



Facultad de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile

EL DISCURSO DETRÁS DE LA LEY: POSTURAS DISCURSIVAS SOBRE NIÑEZ Y MEDICALIZACIÓN DE LA INFANCIA EN LA “LEY RITALÍN”

Memoria para optar al título profesional en psicología

FRANCISCO PRADO RIVAS

Directora:
SVENSKA ARENSBURG CASTELLI

Santiago de Chile, año 2019

Agradecimientos

A la profesora Svenska Arensburg, quien me apoyo durante muchos años (no consecutivos) con este proceso de memoria de título, gracias por su paciencia y dedicación.

A Loreto y Francisca, por ayudarme con revisiones cuando ya no quería seguir leyendo.

A quienes estudiaron a mi lado durante todo este tiempo (en especial al principio), para que no me aburriese tanto.

A quienes participaron conmigo en la Campaña por una Niñez Libre de Drogas Psiquiátricas, por aportar con textos, discusiones e ideas sin las cuales esta memoria no habría sido posible.

A Sergio Gómez, cuya memoria de título me sirvió en más de una ocasión para entender cómo tenía que presentar la mía.

INDICE

I. RESUMEN	5
II. INTRODUCCIÓN	6
III. MARCO	TEÓRICO
.....	10
1. Infancia como Campo	10
2. Concepciones de Niñez/Infancia	11
3. Niñxs, Adolescentes y Poder	12
4. Convención Internacional de los Derechos del Niño	13
5. Medicalización de la Infancia	15
6. Infancia Diagnosticada	16
7. Salud Mental y Niñez	18
8. Crítica al modelo explicativo del diagnóstico y tratamiento del TDAH en NNA en Chile	22
8.1. Crisis del Modelo Educativo Chileno	22
8.2. Posiciones discursivas de niñxs y de sus cuidadorxs sobre el diagnóstico y tratamiento del TDAH en Chile	25

8.3. Posiciones Críticas al Diagnóstico de TDAH	27
9. Síntesis	29
IV. ANTECEDENTES DEL DEBATE	30
1. Legislación chilena sobre salud mental y fármacos psiquiátricos en la niñez	30
2. Legislación en otros países sobre salud mental y fármacos psiquiátricos en la niñez	31
3. Cristina Girardi (Diputada Patrocinante de la “Ley Ritalín” y el Boletín N° 11662-04)	34
V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	35
VI. OBJETIVOS	35
1. Objetivo	General
	35
2. Objetivos Específicos	35
VII. MARCO METODOLÓGICO	36
1. Enfoque	36
2. Material y Procedimiento	36

3. Análisis del Discurso	37
4. Análisis Crítico del Discurso	38
5. Caja de Herramientas Analíticas de Jäger	38
VIII. ANÁLISIS	40
1. Examen del Tema	40
2. Superficie Textual	43
3. Hilos Discursivos (Fundamentos 1 al 12)	44
4. Medios Retóricos	50
5. Afirmaciones Ideológicas	53
6. Postura Discursiva del Documento	55
IX. Discusión	58
X. Conclusión	61
XI. Referencias	62
XII. Anexos	68
1. Anexo I: <i>Guía analítica para procesar el material (Jäger, 2003)</i>	68

2. Anexo II: *Boletín N° 11662-04*

69

I. RESUMEN

En Chile el diagnóstico de niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA) con Trastorno de déficit atencional con hiperactividad (en adelante TDAH) y su medicación con psicofármacos estimulantes (metilfenidato) es un fenómeno masivo. Muchxs apoderadxs reportan que han sido presionadxs por las escuelas a medicar farmacológicamente a sus hijxs para que estxs puedan mantener sus matrículas. En este contexto la “Ley Ritalín” busca reducir el daño provocado contra estxs NNA, prohibiendo a las escuelas condicionar la matrícula de sus estudiantes al seguimiento de tratamientos farmacológicos. Sin embargo, la Ley parece insuficiente y carente de propuestas respecto a cómo lidiar con la problemática de fondo, donde muchxs niñxs son incapaces de adaptarse al modelo escolar, manteniendo actitudes inquietas que son disruptivas con las clases, y encontrando frente a estas respuestas exclusivamente farmacológicas.

Para ayudar a entender las concepciones y limitaciones enunciativas de esta ley, este trabajo busca reflexionar y comprender las posturas discursivas sobre niñez y medicalización de la infancia en la “Ley Ritalín” en su abordaje de NNA como sujetos de derechos, esto utilizando como herramienta el Análisis Crítico del Discurso, dando cuenta de los discursos que se encuentran detrás de la Ley misma, aportando al debate de la problemática, y relevando cómo es fundamental la consideración de lxs NNA como sujetxs de derecho con una voz en cualquier proceso social que lxs involucre.

Palabras claves: Ritalín, Metilfenidato, TDAH, Medicalización, NNA, ACD

II. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el debate sobre salud mental en niños, niñas y adolescentes (En adelante NNA) ha ido ganando protagonismo en la esfera pública, esto siempre de la mano de especialistas “psi”, que apelarían a la escasa atención que el sistema de salud pública otorgaría a esta área, buscando fomentar el desarrollo de políticas públicas que se ocupen de la salud mental de lxs jóvenes, planteando que al menos 20% de estxs presentaría un trastorno mental (Vicente, Saldivia, Pihán, 2016), representando, tanto en Chile como en el mundo, la primera causa de morbilidad y discapacidad en este cohorte etario (Kieling, Baker-Henningham, Belfer, Conti, Ertem, Omigbodum et al., 2011; De la Barra, Benjamín, Saldivia, Melipillán, 2012).

Los dos principales diagnósticos recibidos en NNA en Chile son los de TDAH y Depresión mayor, representando el primero un 10.3% de la población en edad escolar, y el 5.1% el segundo (De la Barra et al., 2012), y en ambos casos la principal, y a veces, única forma de atención desde el sistema de salud mental es el tratamiento farmacológico (Cea, 2017).

Es por ello que puede comprenderse que hayan surgido discursos críticos a la masiva medicación psiquiátrica a la cual se encuentra sometida la niñez y la juventud. En Chile, particularmente, este discurso se hace visible a partir de la muerte de Lissette Villa, en el Centro Galvarino (parte de la Red SENAME) en el año 2015, quien fallece producto de un paro cardíaco asociado al abuso de fármacos psiquiátricos, llevando a investigaciones como las de Albert & Sepúlveda (2016) quienes pudieron acceder al registro de medicación psiquiátrica de las redes SENAME en la Región Metropolitana, dando a conocer el alarmante número de 126 mil dosis de antidepresivos, anti psicóticos y tranquilizantes recetadas a NNA.

Frente a lo anterior, y considerando que lxs niñxs y adolescentes se encuentran en una etapa vital con una gran importancia en la configuración intelectual, emocional, psicológica y física de las personas (Ministerio de Desarrollo Social de Chile, 2015 en Oyarzún, Castaldi, Ascorra, Dauvin, 2016) se vuelve necesario generar un cuestionamiento ético respecto al uso de fuertes fármacos para la atención de diversas situaciones de salud mental, principalmente a la luz de diversos estudios que por un lado, ponen en duda su efectividad, y, por otro, los vincularían a posibles efectos adversos, que

irían de molestos a fatales (Cipriani, Zhou, Del Giovane, Hetrick, Qin, Whittington et al., 2016; Valverde & Inchauspe, 2014; Sharma, Guski, Freund & Goetzshe, 2016).

En esta línea de ideas, el psiquiatra estadounidense Peter Breggin (2014) se pregunta en términos “éticos y científicos” respecto a si entregarle una droga psiquiátrica a niñxs, se basaría en la búsqueda del interés superior de estxs, levantado entonces la idea de un “derecho negativo” de lxs niñxs a rehusarse al consumo de sustancias, que no sólo no mejorarían sus condiciones de vida, si no que inclusive las empeorarían.

Sin embargo, la realidad chilena no contaría con ningún mecanismo legal que permitiese ejercer este “derecho negativo” de lxs niñxs a rehusarse a la medicación psiquiátrica, e inclusive en muchos casos, la permanencia en sus escuelas se vería condicionada al comenzar un tratamiento farmacológico (Dentone, 2014), pese a que esta presión fuese en contra del derecho constitucional de lxs niñxs a una educación (Constitución Política de la República de Chile, Capítulo III, Derechos y Deberes Constitucionales), a la Convención sobre los Derechos del Niño (p.29, UNICEF) y a lo establecido por la Ley General de Educación (Ley N° 20.370, Artículo 3°).

Es en este contexto que el 5 de abril de 2018, la diputada del PPD Cristina Girardi ingresó a la cámara de diputados un proyecto de ley (boletín N° 11662-04) que buscaba modificar la ley 20.370 de la Ley General de Educación (LGE), y el decreto con fuerza de ley N°2 de 1998 de Educación, con el fin de prohibir el condicionamiento de la incorporación, asistencia y permanencia de lxs estudiantes escolares a que reciban medicación frente a diagnósticos de “trastornos de conducta”, el cual fue finalmente aprobado (con ciertas modificaciones) el 16 de mayo del 2019.

El 24 de abril de 2019 la prensa nacional, fecha en la que el proyecto fue aprobado por la cámara de senadores, comenzó a referirse a este proyecto de ley como “Ley Ritalín”, sobre la cual se generaron múltiples artículos respecto al funcionamiento de esta modificación a la Ley (elDesconcierto.cl, 2019, Abril 24; T13, 2019, Abril 24; Cooperativa, 2019, Abril 24; El Dínamo, 2019, Abril 24), además de esta descripción, los medios destacaron los dichos de la diputada Girardi, sobre que lxs niñxs se encuentran sobremedicadxs y sobrediagnosticadxs, que existe una necesidad de generar “prácticas psicopedagógicas contemplativas”, y sobre la necesidad de encontrar una salida pedagógica para aquellxs niñxs que no se estarían adaptando al modelo educativo. Además de esto, la prensa destacó el hecho que el proyecto fuese aprobado de forma

unánime por la cámara de senadores, reforzados por los dichos de la Senadora Yasna Provoste, quien calificaba a este proyecto como uno “que se suma” a la “Ley de Nueva Educación Pública”.

La noticia había sido cubierta previamente por prensa, aunque de una forma menos amplia, entre el 5 de septiembre y el 10 de octubre del 2018 (Biobiochile.cl, 2018, Septiembre 5; El Dínamo, Octubre 9, 2018; CNN Chile, 2018, Octubre 10), a raíz de la aprobación del proyecto por parte de la cámara de diputados. En estos casos no se utilizó el nombre de “Ley Ritalín”, y se enfatizó en los efectos secundarios del metilfenidato (refiriéndose a el bajo su nombre comercial Ritalín).

Esta ley sienta un antecedente importante en la desmedicalización de la infancia, y en derecho de lxs niñxs (y sus familias) a negarse a un tratamiento farmacológico respecto a su salud mental, y es por esto por lo que resulta importante entender las concepciones y discursos que la fundamentan, ya que estos podrían ser los principios que terminen guiando futuras legislaciones en la materia.

Este debate podría generar un punto de quiebre entre los discursos educativos y médicos, los cuales hasta el momento se encontraban alineados en el control de los cuerpos de lxs NNA, abriendo discusiones en torno a procesos hasta el momento naturalizados como lo son: el diagnóstico psiquiátrico y la utilización de fármacos de personas en edad escolar o las necesidades de rendimiento exigidas a estudiantes mediante pruebas estandarizadas, entre otros debates que la disciplina psicológica tiene la responsabilidad de problematizar, al estar comprometida en la generación del contexto actual, mediante la praxis de la psicología clínica infantil, la psicometría y la psicología educacional.

