



Universidad de Chile

Instituto de la Comunicación e Imagen

Escuela de Periodismo

NIÑOS MEDICALIZADOS: SOBREDIAGNÓSTICO DE DÉFICIT ATENCIONAL EN CHILE

CAMILA FRANCESCA DENTONE ZERENÉ

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PERIODISTA

PROFESORA GUÍA: PASCALE BONNEFOY MIRALLES

Agradecimientos

Este reportaje está dedicado a todos aquellos niños y adolescentes a quienes les dijeron que su comportamiento era un problema, que no se la iban a poder con el colegio si no tomaban medicamentos, que estaban enfermos. A todos los padres y alumnos que se sintieron discriminados y vulnerados, que fueron diagnosticados -apresuradamente- con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) por profesores, psicólogos y doctores. A mi mamá y papá, que cuando les dije que no quería seguir tomando medicamentos para el TDAH respetaron mi decisión. A aquellos profesores y psicólogos de mi colegio que me dijeron que no iba a poder terminar la enseñanza media sin medicarme, quienes me dieron el empuje para escribir este reportaje.

Agradezco también a mi profesora guía, Pascale Bonnefoy, quien desde el primer minuto que le propuse esta investigación creyó en mi proyecto, y me acompañó durante todo este proceso.

Por último, quiero darle las gracias a mis entrevistados, en especial a los apoderados y alumnos que tuvieron la confianza para abrirse y contarme sus historias. A Gabriela Dueñas y Pablo Santa Cruz, profesionales de la salud mental comprometidos con el bienestar de sus pacientes, especialistas con capacidad crítica, pasión por su trabajo y con una fuerte convicción para cambiar las condiciones actuales de su campo laboral.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
I. METILFENIDATO COMO INSTRUMENTO DE CONTROL DE CONDUCTA	7
Cada vez más denuncias	11
Discriminación en los colegios	14
Las primeras repercusiones de la Ley Zamudio	16
II. DIAGNÓSTICOS BREVES, DIAGNÓSTICOS ERRADOS	18
La preponderancia del manual de diagnósticos DSM-V	22
Evaluaciones en el sector público	29
Cuando los diagnósticos invisibilizan otros problemas	32
La polémica de las evaluaciones apresuradas	35
Efectos secundarios a corto y largo plazo	38
III. COMPORTAMIENTO Y DESEMPEÑO ESCOLAR DE NIÑOS: ¿UN ASUNTO MÉDICO?	43
El boom de ventas y consumo de metilfenidato	49
Barreras de acceso	54
La influencia de la industria farmacéutica	55
La falacia de la evidencia genética	61
IV. TDAH: ¿UN NEGOCIO PARA LOS COLEGIOS SUBVENCIONADOS Y MUNICIPALES?	66
¿Cómo funciona el PIE en la práctica?	68
Letra muerta	71
Irregularidades en el Programa de Integración Escolar	72
El caso de Cerro Navia	76
V. CONCLUSIONES	80
VI. BIBLIOGRAFÍA	83
ENTREVISTAS	87
INFORMES	88

Introducción

Publicidades en paraderos, buses, revistas y diarios en Estados Unidos. Ritalín, Aderall, Concerta. En Buenos Aires, algunos laboratorios llevan promotores a las salidas de los colegios para regalar a padres y profesores reglas escolares promocionando una marca de psicoestimulantes para el tratamiento del Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad (TDAH). En Chile, algunos colegios cancelan la matrícula o prohíben entrar a clases a niños que no toman sus medicamentos para la concentración.

Durante los últimos años, tanto en Chile como en la mayoría de los países de Occidente, médicos, psicólogos y padres han comenzado a preguntarse por el alarmante aumento del diagnóstico de TDAH y la prescripción de psicoestimulantes a escolares de edad cada vez más temprana. Las causas de este fenómeno se deben a una multiplicidad de factores: evaluaciones médicas apresuradas y protocolizadas, los efectos del *marketing* por parte de la industria farmacéutica, la medicalización¹ y patologización² de la salud mental y la creciente presión de la comunidad escolar por tener un desempeño académico de excelencia.

1 El término medicalización alude a un uso abusivo de recursos propios de la medicina para intentar solucionar problemas que son de otro orden: sociales, culturales, afectivos. En otras palabras, la medicalización es un proceso mediante el cual los problemas cotidianos o el malestar se convierten en asuntos médicos, que suelen ser abordados a través de tratamientos con psicofármacos.

2 Tendencia a percibir comportamientos esperables, normales dentro de determinadas condiciones, como trastornos mentales, como comportamiento patológico.

Si bien varios autores en los últimos años han hecho un esfuerzo por ordenar y poner en contexto la evolución de la etiología del TDAH, su postura de rechazo a la práctica psiquiátrica convencional puede ser considerada tendenciosa.³ Sin embargo, para efectos de este reportaje, sin ánimos de armar un relato que considere todos los matices de esta historia intrincada, se ahondará en una serie de eventos significativos que pueden dar luces con respecto a dos aspectos de gran importancia: la forma en que se fue desarrollando la concepción actual del diagnóstico de Déficit Atencional y, paralelamente, la consolidación de su tratamiento a partir de psicoestimulantes.

Esta investigación es un esfuerzo para explicar el fenómeno de la medicalización de la etapa escolar, abordando este problema fundamentalmente a partir de tres dimensiones: educacional, médica y económica. Una serie de condiciones ha propiciado una situación compleja y preocupante: cada vez más colegios exigen de manera explícita o tácita a sus alumnos consumir medicamentos para mejorar su comportamiento y resultados académicos. Los estudiantes son derivados a la consulta de neurólogos y psiquiatras por parte de profesores y psicólogos escolares bajo la suposición de que padecen un trastorno de carácter neurológico y que sólo pareciera tener solución con una respuesta médica.

Si se habla de sobrediagnóstico, un hecho reconocido incluso por los defensores del consumo de metilfenidato, surge una serie de preguntas: ¿Cómo se llevan a cabo los

3 Singh, I. (2002) Bad Boys, Good Mothers and the “Miracle” of Ritalin [en línea] Science in Context Vol 15, No. 4, pp. 578-579 <<http://www.crash.cam.ac.uk/uploads/gallery/events/834/singh3.pdf> > [20/12/2014]

diagnósticos de TDAH en Chile? ¿Cuáles son los criterios que utilizan los médicos a la hora de recetar este fármaco? ¿Qué papel juegan los colegios en la medicalización de los niños? ¿Los establecimientos educacionales son supervisados o fiscalizados por las autoridades de educación o salud? ¿El metilfenidato es una droga indefensa?

En palabras de la psicoanalista argentina Gabriela Dueñas, quien trabaja desde hace más de 20 años investigando el tema: “Este fenómeno de la patologización y medicalización de las infancias y adolescencias actuales en el que las escuelas juegan un papel clave, es un problema que vulnera gravemente los derechos de las infancias. Por eso no es una cuestión ni de salud, ni de educación, sino que es un problema ético. Va a contramano de la legislación. Esto es lo que hay que subrayar y empezar a pensar no como un asunto exclusivo de los psicólogos, sino como algo que nos compete a todos como sociedad en su conjunto”.

I. Metilfenidato como instrumento de control de conducta

Felipe tiene 12 años y hasta 2014, en quinto básico, fue alumno del Colegio Tabancura, un prestigioso establecimiento particular de Santiago que frecuentemente está en los primeros lugares de los *rankings* que miden excelencia académica en pruebas como el Sistema de Medición de la Calidad de la Educación (SIMCE) y la Prueba de Selección Universitaria (PSU). En esta última, según datos del Departamento de Evaluación, Medición y Registro Educativo de la Universidad de Chile (DEMRE), este establecimiento particular promedió 687,92 puntos entre las pruebas de Lenguaje y Matemáticas, posicionándolo como el segundo colegio con mejor desempeño en la promoción de alumnos de 2014.⁴

Felipe nunca pudo encajar del todo con el exigente y estricto modelo de enseñanza del colegio. “Nosotros no somos papás que queramos medicar a los niños. Jamás nos hemos ido por ese lado, pero lamentablemente, llevándolo al plano académico, el colegio donde estaba es súper exigente. No aceptan tener niños hiperactivos porque eso hace que arrastren a los demás en el comportamiento,” afirma Pedro, su apoderado. Pedro prefiere mantener su nombre y el de su hijo bajo reserva por miedo a repercusiones, ya que sus hijas son alumnas del Colegio Los Alerces, establecimiento

⁴ Departamento de Evaluación, Medición y Registro Educativo, DEMRE (2015) Colegios con mejores promedios en pruebas obligatorias [en línea] < <http://www.psu.demre.cl/estadisticas/documentos-2015> > [consulta: 06/10/2014]

que, al igual que el Tabancura, forma parte de la sociedad sostenedora de colegios Opus Dei, Seduc.

El padre asegura que fueron las autoridades del establecimiento las que le recomendaron acudir a un especialista para evaluar a Felipe. “Nos sugirieron del propio colegio que lo lleváramos al doctor por un tema de rendimiento, porque no quieren que los demás alumnos se contaminen con lo mismo,” asegura.

Los profesores le llamaban constantemente la atención y sus notas eran bajas en comparación con el resto de sus compañeros. Por esta razón, cuando estaba en primero básico, a los 7 años, desde el colegio le aconsejaron que consultaran a un especialista. Preocupados por la conducta de Felipe y por su permanencia en el colegio, sus padres decidieron llevarlo a un neurólogo infantil.

En la primera sesión y luego de un breve chequeo, el doctor le diagnosticó Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y le recetó metilfenidato, indicando que debía consumir una dosis diaria de 10 mg de lunes a viernes. Como los mayores problemas que presentaba Felipe eran en relación a su conducta en clases, el neurólogo indicó que durante los fines de semana y en vacaciones podía suspender las pastillas.

“El doctor concluyó que tenía una hiperactividad leve, pero que lamentablemente, para ese colegio, para seguir las reglas y las condiciones, había que medicarlo”, asevera Pedro.

Felipe lleva cinco años tomando metilfenidato y si bien su conducta mejoró a ojos de sus padres y profesores, sus calificaciones en algunas asignaturas siguieron siendo bajas. El apoderado afirma que en el colegio existe un nivel de exigencia muy alto y que los niños son considerados desde una visión utilitaria, valorados exclusivamente por su desempeño académico.

“Este colegio ve en los niños resultados no más. Los ven como una estadística, una unidad: si el niño no sirve, lamentablemente se tiene que ir porque les *embarra* todo el promedio. Es tan competitivo el asunto que al final los tratan según los resultados que obtienen,” afirma Pedro.

Las autoridades del establecimiento preguntaban constantemente a los padres de Felipe si el niño estaba siguiendo el tratamiento de TDAH, advirtiéndoles que de no hacerlo, significaba que no estaban cooperando y estaban perjudicando al resto del curso. “El colegio no nos decía abiertamente que se medicara, sino que nos daba la opción, nos sugería, pero era una presión importante,” afirma Pedro. “Cuando nos llamaban a reunión, inmediatamente nos informaban sobre el comportamiento del niño y nos preguntaban si es que se había tomado el remedio, cómo había ido con los medicamentos y si estábamos yendo al neurólogo”.

El ex apoderado del Colegio Tabancura agrega que “todos los niños se medican en ese colegio. Del curso debían ser unos 20 a 25 de un total de 40”. Esta cifra de niños

medicados no fue confirmada por las autoridades del colegio, quienes no quisieron referirse al tema.

Por otro lado, según Pedro, una práctica usual por parte de los profesores del colegio es leer las notas en voz alta. Felipe muchas veces se sacaba malas notas, y cuando ese era el caso y el profesor las anunciaba, el resto de sus compañeros se burlaba de él. Esto llegó a afectar su autoestima al punto de que en las noches previas a las evaluaciones se negara a dormir, intentando estudiar hasta último minuto.

Esta situación llevó a los padres de Felipe a tomar la determinación de que lo mejor para el niño era cambiarlo a un colegio con otro enfoque educacional para que no siguiera tomando medicamentos, y para que no fuera valorado exclusivamente por su rendimiento académico. “El colegio es tan estricto que al alumno como tal no lo acogen. Si el niño no rinde académicamente, lo discriminan inmediatamente: es el malo, el flojo, el que va a repetir. Son súper crueles los mismos profesores y compañeros. En ese sentido, los valores del colegio, que es católico, se van a la punta del cerro,” se lamenta Pedro.

A fines de 2014, luego de que un grupo de compañeros golpeara a su hijo burlándose de sus calificaciones, los apoderados de Felipe decidieron retirarlo del colegio. En febrero de 2015, el escolar comenzó a asistir a un colegio particular subvencionado, que según sus padres, es menos exigente y más acogedor y personalizado. Felipe lleva casi un semestre en su nuevo colegio. Tanto su desempeño como su

comportamiento han mejorado, y en sus propias palabras, se siente más cómodo y feliz. Cuando lo retiraron del colegio Tabancura, Felipe tuvo una crisis depresiva, y por esta razón, el psiquiatra tratante decidió que siguiera consumiendo metilfenidato y antidepresivos hasta que se estabilice emocionalmente. Las autoridades del nuevo establecimiento están enteradas de su situación y lo apoyan tanto en el aspecto académico, permitiéndole eximirse de ciertas asignaturas o haciéndole pruebas especiales, como en el emocional.

Cada vez más denuncias

El caso de Felipe en el Colegio Tabancura no es aislado. Entre 2012 y 2014, la Superintendencia de Educación recibió 29 quejas formales por parte de apoderados de colegios particulares, subvencionados y municipales de la Región Metropolitana que denuncian discriminación, cancelación y no renovación de matrícula, medidas disciplinarias y maltrato por parte de las autoridades escolares hacia alumnos que han sido diagnosticados con TDAH. De las 29 denuncias investigadas por dicho organismo, 15 corresponden a casos de discriminación y cinco a la no renovación de matrícula. Las denuncias han aumentado progresivamente: sólo entre marzo y mayo de 2015, el organismo ha ingresado 69 quejas que acusan discriminación hacia alumnos con Déficit Atencional.

La identidad de los padres que realizaron acusaciones formales ha sido resguardada por la Superintendencia de Educación, pero sus declaraciones y los procesos de investigación llevados a cabo por el organismo fiscalizador son de acceso público.

Dentro de estas denuncias, se encuentra el testimonio de un apoderado de la Escuela Básica de Babilonia, establecimiento particular subvencionado de Lo Prado, quien asegura que la profesora jefe y la inspectora del colegio lo presionan para que lleve a su hijo de primero básico al neurólogo. El colegio, según esta denuncia, afirma que de no ser así “aplicarán el reglamento interno y no habrá matrícula para el niño el próximo año, lo que para mí es una amenaza. Solo quieren que le dé pastillas para que esté dopado y tranquilo en la sala de clases”.

Por otra parte, varios apoderados declaran que a sus hijos e hijas no se les permite acceder al colegio si no están consumiendo medicamentos para la concentración. Un padre de un establecimiento educacional de La Granja denuncia que cuando su hijo de segundo básico ha estado sin tratamiento farmacológico por problemas económicos, las autoridades escolares han sido tajantes, expresándole que el niño no puede asistir a clases hasta que se medique.

De manera similar, un padre de la Escuela Isabel Riquelme de San Bernardo denunció en octubre del año pasado que su hija se encontraba sin medicamentos, ya que el consultorio no tenía hora por falta de personal. Debido a esto, no le pudieron dar la receta para comprarlos. El padre reclamó que “la profesora y el director del colegio no me dejan ingresar a la niña a clases por el hecho de no tener sus medicamentos. Yo les expliqué la situación, pero ellos no comprendieron, y resulta que ahora la niña se encuentra yendo a clases medio día porque el director dijo que no me la aceptaría hasta que tuviera sus medicamentos.”

Varios de los apoderados manifiestan que debido a problemas económicos no pueden comprarles los medicamentos a sus hijos, y muchas veces los niños deben esperar meses para ser atendidos en consultorios y recibir las pastillas. Tal es el caso de un padre del Colegio Shirayuri de La Florida, quien en octubre de 2013 informó a la Superintendencia de Educación que durante ese año su hijo de segundo básico no había podido recibir el tratamiento con metilfenidato debido a su situación económica. “Lo estoy tratando actualmente por el consultorio y a la fecha recién el jueves tendré los medicamentos. El colegio me los está exigiendo ya que el niño ha tenido problemas con sus profesores”, afirma el apoderado en su denuncia.

Por otra parte, en mayo de 2014, un padre de un colegio particular subvencionado de La Pintana denunció que su hijo de séptimo básico, quien ha sido diagnosticado con TDAH y es tratado con terapia psicológica y sin fármacos, ha sido amenazado por las autoridades escolares con ser expulsado si no comienza un tratamiento con medicamentos para la concentración.

