilidad hacia las personas que viven la desigualdad. Si no se visibiliza que una tarea sin adaptaciones lleva más tiempo, realmente no hay un reparto equitativo del trabajo. ¿Hay adaptaciones en los trabajos y centros de estudios? **¿Se permite desarrollar el potencial o hay un exceso de obstáculos** en el área estudiantil y laboral para personas (T)DAH?
4. Escoger unas formas de relación como las únicas que tienen validez: Se validan solo unas formas de relacionarse (no hablar demasiado, regular el tono, no entusiasmarnos demasiado por un tema, ser sutiles...). Las personas (T)DAH suelen tener más desarrollado el **pensamiento divergente**², dando diferentes respuestas en casos donde se espera que demos una única respuesta: la aceptada por la sociedad. Además, las personas (T)DAH pueden tener que lidiar con **hipersensibilidades sensoriales** (percibir más a través de los sentidos) y esto también hace que muchos

² El **pensamiento divergente** hace referencia a un proceso de pensamiento que tiende a crear ideas diferentes, creativas y resoluciones novedosas a problemas. Es lo contrario al pensamiento convergente, que utiliza ideas ya definidas.

eventos sociales y formas de relacionarse no sean accesibles. **Hablar de inclusión social es tener en cuenta lo anterior.**

5. Establecer normas de cuándo te puedes mover y de qué forma puedes moverte: Los **stims** son conductas de autoestimulación que se usan para la autorregulación. Se basan en mover el cuerpo sin tener un fin específico (balancearse, mover los pies o manos, expresar sonidos, mover la cabeza, etc.). Todas las personas pueden realizarlas, pero, sobre todo, son realizadas por personas neurodivergentes. **Realmente estos movimientos no interfieren con las actividades en sí, ni tampoco son dañinos para terceras personas. Elegir e imponer la falta de movimiento corporal es otro constructo social innecesario.**
6. Exigir un único método de aprender: De nuevo, la forma de pensar, de movernos, de habitar el mundo, influye en nuestro aprendizaje. Las escuelas y otros centros de formación no son accesibles. **Se debe dar lugar a las diferentes inteligencias y métodos de aprendizaje**, dejando de jerarquizar qué inteligencias, habilidades y estrategias de aprendizaje tienen valor. Las personas (T)DAH estamos en numerosas profesiones y lo más incapacitante en nuestro aprendizaje y crecimiento es la mirada ajena, diciéndonos explícita o implícitamente cómo debemos llegar, obstaculizando que lleguemos a nuestra manera.

Si los privilegios anteriormente citados no se explicitan ni se revisan, el acceso a la vida (trabajo, educación, salud integral, ocio, relaciones, desarrollo personal...) queda limitado para una parte de la población. Por todo ello, **investigar, trabajar y vivir según el modelo de la neurodiversidad implica cuestionar las normas sociales** en centros de estudios, de trabajo, ocio y relaciones sociales.

3. CONCLUSIONES

Se están empezando a realizar investigaciones e intervenciones desde el modelo de la neurodiversidad. Sin embargo, el (T)DAH aun es gran desconocido para muchas personas, incluyendo a profesionales de la salud. El desconocimiento, los prejuicios, estereotipos, el estigma y la discriminación son factores de riesgo para el desarrollo de las personas (T)DAH. Tener acceso a la salud conlleva el poder autoconocerse sin mitos, tener adaptaciones para el estudio y trabajo basadas en las necesidades de la propia persona y tener profesionales de la salud (en medicina, psicología, nutrición...) con conocimientos actualizados sobre el (T)DAH.

Este artículo se debe citar como:

NIETO LLARENA, I. (2022). "El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad -(T)DAH- desde una mirada anticapacitista". *Revista (Con)textos*, 11: 133-139. <https://doi.org/10.1344/test.2022.11.133-139>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SILVA, A. B. B. (2003). *Mentes inquietas: Entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. São Paulo: Gente.

SINGER, J. (1998). *Odd People In: The Birth of Community amongst people on the Autistic Spectrum. A personal exploration based on neurological diversity*. [Tesis doctoral]. University of Technology, Sydney.

https://www.academia.edu/27033194/Odd_People_In_The_Birth_of_Community_amongst_people_on_the_Autistic_Spectrum_A_personal_exploration_based_on_neurological_diversity

RANGEL, É. B., Y LOOS, H. (2011). La escuela y el desarrollo psicosocial según las percepciones de jóvenes con TDAH. *Paidéia*, 21(50), 373-382.

RANGEL, J. F. (2014). El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDA/H) y la violencia: Revisión de la bibliografía. *Salud mental*, 37(1), 75-82.

ROHDE, L. A., Y MATTOS, P. (2003). *Princípios e práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed.

* * *