Pensar en la responsabilidad disciplinaria y sus consecuencias en la vida de las personas no es nuevo. Desde hace ya varias décadas Gergen lo planteaba en su análisis sobre la teoría de la psicología social, donde esta tiene por finalidad generar dudas sobre “evidencias” incuestionadas, permitiendo generar nuevas relaciones sociales mediante el cuestionamiento de los esquemas establecidos (Ibáñez e Íñiguez, 1996 en Íñiguez, 2003), construyendo lo que Shotter (1993 en Íñiguez, 2003) denominaría el paso desde una psicología de la mente a una psicología de las relaciones socio-morales. Para esto sería necesario el surgimiento de una rama crítica de la psicología social (psicología social crítica o como crítica, PSC desde ahora), la cual mantendría un ejercicio constante de cuestionamiento de las prácticas de producción de conocimiento (Íñiguez, 2003).

Como toda investigación, las investigaciones en Psicología social crítica (en adelante PSC) guardan una relación estrecha con el gobierno de la vida social como problemática, interviniendo de maneras que pueden ser analizadas, pensadas y problematizadas (Lazzarto, 2000 en Arensburg, Haye, Jeanneret, Sandoval y Reyes, 2013), sin embargo, la investigación crítica, al mostrar el carácter contingente y abierto de lo social y de su realidad profundamente política, posee una condición de posibilidad que le permite explorar condiciones para la transformación de la realidad social (Arensburg et al., 2013), poniendo un acento no solo en la crítica a las formas abstractas de los procesos de subjetivación, si no que atendiendo a los modos de subjetivación internos de la producción de conocimientos que atentan contra las vidas subalternas, no estandarizadas ni hegemónicas (Parker, 2007 en Arensburg et al., 2013).

La PSC, en esta línea, ha sido parte de la problematización sobre el discurso del desarrollo infantil (Burman, 1994, 2008a; Morss, 1996; Miller y Scholnick, 2000 en Callaghan, Andenaes y Macleod, 2015), la psiquiatrización y psico-patologización de la sociedad (Moral, 2008; Marcos, 1980, 1982, 1983 en Guzmán, Gamboa, Pavón Cuellar y Huerta, 2013) y el discurso biomédico en general (Clarke et al., 2010 en Iriart & Iglesias, 2012).

En la presente memoria, la cual busca alojarse dentro de los debates ya comenzados por la PSC, propongo realizar un análisis crítico del discurso a partir de la caja de herramientas propuesta por Jäger (2003) del primer borrador de la iniciativa de ley presentada por el Senado conocida como “Ley Ritalín”, desglosando las posturas discursivas que esta contiene respecto a la niñez y la medicalización en salud mental, buscando desenmarañar los hilos discursivos asociados a estas temáticas presentes en este texto, viendo cómo estos se van anudando, con el objetivo de ver cuáles son los supuestos que se encuentran detrás de esta ley, cuáles han sido las ideas naturalizadas que están a su base y que justifican abordar la problemática de la medicación psiquiátrica escolar de esta forma, en especial, la psicopatologización de la niñez, abriendo el debate sobre si este abordaje es el correcto para la problemática, y cuáles posibles abordajes alternativos o complementarios podrían ser propuestos como insumos para el debate, que partiendo desde un enfoque psicosocial, puedan contribuir a repensar los abordajes legislativos, así como su implementación, proyectados tanto en el campo de la salud como de la educación.

III. MARCO TEÓRICO

En el siguiente marco teórico se realizará un recorrido por distintos apartados conceptuales relacionados con la niñez, la medicalización de la infancia, y el diagnóstico de TDAH.

1. Infancia como Campo

La infancia como temática de estudio no se encuentra claramente delimitada, y funciona más bien como un campo, un sistema de relaciones sociales que opera con su propia lógica interna (Bustelo, 2007). Como en todo campo existe una fuerte pugna entre diversas disciplinas (educación, biología, psicología, psiquiatría, sociología, etc.) por definirlo, cada una con su propio sesgo definido tanto por el tipo de disciplina como por su función en el campo de las “relaciones disciplinarias” del mundo de la infancia. El carácter profundamente ideológico de todas estas visiones ha limitado la posibilidad de entender ampliamente la situación y condición de la infancia, entorpeciendo la modificación de la realidad en un sentido positivo en la vida cotidiana de lxs niñxs (Cortés, 2009), e invisibilizando las relaciones de poder y dominación en el campo de la infancia (Bustelo, 2007).

Como señala Cortés (2009), si bien a lo largo de la historia han existido modificaciones en las ideologías que distintas sociedades han tenido sobre la infancia, estas no necesariamente han ido de la mano con modificaciones en la vida cotidiana de sus niñxs, y estxs a su vez tampoco nunca constituyen un único grupo hegemónico, estando cruzadxs por distintas “intersecciones”. Por esto mismo, resulta útil señalar que la expresión “infancia”, puede referir tanto a:

- 1- La infancia como edad de la vida (grupo social en el cual constantemente entran y salen personas al cumplir cierta edad).
- 2- La ideología dominante o las diversas ideologías sobre la infancia que existen en un momento histórico, y las respectivas instituciones que operan sobre ella.
- 3- Lxs niñxs de un determinado tiempo y lugar, entendidos como colectivo.

A lo largo de esta memoria utilizaré el concepto de niñez, para referirme a la etapa vital en la cual se encuentran las personas entre los 0 y los 18 años, haciendo referencia a ellxs tanto a su vida cotidiana, como a su condición como sujetos de derecho, por otro lado,

utilizaré el concepto de infancia para referirme al campo de lo que busca ser regulado, controlado y disciplinado en la vida de lxs NNA por parte de las instituciones.

2. Concepciones de Niñez/Infancia

Cortés (2009) señala que, durante los años 60 y 70, primaron dos visiones de la niñez/infancia, la primera de Aries, para quien la infancia comienza a crearse conceptualmente a partir del siglo XVIII, antes de eso lxs niñxs compartían de forma indistinta con lxs adultxs prácticamente desde el momento del destete, son entonces la familia y la escuela quienes retiran a lxs niñxs de este espacio de libertad compartido con lxs adultxs encerrandolxs en un régimen estricto, su visión puede sintetizarse en que a “mayor reconocimiento” de la infancia “mayor control”; la segunda sería la de Demause, denominada como “psicogénica”, para quien a medida de que las sociedades iban evolucionando estas iban desarrollando la capacidad de identificar y satisfacer las necesidades de sus niñxs, en un permanente progreso a una sociedad más justa con la infancia.

Siguiendo la obra de Aries, García Méndez (en Cortés, 2009) señala que *“la historia de la infancia es la historia de su control”*, y señala un quiebre entre la prehistoria y la historia de la infancia con la creación del primer tribunal de menores en el año 1899, comienzo de la judicialización de la infancia, que dio paso a la generación del modelo “tutelar” de control sobre lxs niñxs marginales/peligrosxs. Este control se ha dado tanto en formas de coerción directa, como en estrategias y prácticas de intervención (coerción indirecta), existiendo una ecuación variable en cuanto a la proporción de castigo y disciplina, de inclusión y exclusión.

Es relevante destacar, que todas estas concepciones sobre lxs niñxs son generadas desde adultxs, y muchas veces existen evidentes choques entre estas imágenes y lo que lxs niñxs viven en sus vidas cotidianas. La niñez está definida verticalmente desde la adultez, y en este ejercicio a lxs niñxs solo se les permite ser consumidores y receptores de una cultura ajena (Ruhle en Cortés, 2009), desde las cuales han sido invisibilizados y marginados.

Respecto a las concepciones institucionales de niñez, probablemente la más relevante en la actualidad es la que puede desprenderse de la Convención de los Derechos del Niño (CDN) de las Naciones Unidas (ONU) [la cual será abordada en mayor profundidad en

otro apartado]. Esta estaría basada en la idea en que la niñez no es una etapa de preparación para la vida adulta, si no que una forma de ser persona con un valor igual al de cualquier otra etapa de la vida. Es por esto que la CDN se aleja de las tradiciones jurídicas proteccionistas de la infancia anteriores, las cuales estaban basada en la idea de la incapacidad de lxs niñxs, refirmando su carácter de sujeto de derechos, y desde ahí se plantea la niñez como una época de desarrollo efectivo y progresivo de la autonomía personal, social y jurídica (Cillero, 1998).

3. Niñxs, Adolescentes y Poder

Lxs niñxs y adolescentes, son percibidxs desde el modelo hegemónico fuertemente influido por la iglesia católica, tanto como recuerdos del paraíso, una “edad de inocencia”, como una encarnación del pecado original, y por lo tanto una amenaza potencial, que debe ser socializada de forma exitosa. Estas mismas nociones son homologables a la perspectiva rousseauiana, quien describía a lxs niñxs de una forma similar a la que describía a “lxs buenxs salvajes”; y a la perspectiva hobbesiana, donde lxs niñxs no socializadxs aparecen como la amenaza natural que implican lxs humanxs fuera del contrato social. Por otro lado, se encuentra Locke, con su idea de la niñez como “tabula rasa”. En estas distintas concepciones de la infancia es que se inscriben las practicas pedagógicas y disciplinarias modernas (Cortés, 2009).

Si bien la dualidad inocencia/amenaza cruzaría la generalidad de las concepciones de niñez y adolescencia, también es posible observar que esta se encontraría cruzada por variables de clase, siendo generalmente lxs niñxs de las clases populares frente a lxs que caería con mayor fuerza el estigma de amenaza, en cambio la niñez de las clases acomodadas tendería a estar asociada a las ideas de inocencia y a la necesidad de protección, existiendo otra dualidad presente en los modos de crianza propuestos para estas clases sociales desde el aparato estatal, entre la libertad protegida (destinada para lxs niñxs ricxs) y la libertad vigilada (asignada a lxs niñxs pobres) (Donzelot, 1979/2008).

En una línea similar, Bustelo (2007) propone dos discursos hegemónicos respecto a la infancia, la compasión y la inversión. Ambos discursos objetivarían a lxs niñxs y adolescentes, negándoles la posibilidad de ser sujetxs de derecho, transformándose en el primer caso en objetos compasivos de su benefactorxs, y en el segundo en “capital humano” a desarrollar. Ambos discursos contarían con una contraparte cuando estxs

niñxs o adolescentes no se ajustan a las normas impuestas desde el mudo adulto, pasando a ser “niñxs amenaza” y “costos para la sociedad”. Sobre estxs se manifiesta el despotismo adulto en su totalidad, sin reservas, puesto que lxs niñxs y adolescentes configurarían lo que Castel (en Bustelo, 2007) denomina “clases peligrosas”, sobre las cuales es necesario aplicar lógicas de “tolerancia 0”, dando el paso el Estado Social a un Estado de Seguridad.

Ser joven en términos biopolíticos es considerado subversivo, y es por eso que, en el caso de la niñez y adolescencia, la normatividad es un “deber” sin apeltivos a lxs adultxs (Bustelo, 2007).