“Se me ha dado el ultimátum que (mi hijo) debe ser medicado o no lo recibirán más, cosa que no haré, obligándome a firmar condicionalidad por conducta y rendimiento. Es más, acabo de hacer otra denuncia porque está suspendido en forma indefinida hasta que yo vaya al colegio. Lo anotan por todo en el libro, lo sacan de clases, es agredido con ofensas como ‘eres un desastre’, ‘eres un pésimo alumno’ y ‘los profesores no te soportan en clases’,” sostiene el apoderado en la acusación hecha ante la Superintendencia de Educación.

A través de las denuncias a la Superintendencia de Educación también se puede constatar que profesores, directores e inspectores de los colegios acusados de este

tipo de irregularidades diagnostican a los escolares con TDAH e incluso desautorizan la opinión de los doctores, presionando a los padres a medicar a los alumnos o subirles las dosis que ya consumen. En septiembre de 2012, por ejemplo, un apoderado del Colegio American Academy de San Bernardo efectuó una denuncia asegurando que en el colegio lo instaron a cambiar el medicamento a su hijo que en ese entonces cursaba séptimo básico:

“El colegio me exigió que el niño sea tratado con Aradix, por lo cual lo llevé al neurólogo, quien me dijo que mi hijo era sensible al Metilfenidato. A cambio me recetó Gamavit y un tratamiento alternativo con flores de Bach. El viernes 14 de septiembre, en el colegio me exigieron darle Aradix”, afirma el apoderado.

En junio de 2014, un apoderado de la Escuela Particular Dagoberto Godoy de La Granja informó a la Superintendencia de Educación que el inspector del establecimiento tenía encasillado a su hijo de segundo básico como un niño problemático y violento, suspendiéndolo en numerosas ocasiones, usando como excusa el TDAH. “El inspector insiste en que el neurólogo debería aumentar la dosis del medicamento, pero el médico no está de acuerdo. Él encuentra que es el colegio que tiene un mal manejo de mi hijo”, sostiene el apoderado en su reclamo.

Discriminación en los colegios

También es posible encontrar casos de discriminación. Un padre de un colegio de San Bernardo cuenta que además de exigirle el consumo de medicamentos para la concentración a su hijo de segundo básico, “a la abuela la insultaron e indicaron que tenía que sacar a mi hijo del colegio porque era un futuro delincuente”.

El portal de Denuncias y Consultas de la Superintendencia de Educación incluye una sección donde se explica a la comunidad educativa las normas escolares y las situaciones que deben denunciarse ante el organismo fiscalizador. Dentro de la sección de discriminación, uno de los puntos a los que se hace referencia y que se encuentra dentro de los más comunes, es el de discriminación por Déficit Atencional. La Superintendencia asegura que el diagnóstico de este síndrome no es motivo suficiente para cancelar la matrícula de los alumnos y alumnas, y además, que no corresponde que un establecimiento educacional condicione la permanencia de un niño o niña al consumo de fármacos.

“El Déficit Atencional o cualquier otra necesidad educativa especial que presente un niño(a), no es fundamento para no renovar la matrícula de un alumno(a). Lo anterior no exime al alumno(a) de la obligación de cumplir con las normas del manual de convivencia de su establecimiento, entendiendo que por las características de su condición, puede plantear desafíos pedagógicos o educativos particulares que estos alumnos(as) logren dar cumplimiento a estas normas. En otras palabras, los alumnos que presentan Déficit Atencional pueden ser objeto de medidas disciplinarias como cualquier alumno(a) del establecimiento. Por ello, debe existir una especial preocupación de los padres y de los docentes por trabajar de manera coordinada y monitorear permanentemente los avances y retrocesos que puede presentar el alumno(a) en este sentido,” señala el portal.⁵

⁵ La recomendación se puede encontrar en la sección preguntas frecuentes del Portal de la Superintendencia de Educación:
<http://www.supereduc.cl/component/content/article.html?id=359&Itemid=134>

Ante estas denuncias, el protocolo de la Superintendencia consiste en verificar la información entregada por quien presenta la queja y, de encontrar una infracción a la normativa educacional, actúa como mediador, imponiendo las sanciones correspondientes y proporcionales a la falta. Según se explica en el sitio web de denuncias, si luego de realizar el proceso de investigación se puede dar cuenta de que el colegio acusado efectivamente cometió una falta según lo que se establece en la ley, se aplicarán sanciones dependiendo de la gravedad de la infracción y que contemplan desde una reprimenda escrita, sanción monetaria, confiscación completa o parcial de la subvención hasta la anulación del reconocimiento oficial por parte del Ministerio de Educación.”

Tanto la Jefa de la División de Comunicaciones y denuncias, Ximena Bugueño, como el encargado de la Unidad de Denuncias de la Superintendencia de Educación, Jorge Alvarado, y Grace Osuna, de Gestión y Organización, sin entregar razones, no quisieron referirse al proceso de fiscalización de las denuncias por TDAH que llegan al organismo.

Las primeras repercusiones de la Ley Zamudio

A fines de abril de 2015 se estableció un precedente. Amparándose en la Ley Antidiscriminación y en el reglamento del Mineduc, por primera vez un tribunal dictó un

fallo en contra de un colegio por discriminar a un alumno con Déficit Atencional⁶. Se trata del caso de un ex alumno del colegio Nuestra Señora del Huerto de Quillota, quien tenía problemas de comportamiento y un bajo desempeño académico. El alumno fue diagnosticado con TDAH y, según reglamentos del Mineduc , los escolares que tienen este síndrome tienen el derecho a ser evaluados de forma especial. Sin embargo, el colegio rechazó darle esta oportunidad al estudiante. Eugenia Díaz, su apoderada, no se quedó de brazos cruzados ante esta situación y apoyándose en las disposiciones del reglamento del Ministerio de Educación donde se establece que todos los alumnos con este síndrome deben tener la opción de acceder a evaluaciones diferenciadas, presentó una querrela ante el Juzgado de Quillota. El tribunal determinó que el colegio estaba infringiendo el artículo 4 del Decreto Exento N°112 del Ministerio de Educación y además, aplicó la Ley Antidiscriminación, sancionando al establecimiento con 20 UTM.

⁶ González, C. (2015) Histórico fallo en contra de colegio por no ayudar a alumno con déficit atencional [en línea] La Tercera. 10 de mayo de 2015. < <http://www.latercera.com/noticia/tendencias/2015/05/659-628965-9-historico-fallo-en-contra-de-colegio-por-no-ayudar-a-alumno-con-deficit.shtml>> [consultado: 16/05/2015]

II. Diagnósticos breves, diagnósticos errados

Las cifras invitan a las siguientes preguntas: ¿Cómo se llevan a cabo los diagnósticos de TDAH en Chile? ¿Cuáles son los criterios que utilizan los médicos cuando prescriben este medicamento? ¿Qué rol cumplen los colegios en la medicalización de los niños?

El connotado psiquiatra infantil inglés Sami Timimi, profesor universitario y funcionario del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra, en su libro *Repensando el TDAH: del Cerebro a la Cultura*⁷, afirma que la mayoría de los psiquiatras y neurólogos infantiles están de acuerdo en que existe una importante alza de diagnóstico de TDAH y consumo de fármacos para la concentración.

Sin embargo, el especialista sostiene que no existe consenso en relación a porqué se ha dado este fenómeno, y por lo tanto, las razones varían dependiendo del punto de vista de quien es consultado. Timimi expone en su libro las distintas razones que dan los doctores para explicar este incremento: el reconocimiento de una enfermedad desconocida, el resultado del aumento a la exposición de condiciones ambientales

⁷ Leo, Jonathan y Timimi, Sami, op.cit.

adversas y/o el resultado de un cambio en la forma en que la sociedad concibe la niñez y sus problemas.

Tal vez se puedan encontrar algunas pistas en las evaluaciones diagnósticas que realizan profesores y médicos para catalogar a un niño con TDAH, evaluaciones que se aplican en todo el mundo occidental, y por supuesto, en Chile.

La mayoría de los psiquiatras y neurólogos infantiles nacionales se basan en los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)⁸ de la Asociación Americana de Psiquiatría para efectuar el diagnóstico del TDAH. Sin embargo, lo que muchos de los padres que llevan a sus hijos a estos especialistas ignoran es que la última versión de este manual, publicada en mayo de 2013, ha sido ampliamente criticada por la comunidad científica.

Uno de sus principales detractores es el neurocientífico y psiquiatra estadounidense Thomas Insel, director del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. A pocos días del lanzamiento de esta nueva edición, el experto publicó un comunicado donde daba cuenta de sus aprehensiones con respecto a la validez de las categorías establecidas en el libro:

“La fortaleza de cada una de las ediciones del DSM ha sido la ‘confiabilidad’ – cada edición ha asegurado que los médicos clínicos usen los mismos términos de la misma

⁸ Asociación Americana de Psiquiatría (2014) Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V. Washington, American Psychiatric Publishing

forma. La debilidad es su falta de validez. A diferencia de las definiciones de la isquemia, el linfoma o el VIH, los diagnósticos del DSM están basados en un consenso sobre una agrupación de síntomas clínicos y no una medición objetiva de laboratorio. En el resto de la medicina, esto sería equivalente a crear sistemas de diagnóstico basados en la naturaleza del dolor en el pecho o la fiebre. De hecho, los diagnósticos basados en síntomas, alguna vez comunes en otras áreas de la medicina, fueron reemplazados en gran medida a mitad del siglo pasado, ya que hemos entendido que los síntomas aislados raramente indican la mejor forma de tratamiento”.⁹

Debido a las razones planteadas por Insel, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos lanzó un proyecto denominado *Research Domain Criteria*, una iniciativa que busca transformar los diagnósticos de trastornos mentales incorporando el estudio de la genética, imágenes de *scanners*, ciencias cognitivas y distintos niveles de información para sentar la base de un nuevo sistema de clasificación.

La polémica nueva versión del DSM ha sido criticada por un porcentaje importante de representantes del rubro, y como consecuencia, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) ha sido instada en varias ocasiones a modificar las disposiciones establecidas en el manual. Entre otras razones, se señala su estrecho vínculo con la industria farmacéutica.

Con respecto a esto, José Luis Castillo, neurólogo y presidente de la Sociedad de Neurólogos, Psiquiatras y Neurocirujanos de Chile, Sonepsyn, efectivamente existe un

⁹ Insel, T. (2013) Transforming Diagnosis [en línea] <<http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>> [consultado: 08/10/2014]

sobrediagnóstico, principalmente, debido a la naturaleza de las evaluaciones en el ámbito de la salud mental, específicamente en el caso del manual de trastornos de la Sociedad Americana:

“Existe una crítica más general todavía a la medicina moderna de que ha tendido a medicalizar y a ponerle nombres a aspectos que son parte de la vida cotidiana. La psiquiatría ha sido especialmente criticada por eso y fundamentalmente la escuela norteamericana, que tiene un manual, el DSM, y cada edición agrega nuevas enfermedades. Como neurólogo que no formo parte interesada, te puedo decir que hay un poco de verdad en dicha crítica, pero también está el hecho de haber empezado a reconocer enfermedades que antes no se diagnosticaban, y además que la población, en la medida que ha envejecido, ha permitido que se desarrollen enfermedades que antes no se conocían. Sin embargo, es cierto que se abusa y que se "inventan" síndromes, pero también hay otros que realmente existen. Ahora, el tema del TDAH es especialmente complicado porque es una enfermedad en la cual no tienes lo que llamamos un marcador biológico, no tienes un examen que pruebe el diagnóstico. De todas formas, eso es muy común a muchas enfermedades psiquiátricas, entonces es parte de lo que hay que enfrentar.”

Otro aspecto complejo en las evaluaciones de este tipo, según Castillo, es que no sólo los médicos son los que diagnostican a los niños, sino que los profesionales de colegios tienden a derivar y hacer evaluaciones preliminares:

“Hay muchos profesionales y no profesionales que están en contacto con este problema, y que por lo tanto pueden dar voces de alarma respecto a la posible o probable existencia de un TDAH, y eso ocurre especialmente en los colegios.

Entonces, desde el punto de vista de los establecimientos escolares, si tú tienes 30, 40 niños, obviamente los más inquietos te hacen más difícil el trabajo y por lo tanto hay una tentación a mandarlos al médico para que lo diagnostiquen y les den medicamentos, y con esto los mantengan ordenados. Hay un sobrediagnóstico, por lo tanto, por ese lado. Ahora, el cuadro existe, es una realidad.”

La preponderancia del manual de diagnósticos DSM-V

En el caso particular del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, las definiciones presentes en el DSM V¹⁰ -la última versión del manual- para efectuar el diagnóstico se dividen en dos ítems. El primero corresponde a la Inatención o falta de concentración, compuesto por nueve síntomas; la segunda parte corresponde al ítem de Hiperactividad e Impulsividad, con un total de nueve síntomas también. La persona evaluada debe presentar seis o más de los síntomas para ser diagnosticada con el trastorno y éstos se deben haber prolongado por seis meses, afectando actividades sociales y académicas o laborales.

Lo interesante es que seis de nueve de los síntomas descritos en el primer ítem, que tiene que ver con la inatención y también con el mínimo de síntomas necesarios para ser catalogado con TDAH, se relacionan exclusivamente con el desempeño académico o laboral. En la segunda parte, dos de nueve tienen relación con la actividad escolar y/o

10 Asociación Americana de Psiquiatría, op.cit.

laboral. Por lo tanto, se puede deducir que una parte importante de los síntomas que definen el trastorno se centran principalmente en el comportamiento del paciente en el colegio o el trabajo, sin otorgarle mayor importancia a la conducta que el individuo tiene en otros ámbitos. Tampoco se considera, por ejemplo, en el caso de los niños, si pueden sostener la concentración cuando juegan con dispositivos electrónicos, ven televisión o realizan actividades artísticas.

Con respecto a los criterios que describe el manual, relacionados en gran parte con el comportamiento de los niños en el colegio, el psiquiatra Pablo Santa Cruz cuestiona en qué medida el TDAH es una construcción cultural en relación al perfil de conductas y manifestaciones que describe el cuadro.

“Tenemos un modelo educacional en el mundo, especialmente en Occidente, que centra la evaluación y desempeño de un niño en cuánto tiempo es capaz de estar sentado, quieto, atento a lo que está diciendo una persona parada al frente, cuánto tiempo es capaz de estar concentrado en una tarea por repetitiva, aburrida o poco interesante que le pueda resultar. Si viviéramos en un mundo cuyo modelo social y educativo estuviera centrado, por ejemplo, en los rendimientos físicos de los niños o en el nivel de actividad que son capaces de mantener en forma sostenida, probablemente habríamos construido un trastorno por déficit coordinacional con o sin hipoactividad, que es la etiqueta que le pondríamos a los niños que les cuesta más coordinarse cuando van a jugar a la pelota, o que tienden a tener un menor nivel de actividad. Probablemente, también existirían criterios para hacer ese diagnóstico y también

existirían medicamentos que ayudarían a mantener a los niños más activos o a mejorar su coordinación o desempeño,” grafica.

Algunos de los ejemplos de síntomas descritos en el manual son los siguientes:

- El trabajo no se lleva a cabo con precisión
- Dificultad para permanecer concentrado en clases
- Dificultad para organizar tareas o actividades
- Dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden
- Descuido y desorganización en el trabajo
- Mala gestión del tiempo
- Incumplimiento de plazos
- No seguir las instrucciones o no terminar las tareas escolares.

Por otra parte, el diagnóstico de un niño pequeño depende en gran medida de la visión de los padres y/o de los comentarios que reciben sobre su conducta en el colegio. Todos los síntomas descritos establecen que deben aparecer “con frecuencia”. Sin embargo, en ninguna parte se explica qué es frecuente, ¿una, dos, tres veces al día, a la semana, al mes? Esta generalización permite que el diagnóstico dependa del juicio personal de profesores, doctores y padres.

Gabriela Sierralta es psicóloga escolar de la Universidad Católica. Tiene una larga trayectoria trabajando en colegios particulares prestigiosos de Santiago: pasó por el Santiago College y posteriormente trabajó 9 años, entre 2005 y 2014, en el colegio

Saint George con alumnos de primero a cuarto básico. A principios de 2015 decidió dejar este último y se cambió al Craighouse. Si bien la especialista piensa que existe un sobrediagnóstico del TDAH por parte de los médicos, asegura que durante los años que trabajó en el Saint George, las evaluaciones eran cuidadosas y seguían un riguroso protocolo:

“Yo pasaba por lo menos dos horas al día en la sala de clases viendo cómo funcionaban los niños. Entonces, en ese trabajo diario y cotidiano, de repente la profesora me decía que un niño en particular le preocupaba y entonces me metía yo o la psicopedagoga a observar. Y ahí se ve si es un trastorno del aprendizaje o una cosa emocional. Ahora, a esa edad está todo mezclado, porque, por ejemplo, si un niño tiene problemas para escribir, le da pena y le baja el autoestima. Y viceversa también, si los papás se separaron o están viviendo un duelo, *al tiro* dejan de aprender. La lectoescritura es súper sensible a lo emocional.”