4. Convención Internacional de los Derechos del Niño

Hasta finales de la década de la 80 el modelo imperante para comprender la relación entre el estado y la niñez era la doctrina de la situación irregular, concebida a fines del siglo XIX en EEUU, la cual concebía a lxs niñxs como incapaces desde la perspectiva del derecho, construyendo entonces una institucionalidad tendiente a *“protegerlo allí donde se encuentren presentes las condiciones sociales y económicas que hagan imperativo que sobre él se apliquen medidas de orden legal para lograr la reinserción (protección) o su castigo (penalización)”* (Cortés, 2009). Desde este enfoque lxs niñxs son tratadx como receptores pasivos de asistencia social por parte del Estado, y sin una mayor distinción entre niñxs en situación de abandono y aquellxs que hayan infringido la ley (Contreras, 2007).

La doctrina de la situación irregular empezó a verse desafiada lentamente durante la década de los 80, por el Enfoque de Derechos Humanos de Lxs Niñxs, el cual se vio consolidado con la Convención de los Derechos de niños, niñas y adolescentes (en adelante CDN) de la ONU el año 1989 (Contreras, 2007), la cual ha sido ratificada por casi todos los países del mundo (a excepción de EEUU, Sudán del Sur y Somalia) (UNICEF, s.f.).

Tal como plantea Cillero (1998) el enfoque de derechos de la niñez, parte de la base que lxs niñxs tienen el mismo valor que lxs adultxs, y que la niñez es una “forma” de ser persona, por lo tanto, lxs niñxs dejarían de ser consideradx como meros objetos de compasión y/o represión, a ser tratados como sujetos de derechos, aunque con necesidades especiales, ya que se encontrarían en una etapa de desarrollo particular y el

aseguramiento de que este se dé de forma plena es fundamental para la perduración como especie humana. La CDN está orientada a proteger el desarrollo integral de lxs niñxs y su supervivencia, protegiendolxs de toda forma de maltrato y resguardando sus derechos de participar en la sociedad y de tener incidencia en las decisiones que lxs afectan.

Un concepto fundamental para el entendimiento de la CDN es que está orientada a lo que ha sido denominado como el “interés superior del niño”, la cual aparece en el tercer artículo de la convención el cual consigna que:

“En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”.

Si bien en el artículo no plantea claramente una definición de este concepto, Cillero (1998) interpreta este como:

“una garantía de la vigencia de los demás derechos que consagra e identifica el interés superior con la satisfacción de ellos; es decir, el principio tiene sentido en la medida en que existen derechos y titulares (sujetos de derecho) y que las autoridades se encuentran limitadas por esos derechos”

Dentro de los derechos que se consagran, aparecen como relevantes para esta memoria los siguientes:

- Derecho a expresarse libremente y el acceso a la información
 - o Pedir y difundir la información necesaria que promueva su bienestar y desarrollo como personas.
 - o Que sus intereses sean lo primero a tener en cuenta en cada tema que les afecte, tanto en la escuela, como en los hospitales, ante los jueces, diputados, senadores u otras autoridades.
- Derecho a la protección contra el abuso y la discriminación
 - o No ser discriminados por el solo hecho de ser diferentes a los demás.
 - o Que nadie haga con su cuerpo cosas que no quieren.
- Derecho a una vida segura y sana

- Tener una vida digna y plena, más aún si se tiene una discapacidad física o mental.

(Unicef,2014)

La CDN fue ratificada por el estado de Chile en 1990, y desde entonces se ha generado un proceso de transformación de las instituciones, Estado, Sociedad Civil y Sector Privado, apuntando a velar por este nuevo paradigma, pero esta transformación se ha visto perjudicada, al igual que en el resto de América Latina, por el esfuerzo en implementar sistemas económicos de mercado en medio de profundas desigualdades sociales, instituciones y estructuras que vulneran constantemente los derechos de los niños (Contreras, 2007).

5. Medicalización de la Infancia

En el siglo XVII comienza un proceso de modificación de la forma en la cual el poder es gestionado, pasando desde un poder soberano a un poder disciplinar, destinado a producir fuerzas, hacerlas crecer y ordenarlas, alojándose este poder en la vida misma de los sujetos (Foucault, 2002; 2003 en Cerda, 2017). Esta gestión, administración y regulación de la vida y los cuerpos, tanto a nivel particular-anatomopolítica, como de la población en su conjunto-biopoder como es denominado por Foucault (1998 en Cerda, 2017), haciendo de la vida un objeto del saber y un blanco del poder (Cerda, 2017).

La vida y sus procesos se ven atravesados por el saber poder, esta es controlada y regulada en pos de la productividad y eficiencia tanto de los cuerpos individuales - mediante disciplina (la escuela, el cuartel, los talleres, hospitales) - como del cuerpo social - mediante mecanismos de regulación (demografía y geografía humana) (Cerda, 2017).

Para esto, el poder niega (se inmuniza de) todo aquello que amenaza, enferma, envejece, mata o aparta del ideal, se genera una medicina de exclusión (Foucault, 1996 en Cerda, 2017). Los límites de los hospitales y manicomios instituyen límites físico-espaciales que marcan una diferencia simbólica, donde quedan adentro la enfermedad y afuera la no-enfermedad. Esto también ocurre a nivel de los cuerpos individuales, donde los diagnósticos permiten separar aquellos elementos “enfermos” de los “no enfermos”, y posibilitando el tratamiento de aquellos malos elementos, brindando tranquilidad a los diagnosticados (Cerda,2017).

Lo anterior toma forma en la medicalización, la cual corresponde a la creciente penetración del saber médico en **diversos** aspectos de la vida social, o en las palabras de Crawford, la medicalización indica:

“...la ampliación del espectro de problemas sociales que son codificados en términos de salud y enfermedad. Se destaca aquí el carácter de norma invasora que los mismos representan para la vida cotidiana de los individuos, a medida que la mayor parte de las facetas de la misma (...) pasa a ser juzgada desde ese ángulo” (Crawford apud Mitjavila, 1992, p. 7, en Noel & Sánchez, 2015).

La medicalización surgiría en un contexto social de crisis de antiguas instituciones, donde las relaciones sociales se ven marcadas por la mercantilización y la inmediatez, las cuales constituyen a la niñez de hoy en día, y donde, además, los medios de comunicación masivos han cumplido un rol crucial en la ideología de la “peligrosidad”, y desde ahí en la necesidad del control de la infancia y la adolescencia (Noel & Sánchez, 2015).

A esto se suma el devenir de la medicalización en un contexto neoliberal, donde se ha incorporado la lógica de mercado a problemas definidos como sanitarios, afectando la forma en la que se constituyen los sujetos, la cultura y la sociedad (Cerdeña, 2017)

Es en este contexto, donde la medicación aparece como la principal alternativa a la necesidad de “adaptación” de niños (principalmente en el ámbito educativo), permitiéndoles producir y reproducir la lógica imperante, alcanzando mediante la pastilla la infancia “ideal” según la mirada adulta, la cual se ve plasmada por oposición en los diferentes diagnósticos con los cuales se etiqueta a los niños, con los “check in list” (escala de Conners abreviada) que llenan familiares, profesores y profesionales de salud (Noel & Sánchez, 2015).

6. Infancia Diagnosticada

El aumento del diagnóstico de TDAH es un tema que preocupa a la psicología infantil desde hace varios años, principalmente en cuanto a las dificultades que este diagnóstico implica en la integración de niños en ambientes cotidianos, y a que aparentemente, la indicación farmacológica es tomada como principal (y muchas veces único) tratamiento para el diagnóstico (Muniz, 2015; Cea, 2017).

Pese a ello, existe escasa investigación respecto a los efectos que tiene este abordaje farmacológico en la temática que buscan resolver, es decir, la vida familiar y social del/a niñx escolar, más allá del ámbito del rendimiento curricular (Muniz, 2015).

La medicación psiquiátrica en la niñez, constituye un abordaje que individualiza, naturaliza, y medicaliza una problemática que a todas luces tiene múltiples aristas, y si consideramos que la subjetividad esta armada en múltiples espacios superpuestos, esta acción reduccionista, aparece como en excesivo violenta, ya que caen en prácticas desubjetivantes ya que buscan actuar sobre un diagnostico cerrado frente a lo que le pasa al/a niñx (Muniz, 2015).

Las condiciones sociales actuales, en una sociedad sobre exigida, y orientada al éxito, generan un escenario donde no existe ningún lugar para las diferencias funcionales, ni si quiera para aquellas temporales (como un resfriado), exigiéndoseles a lxs integrantes de la sociedad que se reintegren lo antes posible a la vida productiva, y es en este escenario, que lxs niñxs se han vuelto consumidorxs habidos no solo de juguete, ropa y alimentos que les permiten ser más lindxs, inteligentes y saludables, si no que también de medicinas que les permiten controlar aquello que desborda las regulaciones (Muniz, 2015).

Es así como los discursos de salud van adoptando un protagonismo cada vez más importante en la vida de lxs niñxs, las cuales mientras tienden a la universalización y a la integralidad de las prácticas de salud, conviven con actitudes estigmatizantes, en especial en área de salud mental. Mientras se habla de ventanas de oportunidad para el desarrollo en la niñez, se diagnostican “trastornos” a miles de niñxs en este segmento etario (Muniz, 2015).

Una de las principales motivaciones para que las escuelas o las familias acudan a profesionales de la salud mental a causa del comportamiento de lxs niñxs es la inquietud, la cual suele estar asociada a bajos rendimientos escolares y problemas en el aula de clases (Cristóforo, 2015).

Es importante notar que diferentes cambios sociales han significado un cambio en la niñez, que hace ser a lxs niñxs más inquietxs que generaciones anteriores, mientras que las instituciones escolares se han mantenido relativamente invariables, siendo incapaces de responder a esta nueva niñez (Hernández & Oliver, 2015).

Lxs docentes no están preparadxs para trabajar con niñxs que no se ajustan al modelo educativo, las escuelas no tienen éxito en la búsqueda de soluciones dentro de la misma institución, y las familias quedan excluidas y solas frente a estxs “niñxs problemáticxs” (Ramos, 2016). Y por su lado estxs niñxs quedan reducidxs a la categoría que ofrecen sus diagnósticos, reduciendo su “campo de los posibles” (Noel & Sánchez, 2015).

Esta práctica se ubicaría en un continuo de prácticas que a través de la historia han buscado disciplinar los cuerpos de lxs niñxs desde el mundo adulto, en pro de un “infancia ideal, sin considerar ni las variables individuales, ni como lxs niñxs responden siempre a un contexto social distinto de aquel en el cual se constituyo aquel ideal, y las instituciones que buscan reproducirlo, siendo el caso más evidente la institucional escolar que desde un modelo propio del siglo XIX busca disciplinar a niñxs del siglo XXI (Noel & Sánchez, 2015).

Este continuo de disciplinamiento inclusive sería rastreable al S XVIII, con las políticas de policía (policing) de las familias, las cuales incluyeron en su tiempo, “recomendaciones” respecto a qué juegos deberían jugar lxs niñxs, cómo deberían ser amamantadxs, cómo debería ser atendida su salud, donde si bien existía una diferencia entre las clases sociales, donde lxs niñxs ricxs vivían bajo el modelo de “libertad protegida” y lxs niñxs pobres de “libertad vigilada”, ambos modelos implicaban un control de los cuerpos de lxs niñxs mediante las instituciones familiares y escolares (Donzelot, 1979/2008).

7. Salud mental y Niñez

La Organización Mundial de la Salud (en Ministerio de Salud de Chile, 2017) define salud mental como:

“... un estado de bienestar en el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” (p. 31)

Según el Ministerio de Salud de Chile (2017), salud mental es entendida como:

“la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (p. 31)

El plan nacional de salud mental (Ministerio de Salud de Chile, 2017) establece como una de sus líneas de acción el resguardo de los derechos humanos, particularmente de los grupos descritos como vulnerables, dentro de los que se encuentran lxs NNA (“en especial aquellos en condición de vulnerabilidad”), sin embargo, no hay ningún apartado referido particularmente a la salud mental de lxs NNA, ni respecto al efecto de los diagnósticos psiquiátricos y los tratamientos farmacológicos tienen en su vida.

Como ya se señaló en la introducción, los dos principales diagnósticos recibidos por NNA en Chile son los de TDAH y de Depresión mayor (De la Barra et al., 2012), dado que esta investigación se centrará en el análisis de la “Ley Ritalín”, detallaremos el fenómeno del TDAH.

Centrándonos particularmente en el TDAH, este ha sido definido como un trastorno neurobiológico sin una etiología exacta (Rodillo, 2015), lo cual ha llevado a un debate generalizado respecto a la naturaleza de este diagnóstico (Encina, 2010), el cual tiende a describirse a partir de la descripción de comportamientos por parte de familiares y profesionales de la educación y la salud, ya que no existen pruebas definidas como objetivas (marcadores bioquímicos, pruebas neuropsicológicas o genéticas, o estudios de neuroimágenes) capaces de detectar los supuestos desequilibrios bioquímicos (Wannmacher, 2006 en Iriart et al., 2012).

Según el Manual de Diagnósticos de Trastornos mentales (DSM-V), el TDAH se define por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo, requiriendo que se cumplan 6 o más puntos de alguna de las siguientes categorías por más de 6 meses seguido y de forma que afecte directamente las actividades sociales y académicas, teniendo que estar presentes además en 2 o más contextos (generalmente casa y escuela), de forma previa a los 12 años de edad. Cada uno de estos criterios son divididos en grupos de síntomas que configuran subtipos predominantes: *inatento*, *hiperactivo* o *combinado*.

En cuanto al diagnóstico en sí, a nivel nacional, el instrumento más utilizado para su diagnóstico es la Escala de Conners Abreviada, una tabla de cotejos en la cual cuenta con una serie de 10 preguntas sobre el comportamiento de lx niñx en cuestión, a las cuales las respuestas posibles son “nada”, “poco”, “bastante” y “mucho”, y a cada una de estas se le asignaría un puntaje de 0 a 3. Posteriormente este puntaje se sumaría, y a partir de este puntaje se establecería el diagnóstico; un puntaje mayor a 17 puntos

indicaría la presencia del trastorno en niños y un puntaje superior a 12 la presencia del trastorno en niñas.

Este instrumento de diagnóstico ha sido ampliamente cuestionado desde distintos frentes, ya que no se han demostrado sus capacidades de medir efectivamente la presencia de una alteración del comportamiento, ni menos aún distinguir qué alteración del comportamiento existiría en cada caso; que no ha sido validada a nivel nacional, considerando las características propias de la población chilena; y que se aplica en grupos etarios para los cuales no estaba destinada originalmente la escala (niños menores de 6 años) (Encina, 2010).

Por último, respecto al tratamiento para el TDAH, el Ministerio de Salud (2008) señala que los niños diagnosticados con TDAH deben ser apoyados mediante:

- Psicoeducación.
- Entrenamiento en habilidades parentales.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Intervenciones educativas.
- Actividades deportivas y recreativas.
- Grupos de autoayuda
- Intervención farmacológica

Los establecimientos educacionales deberían poner a disposición de padres, apoderados y estudiantes todas estas posibilidades de intervención. Sin embargo, lo que sucede generalmente en la práctica es que como primera y única medida se recurre a la prescripción de fármacos, mayoritariamente estimulantes, particularmente el metilfenidato, siendo apreciable la magnitud del consumo de este fármaco en el gasto estatal que tuvo el estado chileno entre los años 2010 y 2015, el cual alcanzó los 2 mil millones de pesos (Cea, 2017).

El metilfenidato corresponde al elemento activo de varios fármacos, siendo el Ritalín, del Laboratorio Novartis, el más conocido de estos, el cual significó una inversión de más de 700 millones de pesos para el estado chileno entre los años 2014 y 2015 (Cea, 2017), otros medicamentos comercializados en el territorio chileno serían Rubifen, Aradix, Aradix Retard, Nebapul, Metrans XR y Concerta, entre otros.

Sin embargo, existen autorxs que han cuestionado la efectividad y la seguridad de la utilización de metilfenidato, tal es el caso de Valverde & Inchauspe (2014), quienes tras la realización de un metaanálisis de distintos estudios realizados en España, EEUU y Australia, llegaron a la conclusión que no es posible sostener que el metilfenidato tiene un efecto positivo a largo plazo respecto al desempeño escolar, y que sus efectos a corto plazo, podrían ser reducidos al aumento de concentración propio de cualquier estimulante, como lo podría ser la cocaína.

Inclusive sería posible señalar a partir de este que el efecto a largo plazo del consumo de metilfenidato sería perjudicial para el desarrollo escolar, requiriendo quienes lo consumen una mayor necesidad de servicios escolares y un peor funcionamiento, respecto a otros/as niños/as diagnosticados/as que no utilizaron el fármaco, o que lo utilizaron en menor medida, además de estar relacionados con otros efectos negativos a corto, y en especial a largo plazo, vinculados a problemas cardiacos, disminución del crecimiento, efectos sobre el sueño y daño cerebral (Valverde et al, 2014).

A esto también se sumaría, la experiencia subjetiva del metilfenidato, las cuales son referidas por los/as propios/as usuarios/as mediante expresiones como "Me atonta", "Me hace triste", "Nada me hace reír", "Se apodera de mí" o "No me hace sentirme como soy" (Sleator, Ullmann y von Neumann en Valverde et al, 2014), disgusto que se vería apoyado en la relevante tasa de incumplimiento de la prescripción al fármaco.

La medicación psiquiátrica durante la etapa escolar implica un cruce entre dos dispositivos que tienen un rol fundamental en la subjetivación de lxs niños y adolescentes, la biomedicalización (Iriart et al., 2012) y el dispositivo escolar (Bustelo, 2007). La naturalización de este proceso medicalizante en el caso del TDA/H es señalado por Faraone, Barcala, Bianchi, Torricelli (2009), como un analizador privilegiado de las características del proceso medicalización que vive la sociedad actual, ya que este:

" (...) reformula un viejo problema, la conducta infantil, en términos acordes a las nuevas formas de gestión del disciplinamiento de las poblaciones, por eso, las técnicas que se despliegan pueden extenderse como metodología para el tratamiento de otras situaciones problemas o faltas de adaptación a los modelos socialmente esperados y aceptados; por último porque esta estrategia de medicalización incluye medicación (psicoestimulante) en su tratamiento, lo cual abre una serie de consideraciones en relación al rol de las industrias farmacéuticas y la difusión de los fármacos como solución naturalizada" (pp. 1)

8. Crítica al modelo explicativo del diagnóstico y tratamiento del TDAH en NNA en Chile

En este apartado abordare una serie de nudos críticos que permiten cuestionar el modelo explicativo desde el cuál se diagnostica y se trata el TDAH en NNA en Chile. Entendiendo que es dentro del sistema educativo en donde la gran mayoría de lxs NNA son diagnosticadxs, comenzaré contextualizando la actual “crisis del modelo educativo”, entregando un marco desde el cual es pensable que exista alguna relación entre esta crisis, y la masiva cantidad de diagnósticos de TDAH en las escuelas; luego presentaré una investigación sobre las posiciones discursivas que tienen lxs NNA y sus cuidadorxs sobre el proceso diagnóstico, y los relatos que emergen sobre los efectos que tienen los fármacos en sus vidas, relevando la importancia de este punto de vista en cualquier discusión sobre la problemática; y finalmente, realizaré un breve recorrido por distintas posiciones críticas al diagnóstico de TDAH desde un paradigma crítico a lo que ha sido denominado como “psicopatologización de la niñez”.

8.1. Crisis Modelo Educativo Chileno

Para comprender la crisis del modelo educativo chileno, primero es necesario comenzar entendiendo que este se constituye como parte del modelo neoliberal globalizado de educación (Assaél, Albornoz, Cornejo, Etcheberrigaray, 2015), el cual ha implicado una serie de reformas educativas (Sahlberg, 2012 en Assaél et al, 2015) que otorgan cada vez más importancia a políticas y prácticas corporativizadas, gerenciales y mercantiles (Anderson, 2013 en Assaél et al, 2015).

Este modelo global puede ser entendido mediante cuatro etapas que constituyen las “Cuatro Vías para el Cambio Educativo” (Hargreaves y Shirley, 2009 en Assaél et al, 2015), las cuales serían en orden:

- 1) Modelo educativo con amplias libertades, pero baja coherencia.
- 2) La instalación de una serie de mecanismos de estandarización y rendición de cuentas basados en la lógica mercantil.
- 3) La toma de decisiones basada en resultados y evidencias concretas, obtenidos a través de estos mecanismos estandarizados.
- 4) Mejorar los resultados de aprendizaje, manteniendo el sentido local que cada escuela da a sus procesos educativos.

A nivel latinoamericano existe un choque entre la necesidad de seguir estas directrices internacionales para conseguir financiamiento de instituciones internacionales como el Banco Mundial, y la búsqueda por responder de una forma efectiva a las distintas características propias del contexto latinoamericano (Shirley, Fernández, Ossa, Berger & Borba, 2013 en Assaél et al, 2015).

En el caso particular chileno, el país “ha acogido completamente las recomendaciones de las organizaciones pilares internacionales a nivel de políticas” (Shirley et al., 2013, p.11 en Assaél et al, 2015), estos cambios se alojan en una serie de modificaciones estructurales que comienzan con la constitución del 1980 (Assaél, 2011 en Assaél et al, 2015), de los cuales, según Assaél et al. (2015), las más importantes han sido:

- 1) **La redefinición del rol del Estado:** La educación ya no es tarea del Estado, sino que es un deber de los padres/madres, pasando el Estado a tener un rol subsidiario, y a garantizar la libertad de enseñanza y la propiedad económica de la educación.
- 2) **Cambios en el modo de gestión del sistema educativo:** Las escuelas del estado pasan a ser administradas por las municipalidades, con la creación de una figura intermediaria (“sostenedor”), la cuál administra los recursos del Estado. Además, se fomenta la creación de establecimientos con un financiamiento mixto (dinero municipal además de dinero pagado por las familias), llamados escuelas particulares subvencionadas, las cuales reciben subsidios estatales de forma similar a las escuelas municipales. De esta manera el Ministerio de Educación pierde injerencia sobre ambos tipos de escuelas.
- 3) **La implementación del financiamiento por medio de vouchers (subsidiarios portables a la demanda):** El financiamiento de las escuelas es dependiente al promedio de asistencia y número de estudiantes, generando una competencia entre las escuelas por la captación de estudiantes y así recibir un mayor financiamiento.
- 4) **La creación del SIMCE:** Se genera una prueba estandarizada la cual es aplicada a todas las escuelas y cuyos resultados (en promedio) son publicados y difundidos configurando un *ranking*, el cual pasa a ser uno de los principales elementos en la competencia por nuevas matrículas y el financiamiento consecuente.