La psicóloga escolar afirma que si veía a un niño que estaba más complicado que el resto de sus compañeros, lo sacaba de clase, le hacía pruebas de madurez y lo observaba en distintas instancias: en el recreo, sala de clases, conversando, y luego de esa evaluación, se le daban indicaciones metodológicas a los profesores y llamaba a los padres:

“Cuando no hay resultados luego de aplicar la metodología necesaria, es decir, luego hacerles un taller de lectoescritura, enviarle una carpeta con actividades para la casa, etc, se pedía una evaluación externa y si es que uno creía que había problemas

atencionales se les pedía que lo llevaran un neurólogo. Cuando los papás hacen todo eso juntábamos la información y ahí es el neurólogo el que decide si tiene TDAH o no y las indicaciones de metilfenidato. Nosotros estamos siempre atrás chequeando. Si te fijas, vamos como en la quinta etapa y ahí recién se le pide ir al doctor. Los neurólogos en general piden un informe, un test específico, el de conners, y eso ello lo deciden. Y luego de eso nosotros seguimos monitoreando. En los colegios en los que he estado la derivación al neurólogo nunca es impulsiva. Generalmente las derivaciones tienen que ver con el equipo de psicólogos y psicopedagogas y las profesoras de asignaturas y jefes.”

Luego de nueve años de trabajo, Sierralta decidió dejar el Saint George porque en su opinión, las condiciones de la sala de clases y las exigencias del currículum estaban haciendo que el trabajo de profesores, psicopedagogos y psicólogos se entorpeciera:

“El currículum nacional es enorme, locamente enorme. Ahora se exige a los niños de primero básico que terminen el año leyendo y escribiendo, cuando toda la vida este trabajo se ha desarrollado entre primero y segundo. Ahora poco menos que tienen que salir de kínder leyendo porque sino no van a alcanzar los objetivos. Este currículum sumado a salas de clases con 38 niños está disparando las dificultades de aprendizaje, los retrasos en la lectoescritura, y por otra parte, me di cuenta de que aparecían muchos más problemas atencionales. Al haber 38 alumnos, mi sensación era que al final teníamos la mitad del curso con tratamientos, más que con neurólogo, con psicopedagogos, con profesor particular, con apoyo de algún tipo. El ambiente estaba generando trastornos. Entonces me di cuenta que los niños estaban cada vez más

estresados y los profesores cada vez más frustrados. La sensación era que sin importar lo que hiciéramos iban a aparecer cada vez más problemas atencionales.”

En relación a las evaluaciones por parte de neurólogos y psiquiatras, el apoderado de Felipe, ex alumno del Colegio Tabancura diagnosticado con TDAH a los siete años, comenta que “el médico lo observó, le hizo unas preguntas, le hizo un test físico e inmediatamente se dio cuenta. Es como algo de *feeling* que se da cuenta que el niño tiene un problema. También nos hizo preguntas a nosotros, y así concluyó que el niño genéticamente tiene algo.”

Por su parte, Pedro Saavedra, estudiante de primer año de Periodismo de la Universidad de Chile, fue diagnosticado con TDAH a los 12 años, cuando estaba en séptimo de un colegio particular subvencionado en Curicó. El neurólogo también le prescribió metilfenidato luego de la primera sesión.

“No me hicieron ningún examen con máquinas. El doctor me hizo un par de pruebas, me mostraba un lápiz que tenía que seguir con la mirada, me hizo caminar en línea recta, entre otras cosas. Yo creo que con la conversación fue donde más se dio cuenta de que tenía déficit,” asegura el estudiante.

Saavedra decidió ir a consultar al neurólogo luego de que su rendimiento académico bajara considerablemente en séptimo básico. Estaba a punto de repetir, y ante esa posibilidad, le pidió ayuda a su madre. “Le dije que no sabía qué hacer, no quería estar

un año más en el colegio. Entonces mi mamá me dijo que quizás podía tener déficit atencional. Ella es profesora y orientadora, entonces se dio cuenta de que podía ser eso. Además, una prima de Santiago había tenido un problema, la diagnosticó un neurólogo y todo, y vinimos a Santiago a ese doctor,” cuenta.

Milenka Naser, profesora de educación física de 32 años, se sienta todos los días, sagradamente, a estudiar junto a su hijo Sebastián, de 12 años. Luego de comer, revisan las tareas y los contenidos de las pruebas juntos. En ocasiones incluso estudian hasta la medianoche.

Cuando Sebastián estaba en el jardín infantil, las profesoras alertaron a su madre sobre su comportamiento. Estaba constantemente agitado, era desordenado y le gustaba subirse a los árboles y al techo del jardín, le dijeron. Debido a su conducta, las parvularias le sugirieron a la madre que empezara a buscar ayuda, debido a que, en su opinión, su inquietud probablemente le iba a traer problemas cuando entrara al colegio.

No se equivocaron: cuando Sebastián estaba en kínder la profesora jefe llamó a la apoderada para decirle que debía llevar a su hijo al neurólogo. Para Milenka, la historia no es nueva. Ella y su hermano menor Erick fueron diagnosticados con Déficit Atencional y tomaron Ritalín durante toda la etapa escolar, así que sabía lo que se venía. Llevó a su hijo al neurólogo, le hicieron exámenes, y el médico confirmó el diagnóstico.

“El doctor le mandó a hacer unos exámenes con unos electrodos, se los ponen en la noche y tiene que permanecer despierto. Luego de eso le diagnosticaron TDAH,” relata. Sin embargo, no existe ningún estudio de imágenes o *scanner* cerebral que pueda confirmar el diagnóstico de Déficit Atencional, ya que se trata de un trastorno que responde a la conducta y no a evidencia orgánica.

Evaluaciones en el sector público

Cecilia habla lento y suave, pero con indignación. Ha sido testigo de una serie de irregularidades como profesora de educación especial y psicopedagoga de la Corporación Municipal de Cerro Navia desde hace más de 17 años. Hasta 2014 la profesora fue parte del equipo del Programa de Integración Escolar (PIE) que apoya a los alumnos y alumnas con Necesidades Educativas Especiales (NEE) en las salas de clases y además, atendía a algunos estudiantes en la Corporación. Actualmente Cecilia trabaja en un Programa de Integración nocturno para adultos en la misma Municipalidad. La especialista prefiere mantener su nombre bajo reserva por miedo a perder su trabajo. Cecilia cuenta que por el organismo municipal han pasado dos doctores evaluadores que diagnosticaban Déficit Atencional y prescribían medicamentos a la gran mayoría de estudiantes que atendían en sus consultas.

“Hubo un neurólogo que diagnosticó a todos los niños del proyecto PIE. Durante dos años consecutivos diagnosticó yo diría que casi a un 60% de niños con TDAH. A mí me impresionó. De hecho, yo escribí una carta anónima para denunciarlo porque me pareció que eran muchos niños. No solo los diagnosticó, también los medicamentó, y

no solamente para el déficit,” asegura. La profesora cuenta que dicha carta nunca tuvo repercusiones, y que incluso llegó a denunciar la situación a una encargada de la Superintendencia de Educación, pero el doctor hasta hoy no ha sido sancionado.

Cecilia añade que la consulta de evaluación de este médico, enviado por la Corporación, era muy corta, y por lo mismo, incompleta y deficiente. “En 2014 el mismo doctor en el proceso de diagnóstico les decía: tócate la nariz, camina en línea recta y listo, los etiquetaba con Déficit Atencional. Entraban y salían niños todo el tiempo de su oficina,” dice.

El caso de este neurólogo no es el único. La psicopedagoga afirma que las prácticas de una doctora que lleva casi tres años de trabajo como evaluadora en colegios de la Corporación de Cerro Navia son aún más graves: “Ella es una médico general que atendía los test psicológicos de manejo y luego de terminar con su jornada, salía a hacer estas evaluaciones. Ella procedía de la siguiente forma: junto a las psicólogas le teníamos listo el peso, la talla, el diagnóstico de los niños y ella firmaba. Nada más, ni siquiera leía la ficha,” denuncia.

María Eugenia Mazuela, fonoaudióloga que trabaja desde hace más de 30 años en centros de diagnóstico del Ministerio de Educación, corrobora el testimonio de la profesora diferencial, expresando que hay escuelas que contratan a profesionales para que el médico les dé el diagnóstico que ellos esperan: “¿el médico estará haciendo un buen diagnóstico cuando va contratado por el sostenedor a la escuela? uno empieza a cuestionar todo. Y cuando vas al colegio y revisas la ficha de salud, te das cuenta que

no está llenada por el médico, sino que por la misma profesora, el médico firma nomás, cuando lo que realmente debería hacer es decidir si tiene una discapacidad u otra patología”.

Camila Rojas entró a trabajar en marzo de este año como psicóloga escolar a la municipalidad de Recoleta. Durante este corto tiempo, la psicóloga ha podido dar cuenta de una serie de prácticas irregulares en los procesos de evaluación y diagnóstico de los alumnos para ingresar al PIE. Camila cuenta con indignación que los médicos que van a los colegios hacen evaluaciones extremadamente breves:

“Si un niño no lo mira a los ojos fijamente le diagnostican autismo, si lo llama por su nombre y no contesta, le diagnostican déficit atencional. Es realmente impactante.” Por otra parte, la psicóloga subraya el caso de un niño al que le hizo una serie de evaluaciones para definir sus NEE. Luego de una evaluación extensa y contundente donde realizó pruebas de conducta, cognitivas y de coeficiente intelectual, la psicóloga concluyó que el niño tenía Funcionamiento Intelectual Limítrofe, sin embargo, en el proceso de corrección de la evaluación, las autoridades municipales cambiaron el diagnóstico y pusieron que el niño tenía un coeficiente intelectual de 68 en vez de 70 para situarlo en la categoría de retraso mental leve.

Con respecto a esto, Camila comenta: “está bien que se hagan correcciones, porque las evaluaciones en cierta medida son subjetivas, pero yo sé que en este caso los diagnósticos se cambian para que los niños entren al programa de integración escolar. Por otra parte, es muy complejo llegar siquiera a sugerir que modifiquen los diagnósticos

para su beneficio o que los hacen a la rápida, yo alguna vez lo dije muy sutilmente y las autoridades correspondientes se mostraron completamente ofendidas.”

Cuando los diagnósticos invisibilizan otros problemas

Además de la falta de consideración de los efectos secundarios que pueden producir estos medicamentos, las evaluaciones rápidas pueden derivar en diagnósticos errados. Con respecto a esto, la psicoanalista argentina Gabriela Dueñas manifiesta de forma tajante su preocupación. Su tono fuerte da cuenta del malestar y conmoción que le produce este problema, asegurando que los diagnósticos protocolizados no solo patologizan a los niños, sino que lo más peligroso es que invisibilizan problemas individuales graves, como por ejemplo, la violencia familiar y el abuso sexual.

“Con estas etiquetas diagnósticas se tapa un síntoma en el niño, quien a través de sus dificultades, estaba queriendo expresar que le estaba pasando algo, que estaba padeciendo sufrimiento psíquico por determinadas condiciones. En lugar de escuchar al niño a través de los dispositivos adecuados, rápidamente respondiendo un protocolo de preguntas se lo etiqueta de TDAH, TGD o Síndrome Bipolar. Luego, se los pasa a medicalizar, y a nadie se le ocurre pensar que ese chico está teniendo alguna problemática, por ejemplo, de abuso sexual. Una de las causas más frecuentes de las dificultades de un niño para aprender y para pensar incluso, es el abuso sexual, sobre todo cuando éste es incestuoso,” afirma.

Cecilia también es enfática en este punto. En sus 17 años como psicopedagoga y profesora diferencial del PIE en Cerro Navia, le ha tocado ver casos de niñas que han sido diagnosticadas con TDAH, cuando en realidad estaban siendo abusadas sexualmente. “Cuando atendía a la Cata, por ejemplo, se podría haber dicho perfectamente que tenía TDAH, pero la niña estaba siendo abusada, y era obvio que tenía que estar así, distraída. Tenía otra alumna, Millaray, a quien le preguntabas hasta su nombre y se le olvidaba. Tenía cero capacidad de concentración y atención. Ella también fue diagnosticada con TDAH por los profesores y el doctor, pero el problema de raíz es que estaba siendo abusada,” afirma.

Efectivamente, según Gabriela Dueñas, el abuso sexual en los niños afecta el pensamiento y en consecuencia, el desarrollo de aprendizaje. Es por esta razón que los síntomas de los niños abusados pueden confundirse con los del TDAH:

“El abuso sexual en la infancia es algo del orden de lo impensable, de manera particular si proviene de los propios padres, porque aquellos que se supone que te deben cuidar, te están abusando. Eso ataca directamente el pensamiento. Como es algo impensable, se bloquea el desarrollo del pensamiento que tiene que darse durante la infancia. Cuando te *topás* con chiquitos que parecen tener problemas mentales pero no tienen explicación de porqué funcionan así, *tenés* que sospechar inmediatamente si no será víctima de abuso sexual. El pensamiento erotizado de un niño de esa edad generalmente se va frenando y va dando cuenta de un cuadro que parece una deficiencia, pero es una pseudo deficiencia mental, porque no responde a un síndrome

como el de *down*, sino que responde a la imposibilidad de entender lo que le está pasando.”

Pablo Santa Cruz, de la organización Médicos Sin Marca, coincide con la psicoanalista y asegura que existen importantes riesgos al hacer diagnósticos apresurados en niños. “Hay dos peligros ahí. Uno es darle un medicamento a un niño que no necesariamente lo necesita y otro, que puede ser incluso más grave, pero del cual se habla menos, es dejar de hacer lo que sería realmente indicado para ese caso por estar tomando una medida de otro tipo, típicamente la medida farmacológica. Esto tiene que ver con otro aspecto problemático del diagnóstico basado en criterios descriptivos: no consideran el contexto, la historia y los antecedentes. No consideran, por ejemplo, un hecho que está súper probado desde el punto de vista científico: que el trauma, los altos niveles de angustia o la desregulación emocional interfieren, como es natural y lógico, en el desempeño y ordenamiento de las funciones cognitivas. Por lo tanto, el problema cognitivo pasa a ser secundario porque debiera ser abordado como tal, como algo secundario al problema de fondo que en este caso sería emocional, familiar, ambiental o socioeconómico incluso,” dice.

La polémica de las evaluaciones apresuradas

Este problema en el diagnóstico derivado de evaluaciones rápidas e incompletas está comenzando a discutirse públicamente, particularmente en Estados Unidos, uno de los países que lidera los índices de diagnóstico de TDAH y prescripción de metilfenidato. Según Santa Cruz, el sobrediagnóstico de Déficit Atencional en EEUU se ha vuelto un problema de salud pública, y los datos corroboran esta afirmación. Un estudio¹¹ de 2011 del Centro de Control y Prevención de Enfermedades del gobierno estadounidense estableció que 11 por ciento de los niños y niñas en etapa escolar de ese país han sido diagnosticados con Déficit Atencional, lo que equivale a 6.4 millones de escolares. Esto es uno de cada cinco niños en enseñanza media y una de cada 11 niñas entre primero y cuarto medio. Lo más alarmante es que, según la investigación, el porcentaje de niños estadounidenses etiquetados con TDAH aumenta considerablemente cada año: 7.8% en 2004, 9.5% en 2007 y 11% en 2011. El mismo estudio sostiene que la tasa anual de crecimiento del diagnóstico es de un 5% con respecto al año anterior. A esa tasa de crecimiento, en 2015 un 13,4% de niños en etapa escolar habría sido diagnosticado con este síndrome en Estados Unidos.

11 Bitsko, R, Blumberg, S et al. (2013) Trends in the Parent-Report of Health Care Provider-Diagnosis and Medication Treatment for ADHD: United States, 2003—2011) [en línea] Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Vol.53, No.1, pp. 34-46 <<http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/features/key-findings-adhd72013.htm>> [consultado: 16/12/2014]

En julio de 2014 un artículo de la revista *The Atlantic*¹² alertó sobre la posible confusión entre el trauma infantil y el TDAH. El artículo relata la experiencia de la médico Nicole Brown, quien mientras trabajaba en el Hospital John Hopkins de Baltimore, Maryland, en Estados Unidos, se dio cuenta de que el tratamiento convencional con niños diagnosticados con TDAH no estaba dando resultados. Frente a esta situación, la doctora comenzó a buscar respuestas y a fijarse en los detalles de contexto, el origen de los pacientes y las características del ambiente familiar y social en el que se desenvolvían. Luego de centrar la mirada en esta dirección, la doctora pudo dar cuenta de que los síntomas del TDAH (hiperactividad, impulsividad y falta de atención) reflejan los efectos de situaciones adversas: estrés, violencia y vulnerabilidad social, y que muchos pediatras, psiquiatras, psicólogos no saben cómo o no tienen el tiempo para notar la diferencia.

Brown no solo estableció una correlación entre el diagnóstico de TDAH y situaciones de vulnerabilidad, sino que al indagar más profundamente a sus pacientes, se dio cuenta de que la mayoría de ellos habían tenido experiencias traumáticas. Según la especialista estadounidense, la disociación y un estado de vigilancia podrían confundirse con la falta de atención, y la impulsividad puede ser una respuesta a situaciones de estrés.