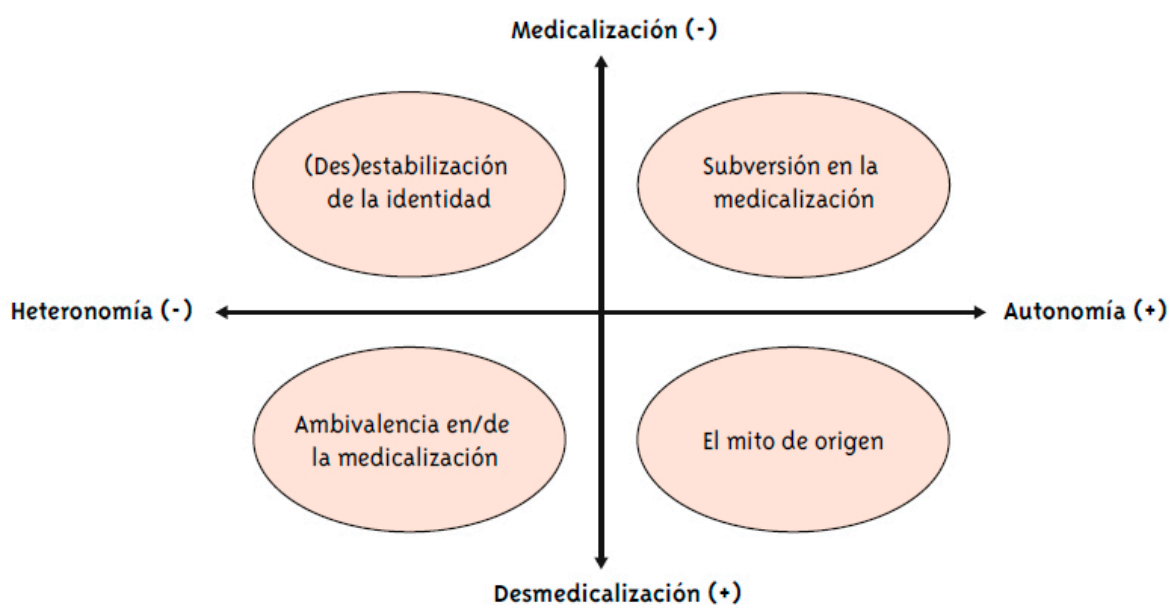
Estas modificaciones han tenido un fuerte efecto en el modelo educativo actual, dando lugar a lo que es conocido como la “crisis del modelo educativo”, la cual puede ser sintetizada en base a los siguientes problemas (Assaél et al., 2015):

- a) **Desigualdad económica y social:** En el sistema educativo actual, lxs estudiantes atienden a distintas escuelas (municipales, particulares subvencionadas o privadas) dependiendo de su capacidad de pago, estructurando el sistema por clases sociales, donde lxs estudiantes de nivel socio económico bajo asisten a escuelas municipales, aquellxs cuyas familias logran participar del copago educativo asisten a escuelas particulares subvencionadas, y aquellxs de nivel socio económico alto asisten a escuelas privadas, mientras que las escuelas particulares subvencionadas reciben beneficios mayores que las escuelas municipales mediante la selección de estudiantes. Esta diferenciación no solo es negativa ya que implica una segmentación socio educativa, si no que además preserva las diferencias socio económicas iniciales, generando un “apartheid educativo”.
- b) **Estrechamiento del currículum y pérdida del sentido de la educación:** La prueba SIMCE implica un cuestionamiento constante a qué debe y qué no debe enseñarse, presionando a lxs docentes a enseñar exclusivamente contenidos que entren en aquellas pruebas, los cuales además deben ser transmitidos de la forma más rápida posible para cumplir con los plazos que determina la aplicación de esta prueba, llevando a una pérdida de sentido y a una falta de pertinencia de la educación, haciendo que ni lxs docentes ni lxs estudiantes se sientan parte de un sistema educativo pertinente y común a todxs. Lo cual además se ha traducido en un autoritarismo educacional, donde no existe una verdadera participación del estudiantado en las decisiones sobre cuáles debiesen ser los contenidos a estudiar y cuál la forma más apropiada de evaluarlos.
- c) **Privatización de la Educación y el declive del concepto de lo Público:** En este modelo las escuelas públicas y subvencionadas son administradas de una forma similar a una empresa, debilitando el concepto de lo Público, el cual además pasa a ser asociado socialmente a la idea de carencia, llevando cada vez a más familias a buscar salirse de este sistema, buscando opciones en el sistema particular subvencionado, lo cual agudiza el problema ya que una menor cantidad de estudiantes en las escuelas municipales implica un menor financiamiento por parte del Estado.

8.2. Posiciones discursivas de niños y de sus cuidadores sobre el diagnóstico y tratamiento del TDAH en Chile

En la investigación de Reyes, Cottet, Jiménez y Jauregui (2019)¹, realizada con 7 niños diagnosticados con TDAH y medicados metilfenidato y a sus cuidadores, los investigadores analizaron los discursos que un estos tenían respecto a la realidad de diagnóstico y medicación, generando dos ejes de análisis; el primero siendo la vida del/x niño previo a la medicación (desmedicación) vs. la vida del/x niño posterior a la medicalización; y el segundo la percepción de heteronomía en sus decisiones vs. autonomía en sus decisiones.

A partir de estos dos ejes, los investigadores determinaron cuatro posiciones enunciativas respecto a la medicación y el diagnóstico en el decir los entrevistados, las cuales representaron en la siguiente figura²:



- a) **El mito de origen** (desmedicación/autonomía): Desde esta postura la explicación de los comportamientos de los niños excederían el diagnóstico de TDAH y estarían basados en características inherentes de ellos ("siempre ha sido desordenado") o bien en hechos vitales de los niños que los han llevado a comportarse así ("empezó a cambiar cuando nació su hermano"). De esta postura, la medicación

¹ En esta investigación los autores utilizan el concepto de "medicalización" para referirse al consumo de fármacos, el cual fue cambiado en este apartado por el de "medicación", para mantener una coherencia con la utilización de términos en el resto de la memoria.

² Considerar Nota 1.

psiquiátrica, haría que lxs niñxs perdiesen algo que les sería propio, a veces de forma irreparable.

- b) **Ambivalencias en/de la medicación** (desmedicación/heteronomía): Esta postura nace desde el choque de los comportamientos de lxs niñxs con la institución escolar, donde estxs son singularizadx como “niñxs problemas”, dando lugar a una hipervigilancia que es leída como injusta por lxs niñxs (“el/la profesor/a me tiene mala”). Este choque tiende a traducirse en el proceso diagnóstico de estxs niñxs, ante lo cual existen 2 caminos: uno es el de la mantención de las ideas del mito de origen familiar, desestimando el diagnóstico; y el otro es la reinterpretación de la vida de lxs niñxs a partir del diagnóstico. Este segundo camino implica nuevas exigencias para lxs niñxs y sus cuidadorxs, como lo es condicionar su matrícula a la utilización de fármacos psiquiátricos, dando lugar a una lectura estratégica del proceso de medicación (“me dan una pastilla para portarme bien en clases”, “le doy la pastilla para que no lo echen del colegio”).
- c) **(Des)estabilización identitaria** (medicación/heteronomía): Desde esta postura, se reflexionaría sobre las implicancias morales del diagnóstico y la medicación; uno de los posibles planteamientos sería que los fármacos psiquiátricos no le permiten a lxs niñxs ser quienes son realmente (¿cuándo realmente son ellxs mismxs? ¿con o sin las pastillas?), dando lugar a prácticas como el solo medicarlos de lunes a viernes (para “dejar que sea libre” el fin de semana); otro posible cuestionamiento sería sobre la efectividad de las pastillas, asumiendo que la base del comportamiento de lxs niñxs estaría en el mito de origen, el cuál sería ajeno a los discursos médicos, y por lo tanto, las pastillas serían insuficientes para modificarlo; un tercer cuestionamiento vendría de la mano de aquellxs que se sienten satisfechxs con los efectos de los fármacos, pero cuestionan la condición crónica que implicaría el TDAH, y un miedo a la dependencia que tendrían lxs niñxs en los fármacos para desenvolverse en sus vidas.
- d) **Subversión en la medicación** (medicación/autonomía): Desde esta postura, lxs niñxs al ser diagnosticadx y medicadx, podrían ser comprendidx con sus diferencias funcionales y lograrían un mayor nivel de autonomía que el que podrían tener sin utilizar los fármacos psiquiátricos. Si bien esta postura, es teóricamente posible, al parecer sería imposible desde una perspectiva subjetiva, ya que como plantea la investigación, *“la medicalización puede ser percibida simultáneamente como un proceso útil para restaurar el sentido de autocontrol,*

normalidad y autonomía, pero -paradojalmente- a costa de una experiencia de privación de normalidad y autonomía.”

Si bien en las conclusiones del artículo, lxs investigadorxs plantean que no es posible reducir a una de estas posiciones la experiencia subjetiva ni de lxs niñxs, ni de sus cuidadorxs, ya que estas son complejas, se entrecruzan entre sí, y unas aparecen como consecuencias de otras, considero que estas resultaran útiles al momento de analizar un discurso sobre la medicación psiquiátrica de niñxs diagnosticadxs con TDAH.

Esta investigación en particular ha sido singularizada en el contexto de esta memoria de título ya que releva la importancia de los discursos de lxs mismxs niñxs diagnosticadxs sobre sus procesos vitales y el efecto que tiene la medicación en ellxs, reconociendo además que no es que no exista un conflicto entre el comportamiento inquieto de estxs niñxs y el modelo educativo, si no que esta actitud responde a algo que no es escuchado por el mundo adulto y que es acallado por los fármacos psiquiátricos.

8.3. Posiciones críticas al diagnóstico de TDAH

El discurso médico hegemónico construye una identidad del/lx niñx diagnosticado como unx ser humanx con problemas neurológicos que requiere fármacos que afecten su sistema nervioso central para operar dentro de lo establecido como normal (Legnani, 2012 en Ramos, 2016), esa visión es impuesta a apoderadxs y profesorxs que desde un desconocimiento técnico adoptan una postura acrítica a la narrativa de lxs profesionales médicos, optando por medicar a lxs niñxs sin mayores cuestionamientos, y es desde ahí, que muchas veces estxs actúan como cómplices en su medicación (Sikirika et al., 2014 en Ramos, 2016), interpretando el TDAH como un diagnóstico similar al de la epilepsia, avalando la necesidad de fármacos para su control (Norris & Lloyd, 2000 en Ramos, 2016). Lo anterior es fuertemente incrementado por el discurso mediático en torno al TDAH y al metilfenidato, el cual ayuda tanto a generar una alarma social respecto a un supuesto infra diagnóstico de este (Iriart et al., 2012), como a presentar la idea de los fármacos psiquiátricos como única solución posible a este mal (Norris & Lloyd, 2000 en Ramos, 2016).

Sin embargo, desde una perspectiva crítica, es cuestionable el rol que juegan lxs niñxs diagnosticadxs de TDAH en los intereses económicos de la industria farmacéutica (Gosende, 2001 en Ramos, 2016), la cual ha invertido amplias sumas de dinero en la

generación de una campaña mediática (por vías tradicionales, como medios de comunicación de masas; y otras más informales, como blogs de opinión y el financiamiento de grupos de apoyo) de “concientización” respecto al TDAH, sus síntomas, las problemáticas a las cuales se asocia, y también a la importancia de los fármacos en su tratamiento (Iriart et al., 2012).

Esta estrategia de la industria farmacéutica ha dado paso a un proceso de biomedicalización del TDAH, donde tanto padres y madres, como profesoras y otros profesionales, están constantemente atentos a posibles síntomas de TDAH, muchas veces sin siquiera existir una intervención de profesionales médicos, autocontrol y vigilancia, alimentado por la abundante información de la “patología” y por sencillos medios de diagnóstico (Iriart et al., 2012), donde destaca el Test de Conners, con sus variantes para profesoras y para apoderados.

Por otro lado, esta difusión del TDAH, invisibiliza posibles problemáticas que pueden existir a nivel social, o educacional, tales como metodologías o contextos educativos poco estimulantes para los estudiantes (Ramos, 2016), generando una sensación de alivio social, ya que no habría nada que revisar a nivel social o familiar, alivio que se vuelve particularmente preocupante cuando se empieza a considerar como estas prácticas llevan a una gobernabilidad biomédica de los cuerpos de los niños, monitoreándolos, midiéndolos y normalizándolos (Iriart et al., 2012).

Sin embargo, como señala Rafalovich (2001 en Ramos, 2016), el TDAH es solo el más reciente concepto utilizado en un largo continuo histórico mediante el cual se han calificado a aquellos niños que se encuentran por debajo de la norma establecida, tales como “imbecilidad” (S.XIX), “estupidez” (S. XX), “encefalitis letárgica, daño cerebral mínimo, hiperkinesia, desarrollo atípico del ego (...)” (términos usados que han ido variando según la época, pudiendo registrarse desde 1920 hasta la aparición del concepto de TDAH).

Todo lo anterior se aloja dentro del proceso de la psicopatologización de la niñez, donde la niñez misma comienza a ser tratada como un trastorno a ser intervenido por la psicología, la psiquiatría o la neurología. En este proceso se alojan múltiples diagnósticos, donde si bien el TDAH es el más masivo, no es el único, pues también son cientos de miles los niños diagnosticados en el mundo con trastorno bipolar y trastorno generalizado del desarrollo, entre otros (Ribeiro, 2015).

La psicopatologización de la niñez, no solo implica una culpabilización de lxs mismxs NNA de problemas claramente sociales, despojando al colectivo de toda responsabilidad social (Sánchez & Velázquez, 2015), ya que transforma un problema social en uno individual, ese problema individual en uno psicológico, y ese problema psicológico en uno con una raíz biológica, cuya única solución posible sería la utilización de fármacos psiquiátricos (Pérez, 2012).

9. Síntesis

El mundo infantil es definido desde el mundo adulto, el cuál lxs invisibiliza y margina de la sociedad, y esto se ha mantenido así pese a los esfuerzos que implica la CDN, la cual, si bien busca velar por el “interés superior de lxs niñxs”, muchas veces resulta incompetente frente a las presiones económicas que implica el modelo neoliberal tanto en la sociedad en general, como en la vida de lxs NNA en particular.

La vida de lxs NNA es controlada en pos de la productividad y la eficiencia, y cuando existe resistencia por parte de estxs al modelo, lo cual resulta particularmente fácil en un contexto de crisis de las antiguas instituciones que lxs gobernaban (escuela y familia), aparece la respuesta farmacológica como solución a esta tensión, dando un paso hacia la medicalización de la vida de estxs NNA, bajo la promesa a las familias y a lxs docentes de que las pastillas permitirían alcanzar aquella deseada infancia “ideal”, aquella que no es disruptiva.

Sin embargo, no es posible señalar que los fármacos psiquiátricos logren cumplir con el objetivo señalado, e inclusive existen investigaciones que señalan lo contrario, además de los efectos adversos de salud que implica su consumo por parte de lxs NNA, pero inclusive más importante que eso existe muy poca investigación respecto a los efectos que estos medicamentos tienen en la vida de lxs NNA más allá del ámbito del rendimiento escolar, han sido escasos (prácticamente inexistentes), los espacios que han permitido que sean lxs mismxs NNA quienes hablen sobre su experiencia, sus malestares o conflictos, lo cual va en desmedro de su entendimiento como sujetos de derecho, que son capaces de opinar y actuar sobre aquellos procesos que son significativos en sus vidas, entendiendo que esta no se limita únicamente al consumo de fármacos, o al diagnóstico en sí, si no que también a aquellas significaciones que ellos le otorgan a aquellas interrupciones en el aula que el fármaco busca acallar.

IV. ANTECEDENTES DEL DEBATE

1. Legislación chilena sobre salud mental y fármacos psiquiátricos en la niñez

En Chile no existe ninguna ley de salud mental que regule la prescripción, venta o consumo de fármacos psiquiátricos de forma particular, estando regulados al igual que cualquier otro tipo de fármaco por el Código Sanitario, el cual no hace ninguna mención especial ni a los fármacos psiquiátricos, ni a la prescripción y consumo de fármacos durante la niñez.

El Código Sanitario se ve influido en esta temática por las leyes 20.724 Y 20.584, de las cuales considero relevante destacar lo siguiente:

A) Ley 20.724

Artículo 95.- Se entenderá por producto farmacéutico o medicamento cualquier sustancia natural, biológica, sintética o las mezclas de ellas, originada mediante síntesis o procesos químicos, biológicos o biotecnológicos, que se destine a las personas con fines de prevención, diagnóstico, atenuación, tratamiento o curación de las enfermedades o sus síntomas o de regulación de sus sistemas o estados fisiológicos particulares, incluyéndose en este concepto los elementos que acompañan su presentación y que se destinan a su administración (...)

Artículo 98.- Los productos estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias que produzcan efectos análogos se regirán por los reglamentos específicos que al efecto se dicten, los cuales abordarán su registro sanitario, la importación, internación, exportación, circulación, producción, elaboración, fraccionamiento, almacenamiento, tenencia, transporte, distribución a título gratuito u oneroso, expendio o venta, farmacovigilancia y trazabilidad, publicidad, promoción o información profesional, uso médico o en investigación científica y otras actuaciones que requieran resguardos especiales, todo lo cual se sujetará a los tratados y convenios internacionales suscritos y vigentes en Chile y a las disposiciones de este Código (...)

B) Ley 20.584

Art.5 En su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia. En consecuencia, los prestadores deberán: (...)

c) (...) La atención otorgada por alumnos en establecimientos de carácter docente asistencial, como también en las entidades que han suscrito acuerdos de colaboración con universidades o institutos reconocidos, deberá contar con la supervisión de un médico u otro profesional de la salud que trabaje en dicho establecimiento y que corresponda según el tipo de prestación.

2. Legislación en otros países sobre salud mental y fármacos psiquiátricos en la niñez

A nivel de contextualización, revisé qué indican las leyes de Salud Mental de Argentina, Uruguay y Méjico respecto a la relación entre salud mental, niños y fármacos psiquiátricos.

La ley de Salud Mental argentina es la más reciente a nivel latinoamericano y fue promulgada el año 2010 (ratificada el 2013), en ella, prácticamente no existen menciones a los conceptos de “menores de edad”, “niños/as”, “adolescentes”, a excepción de la siguiente:

“ARTÍCULO 26.- En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos”

Lo cual es explicado en el ANEXO I (Reglamentación de la ley) siguiente forma:

“ARTÍCULO 26.- En las internaciones de personas declaradas incapaces o menores de edad se deberá: a) Ofrecer alternativas terapéuticas de manera comprensible, b) Recabar su opinión, c) Dejar constancia de ello en la historia clínica, d) Poner a su disposición la suscripción del consentimiento informado.”

Por otro lado, respecto a los conceptos “fármacos (psiquiátricos)”, “medicamentos (psiquiátricos)”, “psicofármacos”, además de una referencia en el contexto de los psicofármacos como posibles inhibidores de la capacidad de consentimiento, y de la

necesidad de ampliar la cobertura que estos tienen en la población, solo aparece lo siguiente:

“ARTÍCULO 12.- Debe entenderse que no sólo la prescripción de medicamentos sino de cualquier otra medida terapéutica, indicada por cualquiera de los profesionales del equipo interdisciplinario, debe cumplir con los recaudos establecidos en el artículo 12 de la Ley Nº 26.657. La prescripción de psicofármacos debe realizarse siguiendo las normas internacionales aceptadas por los consensos médicos para su uso racional, en el marco de los abordajes interdisciplinarios que correspondan a cada caso. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes realizadas de manera efectiva por médico psiquiatra o de otra especialidad cuando así corresponda.”

Lo cual es explicado en el ANEXO I, como:

“ARTÍCULO 12.- La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.”

Por otro lado, la Ley de Salud Mental uruguaya, es una de las primeras legislaciones en la temática de salud mental en Latinoamérica, siendo promulgada en 1936 (ratificada el 2017), y no existe ninguna referencia a los fármacos psiquiátricos, por otro lado, solo cuenta con una referencia a “niños/as”, “adolescentes”, “menores de edad”, la cual es la siguiente:

“Artículo 14. (Inclusión educativa y cultural).- El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Desarrollo Social y otros organismos competentes, velará porque se favorezca la integración educativa de las personas con trastorno mental y promoverá y facilitará el acceso de ellas a todas las actividades y expresiones culturales.

En particular en el caso de niñas, niños y adolescentes, deberá protegerse el derecho a la educación a lo largo de todo el ciclo educativo, contemplando las

necesidades específicas de acuerdo a la severidad de su trastorno y las condiciones sociofamiliares y culturales.”

Por último, la Ley de Salud Mental mexicana, promulgada el año 1994 (ratificada el 2017), cuenta con un apartado exclusivo respecto a la relación entre salud mental y niñez, bajo el nombre de “La atención de menores de edad con trastornos mentales”, la cual refiere a la necesidad de garantizar los principios establecidos en la CDN; que sus padres/madres corresponden a sus tutorxs legales; que en caso de no responder apropiadamente las instituciones pueden comenzar procesos en caso de negligencia asociado al tratamiento de salud mental; que no debiesen realizarse psicocirugías en menores de edad; que debe evitarse la internación forzosa de menores de edad a no ser que sean un riesgo para si mismxs, o para otrxs; que lxs menores de edad tienen derecho a privacidad en caso de internación.

Además, señala como parte del Artículo 55 que la terapia electroconvulsiva solo puede realizarse en menores de edad con un consentimiento de sus tutorxs, y que está prohibido en menores de 12 años.

Respecto a los fármacos psiquiátricos, esta señala lo siguiente:

“Artículo 41. El tratamiento farmacológico siempre responderá a las necesidades de salud del paciente, y solo se le administrarán con fines terapéuticos o de diagnóstico, y nunca como una forma de castigo, ensañamiento o para conveniencia de terceros. Sólo los profesionales médicos psiquiatras del equipo interdisciplinario o de otra especialidad médica afín o médico general capacitado, podrán prescribir medicamentos psicotrópicos, y estos deberán ser aquellos de probada eficacia, seguridad y asequibilidad, y con arreglo a las disposiciones sanitarias en materia de medicamentos. El profesional responsable de atender al paciente tendrá la obligación de registrar el tratamiento en el expediente clínico del paciente. Estos aspectos, también serán aplicables a otras formas diagnósticas y de rehabilitación”.

Es posible observar que no existe ningún cruce en particular respecto los fármacos psiquiátricos y a la niñez, siendo en general textos distintos los que se refieren a un tema y al otro. No obstante, la mexicana explicita que todo ordenamiento debe regirse por la CDN y que nunca podrá responder a intereses de terceros.