12 Ruiz, R. (2014) How Childhood Trauma Could Be Mistaken for ADHD. [en línea] The Atlantic. 07/07/2014 <http://www.theatlantic.com/health/archive/2014/07/how-childhood-trauma-could-be-mistaken-for-adhd/373328/> [consultado: 18/12/2014]

Por otro lado, Caroline Miller, directora editorial del instituto estadounidense *Child Mind*, publicó un artículo en la página web del organismo dando cuenta de la importancia de saber detectar de forma correcta cuando un niño o niña padece TDAH. En su artículo, la experta en educación afirma que el TDAH es uno de los primeros diagnósticos que se sospechan cuando el comportamiento de un niño o su desempeño escolar son problemáticos.

“Un niño que no parece poder quedarse sentado, que responde a preguntas en clases sin levantar la mano, que no hace sus tareas, que parece estar soñando cuando el profesor da instrucciones, presenta síntomas reconocidos del TDAH. Pero este comportamiento también puede ser el resultado de otros factores, desde ansiedad, trauma, hasta el hecho de ser el más pequeño de la clase, y por lo tanto, un poco más inmaduro,” explica.¹³

Por ello, Miller cree que es muy importante tanto para los profesores como para los padres observar cuidadosamente el comportamiento de los niños, ya que puede ser confundido con TDAH. El mayor problema, tal como lo señala la psicoanalista Dueñas, es que cuando los niños son muy pequeños no tienen todas las herramientas para articular lo que sienten, y por lo tanto, se debe ser particularmente cuidadoso al momento de evaluarlos.

13 Miller, C. (2015) What's ADHD (and What's Not) in the Classroom [en línea] <<http://www.childmind.org/en/posts/articles/2015-3-10-adhd-classroom-guide-teachers-parents>> [consultado: 05/03/2015]

“Estos fenómenos de la patologización y medicalización de las infancias y adolescencias actuales en el que las escuelas juegan un papel clave es un fenómeno que vulnera gravemente los derechos de las infancias, por eso no es un problema ni de salud, ni de educación, sino que es un problema ético. Va a contramano de la legislación. Juegan una serie de variables: epocales, del mercado, las nuevas tecnologías, ideologías patriarcales de género que dan cuenta del abuso sexual al interior de la familia, etc. Todas esas variables no las puede abordar un psicólogo solo en un consultorio, ni un maestro en un aula. Requieren del trabajo interdisciplinario de miradas y aportes de distintas ciencias y del trabajo en equipos intersectoriales,” señala Dueñas.

Efectos secundarios a corto y largo plazo

En cuanto a los efectos secundarios que produce el medicamento, Pedro, ex apoderado del Colegio Tabancura, dijo que la principal consecuencia ha sido la pérdida de apetito de su hijo. El niño toma el remedio en la mañana, antes de irse al colegio, y no come nada entre el desayuno y la once. Casi todos los días llega con el almuerzo entero de vuelta a su casa.

“El efecto secundario más importante es la pérdida del apetito, y de repente también le dan dolores de cabeza. Almuerza mal, y cuando llega a la casa tampoco tiene mucho apetito, pero ya en la noche, cuando la pastilla comienza a perder el efecto, come un poco mejor”, asegura.

Además, dice que el comportamiento del niño cuando toma las pastillas cambia considerablemente: “Cuando toma el remedio no es él. Tú lo notas decaído, parece un *zombie*, entonces lo que hace el medicamento es maniatarlo, no lo deja ser, lo tienen controlado. Pero él ya se acostumbró y se siente normal,” afirma el apoderado. “Como ha estado delicado emocionalmente, por el momento no podemos quitárselo hasta que el doctor diga lo contrario”.

Por su parte, Pedro Saavedra, quien tomó metilfenidato entre séptimo básico y cuarto medio, dice que cuando comenzó a tomar las pastillas, adelgazó mucho. “Además, andaba desganado, decaído. Me di cuenta *al tiro* cuando me bajaron las revoluciones que estaba más fome, mis amigos ya no se reían de mis tallas, y fue chocante para mi identidad, para la forma en que la gente me conocía. Mis amigos me decían que estaba diferente y eso fue lo más negativo de tomar las pastillas,” recuerda.

Efectivamente, dos de los efectos secundarios más comunes que produce el metilfenidato en niños son somnolencia y falta de apetito. Según la revista *MedlinePlus*, del Instituto Nacional de la Salud (NIH) de Estados Unidos, parte de los efectos secundarios que produce el metilfenidato son nerviosismo, dificultad para conciliar el sueño o para mantenerse dormido, mareos, náusea, vómitos, pérdida de apetito, diarrea, dolor de cabeza y somnolencia, entre otros. Además, entre los efectos más graves se encuentran la depresión y pensamientos suicidas.

En 2009, el Instituto de Salud Pública de Chile publicó un documento¹⁴ dando cuenta de las precauciones que los especialistas deben tomar antes de recomendar el tratamiento farmacológico con metilfenidato, el compuesto activo de las drogas que se utilizan en el tratamiento del TDAH. El ISP recomienda que todos los pacientes sean previamente evaluados para saber si tienen problemas cardíacos o de presión, indagando también en la historia familiar en relación a complicaciones cardiovasculares. La alerta del ISP agrega que durante el tratamiento los profesionales deben monitorear constantemente la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca de los pacientes debido a que este medicamento puede generar problemas cardiovasculares y cerebrovasculares.

Por otra parte, tanto el NIH como la Administración para el Control de Drogas (DEA, por su sigla en inglés) de Estados Unidos advierten a los consumidores sobre la potencial adicción que puede producir este psicoestimulante. “El metilfenidato puede ser adictivo. No tome una dosis mayor ni con más frecuencia; tampoco lo tome durante un período mayor, ni lo tome de una manera diferente al que su médico le recetó. Si toma demasiado metilfenidato, podría darse cuenta que el medicamento ya no controla sus síntomas, podría sentir una necesidad de experimentar cambios inusuales en su comportamiento,” advierte el NIH.¹⁵

De hecho, cuando a los niños se les suspende el consumo de metilfenidato repentinamente, comienzan a producirse síntomas similares al síndrome de

14 Instituto de Salud Pública (2009) Alerta sobre Metilfenidato [en línea] Santiago
<http://www.ispch.cl/img/banner/Alerta_Metilfenidato.PDF> [consultado: 10/03/2015]

15 Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos [s.a] Metilfenidato [en línea]
< <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a682188-es.html>> [consultado: 13/04/2015]

abstinencia. Así lo explica el psicólogo estadounidense del *Institute of Child Development* de la Universidad de Minnesota, L. Alan Sroufe: “En niños a los que se les receta por primera vez drogas para tratar el TDAH, los síntomas como pérdida de apetito y la somnolencia desaparecen, y como consecuencia, también los efectos que la droga produce en relación al comportamiento.”¹⁶

Aparentemente, según este médico, los niños desarrollan una tolerancia a la droga y por consiguiente, luego de un tiempo su eficacia desaparece. “Muchos padres que le quitan los remedios a los niños encuentran que su comportamiento empeora, lo que confirma su creencia de que la droga funciona. Pero la conducta empeora porque los cuerpos de los niños se han adaptado a la droga. Los adultos pueden tener una reacción similar si repentinamente dejan de tomar café o de fumar”, agrega.

Otro aspecto en relación a los efectos que produce el consumo de fármacos para la concentración son los síntomas que comienzan a aparecer cuando el consumo del medicamento es prolongado. El Dr. Morales llevó a cabo un estudio, hasta el momento el único en Chile, que ha analizado el funcionamiento del metilfenidato y los efectos de su consumo a largo plazo. La investigación realizada a través del análisis de los efectos que produce este químico en los cerebros de ratas arrojó que si bien el metilfenidato sirve para focalizar la atención, su uso prolongado afecta a la memoria y el aprendizaje.

16 Sroufe, L. (2012) Ritalin Gone Wrong [en línea] New York Times. 29/01/2012
<http://www.nytimes.com/2012/01/29/opinion/sunday/childrens-add-drugs-dont-work-long-term.html?_r=0>
[consultado: 16/04/2015]

Por otra parte, un estudio de las universidades de Princeton, Toronto y Cornell publicado en 2014¹⁷ concluyó que el metilfenidato, además de producir los daños que nombra Morales, no mejora el desempeño académico de niños. La investigación es una de las más importantes y rigurosas que se han publicado hasta la fecha, ya que hizo un seguimiento y análisis a 15.000 niños durante 14 años.

17 Currie, J, Jones, et al. (2014). Do Stimulant Medications Improve Educational and Behavioral Outcomes for Children with ADHD? [en línea] Journal of Health Economics, Elsevier, vol. 37, No.C, pp. 58-69. <
<http://www.nber.org/papers/w19105>>[consultado: 17/05/2015]

III. Comportamiento y desempeño escolar de niños: ¿un asunto médico?

Un niño de unos ocho años sonríe mirando fijamente a la cámara. Detrás de él se puede ver a un compañero de clase y un pizarrón verde desenfocados. Sobre la cabeza del niño se lee: “El típico día en el colegio: olvida su tarea, interrumpe al profesor, almuerza solo. Es tiempo de preguntarle a su doctor por *Concerta*”. Al costado izquierdo del niño, se puede ver un esquema que da cuenta de las diferencias cuando comienza a tomar *Concerta*, uno de los medicamentos más populares que se utilizan para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH): “Presta atención en clase, interactúa mejor con sus compañeros, se concentra.”

En otra imagen un dibujo animado de un niño lo muestra en dos situaciones. A la izquierda se le ve sonriendo con los brazos extendidos, a la derecha, conversando con un amigo. Al centro se lee en inglés: “Hoy tuve una buena nota e hice un nuevo amigo. ¡Qué gran día!”

Ambas imágenes corresponden a avisos publicitarios estadounidenses de medicamentos que se utilizan en el tratamiento del TDAH, anuncios que dan cuenta de la expansión del mercado de estos fármacos y de la forma en que el comportamiento de los niños en el colegio se ha vuelto un asunto que se aborda, principalmente, mediante el consumo de psicoestimulantes. ¿Cómo es que la conducta de los escolares pasó de ser responsabilidad de la crianza de los padres a una cuestión

médica que le concierne a la psiquiatría y la neurología? ¿En qué momento el consumo de *Ritalín*, *Concerta*, *Aradix*, entre otros medicamentos que tienen como compuesto activo el metilfenidato, se volvió algo cotidiano y natural durante la etapa escolar?

La historia de la etiología del Déficit Atencional, las etiquetas diagnósticas asociadas, sus síntomas y la forma en que el metilfenidato adquirió su éxito actual es compleja y aún tiene pasajes por dilucidar. Sin embargo, aquí se nombrarán algunos hitos que pueden dar luces sobre la forma en que este síndrome fue adquiriendo su estatus actual.

En 1902, el pediatra inglés George Still¹⁸ fue uno de los primeros en estudiar y sistematizar información acerca de las dificultades de concentración e hiperactividad en niños. El especialista centró su investigación en un grupo de 23 niños que, según su punto de vista, mostraban problemas para sostener la concentración y controlarse. Luego de analizar los resultados del estudio, el inglés concluyó que los pacientes presentaban deficiencias en la actividad volitiva, una acción voluntaria basada en la conciencia de un objetivo o meta a cumplir. Ante las dificultades observadas en el conjunto examinado, si bien el médico ofrecía un tratamiento basado en el correcto uso de la disciplina, sin considerar el consumo de fármacos, su estudio apuntó por primera vez a la hiperactividad como un tema de interés médico.

18 Still, G. (1902) The Goulstonian Lectures on Some Abnormal Psychical Conditions in Children [en línea] The Lancet Vol. 159, No. 4104, pp. 1163-1168. < [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(01\)74901-X/fulltext?version=printerFriendly](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(01)74901-X/fulltext?version=printerFriendly) > [consultado: 03/06/2014]

Años más tarde, en 1937, mediante un experimento, el médico estadounidense Charles Bradley¹⁹ descubrió que el consumo de psicoestimulantes reducía considerablemente la inquietud y problemas de comportamiento. El efecto calmante no sólo se veía en niños hiperactivos, sino que en cualquier persona que consumiera estos fármacos. A pesar de que su descubrimiento fue ignorado durante años, Bradley fue un precursor en los estudios del uso de psicoestimulantes para el tratamiento de problemas de conducta, influenciando la forma en que posteriormente se orientó la visión de los especialistas respecto de los niños con dificultades de comportamiento.

Las causas que psiquiatras infantiles, neurólogos y pediatras asocian a los problemas de concentración e hiperactividad han ido variando con el paso del tiempo. En un principio se pensaba que los niños con estas dificultades presentaban un daño cerebral mínimo que no podía comprobarse a través de exámenes físicos, sino que únicamente basándose en síntomas de la conducta. En los años sesenta, esta visión fue perdiendo fuerza debido a que no existía evidencia orgánica que demostrara que los niños hiperactivos y con problemas de concentración presentaran lesiones cerebrales. A pesar del abandono de esta teoría, la comunidad científica seguía arguyendo que tras este tipo de comportamiento había una causa física específica.²⁰

El hecho de que en revistas de crianza los especialistas hicieran énfasis en que tras el mal comportamiento había razones orgánicas, fue muy bien acogido por parte de las

¹⁹ Bradley, C. (1937) The Behavior of Children Receiving Bensedrine [en línea] American Journal of Psychiatry, Vol.94, No.3, pp. 577-585 < <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=141374>> [consultado: 03/06/2014]

²⁰ Leo, Jonathan y Timimi, Sami (2009) Rethinking ADHD: From Brain to Culture. Londres, Palgrave Macmillan.

madres, principales encargadas del cuidado de los niños. Un estudio de la revista *Science in Context* de la Universidad de Cambridge analizó artículos de dos importantes revistas de crianza entre 1945 y 1965. En este documento se entrega una serie de posibles respuestas sobre las razones que hicieron que el Déficit Atencional y su tratamiento médico conquistaran el reino del hogar. Si bien la autora plantea que es difícil descubrir de qué manera los padres actúan en respuesta a los consejos recibidos y la información sobre el desarrollo de los niños a través de este medio, en su opinión, “el contenido y la naturaleza de este material puede ilustrar los tipos particulares de conocimiento científico y creencias que penetraron en el ámbito doméstico”.²¹

En las revistas más populares durante este periodo, cientos de artículos orientados a madres entregaban información y consejos sobre el comportamiento de los niños. Según este estudio, las revistas, uno de los principales medios informativos de la época, eran vistas como una plataforma importante y legítima de difusión de la opinión de expertos. Para las madres, que prestigiosos especialistas afirmaran que el problema de sus hijos era orgánico, fue una suerte de alivio. “Las madres estaban siendo educadas para dar a sus hijos un tratamiento por parte de un experto. Cansadas de ser culpadas por el comportamiento de sus hijos y ansiosas por quedar bien ante los ojos de la sociedad, las madres representadas en estas revistas ponderaban el tratamiento farmacológico para los problemas de comportamiento de sus hijos como un verdadero milagro.”²²

²¹ Singh, I, op. cit., p. 581

²² Singh, I. op. Cit., p.582

Los artículos de revistas que abordaban este tema estaban llenos de testimonios positivos de las madres. Los títulos de muchos de ellos reforzaban el sentido de que había un nuevo futuro para niños y madres en problemas, destacando el rápido desarrollo de la psiquiatría infantil.

Por otra parte, Ritalín, uno de los fármacos más reconocidos y utilizados en el tratamiento del TDAH, fue lanzado al mercado estadounidense en 1955, una época en que aún los tratamientos psicotrópicos en niños eran poco frecuentes. Tiempo después, a mediados de los sesenta, la segunda versión del Manual de Diagnóstico de la Sociedad Americana de Psiquiatría (DSM, por sus siglas en inglés) reemplazó el diagnóstico de daño cerebral mínimo, acuñando el término “Reacción Hiperkinética de la Niñez”. La nueva definición que apuntaba por primera vez a una condición de comportamiento pasó de ser un asunto de bajo interés a tomar un lugar central en los estudios de la psiquiatría infantil.²³

Esto último dio paso a que en 1987, en una reunión a puertas cerradas, un grupo de expertos de la Asociación Americana de Psiquiatría aprobara la existencia del Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad. A partir del juicio de los integrantes de esta asociación, la descripción de una serie de síntomas fue etiquetada como TDAH, y de esta forma, el trastorno pasó a formar parte de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

²³ Leo, Jonathan y Timimi, Sami, op.cit.

A diferencia de la mayoría de las enfermedades y trastornos, el TDAH no fue descubierto por la ciencia y su existencia no se sustenta en documentación científica. Su validez se sostuvo principalmente en la visión de un grupo de psiquiatras que pertenecían a una asociación reconocida mundialmente, pero que ha sido ampliamente cuestionada por conflictos de interés, principalmente debido a su estrecha relación con la industria farmacéutica. Luego de la incorporación de este trastorno al manual, en el plazo de un año, 500 mil niños en Estados Unidos fueron diagnosticados con TDAH.²⁴

Poco tiempo después, durante los años noventa, el diagnóstico de TDAH y su tratamiento a través del consumo de metilfenidato, compuesto activo de medicamentos como Ritalín, Aradix, Concerta, entre otras marcas, comenzaron a popularizarse en Chile. Los niños y niñas pasaron de ser considerados inquietos a ser clasificados como cargadores de un trastorno.

24 Baughman, F y Hovey, Craig (2006) The ADHD Fraud: How Psychiatry Makes "Patients" of Normal Children. Bloomington, Trafford Publishing

El boom de ventas y consumo de metilfenidato

Según el informe de estadísticas de salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (Ocde) de 2014,²⁵ Chile triplicó su gasto en fármacos en los últimos cuatro años. El gasto total en medicamentos contempla las compras realizadas por el Estado, además de los recursos que las personas invierten de su sueldo, es decir, el gasto de bolsillo. Más allá de las razones de este *boom* en las ventas de fármacos, estos antecedentes dan a entender que en Chile cada vez se consumen más pastillas.

Tal es el caso del metilfenidato, psicoestimulante derivado de la anfetamina, compuesto principal de Ritalín, Aradix, Concerta, entre otras reconocidas marcas de fármacos que se utilizan para el tratamiento del TDAH. Así lo constata la información entregada por la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Cenabast), organismo que actúa como intermediario en la compra de medicamentos y dispositivos médicos mediante convenios con establecimientos de la salud, como consultorios y hospitales, recibiendo una comisión de un 6 por ciento por sus servicios. A partir de licitaciones, Cenabast compra estos insumos a pedido de las entidades que solicitan sus servicios. Según un informe del mercado de medicamentos en Chile del Ministerio

25 Fernández, O. (2014) Ocde: Chile triplicó gasto en fármacos en cuatro años [en línea] La Tercera, 01/07/2014 <<http://diario.latercera.com/2014/07/01/01/contenido/pais/31-167754-9-ocde-chile-triplico-gasto-en-farmacos-en-cuatro-anos.shtml>> [consultado: 07/07/2014]

de Salud en 2010 “los consultorios y hospitales de las comunas financiados por FONASA compran aproximadamente el 40% de los medicamentos e insumos a través de la Cenabast.”²⁶ El resto de los insumos son comprados directamente por hospitales y consultorios a otros proveedores, como laboratorios, droguerías y cadenas farmacéuticas.

En relación a la adquisición de metilfenidato, los únicos datos posibles de obtener son las compras licitadas por la Cenabast. A través de una solicitud de acceso a información pública, el organismo dio a conocer cifras sobre registros de compra del mercado público entre enero de 2010 y octubre de 2013 mediante este servicio. La información proporcionada da cuenta del crecimiento exponencial de la adquisición de metilfenidato, al menos, por parte de este organismo.

En 2010, Cenabast compró un total de 339.650 cajas de metilfenidato, en comprimidos de 10 y 20 mg, por un valor total de \$67.825.740 pesos. Al año siguiente, adquirió 6.657.051 cajas por un monto total de \$871.689.441 pesos, y en 2012, las cifras siguieron creciendo: se compraron 7.961.594 cajas de este fármaco por un valor de \$1.099.460.150 pesos. En 2013 el número de cajas ascendió a 8.392.942, pero el precio disminuyó a \$972.843.270.²⁷ Si bien el valor total del gasto en metilfenidato se redujo entre 2012 y 2013, lo interesante es que los datos otorgados por la Cenabast revelan que cada año el número de cajas de metilfenidato comprado por esta entidad,

26 Vasallo, C, (2010) El mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica , p.37 [en línea] <<http://es.scribd.com/doc/95357825/El-Mercado-de-Medicamentos-en-Chile>> [consultado: 30/05/2015]

27 Las cifras de 2013 no contemplan noviembre y diciembre.

que al menos en 2010 sólo abastecía a un 40% de los hospitales y consultorios con que tiene convenio, aumenta en cerca de un millón.

Al solicitar datos al Ministerio de Salud en relación a cuántas personas se les recetó metilfenidato o cuántas fueron diagnosticadas con TDAH durante 2013 en los centros de salud públicos, el Ministerio respondió que la Secretaría Ministerial de Salud no cuenta con un registro que agrupe la información. La misma respuesta entrega el Ministerio de Educación en relación a los niños y adolescentes en etapa escolar que consumen medicamentos para la concentración, argumentando que es información privada que los padres no tienen la obligación de compartir con la institución.

En relación a esto, José Luis Castillo asegura que es muy difícil obtener datos sobre la cantidad de personas diagnosticadas con distintas enfermedades y trastornos, y el TDAH no es la excepción. “El problema es que esto significa hacer estudios epidemiológicos, y eso es algo muy difícil y que cuesta mucha plata, entonces no solamente para el TDAH, para la gran mayoría de las enfermedades en Chile nosotros usamos estadísticas extranjeras. Hay pocas enfermedades de las cuales se han hecho estudios epidemiológicos para saber cuál es nuestra realidad, y los pocos estudios que hay además son muy sesgados, o se hacen en colegios privados, o en colegios públicos, y uno se pregunta cuáles son los criterios que usaron, entonces es realmente muy complicado saberlo.”

Sin embargo, en el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Minsal, publicado en 2012,²⁸ se afirma que en Chile la prevalencia del TDAH es alta. El estudio cita una investigación de 1997 donde se concluyó que un 6,2% de los niños de primero básico habían sido diagnosticados con TDAH, mientras que en sexto básico, un 1,4% de los niños y niñas fueron etiquetados con el trastorno. Además, el documento sostiene que en 2008, grupos de expertos “han estimado para la población escolar chilena un 4% de prevalencia en la población entre 1ero a 8vo año de enseñanza básica y 3% entre 1ero y 4to año de enseñanza media”.

Otra forma de estimación de la cantidad de escolares que han sido diagnosticados con TDAH es a partir de los datos que entrega el Ministerio de Educación con respecto al número de alumnos y alumnas que han ingresado al Programa de Integración Escolar. Si bien este programa cubre solamente el espectro de colegios municipales y subvencionados y además no todos los alumnos que han sido diagnosticados tienen la oportunidad de ingresar a éste, las cifras pueden dar una aproximación al total real de niños que han sido etiquetados con TDAH. En 2014, 32.981 estudiantes diagnosticados con TDAH ingresaron al sistema de inclusión, cifra que equivale al 13,14% del total de niños y niñas inscritos en el PIE (251.090). Cabe destacar que entre 2013 y 2014, el número de niños que entraron al programa de integración con TDAH aumentó en 5.514.²⁹

28 Ministerio de Salud (2012). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes [en línea] <<http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>> [consultado: 10/05/2015]

²⁹ Cifras obtenidas mediante ley de transparencia a partir de una solicitud de acceso a la información efectuada al Ministerio de Educación

Todos estos datos corresponden a estimaciones, ya que a diferencia de otros países, en Chile no existe un sondeo nacional donde se recojan datos de prevalencia de enfermedades o trastornos mentales, más allá de la documentación de diagnósticos efectuados a través del servicio público.

Por otra parte, si bien no se tiene la cifra exacta de cuántas dosis de metilfenidato se compran a nivel nacional, considerando tanto a privados como al Estado, varios especialistas del mundo de la ciencia creen que existe una epidemia de diagnóstico de TDAH y, como consecuencia, un alto sobreconsumo de metilfenidato no solo en Chile, sino que en todo Occidente. Según datos del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra, por ejemplo, en la última década, la prescripción de metilfenidato en este país se ha cuadruplicado.³⁰ Las estadísticas en Estados Unidos también son alarmantes: en 2010, según la encuesta de Salud Nacional,³¹ 8,4%, o 5,2 millones de niños entre 3 y 17 años, habían sido diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención.

30 Craig, E y Doward, J. (2012) Ritalin use for ADHD children soars fourfold [en línea] The Guardian. 06/05/12 <<http://www.theguardian.com/society/2012/may/06/ritalin-adhd-shocks-child-psychologists>> [consultado: 11/05/2014]

31 Hruska, B. (2012) Raising the Ritalin generation [en línea] New York Times. 18/06/12 <<http://www.nytimes.com/2012/08/19/opinion/sunday/raising-the-ritalin-generation.html?pagewanted=all>> [consultado: 11/05/2014]

Barreras de acceso

Los precios de los fármacos que se utilizan para el tratamiento de TDAH son bastante altos considerando que, según datos de un estudio de Fundación Sol, el 53,5 % de los chilenos gana mensualmente menos de 300 mil pesos y el 70 % menos de 426 mil³². Siguiendo las cifras presentadas por la Revista de Ciencia y Tecnología para la Farmacia del Siglo XXI, Kairos, que tiene una base de datos con el promedio del costo de medicamentos en Chile que actualizan a diario, Ritalín, una de las marcas más populares, en su versión de 10 miligramos cuesta en promedio \$26.935, mientras que la caja de 20 miligramos tiene un valor aproximado de \$54.845. Estas cifras varían según la farmacia donde se adquiere el medicamento, ya que, por ejemplo, en La Liga Chilena contra la Epilepsia la versión de 20 miligramos de Ritalín cuesta \$66.000. Por su parte, Aradix de 10 miligramos, otra marca reconocida, tiene un valor en promedio de \$16.425 y la caja de 20 miligramos, alrededor de \$21.019. Cada una de estas marcas de medicamentos, sin importar la dosis, viene en formato de 30 comprimidos, por lo que si la persona consume 10 o 20 mg diarios, la caja dura un mes. La dosis común en escolares varía entre los 10 y 20 mg, dependiendo de la recomendación del médico tratante.

³² Durán, Gonzalo, Kremerman, Marco (2015) Los verdaderos sueldos en Chile [en línea] <<http://www.fundacionsol.cl/wp-content/uploads/2015/01/Verdaderos-Salarios-2015.pdf> > [consultado: 12/06/2015)

Por otra parte, la fiscalización de Medicamentos e Insumos Garantizados en el Sector Público llevada a cabo por la Superintendencia de Salud entre el junio y agosto de 2014³³ dio cuenta de que uno de los cuatro medicamentos con menor disponibilidad en los centros de Atención de Salud Primaria es el metilfenidato, con un 60 por ciento de reservas. Si se considera el alto valor de los fármacos utilizados regularmente en el tratamiento del TDAH y, por otra parte, la falta de *stock* de este medicamento en consultorios, se puede concluir que el acceso a estos fármacos tiene importantes barreras de entrada.

La influencia de la industria farmacéutica

Pablo Santa Cruz es psiquiatra y uno de los fundadores de Médicos Sin Marca, agrupación que se gestó en 2011 en Chile con el objetivo de generar conciencia dentro del gremio médico, evidenciando que la relación entre los profesionales de la salud y la industria farmacéutica tiene efectos perjudiciales para la práctica clínica, y en última instancia, para sus pacientes.

En una mañana fría, sentado en un café del edificio de su consulta, Santa Cruz cuenta lo complejo que ha sido el trabajo de esta organización: “Lo que hemos encontrado es que el nivel de resistencia es brutal. La convicción y el sentimiento de invulnerabilidad de los médicos frente a las fuentes que los invitan, los alimentan, les financian viajes, los informan y los educan, y la reacción de rabia cuando nosotros planteamos este

³³ Superintendencia de Salud (2014) Informe de Fiscalización Medicamentos e Insumos Garantizados en el Sector Público [en línea] Santiago < http://www.supersalud.gob.cl/portal/articles-10138_recurso_1.pdf > [consultado: 13/05/2015]

problema, ha hecho súper difícil nuestro trabajo para poder generar un cambio de mentalidad.”

El trabajo de Médicos sin Marca es transversal a todas las especialidades. Sin embargo, en el caso particular de la salud mental, Santa Cruz asegura que las relaciones entre la industria farmacéutica y los médicos son aún más estrechas: “El conocimiento psiquiátrico desde hace por lo menos tres o cuatro décadas está regido por la corriente americana. De hecho, el DSM es el manual diagnóstico y estadístico más influyente en el mundo por lejos. Lo que ha ocurrido en la siquiatria americana, en la APA y en los paneles de expertos que elaboran recomendaciones terapéuticas o criterios diagnósticos, es un problema creciente de conflictos de intereses donde los líderes de opinión en los diversos temas tienen vínculos financieros con la industria farmacéutica. Esto no significa que sean profesionales corruptos, ni que estén vendidos a la industria, pero que tienen un conflicto de interés que debiera inhabilitarlos para tomar decisiones tan importantes como qué es lo que vamos a considerar un trastorno mental.”

La agrupación comenzó a investigar las incongruencias entre la evidencia científica y las recomendaciones de los líderes de opinión y paneles de expertos en relación a las clasificaciones de trastornos mentales. Además, indagaron en las diversas formas de *marketing* que despliega la industria farmacéutica.

“Lo que encontramos ahí son los esfuerzos de *marketing* de la industria farmacéutica principalmente, que tiene intereses multimillonarios y busca lograr el mayor margen de utilidades posible en todos los países donde está presente. Entonces, nos pusimos a estudiar en qué consiste ese esfuerzo de *marketing* de la industria farmacéutica, una industria que hace un aporte muy importante a la medicina y a la atención sanitaria en general, pero cuya primera responsabilidad es la generación de utilidades y por lo tanto, es comprensible que hagan un esfuerzo muy importante en aumentar las ventas de sus productos, incluso más allá de lo que sería estrictamente recomendable desde el punto de vista médico, científico o sanitario,” afirma el psiquiatra.

Una de las estrategias más importantes que describe el especialista es la medicalización del malestar o formas de desadaptación. “Se trata de ciertas condiciones que la industria farmacéutica ha logrado ubicar dentro de una lógica médica; es decir, que estas formas de malestar, sin que tengamos los datos suficientes para suponerlo, queden registradas en la opinión colectiva como condiciones médicas y que por lo tanto, requieren tratamiento por parte de un médico y del uso de fármacos,” señala.

En la visión de este psiquiatra, uno de los aspectos más perjudiciales de este vínculo es que la industria farmacéutica puede otorgar mayor influencia a los doctores e investigadores con quienes establecen relaciones. “Las farmacéuticas tienen el poder para ponerle un megáfono a aquellas voces que coinciden con sus intereses, que pueden ser voces súper honestas y sinceras, pero lo que se genera ahí es una

situación de desigualdad entre las opiniones que coinciden con los intereses de la industria y las que no,” afirma.

Por su parte, el presidente de Sonepsyn, José Luis Castillo, afirma que la relación entre los laboratorios y los profesionales de la salud efectivamente trae consecuencias negativas, y por lo mismo, cuenta que en la sociedad están esforzándose para hacer cambios y que los médicos comiencen a declarar sus conflictos de interés:

“Las relaciones de médicos con la industria farmacéutica afectan, entre otras cosas, a la producción de conocimiento. Nosotros en la sociedad estamos tratando de mejorar eso. Las relaciones de los médicos con la industria son complicadas y se están tratando de limpiar, porque antes, cuando partimos, a nosotros nos invitaban a los congresos y había mucho conflicto de interés no declarado. Estamos conscientes de esta situación y como sociedad estamos haciendo que la educación médica continua, que el financiamiento de esos cursos, que no puede ser más que por la industria, porque es la que se interesa, tenga separación entre la gente que organiza los cursos y la gente que se consigue las platas para que los programas de éstos sean independientes de los laboratorios que financian. Eso es una novedad y es algo de lo cual estoy bastante orgulloso.”

El especialista agrega que esta exigencia ha tenido una buena recepción por parte de los laboratorios: “hay un cambio cultural que estamos viviendo. La sociedad se está poniendo cada vez más exigente en términos de transparencia, entonces eso ha

facilitado el trabajo y los laboratorios también tienen sus códigos, también están preocupados de no aparecer como empresas deshonestas, y por lo tanto la recepción a esto ha sido bastante buena. Nos está yendo bien.”

Por otro lado, la psicoanalista argentina Gabriela Dueñas, quien lleva más de 20 años trabajando en temas de salud mental, específicamente en relación a la medicalización de las infancias, manifiesta que los diagnósticos tipificados en el DSM corresponden más bien a etiquetas.

“En realidad no los considero auténticos diagnósticos. Yo parto de la idea de que el TDAH es un constructo de la industria farmacéutica, al servicio del mercado, y los procedimientos desde los que se parte son protocolizados, estandarizados. Estos procedimientos recortan, descuentan las variables que tienen que ver con las singularidades de cada sujeto en aquellos aspectos que hacen a sus historias y su condiciones socioculturales de vida,” dice.