Respecto a la niñez, destaca la idea de protección de sus derechos, y llama particularmente la atención la legislación uruguaya, la cual hace referencia al derecho a la

educación, haciendo un hincapié que pudiese ser interpretado en un espíritu similar a la “Ley Ritalín”.

En cuanto a los psicofármacos, llaman la atención el planteamiento de que los fármacos han de tener un fin terapéutico, que este debe ser comprobado, y que solo pueden ser prescritos por profesionales médicos capacitados, señalando además la necesidad de incluirlos dentro de abordajes interdisciplinarios, lo cual puede leerse como que la intervención no debiese nunca estar limitada solo al fármaco psiquiátrico.

3. Cristina Girardi (Diputada Patrocinante de la “Ley Ritalín”, y del Boletín N°11662-04)

En este apartado se hará una breve reseña sobre la autora del boletín N°11662-04, esto siguiendo las recomendaciones que realiza Jäger (2003) en su caja de herramientas, contextualizando este boletín en el discurso más amplio que tiene esta autora tanto como persona con un cargo público, como militante de un partido político y como parte de una familia con un amplio historial político en Chile.

Cristina Girardi Lavín es parte de una familia política vinculada a la izquierda chilena, particularmente al PPD, del cual, al igual que ella, también son militantes su padre, el exdiputado Guido Girardi Briaré, y sus hermanos, el concejal de la Municipalidad de Lo Prado Dino Girardi Lavín, y el senador Guido Girardi Lavín.

Actualmente Cristina Girardi se desempeña como diputada por el distrito N°9 de la Región Metropolitana (Cerro Navia, Conchalí, Huechuraba, Independencia, Lo Prado, Quinta Normal, Recoleta, Renca), cargo que mantiene desde el año 2010, y antiguamente fue alcaldesa de Cerro Navia durante tres periodos consecutivos (entre 1996 y 2008).

Es miembro de las comisiones de la cámara de diputados de “Medio Ambiente y Recursos Naturales”, de “Actos de organismos públicos en relación a situación de Universidad del Pacífico”, y de “Educación” (siendo desde esta última desde donde emana el proyecto de ley).

Los proyectos legales en los cuales ha participado (desde marzo del año 2018)³, además, de la modificación ya descrita, han tenido un carácter ambientalista, y de protección de los derechos de las mujeres. Por otro lado, sus intervenciones (en el mismo periodo de tiempo), han incluido además posicionamientos respecto a la violación de DDHH y a la necesidad de reparación y justicia que estas han dejado, y a las condiciones laborales de lxs trabajadorxs en educación.

V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué posturas discursivas sobre niñez y medicalización de la infancia se configura en la redacción de la “Ley Ritalín”?

VI. OBJETIVOS

1. Objetivo General:

- **Comprender las posturas discursivas sobre niñez y medicalización de la infancia en la “Ley Ritalín” en su abordaje de NNA como sujetos de derechos.**

2. Objetivos Específicos:

- Describir y analizar los hilos discursivos asociados a la niñez en la “Ley Ritalín”
- Describir y analizar los hilos discursivos asociados a la medicalización de la infancia en la “Ley Ritalín”.
- Reflexionar sobre las consecuencias discursivas de la “Ley Ritalín” en el abordaje de la posición de sujeto de derechos en NNA.

³ Que es desde donde figuran las mociones en las cuales ha participado la diputada Cristina Girardi en la página web de la cámara de diputados: https://www.camara.cl/camara/diputado_detalle.aspx?prmid=936

VII. MARCO METODOLÓGICO

1. Enfoque

El enfoque cualitativo se caracteriza por un entendimiento de la realidad social de una forma holística (Taylor y Bogdan, 1994 en Gómez, 2018), es decir como un todo integrado, complejo y dinámico (Martínez, 2006 en Gómez, 2018).

La investigación cualitativa asume la subjetividad de quien investiga como parte del proceso de investigación (Flick 2007 en Gómez, 2018), en tanto esta es sensible a aquello que es investigado (Taylor y Bodgan, 1994 en Gómez, 2018), asumiendo entonces que la investigación no es (y no puede ser objetiva), si no que se hace desde las propias distinciones y esquemas cognitivos y morales de quien investiga (Ibañez, 2006 en Gómez, 2018).

Utilizaré este enfoque ya que adhiero al paradigma cualitativo, negando la posibilidad de una investigación objetiva pretendida por la tradición positivista, y considero, que las herramientas que permite el análisis de discurso cualitativo son idóneas para la comprensión de temáticas complejas como lo es la medicalización de la infancia.

2. Material y Procedimiento

El estudio cualitativo de este trabajo se centró en el **Boletín N°11662-04** (ANEXO II), presentado el 5 de abril de 2018 en la Cámara de Diputados, en una discusión que buscaba modificar la ley 20.370 de la Ley General de Educación y el Decreto con Fuerza de Ley N°2 de 1998 de Educación, con el fin de prohibir el condicionamiento de la incorporación, asistencia y permanencia de lxs estudiantes escolares a que reciban medicación frente a diagnósticos de “trastornos de conducta”, el cual fue finalmente aprobado (con ciertas modificaciones) el 16 de mayo del 2019 (Página Web Cámara de Diputados, 2019).

El estudio se basó particularmente en los primeros 12 fundamentos (segmentos del texto), los cuales tienen un carácter argumentativo, y por lo tanto era más fácil desprender de ellos la postura discursiva del texto, por la misma razón no se recurrió a un análisis de la modificación legal en sí, ya que esta, por lo menos en primera instancia se limitaba a una modificación técnica que no permitía mucha discusión.

Este documento es relevante ya que presenta un texto argumentativo que busca convencer a lxs diputadxs de la necesidad de modificar la ley y, por tanto, da pautas de cuáles podrían ser las posibles futuras modificaciones legales en la materia.

Por lo tanto, esta investigación se sostiene del análisis documental de fuentes secundarias de producción de información. El análisis cualitativo de documentos oficiales abre muchas nuevas fuentes de comprensión, en especial, por que permite abrir la discusión entre los los procesos de objetivación y las dimensiones subjetivas que envuelven las condiciones de su producción (Taylor y Bogdan, 1994, en Gómez, 2018).

3. Análisis del Discurso

La técnica elegida para este trabajo fue el análisis crítico de discurso (ACD), particularmente siguiendo la línea metodológica de Jäger (2003).

Siguiendo a Sayago (2014) el análisis del discurso es tanto una perspectiva, como una metodología y una técnica de análisis. Si lo consideramos las primeras dos acepciones, implicaría asociarlo a una técnica de construcción y procesamiento de datos, entendidas generalmente como cualitativa, considerando todas las implicancias no sólo metodológicas, sino que también epistemológicas y éticas que conlleva este tipo de investigaciones (Previtali, 2013); el considerarlo dentro de la tercera acepción, acotando su definición a solo su arista metodológica, permitiría habilitar su asociación con diferentes metodologías, como lo sería la hermenéutica y el Análisis de Contenido (AC).

Entendiéndolo como técnica de análisis, es posible afirmar que, comparado con la hermenéutica y el AC, el AD es una técnica más sofisticada ya que permite *“relacionar la complejidad semiótica del discurso con las condiciones objetivas y subjetivas de producción, circulación y consumo de los mensajes.”* (Sayago, 2014).

Además de estas definiciones, el AD suele ser considerado también un campo de estudio, caracterizado por una heterogeneidad de corrientes y tradiciones que le van dando forma, existiendo formas tan distintas como la lingüista funcional anglosajona y el análisis crítico del discurso (Sayago, 2014).

4. Análisis Crítico del Discurso

El Análisis Crítico del Discurso (ACD), es un conjunto de disciplinas que se ocupan de analizar “el lenguaje como practica social” (Fairclough y Wodak, 1997 en Wodak, 2003), centrándose en su contexto, e intentando develar como las relaciones de dominación, poder y control se manifiestan a través del lenguaje, entendiéndolo, al igual que Habermas (1977 en Wodak, 2003), como un medio de dominación y fuerza social, que legitima el poder organizado y, por lo tanto, es en esencia ideológico. Para esto, es necesario teorizar y describir tanto los procesos y las estructuras sociales que dan lugar a la producción de un texto, como los sujetos históricos que interactúan con estos textos, creando su sentido (Fairclough y Kress, 1993 en Wodak, 2003).

Entonces todo ACD incluiría un análisis sobre los conceptos de poder, historia e ideología, ya que como señala Wodak (2003):

“(...) todo discurso es un objeto históricamente producido e interpretado, esto es, que se halla situado en el tiempo y en el espacio, y de que las estructuras de dominancia están legitimadas por las ideologías de grupos poderosos (...)” (pp. 19)

El ACD permitiría “desmitificar” los discursos, descifrando las ideologías que se encuentran detrás de estos, visibilizando los textos como áreas de combate entre distintos poderes, prestando atención además a la intertextualidad de los discursos, y como esta pueden recontextualizarlos (Wodak, 2003).

5. Caja de herramientas Analítico Discursiva de Jäger

Si bien no existe ninguna forma de obtención de datos característicos del ACD, Jäger genera un listado de aspectos cualitativos y cuantitativos a considerar en un análisis.

El ACD de Jäger (2003), tiene en su centro la analogía del discurso como una maraña de hilos, siendo su componente más básico la idea de “hilos discursivos”, que corresponden a “procesos discursivos temáticamente uniformes”, los cuales pueden ser separados analíticamente en “fragmentos discursivos”, que corresponden a partes del texto que abordan una temática. A su vez, los hilos discursivos se van enmarañando entre sí, generando “nudos discursivos”, puntos en los cuales dos o más temáticas se ven

relacionadas entre sí, lo cual puede ocurrir de forma ocasional (“nudos flojos”) o de una forma más constante.

Además de lo anterior, Jäger también considera las figuras de “acontecimientos discursivos”, sucesos históricos que influyen el discurso analizado; “planos discursivos”, posicionamientos desde los cuales los sujetos hablan; “postura discursiva”, ubicación ideológica de quienes hablan; “discurso societal global”, enmarañamiento complejo que tienen los subgrupos sociales a los cuales pertenecen lxs hablantes; “historia, presente y futuro de los hilos discursivos”; cómo estos hilos van cambiando a través del tiempo, y cuáles son sus proyecciones.

Para llevar a cabo el proceso de análisis, Jäger propone una “Guía analítica para procesar el material” (ANEXO I), la cual propone los siguientes pasos a seguir:

- 1) Caracterización del discurso a analizar (tipo de medio, postura discursiva del medio)
- 2) Análisis fino de los fragmentos discursivos (Superficie textual, Medios retóricos utilizados)
- 3) Afirmaciones ideológicas basadas en el contenido (¿qué discursos subyacen al texto?)
- 4) Conclusión (Interpretación total del hilo discursivo analizado considerando lo anterior)

VIII. ANÁLISIS

A continuación, se presenta el proceso de análisis del documento. Este proceso se desglosa en 6 apartados: **Examen del Tema**, en el cual se generan categorías de oposiciones temáticas presentes en el texto; **Superficie Textual**, en el cual se describe la forma en la cual esta estructurada el texto; **Hilos Discursivos**, en el cual el texto es analizado a partir de sus ideas centrales; **Medios Retóricos**, en el cual se puntualizan las principales herramientas que el texto utiliza para buscar persuadir a sus lectorxs; **Afirmaciones Ideológicas**, en el cual se dan a conocer las nociones subyacentes que el texto tiene sobre los conceptos de sociedad, niñez/infancia y fármacos psiquiátricos; y, **Postura Discursiva del Documento**, en el cual se desglosa en su totalidad la postura que el texto busca defender.