Al igual que Santa Cruz y Castillo, la psicoanalista manifiesta preocupación con respecto al vínculo financiero entre los expertos que elaboran el manual y la industria farmacéutica. “El DSM es un manual escrito y producido por la Asociación de Psiquiatras Americanos, que son los mismos socios de las cadenas de laboratorios de psicofármacos. El DSM ha sido construido por los propios laboratorios a través de los especialistas que forman parte de la asociación de psiquiatras americanos. Entonces, a partir del uso de este manual sagrado de las enfermedades mentales, a los chicos se

les realizan evaluaciones estandarizadas, que no atienden a la singularidad, a las historias de vida, sino que son protocolos que se basan solamente en la conducta que está a la vista y no tienen en cuenta lo afectivo, lo que sienten. En esa instancia de diagnóstico no se escucha al niño y ese es uno de los derechos fundamentales. Entonces, como conclusión de esos procesos se le pone una etiqueta: TDAH, Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), Síndrome Bipolar,” afirma Dueñas.

Su postura no busca negar que las patologías existen, asegura. Sin embargo, en su opinión, el problema se centra en la forma en cómo se abordan: en lugar de buscar entender la naturaleza de los problemas, este fenómeno de diagnósticos rápidos busca simplemente clasificar, ubicar y poner un nombre.

En relación a lo que plantean ambos expertos, la pregunta principal que surge es si la relación entre los especialistas que crean el manual diagnóstico con la industria farmacéutica puede condicionar su elaboración, y posteriormente los procesos diagnósticos, lo que significaría que las enfermedades mentales responderían a los intereses del mercado de fármacos.

En 2006, un estudio publicado por la revista *Psychotherapists and Psychosomatics* de la Federación Internacional de Psicoterapia, analizó los vínculos financieros entre los 170 miembros del panel de creación de los criterios de diagnóstico del DSM IV y la industria farmacéutica. La investigación concluyó que 95 de los integrantes del panel de “Trastornos del Ánimo” y “Esquizofrenia y otros Desórdenes Psicóticos” tenían vínculos

con compañías de fármacos. El estudio estableció que un 42% de los especialistas recibieron fondos para desarrollar investigaciones, un 22% cobró por realizar consultorías y un 16% del panel eran portavoces de laboratorios.

“Nuestra investigación sobre las relaciones entre los miembros del panel de DSM y la industria farmacéutica demuestra que existen fuertes vínculos financieros entre la industria y los que son responsables del desarrollo y la modificación de los criterios de diagnóstico de las enfermedades mentales. Las conexiones son especialmente fuertes en aquellas áreas de diagnóstico donde las drogas son la primera línea de tratamiento para los trastornos mentales,” concluye el estudio.³⁴

El informe recomendó la divulgación completa de los miembros del panel de DSM y sus relaciones financieras con entidades con fines de lucro que fabrican fármacos utilizados en el tratamiento de las enfermedades mentales.

La falacia de la evidencia genética

Gabriela Dueñas, es tajante con respecto a la evidencia científica que sustenta la existencia de este diagnóstico y asegura que lo que hacen estas evaluaciones diagnósticas protocolares y apresuradas es simplificar el complejo entramado de causas del sobrediagnóstico: “esto nos hace pensar como sociedad que el problema no es de la institución escolar, no es de la cultura, de los adultos, sino que todo se reduce

34 Cosgrove, Lisa, Krinsky, Sheldon, Vijayaraghavan, Manisha & Schneider, Lisa (2006) Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry, p.154 [en línea] Psychotherapy Psychosomatics, Vol.75. <<http://www.tufts.edu/~skrimsky/PDF/DSM%20COI.PDF>> [consultado: 28/05/2015]

a deficiencias neurocognitivas de los chicos, de origen genético para lo cual además no presentan pruebas hasta el día de hoy. No hay evidencia que demuestre que tengan fallas neurológicas, en ningún estudio, ni clínico, de laboratorio, ni por imágenes,”

Según Bernardo Morales, doctor en ciencias fisiológicas e investigador en neurociencias de la Universidad de Santiago, los métodos de diagnóstico utilizados por los especialistas chilenos son bastante cuestionables, sobre todo considerando que las evaluaciones se efectúan en una sola sesión.

“Para poder diagnosticar a ciencia cierta si tienes TDAH requieres estar mucho con el paciente. Tienes que evaluar cómo se comporta durante todo el día, no sólo en un ambiente particular, porque ahí ya hay un condicionamiento. Además, probablemente cuando el niño llega donde el médico, éste primero empieza a explorarlo y su conducta es muy distinta al medio natural. Se debiese hacer un examen durante todo un día, pero eso no es rentable,” explica.

Morales es enfático y afirma que los diagnósticos apresurados son más convenientes para los doctores. “Yo me puedo hacer un sueldo si diagnostico rápidamente recetando metilfenidato. Así soluciono el problema y que venga el próximo paciente. Ha faltado un poco de control en esto, sin dejar de mencionar el hecho de que las enfermedades mejor diagnosticadas son las que tienen más de un parámetro. En el caso del TDAH yo solamente estoy evaluando el aspecto conductual, y sobre la base de lo que el paciente me informa. Entonces, la idea es que existan marcadores genéticos del TDAH. Eso

sería un gran avance porque ahí podemos contrastar lo que se ve en la conducta del niño con evidencia genética, lo que permite decir con autoridad si el niño tiene o no TDAH," afirma.

El especialista no sólo atribuye los problemas en el diagnóstico a los doctores que evalúan a los niños, sino que asegura que se trata de una cadena de relaciones entre profesores, padres y doctores: "Con este asunto de cumplir con los programas educacionales la cosa parte desde los profesores, y de ahí, ¿a quién se le deriva la problemática? A la psicóloga del colegio. Después viene la psicóloga del colegio y se lo deriva al neurólogo. El neurólogo llega, ve al niño que ya viene con el pre-diagnóstico y entonces asume que necesita metilfenidato," señala.

Otro instrumento utilizado en la evaluación del TDAH es el Test de Conners. Esta escala de valoración fue diseñada por el Dr. C. Keith Conners a fines de los sesenta y su objetivo es evaluar a los niños y adolescentes a partir de la información que entregan padres y profesores.

Las escalas o tests de Conners pueden encontrarse en dos formatos - el formal y el abreviado -, tanto para la evaluación hecha por padres, como para la que realizan los profesores. En la versión más corta los síntomas deben ser completados por los padres o el profesor con una valoración entre 0 y 3 puntos, donde 0 significa que no se presenta el síntoma y 3 que éste es constante.

Un breve análisis de estos sistemas de evaluación permite dar cuenta de que en cierta medida estos diagnósticos están al servicio de las aptitudes académicas y laborales, y que la prescripción de metilfenidato se realiza en gran parte para que el individuo pueda cumplir satisfactoriamente con las obligaciones impuestas en estas áreas, asegura el Dr. Morales:

“En sistemas educativos como este, cuando tienes que mostrar índices, el uso de metilfenidato y el diagnóstico de TDAH adquieren relevancia porque tienes que pasar el programa, tienes que responder al SIMCE, porque tienes la PSU. Entonces, si eso tiene que ser así, tengo que entregarte la mayor cantidad de información y esta gente altera la clase y no permite lograr esas metas, entonces esto se transforma en algo político. El metilfenidato no solamente está siendo usado para el TDAH. Hoy día los estudiantes universitarios lo están usando como un estimulante del sistema nervioso central, porque eso es lo que es. Sobre todo los estudiantes de medicina en EEUU, y hoy día aquí también, están usando estos fármacos,” dice.

El 2013, en entrevista con el diario New York Times³⁵, el doctor Connors, creador del test que lleva su nombre y especialista que lleva más de 50 años luchando para legitimar el TDAH, señaló que en una reunión en Washington con otros expertos revisaron los datos más recientes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de E.E.U.U que dieron cuenta que el diagnóstico de este síndrome se

³⁵ Schwarz, A. (2013) The Selling of Attention Deficit Disorder [en línea] New York Times. 14/12/2013 <<http://www.nytimes.com/2013/12/15/health/the-selling-of-attention-deficit-disorder.html?pagewanted=all>> [consultado: 01/06/2015]

había hecho en el 15 por ciento de los niños de edad escolar , y que el número de niños que toman medicamentos para el trastorno se habían disparado de 600.000 en 1990 a 3,5 millones en 2013. En la entrevista, el especialista cuestionó las tasas de diagnóstico y las calificó como un desastre nacional de proporciones peligrosas, agregando que los resultados de estas evaluaciones son una forma de justificar la entrega de medicamentos a niveles sin precedentes e injustificables .

IV. TDAH: ¿Un negocio para los colegios subvencionados y municipales?

Durante los años noventa, época de importantes cambios políticos y sociales luego del término de la dictadura militar de Augusto Pinochet, la visión sobre la educación diferencial comenzó a mutar. En este periodo se empezaron a impulsar políticas públicas que apuntaban a la integración de niños y niñas con necesidades especiales, con el objetivo de que dichos estudiantes logaran incorporarse a escuelas regulares.

En 1990 se promulgó el Decreto de Educación N°490/90, con el que se instauró un reglamento para la creación de Programas de Integración Escolar (PIE) en colegios y escuelas regulares a través de una subvención especial destinada a cada alumno con Necesidades Educativas Especiales (NEE).

Posteriormente, en 1998 se promulgaron dos Decretos Supremos³⁶ que pusieron en marcha los PIE en el sistema educacional, presentándolos como una estrategia educativa que provee “servicios y recursos especializados a las personas con o sin discapacidad, según lo califica esta ley, que representen necesidades educativas especiales.”³⁷ Además, en la normativa se especifica que tanto los establecimientos educacionales públicos como privados deben realizar ajustes curriculares para posibilitar el acceso de estudiantes con NEE, “brindándoles la enseñanza

36 N° 01/98 y 374/99.

37 Decreto Supremo N° 01/98

complementaria que requieran, para asegurar su permanencia y progreso en dicho sistema.”

Luego de este periodo de implementación de los Programas de Integración Escolar, a principios de la década de 2000 una nueva visión de la Educación Especial comenzó a tomar forma. Durante esta época, las leyes consideraban exclusivamente las Necesidades Educativas Permanentes (NEEP) como la discapacidad auditiva, visual e intelectual, es decir, discapacidades que se presentan durante toda la etapa escolar de los alumnos. Dentro de este grupo, no se contemplaba como parte de las necesidades especiales al TDAH.

En 2005, el Ministerio de Educación anunció la creación de la Nueva Política Nacional de Educación Especial, que planteó como objetivo principal: “Hacer efectivo el derecho a la educación, a la igualdad de oportunidades, a la participación y a la no discriminación de las personas que presentan necesidades educativas especiales, garantizando su pleno acceso, integración y progreso en el sistema educativo.”³⁸

De esta forma se puso el acento en la necesidad de ampliar el acceso a la educación regular de alumnos y alumnas que requerían de recursos extraordinarios, revisar y ajustar los programas curriculares, promover y potenciar las prácticas pedagógicas inclusivas en los colegios y aumentar las subvenciones para apoyar a las personas con NEE.

38 Ministerio de Educación (2005) Nueva Política Nacional de Educación Especial [en línea] Santiago <<http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/File/DOCUMENTOS%20VARIOS%202008/POLITICAEDUCESP.pdf>> [consultado: 03/03/2015]

Como consecuencia de lo establecido en la Nueva Política de Educación Especial, en 2007 se creó la Ley 20.201, normativa que regula los montos de subvenciones que se entregan a los sostenedores, haciendo una distinción entre Necesidades Educativas Especiales Transitorias (NEET) o Permanentes (NEEP). En 2009 se promulgó el Decreto Supremo N° 170, un reglamento que, entre otras cosas, define los procesos de diagnóstico y los criterios de evaluación para identificar a los alumnos y alumnas con NEET o NEEP que necesitan apoyo a partir de recursos extras. Actualmente, este es el modelo que se utiliza en los establecimientos educacionales chilenos.

¿Cómo funciona el PIE en la práctica?

Con la promulgación del Decreto 170 de 2009, dentro de las Necesidades Educativas Especiales se incorporó por primera vez al Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. A partir de 2010, los colegios con PIE empezaron a contar con una subvención especial destinada a los alumnos diagnosticados con TDAH. Dentro de las NEE, el TDAH es considerado como una necesidad transitoria, lo que significa que los recursos entregados a los alumnos se dan por un período determinado de tiempo. Esto en la práctica implica que dichos estudiantes deben ser reevaluados cada año, y según su progreso, se determina si el apoyo debe continuar.

María Soledad González, psicóloga de la Unidad de Educación Especial del Ministerio de Educación, explica que se decidió incorporar al Déficit Atencional dentro de las NEE

porque se trata de alumnos que no son susceptibles de mejorar su desempeño con los recursos habituales con los que cuentan las escuelas.

“Los estudiantes con TDAH requieren de recursos extraordinarios o adicionales: recursos materiales, humanos, apoyo de diverso tipo. Como los niños con TDAH eran una población que solía presentar múltiples dificultades en este sentido, se incorporó como uno de los focos que reciben subvención también.” sostiene.

Además, González explica que el ministerio consideró la necesidad de incorporar al TDAH dentro de los diagnósticos que requieren apoyo debido a las exigencias tanto por parte de padres de niños con Déficit Atencional, como de los propios establecimientos educacionales. “Hay asociaciones de padres en relación al TDAH, agrupaciones que se juntaban para pedir apoyo frente a la situación que presentaban sus hijos. El TDAH no es una situación menor cuando no tienen los apoyos que requieren y que no son solamente farmacológicos. No necesariamente todos los niños con TDAH van a requerir medicamentos,” explica.

Uno de los lineamientos fundamentales que se plantearon en el Decreto 170 fueron los criterios de diagnóstico para ingresar al PIE. Según se describe en el propio reglamento, los diagnósticos buscan ser evaluaciones objetivas, integrales e interdisciplinarias, realizadas por un grupo de profesionales idóneos del ámbito de la educación y la salud. Los fines principales de la evaluación, según el decreto, son determinar “el tipo de discapacidad, trastorno o déficit que presenta el alumno, la NEE

que presenta, es decir, la condición de aprendizaje del estudiante y sus requerimientos de apoyo educativo para participar y aprender en el contexto escolar.”

En el Manual de Orientaciones y Apoyo a la Gestión del PIE del Ministerio de Educación, el TDA/H es descrito como un trastorno que generalmente comienza a manifestarse durante la etapa preescolar y que tiene como características fundamentales la dificultad para concentrarse, la impulsividad y/o hiperactividad. Además, el reglamento señala que este tipo de conducta debe reproducirse en diferentes entornos y situaciones, ocasionando “un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social o académico del estudiante.”³⁹

Por su parte, el decreto señala que los profesionales a cargo de la evaluación se dividen en dos áreas: los especialistas que realizan el diagnóstico de la discapacidad o trastorno, y por otro lado, los profesionales que indagan sobre la salud general y/o el tipo de necesidades educativas que presenta el alumno. En el caso de Déficit Atencional, el diagnóstico del trastorno puede ser llevado a cabo por un pediatra, neurólogo, psiquiatra o médico familiar, mientras que las NEE son definidas por un psicólogo, profesor de educación diferencial o psicopedagogo.

Soledad González asegura que la elaboración del decreto fue minuciosa: se trabajó durante dos años en conjunto con el Ministerio de Salud, que fue la institución a cargo

39 Ministerio de Educación (2009) Programa de Integración Escolar PIE: Manual de orientaciones y apoyo a la gestión [en línea]
<<http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201405071255480.ManualOrientacionesPIE.pdf> >
[consultado: 20/04/2015]

de definir los especialistas que participarían del proceso de diagnóstico de los alumnos que ingresan al PIE. “Se hicieron consultas, mesas de validación con la sociedad civil, se trabajó directamente con el Ministerio de Salud y ellos pusieron a una persona especialmente para trabajar estos temas,” afirma González.

Los especialistas que efectúan el diagnóstico deben cumplir con ciertos requisitos, como por ejemplo, estar inscritos en el Registro de Profesionales para la evaluación y diagnóstico, y además, tener una especialidad o profesión relacionada con el diagnóstico que realizan.

Letra muerta

Eso es lo que se estipula dentro de los decretos y en las normativas que regulan el Programa de Integración Escolar, pero en la práctica se presentan una serie de irregularidades tanto en la elaboración del diagnóstico, como en el uso de los recursos asignados y el manejo del dinero de las subvenciones.

En ese sentido, González asegura que el Ministerio de Educación no tiene los mecanismos ni los recursos necesarios para llevar a cabo fiscalizaciones de manera rigurosa y sistemática: “En el caso del TDAH no hemos hecho una fiscalización. Por ejemplo, nosotros nos enteramos a través de las noticias que había un colegio en Alhué donde tenían un neurólogo que les hacía las recetas y las repartían, pero esas son cosas que escapan a nuestras posibilidades de regulación,” afirma González.

Irregularidades en el Programa de Integración Escolar

Poco tiempo después de la puesta en marcha del Programa de Integración Escolar, auditorías realizadas por la Contraloría General de la República comenzaron a revelar una serie de irregularidades en su implementación.

Según el Decreto 170, la subvención entregada a Corporaciones Municipales y Municipios debe utilizarse exclusivamente en la contratación de profesionales especializados, la coordinación y evaluación del PIE, y la capacitación y perfeccionamiento tanto de los profesores como del resto de los profesionales que participan en el programa, así como la compra de recursos materiales educativos que apunten a mejorar el aprendizaje de los estudiantes. En este mismo reglamento se explicita que la subvención no puede ser utilizada para la construcción de salas u otras compras que no estén directamente vinculadas a la enseñanza de los alumnos con NEE.

Sin embargo, el Informe Consolidado Nacional de la Auditoría al Programa de Integración Escolar de Marzo 2015 de la Contraloría detectó graves faltas. Según el documento que da cuenta de la fiscalización a 244 entidades que recibieron subvención por el PIE, un número importante de Corporaciones Municipales y Municipalidades presentaron diferencias entre las transferencias informadas por el ministerio y los recursos percibidos por éstas, realizaron compras improcedentes y

efectuaron gastos relacionados con el PIE que no contaban con el debido respaldo que los acreditara.⁴⁰

A partir de los antecedentes recolectados por la Contraloría entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2013, se detectó que el valor total de los ingresos recaudados por parte de las 244 entidades fiscalizadas a través del Programa de Integración Escolar, corresponde a \$94.653.855.008, mientras que los gastos y desembolsos asociados al PIE fueron de \$ 87.284.240.601. De esta forma se desprende que existe una discrepancia de \$7.369.614.407 entre los ingresos, gastos y rendición de los recursos, lo que, según plantea el informe, evidencia que existen gastos que no cuentan con respaldo para ser rendidos o se utilizaron para fines que no contempla la norma.

María Eugenia Mazuela conoce esta realidad de cerca. La fonoaudióloga comenzó su carrera profesional trabajando en escuelas especiales y posteriormente, en 1984, ingresó a uno de los siete centros de diagnóstico con los que en ese entonces contaba el Ministerio de Educación en la Región Metropolitana. En dicha época y hasta el 2003, las escuelas enviaban a sus alumnos a los centros de diagnóstico del organismo público para ser evaluados. En éstos se hacía una evaluación integral que contaba con profesionales de servicio social, fonoaudiología, pedagogía y psicología. Además, María Eugenia cuenta que en estos lugares hacían orientaciones, derivaciones y también terapia a todos los niños que presentaban NEE. “A principios de los 2000 el

40 Contraloría General de la República (2015) Informe Consolidado Nacional: Auditoría al Programa de Integración Escolar [en línea] <http://www.contraloria.cl/SicaProd/SICAv3-BIFAPortalCGR/faces/detalleInforme?docIdcm=45c627f437fe59df810df24e1d01c38e&_adf.ctrl-state=ml9f9tg4x_3> [consultado: 11/04/2015]

ministerio cerró los centros de diagnóstico y a los profesionales nos traspasaron a los departamentos provinciales. Con las modificaciones de leyes y orientación, en este momento nosotros trabajamos con las escuelas municipales, pero prioritariamente en trabajos de red, es decir, yo, como supervisora técnica pedagógica del Mineduc reviso los proyectos educativos institucionales, el plan de mejora, y dentro de éste, todo lo que tiene que ver con la inclusión y la atención a diversidad, entonces ahí uno se va metiendo en los decretos y en el PIE”.

En relación a las irregularidades constatadas en los informes de la Contraloría, Mazuela afirma que en varios de los colegios que supervisa en el Departamento Provincial de Santiago Poniente, los dineros no son invertidos en lo que estipula la normativa: “Se supone que la plata del PIE se gasta en recursos adicionales, para contratar a especialistas que apoyen a los docentes y a los niños, materiales didácticos para tener mejores elementos de enseñanza, perfeccionamiento del docente, porque los profesores en general no se manejan en la didáctica diversificada, y esa plata generalmente en lo que más se gasta es en profesionales y el resto no la van gastando, o se la gastan en material didáctico y el material lo guardan y no lo usan.”

Tal como relata Mazuela, dentro de las irregularidades en la contabilidad detectadas por la Contraloría, se reveló que 122 municipalidades hicieron gastos que no estaban asociados a los objetivos que establece el PIE, por un total de \$1.740.164.437. En la investigación se constata que los municipios afirmaron al ente fiscalizador que dichos desembolsos corresponden en su mayoría al pago de salarios no contemplados en la normativa que regula al PIE. En el informe de la Contraloría, se da cuenta que estos

gastos equivalen al 5 por ciento del total de los desembolsos rendidos por las municipalidades. En cuanto a las Corporaciones, 12 hicieron gastos que no responden a los objetivos del programa. Estos desembolsos ascienden a \$91.467.904. Los gastos improcedentes equivalen al 1,5% del total de gastos rendidos por esas entidades.

Por otra parte, la fiscalización dio a conocer una serie de gastos relacionados con el PIE que no contaban con información de respaldo que los justificara. Este tipo de desembolsos se llevó a cabo en 35 municipalidades, representando un 16,4% del total de las instituciones fiscalizadas, por un monto de \$327.262.474. Lo mismo ocurrió en siete corporaciones municipales, que equivalen al 22,5% del total, por un total de \$50.431.545.

En relación a estas irregularidades, si bien la supervisora plantea que el PIE es una buena estrategia, en la práctica cree que más de la mitad de los colegios que postulan al programa lo hacen para conseguir recursos económicos más que por trabajar con las NEE, y por esta razón cree que el PIE no funciona como se espera: “Yo creo que los establecimientos buscan tener integración, primero, porque les permite tener recursos, y en segundo lugar, porque también para postular a la subvención por excelencia académica SNED (Sistema Nacional de Evaluación del Desempeño) el tener niños integrados les da mayor puntaje. Yo creo que los colegios parten por tratar de resolver lo que están haciendo, pero a la larga no lo pueden hacer porque eso significa un compromiso mayor: que el profesor, el profesor diferencial, los estudiantes, el director, todo el mundo esté comprometido, y generalmente eso no pasa. En una sala con niños

con dificultades el profesor regular siempre dice ‘ese niño va a apoyo diferencial, la profesora diferencial lo tiene que atender, no es mi responsabilidad’. Eso ha costado mucho cambiar. Generalmente cuando el niño es muy distinto optan por decir que no están preparados para atender ese tipo de alumnos, en vez de prepararse para atenderlos. Es como un círculo vicioso.”

El caso de Cerro Navia

Una profesora diferencial que llamaremos Cecilia, quien trabaja en el PIE de la Corporación de Cerro Navia desde su implementación y prefiere mantener su nombre bajo reserva por miedo a que la despidan, también constata estas irregularidades en la utilización de los dineros destinados al programa. “En 2013 compraron un par de cosas: lápices, gomas, materiales para los niños, pero nada en comparación con la cantidad de plata que llega. Era como para decir que compraron y usaron la plata. Este año (2014) no ha llegado nada. Esas platas nadie sabe dónde van,” afirma.

El testimonio de la profesora es corroborado por la última auditoría del PIE realizada por la Contraloría a la Corporación Municipal de Cerro Navia, informe publicado en 2014 que presenta los resultados de la fiscalización realizada entre 2011 y 2012. Si bien el año del que habla la especialista no corresponde al de la auditoría, el informe da cuenta de las prácticas irregulares de los colegios que pertenecen a la Corporación de esta comuna: “Los 15 establecimientos analizados no contaban con los medios y recursos materiales necesarios para el aprendizaje de los estudiantes que formaban

parte del PIE, dado que la corporación no efectuó compras de materiales durante el año 2011”⁴¹

La profesora agrega que el dinero no llega a los colegios, y que los encargados de administrar los recursos son las Corporaciones en conjunto con los sostenedores. En su opinión, el diagnóstico de necesidades educativas especiales es un negocio, ya que las subvenciones entregadas bordean los \$200.000 al mes por alumno, por lo tanto, si bien existe un máximo de alumnos que pueden integrar el PIE por establecimiento, para un sostenedor es conveniente que más estudiantes sean diagnosticados con TDAH u otra NEE para recibir dinero extra.

Además de las irregularidades en el uso de dinero y errores en los registros contables, el informe de la Contraloría detalla que las aulas de recursos⁴² de varios establecimientos no contaban con un inventario que registrara los implementos adquiridos a través del PIE y no cumplían con el estándar mínimo de recursos materiales para el aprendizaje efectivo de los alumnos que integran el programa. La Contraloría también constató que los informes de evaluación de apoyos especializados no estaban disponibles en las carpetas de antecedentes de los alumnos adscritos al

⁴¹ Contraloría General de la República (2014) Informe de Seguimiento 24-12 Corporación Municipal de Cerro Navia- Sobre Auditoría al Programa de Integración Escolar [en línea] http://www.contraloria.cl/SicaProd/SICAv3-BIFAPortalCGR/faces/detalleInforme?docIdcm=02b76b06979e2659db0ed66a4e71b971&_adf.ctrl-state=14kyk6fkqm_7 [consultado: 11/04/2015]

⁴² Salas de clases habilitadas para alumnos con NEE. Estas aulas cuentan con material especializado para facilitar el aprendizaje de los alumnos como tests, rompecabezas, textos adaptados, programas de computación, entre otros.

programa, lo que implica que no existe documentación de respaldo registrada de manera oportuna por parte de los profesionales a cargo.

En octubre de 2013, un estudio⁴³ llevado a cabo por la Fundación Chile Educación, en conjunto con el Centro de Estudios del Mineduc, analizó la implementación de la política PIE en todos los Establecimientos beneficiarios de Chile. Esta detallada investigación en sus conclusiones recomienda realizar cambios estructurales al programa, ya que, entre otras cosas, su enfoque es incompleto y en la práctica, poco inclusivo.

“Se evidencia una escasa gestión colaborativa en diversos actores de la escuela para lograr un trabajo inclusivo en estudiantes con NEE, debilidad en reflexiones y acciones en torno a actitudes y expectativas asociadas a la diversidad y escasa organización y planificación conjunta en términos de técnicas de trabajo con estudiantes con NEE (trabajo colaborativo) como también en el uso de recursos,” señala el informe.

Por otra parte, la investigación pone énfasis en la ineficiencia de la forma de financiamiento del Programa, argumentando que al estar centrado en cupos individuales, se pierde una visión global y unificadora del problema de la inclusión.

43 Centro de Estudios Mineduc y Fundación Chile Educación (2013) Análisis de la Implementación de los Programas de Integración Escolar (PIE) en Establecimientos que han incorporado Estudiantes con Necesidades Educativas Especiales Transitorias (NEET)” [en línea]
<<http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201402101720120.ResumenEstudioImplementacionPIE2013.pdf>> [consultado: 20/03/2015]

“Se requiere evaluar el modelo de financiamiento actual de PIE como método homogéneo a aplicar en todos los establecimientos. El modelo, que financia con montos equivalentes un máximo de 7 estudiantes por curso (5 NEET y 2 NEEP) que han sido diagnosticados clínicamente con una NEE, muchas veces no alcanza o resulta insuficiente para atender las necesidades de todos los y las estudiantes de un curso y/o de una escuela considerando su contexto social, familiar y escolar. Dentro de este marco, el modelo de financiamiento actual fomenta la implementación de lógicas centradas en la ejecución de diagnósticos, tratamientos y apoyos individuales y en la búsqueda de profesionales que los realicen, más que fomentar lógicas de trabajo más globales e inclusivas con todos los y las estudiantes,” señala el informe de la Fundación Chile Educación y el Centro de Estudios del Mineduc.

El análisis concluye que para tener una educación más inclusiva, es necesario reevaluar los criterios de ingreso de los escolares al PIE. La normativa que regula el acceso a éste se centra en evaluaciones individuales que se rigen por enfoques más bien clínicos, dejando de lado el contexto social y el entorno familiar en el que se desenvuelven los alumnos. En el informe se da cuenta que éstos últimos “debiesen tener mayor relevancia a la hora de integrar alumnos con NEE a las escuelas, lo que implica reemplazar la perspectiva médica de diagnóstico por una más holística y contextual.”⁴⁴

⁴⁴ Centro de Estudios Mineduc y Fundación Chile Educación, op.cit.,p.34

V. Conclusiones

Existen distintas razones que explican el *boom* de diagnósticos de TDAH durante la etapa escolar en Chile, y un complejo entramado de causas: condiciones culturales, sociales, económicas e institucionales que han moldeado y propiciado un alarmante crecimiento en el número de niños y adolescentes que son diagnosticados con este trastorno y que son tratados mediante el consumo de psicoestimulantes. Lo grave de esta situación es que en gran parte de los casos, los diagnósticos son apresurados, y no conforme con esto, los profesionales de la salud los realizan guiándose principalmente por el manual DSM, una herramienta de evaluación elaborada por paneles de expertos que mantienen vínculos financieros con importantes laboratorios.

De la mano de este fenómeno, existe una fuerte tendencia a la discriminación y presión para que los alumnos tomen medicamentos por parte de colegios, e irregularidades en el uso de recursos del Programa de Integración Escolar debido, entre otras cosas, a la conveniencia de tener alumnos diagnosticados con TDAH en los colegios que reciben subvención especial. Es en este contexto y bajo estas condiciones socioculturales que los derechos de los niños están siendo vulnerados.

Cuando un médico o especialista de la salud hace un diagnóstico, éste tiene consecuencias en el paciente que pueden ser positivas o negativas, pero nunca neutras.

“El efecto beneficioso del diagnóstico de TDAH es fundamentalmente el alivio, en el sentido de encontrar una respuesta, una explicación, que en realidad muchas veces no es tal. Por otra parte, el diagnóstico permite aliviar la culpa asociada a lo que puede ser una dificultad de rendimiento, una dificultad de relaciones interpersonales, entre otras cosas,” asevera Santa Cruz.

Sin embargo, el diagnóstico también puede ser un arma de doble filo: “Uno de los efectos problemáticos posibles es el estigma y el daño a la autoestima y también en relación a la persona con el entorno. En segundo lugar está el diagnóstico como licencia. Hay gente que busca el diagnóstico y verdaderamente lo desea, porque de esa manera llega a la casa con una especie de licencia, un certificado de que el problema no soy yo, lo que pasa es que yo *tengo* esto (Depresión, TDAH, Bipolaridad),” agrega.

Gabriela Dueñas, quien enfoca su trabajo principalmente en niños, manifiesta que las consecuencias del diagnóstico en niños pueden ser aún más perjudiciales que en un adulto, afectando directamente su autoestima:

“Tenemos que pensar que los niños y adolescentes son sujetos que están en pleno proceso de constitución subjetiva. Inclusive de maduración orgánica. En estos tiempos tempranos de la vida, la palabra del otro adulto significativo, cómo éste nombra al niño, qué lugar le da al niño, impacta de lleno en esos procesos. Entonces, si para la madre, médico, psicólogo, el maestro, Juancito es un trastornado por Déficit Atencional y digo

de Juancito que es un TDAH, Juancito va incorporar esto, se va a apropiarse de esta mirada en espejo que le está devolviendo el adulto y se va a hacer cargo de esto, y por supuesto que en el núcleo de su identidad va a estar esto de que 'yo soy un trastornado, soy un deficiente, yo padezco de una deficiencia' y por lo tanto, va a obrar en consecuencia.”

Dueñas agrega que un niño que toma psicoestimulantes desde muy pequeño comienza a convencerse de que está enfermo, porque según la lógica del sentido común, quienes toman remedios son los enfermos.

“Si desde temprana edad te miran como un enfermo, te tratan como un enfermo, con los años funcionarás como un enfermo. Por eso estamos produciendo una sociedad de futuros adultos adictos a las drogas, tanto a las legales, los fármacos, como a las ilegales. Son futuros adultos que tienen su autoestima fuertemente impactada por esta idea de que son trastornados, deficientes,” asevera.

Es importante señalar que no todas las evaluaciones son irregulares y perniciosas. Sin embargo, es necesario que tanto la comunidad escolar como la científica, y la sociedad en su conjunto, tenga conciencia de que los diagnósticos a la ligera y la prescripción de psicoestimulantes a niños y adolescentes está fuertemente influenciada por las exigencias del modelo educacional, cultural y económico. La medicalización vulnera los derechos a la salud y educación de los niños en etapa escolar.

VI. Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014) Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V. Washington, American Psychiatric Publishing
- Baughman, F y Hovey, Craig (2006) The ADHD Fraud: How Psychiatry Makes "Patients" of Normal Children. Bloomington, Trafford Publishing
- Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos [s.a] Metilfenidato [en línea] <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a682188-es.html>> [consultado: 13/04/2015]
- Bitsko, R, Blumberg, S et al. (2013) Trends in the Parent-Report of Health Care Provider-Diagnosis and Medication Treatment for ADHD: United States, 2003—2011) [en línea] Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Vol.53, No.1, pp. 34-46 <<http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/features/key-findings-adhd72013.html>> [consultado: 16/12/2014]
- Bradley, C. (1937) The Behavior of Children Receiving Benzedrine [en línea] American Journal of Psychiatry, Vol.94, No.3, pp. 577-585 <<http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=141374>> [consultado: 03/06/2014]
- Centro de Estudios Mineduc y Fundación Chile Educación (2013) Análisis de la Implementación de los Programas de Integración Escolar (PIE) en Establecimientos que han incorporado Estudiantes con Necesidades Educativas Especiales Transitorias (NEET) [en línea] <<http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201402101720120.ResumenEstudioImplementacionPIE2013.pdf>> [consultado: 20/03/2015]
- Chile (2009) Decreto Supremo 170. 14/05/2009
- Contraloría General de la República (2015) Informe Consolidado Nacional: Auditoría al Programa de Integración Escolar [en línea] <http://www.contraloria.cl/SicaProd/SICAv3-BIFAPortalCGR/faces/detalleInforme?docIdcm=45c627f437fe59df810df24e1d01c38e&_adf.ctrl-state=ml9f9tg4x_3> [consultado: 11/04/2015]
- Contraloría General de la República (2014) Informe de Seguimiento 24-12 Corporación Municipal de Cerro Navia- Sobre Auditoría al Programa de Integración Escolar [en línea] http://www.contraloria.cl/SicaProd/SICAv3-BIFAPortalCGR/faces/detalleInforme?docIdcm=02b76b06979e2659db0ed66a4e71b971&_adf.ctrl-state=14kyk6fkqm_7 [consultado: 11/04/2015]

- Cosgrove, Lisa, Krinsky, Sheldon, Vijayaraghavan, Manisha & Schneider, Lisa (2006) Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry, p.154 [en línea] Psychotherapy Psychosomatics, Vol.75. <<http://www.tufts.edu/~skrimsky/PDF/DSM%20COI.PDF>> [consultado: 28/05/2015]
- Craig, E y Doward, J. (2012) Ritalin use for ADHD children soars fourfold [en línea] The Guardian. 06/05/12 <<http://www.theguardian.com/society/2012/may/06/ritalin-adhd-shocks-child-psychologists>> [consultado: 11/05/2014]
- Currie, J, Jones, et al. (2014). Do Stimulant Medications Improve Educational and Behavioral Outcomes for Children with ADHD? [en línea] Journal of Health Economics, Elsevier, vol. 37, No.C, pp. 58-69. <<http://www.nber.org/papers/w19105>> [consultado: 17/05/2015]
- Departamento de Evaluación, Medición y Registro Educacional, DEMRE (2015) Colegios con mejores promedios en pruebas obligatorias [en línea] <<http://www.psu.demre.cl/estadisticas/documentos-2015>> [consulta: 06/10/2014]
- Durán, Gonzalo, Kremerman, Marco (2015) Los verdaderos sueldos en Chile [en línea] <<http://www.fundacionsol.cl/wp-content/uploads/2015/01/Verdaderos-Salarios-2015.pdf>> [consultado: 12/06/2015]
- Fernández, O. (2014) Ocede: Chile triplicó gasto en fármacos en cuatro años [en línea] La Tercera, 01/07/2014 <<http://diario.latercera.com/2014/07/01/01/contenido/pais/31-167754-9-ocde-chile-triplico-gasto-en-farmacos-en-cuatro-anos.shtml>> [consultado: 07/07/2014]
- González, C. (2015) Histórico fallo en contra de colegio por no ayudar a alumno con déficit atencional [en línea] La Tercera. 10 de mayo de 2015. <<http://www.latercera.com/noticia/tendencias/2015/05/659-628965-9-historico-fallo-en-contra-de-colegio-por-no-ayudar-a-alumno-con-deficit.shtml>> [consultado: 16/05/2015]
- Hruska, B. (2012) Raising the Ritalin generation [en línea] New York Times. 18/06/12 <<http://www.nytimes.com/2012/08/19/opinion/sunday/raising-the-ritalin-generation.html?pagewanted=all>> [consultado: 11/05/2014]
- Insel, T. (2013) Transforming Diagnosis [en línea] <<http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>> [consultado: 08/10/2014]
- Instituto de Salud Pública (2009) Alerta sobre Metilfenidato [en línea] Santiago <http://www.ispch.cl/img/banner/Alerta_Metilfenidato.PDF> [consultado: 10/03/2015]

- Leo, Jonathan y Timimi, Sami (2009) Rethinking ADHD: From Brain to Culture. Londres, Palgrave Macmillan.
- Miller, C. (2015) What's ADHD (and What's Not) in the Classroom [en línea] <<http://www.childmind.org/en/posts/articles/2015-3-10-adhd-classroom-guide-teachers-parents>> [consultado: 05/03/2015]
- Ministerio de Educación (2005) Nueva Política Nacional de Educación Especial [en línea] Santiago <<http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/File/DOCUMENTOS%20VARIOS%202008/POLITICAEDUCESP.pdf>> [consultado: 03/03/2015]
- Ministerio de Educación (2009) Programa de Integración Escolar PIE: Manual de orientaciones y apoyo a la gestión [en línea] <<http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201405071255480.ManualOrientacionesPIE.pdf>> [consultado: 20/04/2015]
- Ministerio de Salud (2012). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes [en línea] <<http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>> [consultado: 10/05/2015]
- Ruiz, R. (2014) How Childhood Trauma Could Be Mistaken for ADHD. [en línea] The Atlantic. 07/07/2014 <http://www.theatlantic.com/health/archive/2014/07/how-childhood-trauma-could-be-mistaken-for-adhd/373328/> [consultado: 18/12/2014]
- Schwarz, A. (2013) The Selling of Attention Deficit Disorder [en línea] New York Times. 14/12/2013 <<http://www.nytimes.com/2013/12/15/health/the-selling-of-attention-deficit-disorder.html?pagewanted=all>> [consultado: 01/06/2015]
- Singh, I. (2002) Bad Boys, Good Mothers and the “Miracle” of Ritalin [en línea] Science in Context Vol 15, No. 4, pp. 578-579 <<http://www.crash.cam.ac.uk/uploads/gallery/events/834/singh3.pdf>> [20/12/2014]
- Sroufe, L. (2012) Ritalin Gone Wrong [en línea] New York Times. 29/01/2012 <http://www.nytimes.com/2012/01/29/opinion/sunday/childrens-add-drugs-dont-work-long-term.html?_r=0> [consultado: 16/04/2015]
- Still, G. (1902) The Goulstonian Lectures on Some Abnormal Psychical Conditions in Children [en línea] The Lancet Vol. 159, No. 4104, pp. 1163-1168. <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(01\)74901-X/fulltext?version=printerFriendly](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(01)74901-X/fulltext?version=printerFriendly)> [consultado: 03/06/2014]
- Superintendencia de Salud (2014) Informe de Fiscalización Medicamentos e Insumos Garantizados en el Sector Público [en línea] Santiago <

http://www.supersalud.gob.cl/portal/articles-10138_recurso_1.pdf> [consultado: 13/05/2015]

- Vasallo, C, (2010) El mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica , p.37 [en línea] <<http://es.scribd.com/doc/95357825/El-Mercado-de-Medicamentos-en-Chile>> [consultado: 30/05/2015]

Entrevistas

- Castillo, José Luis, neurólogo y presidente de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirología. Clínica Santa María, Providencia, Santiago. 26/06/2015
- Dueñas, Gabriela, psicoanalista, entrevista telefónica. 18/03/2015.
- Fuente reservada, profesora diferencial y psicopedagoga. Ñuñoa, Santiago. 22/08/2014.
- Fuente reservada, ex apoderado Colegio Tabancura, Las Condes, Santiago. 11/06/2014.
- Camila Rojas, psicóloga escolar Recoleta. Las Condes, Santiago. 01/07/2015
- González, Soledad, psicóloga, Unidad de Educación Especial del Ministerio de Educación de Chile. Santiago. 04/06/2014.
- Mazuela, María Eugenia, fonoaudióloga y supervisora técnico pedagógico, Ministerio de Educación. Departamento Provincial Santiago Poniente Ministerio de Educación, Santiago. 1/07/2015
- Morales, Bernardo, investigador en neurociencia, Universidad de Santiago, Santiago. 13/05/2014.
- Naser, Milenka, madre de niño diagnosticado con TDAH. Maipú, Santiago. , 20/08/2014.
- Saavedra, Pedro, estudiante universitario diagnosticado con TDAH, Ñuñoa, Santiago. 22/09/2014.
- Santa Cruz, Pablo, psiquiatra. Las Condes, Santiago. 24/04/2015.
- Sierralta, Gabriela, psicóloga escolar. Casa Gabriela, Las Condes, Santiago. 25/06/2015

INFORMES



Prof. Raúl Rodríguez O.
Jefe de Carrera Escuela de Periodismo
Instituto de la Comunicación e Imagen
Universidad de Chile
PRESENTE

A continuación le comunico a usted la evaluación de la tesis de título "*Niños medicalizados: sobrediagnóstico del déficit atencional en Chile*" de la estudiante Camila Dentone Zerené.

ITEM	ASPECTOS CONSIDERADOS	%	
1.1	Problematización	Planteamiento y contextualización del tema.	10%
1.2	Pertinencia	Relevancia y originalidad de la investigación.	15%
1.3	Estrategia Metodológica	Recolección de la información, datos y antecedentes.	20%
1.4	Conclusiones	Análisis e Interpretación de los hechos relevantes.	15%
1.5	Estructura	Orden narrativo, construcción del texto.	15%
1.6	Presentación	Calidad de la redacción, recursos estilísticos.	15%
1.7	Recursos bibliográficos	Materiales y textos utilizados.	10%

Item	Nota	Valor
1.1	7,0	0,7
1.2	7,0	1,1
1.3	6,7	1,3
1.4	6,5	1,0
1.5	6,5	1,0
1.6	6,5	1,0
1.7	6,8	0,7
Nota Final	6,7	

Excelente 7.0–6.5; Muy Bueno 6.4–6.0; Bueno 5.9–5.0; Aceptable 4.9–4.0; Deficiente 3.9–3.0.



COMENTARIO

1.- Es un trabajo muy interesante, bien documentado, que plantea un problema original, relevante y de gran actualidad como es el de la creciente medicalización de la infancia y adolescencia a partir del uso abusivo de los diagnósticos de Trastorno por Déficit Atencional.

2.- La construcción de una perspectiva crítica aparece como bien fundada y abordando varias de las múltiples aristas que presenta un fenómeno como el descrito. Las fuentes utilizadas son relevantes y los testimonios recogidos aparecen como pertinentes.

3.- El texto es de lectura rápida y ágil y, en general, resulta autoexplicativo. Tal vez faltó afinar un poco más el orden lógico en que se presentan algunos argumentos, puesto que en algunos casos ciertas secciones se sobre ponen, especialmente al principio (por ejemplo, "Cada vez más denuncias" y "discriminación en los colegios").

4.- Desde un punto de vista formal el texto aparece como correcto aunque algunos se filtraron algunos indicadores de corrección de cambios y un comentario de la profesora Guía que afectaron la pulcritud del mismo.

Atentamente,

Oswaldo Corrales Jorquera
Profesor Informante

Santiago, 13 de agosto de 2015



REF:

Memorista: Camila Dentone

Profesora informante: Ximena Póo

Santiago, 21 de agosto de 2015

A continuación le comunico a usted la evaluación de la tesis de título *"Niños medicalizados: sobrediagnóstico del déficit atencional en Chile"* de la estudiante Camila Dentone Zerené

ITEM	ASPECTOS CONSIDERADOS	%
1.1	Perspectiva social e histórica La crónica entendida como huella y propósito, donde las historias contadas tengan un anclaje social, político cultural.	15%
1.2	Pertinencia periodística Relevancia y originalidad. Criterio de actualidad y de sostener relatos como un proceso.	15%
1.3	Estrategia Metodológica Recolección de la información, fuentes, datos y antecedentes. Uso de entrevistas, diálogos, observación.	20%
1.4	Estructura Orden narrativo, construcción del texto, estructura y ejes argumentativos; uso, de acuerdo al énfasis declarado, de recursos literarios.	20%
1.5	Presentación y estilo Calidad de la redacción (gramática y ortografía), recursos estilísticos, estructura creativa (tipos de entramados entre partes y capítulos, por ejemplo).	20%
1.6	Recursos bibliográficos en caso de ser utilizados Materiales y textos utilizados (referencias bibliográficas).	10%

Item	Nota	Valor
1.1	7,0	1,1
1.2	7,0	1,1
1.3	6,4	1,3
1.4	6,2	0,9
1.5	6,5	1,3
1.6	7,0	1,1
NOTA FINAL		6,7

Excelente 7.0–6.5; Muy Bueno 6.4–6.0; Bueno 5.9–5.0; Aceptable 4.9–4.0; Deficiente 3.9–3.0.



COMENTARIO

La memoria que aquí se informa da cuenta de la valoración de un importante tema tratado con mucha rigurosidad por la memorista. Se trata de un buen reportaje que va en la línea de Salud Pública que interesa a la Escuela de Periodismo y que ha sido abordado con una perspectiva social. Se trata de un reportaje muy bien estructurado, donde la redacción juega un papel importante, no obstante hay momentos en que se requiere una edición más rigurosa para mantener el tono sostenido que se plantea y se busca desde un comienzo.

No se trata solo de una denuncia. La autora logra trasladar el problema a una estructura social que lo sostiene y reproduce, poniendo en crisis como se levanta una forma de construcción social, a partir de las subjetividades, donde la normatividad y el orden se imponen sobre los sujetos desde la primea infancia.

Por todo lo anterior, califico esta memoria de título con un 6,7 (seis coma siete)

Atentamente,

Ximena Póo Figueroa
Profesora Asistente

Santiago, 21 de agosto de 2015



Prof. Raúl Rodríguez O.
Jefe de Carrera Escuela de Periodismo
Instituto de la Comunicación e Imagen
Universidad de Chile
PRESENTE

A continuación le comunico a usted la evaluación de la memoria de título **"Niños medicalizados: Sobrediagnóstico de déficit atencional en Chile"** de la estudiante **Camila Dentone Zerené**:

ITEM	ASPECTOS CONSIDERADOS	%
1.1 Problematización	Planteamiento y contextualización del tema.	10%
1.2 Pertinencia	Relevancia y originalidad de la investigación.	15%
1.3 Estrategia Metodológica	Recolección de la información, datos y antecedentes.	20%
1.4 Conclusiones	Análisis e Interpretación de los hechos relevantes.	15%
1.5 Estructura	Orden narrativo, construcción del texto.	15%
1.6 Presentación	Calidad de la redacción, recursos estilísticos.	15%
1.7 Recursos bibliográficos	Materiales y textos utilizados.	10%

Item	Nota	Valor
1.1	6,7	0,7
1.2	7,0	1,1
1.3	6,5	1,3
1.4	6,5	1,0
1.5	6,0	0,9
1.6	6,9	1,0
1.7	7,0	0,7
Nota Final	6,6	

Excelente 7.0–6.5; Muy Bueno 6.4–6.0; Bueno 5.9–5.0; Aceptable 4.9–4.0; Deficiente 3.9–3.0.

COMENTARIO

Es un muy buen trabajo sobre un tema de alta relevancia social y de mucha actualidad en Chile y en otros países. Está bien reportado en general y redactado con



agilidad. Creo que la introducción podría incluir una mención a algunos aspectos importantes que aboradas en el texto: no sólo la controversia en torno a la manera en que se diagnostica TDAH, sino también cómo se ha utilizado por los colegios a través del Programa de Integración Escolar, las irregularidades, las denuncias y el rol de las autoridades de colegios, entre otros. La introducción puede ofrecer un pincelazo de los puntos cruciales del tema general, para dar al lector una idea de lo que leerá.

Hay un aspecto que se podría profundizar más: el hecho de que ni el Ministerio de Salud ni el de Educación supervisan o hacen seguimiento a cómo se está diagnosticando el TDAH y lo que está pasando en los colegios (más allá de proveer una plataforma para ingresar denuncias). También se podría haber reportado en más colegios, entrevistado a más profesores, directores y psicólogos de colegios – no sólo para tener una mirada más diversa y amplia sobre el tema y su aplicación real.

Se puede mejorar la estructura para darle más coherencia temática:

Uno de los aspectos centrales es la manera en que se diagnostica el TDAH. Lo aboradas en la p. 24 como una sección dentro de un capítulo. Lo pondría como capítulo en sí, y a partir de la p. 28, se pueden agregar otras dos secciones que aparecen más adelante: la sección sobre la preponderancia del manual (p. 38) y el Cap. IV sobre diagnósticos.

La sección sobre "barreras de acceso", el precio de los medicamentos (p. 13) puede quedar más adelante, quizás en la parte sobre boom de ventas, después del capítulo ampliado sobre diagnóstico, para pasar luego el capítulo sobre el PIE. El caso de Cerro Navia, que abarca varios temas, puede ir integrado como ejemplo en los distintos temas.

Un detalle: en la p. 62, cuando presentas a "Cecilia", profesora de Cerro Navia, tal vez incluir una nota al pie explicando que no es su nombre real (aunque sea evidente) y porqué ella quiso mantener su identidad en reserva.

Atentamente,

Santiago, 24 de agosto de 2015