1. Examen del Tema

El texto esta ordenado en base a 18 “fundamentos”, finalizando con una idea matriz del proyecto, y con las modificaciones propuestas a la Ley. Los primeros 12 fundamentos corresponden a fragmentos textuales discursivos, en los cuales se argumenta a favor de las modificaciones legales expuestas en los siguientes 6 fundamentos, los cuales tienen un carácter principalmente técnico, con el fin de prohibir el condicionamiento de la incorporación, asistencia y permanencia de lxs estudiantes escolares a que reciban medicación frente a diagnósticos de “trastornos de conducta”.

A partir de la revisión del material, se presenta el material de análisis. Los principales hilos temáticos al interior del texto serían los siguientes:

Exitismo/Inclusión

Esta categoría describe que el conflicto detrás de la medicación de los NNA con TDAH se sitúa en el sistema educativo y de éste como institución social que reproduce la tensión de valores entre existismo e inclusión.

- I) La sociedad actual, se basa en la idea de éxito individual, lo que fomenta la aplicación de pruebas estandarizadas, que serían perjudiciales para aquellxs estudiantes que no lograsen adaptarse al modelo.

- II) El TDAH es disruptivo, y por eso no se ajusta al modelo, además hay muchxs estudiantes por sala, así que limita la posibilidad del profesorado de atender las necesidades educativas especiales.
- III) Existe una sobrederivación de estudiantes a organismos de salud por parte de profesorxs, los cuales sugerirían la derivación a lxs apoderadx frente a cualquier conducta disruptiva.
- IV) Lxs profesorxs piden a los colegios “hacerse cargo” a las escuelas de lxs niñxs problematicxs, para poder cumplir con las exigencias que implica el modelo educativo, pero esto toma la forma de “externalización” de aquellxs niñxs.

Efectos en la Salud de los fármacos psiquiátricos (Costo/Beneficio)

Esta categoría construye las condiciones que hacen posible cuestionar las prácticas de medicación de NNA, poniendo en el centro el saber científico como garante de una crítica de los costos versus los beneficios obtenidos, es decir, cuestionando su eficiencia.

- I) Diversos estudios indican que: Los medicamentos estimulantes no mejoran el rendimiento, de hecho, se relacionarían con un empeoramiento de las funciones cognitivas y de memoria, y un aumento de la depresión; el metilfenidato disminuyen el potencial de aprendizaje.
- II) Además de metilfenidato, se receta risperidona y antiepilépticos, generando grandes daños en lxs niñxs.

Discurso Institucional/Realidad Material

Esta categoría presenta las contradicciones que existirían entre los parámetros internacionales para el diagnóstico y la utilización de fármacos psiquiátricos en NNA y como estos toman forma en Chile, denotando irregularidades en el contexto nacional.

- I) Organismos internacionales de salud desaconsejan en general el uso de fármacos psiquiátricos para el tratamiento de trastornos de la conducta en niñxs, y se oponen a la utilización de risperidona en este grupo etario, y al uso de metilfenidato en menores de 6 años. Lo anterior no es coherente con el aumento de importación de metilfenidato entre los años 2005 y 2016.
- II) Informes del ISP prueban que sí existe utilización de metilfenidato y risperidona en niñxs entre 3 y 17 años.

- III) Distintos apoderados han denunciado que: las escuelas envían a niños a psiquiatras y neurólogos con el fin de medicarlos y que los Test de Conners son aplicados por docentes y directivos. Esto implicaría que el sistema educativo funcionaría en cierta forma como una unidad de salud mental, lo cual vulneraría la integridad física y mental de los niños, esto a causa de los diversos problemas de salud asociados a los fármacos psiquiátricos.
- IV) En Chile el porcentaje de niños diagnosticados con TDAH es del 17%, superando ampliamente la tasa mundial señalada por la OMS de entre 4% y 5%.
- V) No existen evaluaciones de larga data en América Latina respecto a los efectos del metilfenidato en niños diagnosticados con TDAH.

Solución Individual/Problemática Social

Esta categoría presenta la tensión entre el abordaje individual (medicación) y social de la no adaptación de niños al sistema escolar.

- I) La medicación sitúa el problema en los niños y la solución en los fármacos, desconociendo variables culturales y pedagógicas. El TDAH es un diagnóstico paraguas que encubre diferentes situaciones personales, familiares y sociales de los niños que no se logran adaptar al sistema escolar, como la pobreza.

Contexto Legal

Esta categoría expresa como la legislación vigente afecta en la problemática de la medicación psiquiátricas de NNA en contexto escolar, tanto fomentándola mediante la Ley de Subsidios, disminuyéndolas con modificaciones legales anteriores, como eventualmente corrigiéndola mediante esta propuesta de ley.

- I) Existió un fuerte aumento en la cantidad de niños diagnosticados luego de la modificación de la subvención por *Necesidad educativa especial*, y se especula que esto puede estar vinculado a la búsqueda de los establecimientos por conseguir aquella subvención.
- II) Es necesaria una modificación legal. Leyes previas han implicado una mejora, pero es necesario seguir avanzando en esa misma línea.

2. Superficie textual

En cuanto a los fundamentos, estos corresponden a 18 fragmentos discursivos, de diversa extensión, presentando todos ellos más de una idea central: dos de ellos (4 y 8) presentan tablas; dos de ellos (7 y 9) largas citas a investigaciones científicas, presentadas en cursiva; tres de ellas (3,5,15) a breves citas a documentos institucionales (OMS, ISP, Ley 21.040), presentadas entre comillas. De estos fundamentos el 9, no se encuentra legible en su totalidad, y comienza desde la mitad de la presentación de los resultados de un estudio.

Los primeros dos fundamentos, presentan análisis del panorama social y educativo actual. No existen citas, y se entiende que es la postura de quienes redactaron el documento.

El fundamento 3 presenta algunas citas cortas de la guía mhGAP de la ONU.

En los fundamentos 4, 5, 7, 9 (lo que se puede leer de él) y 11 empiezan a aparecer un gran número de referencias a estudios científicos nacionales e internacionales, y a postulados de organismos nacionales e internacionales de salud.

Los fundamentos 6, 8 y 10, hacen referencias a casos particulares de denuncia, o irregularidades que avalan lo señalado en otros fundamentos.

Este fundamento 8 contiene dos tablas:

- La primera expresa cómo se distribuyen los diagnósticos entre lxs 542 niñxs usuarixs de este COSAM, llama la atención que la mayoría de los casos no estarían asociados a TDAH (29,15%), si no que a trastornos emocionales (69,18%), sin embargo, no se hace alusión a esto. Además, existe un error en la tabla, donde en lugar de decir que son 158 lxs niñxs diagnosticadxs (como expresa más arriba), serían 542, lo cual no tienen sentido ya que ese es el total de la muestra.
- La segunda tabla, muestra la distribución por edad y sexo de lxs niñxs diagnosticadxs. Llama la atención que los cohortes etarios utilizados en la tabla (1 a 6, 7 a 12 y 13 a 17) no son los mismos utilizados en el párrafo anterior (7 a 14 y 10 a 11).

El fundamento 12, presenta una pequeña conclusión de la información expuesta, referida a la necesidad de legislar al respecto.

Los fundamentos 13, 14, 15, 16, 17 y 18 hacen referencias a las legislaciones asociadas al nuevo proyecto de ley, y a la modificación que haría esta en la legislación actual.

3. Hilos discursivos (Fundamentos 1 al 12)

Los hilos discursivos corresponden a “procesos discursivos temáticamente uniformes”, compuestos por “fragmentos discursivos” (partes de textos que abordan una idea en particular), que van enmarañándose entre sí para producir textos, donde unos temas y otros se van vinculando entre sí, mediante referencias (“nudos ocasionales”) o bien enredándose entre si de forma a primera vista indistinguible (Jäger, 2003).

En este apartado, propongo desenmarañar los hilos que conforman el texto de los primeros 12 fundamentos del **Boletín N°11662-04**, logrando diferenciar 7 hilos discursivos: **El modelo educativo; Incumplimiento de Protocolos; Presión por parte de las Escuelas; Cuestionamiento de los Efectos de los Fármacos; Sobrediagnóstico, Sobrederivación y Sobremedicación; Fármacos como Solución Insuficiente;** y, por último, **Necesidad de la “Ley Ritalín”**.

El Modelo Educativo

El fundamento 1 explicita una visión sobre la sociedad actual, la cual es caracterizada por el “*exitismo*”, traducándose en el sistema educativo mediante la aplicación de pruebas estandarizadas. Este exitismo individualista funcionaria en “*desmedro de la diversidad*” humana, y la solidaridad, impidiendo la generación de “*una educación que apunte a la plenitud e integralidad de la persona humana en pos de su realización y felicidad.*”

El fundamento 2 se conecta con el anterior señalando que en “*este contexto resulta necesario tener estudiantes dóciles y que en definitiva no sean disruptivos con el sistema*”, señalando que una posible forma de disrupción sería el TDAH. En este apartado se presenta además una crítica al “*incentivo perverso que implica el actual sistema de subvención escolar*”, el cuál obligaría a tener más estudiantes por sala, dificultando entonces que lxs docentes puedan “*atender las necesidades educativas particulares*”.

En el fundamento 9, aporta a la construcción de este relato de la realidad actual de las escuelas citando un estudio el cual se señala, como el problema de la medicalización de NNA en las escuelas se da en un contexto donde ha existido un cambio radical en la composición de su estudiantado, y donde estas se ven sometidas a grandes exigencias tales como *“subir puntajes SIMCE en tiempos determinados; mostrar indicadores de efectividad para subir de escuela “emergente” a “autónoma”; subir matrícula que ha decaído durante los últimos cinco años en las escuelas municipales del país, para evitar la fusión de escuelas”*⁴.

Incumplimiento de Protocolos

El fundamento 3, plantea que la Guía mhGAP de la OMS establece que en el caso de trastornos de la conducta *“existen diversas acciones que deben ser implementadas previas a la medicación”* las cuales corresponderían con diversos apoyos psicosociales, y que además desaconseja su utilización en trastornos de la conducta de NNA y señala que *“no se debe suministrar metilfenidato a menores de 6 años”*⁵, y que *“la risperidona no está ni siquiera considerada como alternativa terapéutica para estos trastornos”*.

Luego de esto, el fundamento 4 continúa poniendo en duda el cumplimiento de estos protocolos a nivel nacional, señalando que según informa el director del ISP, en la última década ha aumentado la importación de metilfenidato, y señalando que *“si ha aumentado la importación de la sustancia existen quienes son sus usuarios finales”*, y ese aumento en la cantidad de usuarios finales es calificada como *“grave”*.

El fundamento 5 continúa el planteamiento del fundamento 4 señalando que, según un informe del ISP, se han reportado efectos adversos asociados a la risperidona en algunos pacientes entre 2 y 19 años, concluyendo que *“es un contrasentido que se hayan reportado efectos adversos”* en este rango etario, si la risperidona no debiese, según el mismo informe, ser prescrita a menores de 13 años.

Por otro lado, en el fundamento 6, se crítica que los docentes y directivos sean quienes apliquen los Test de Conners Abreviados a los estudiantes, transformando *“el sistema educativo en una unidad de salud mental”*, incumpliendo con el cuidado de *“la integridad física y mental de los educandos”*.

⁴ Cita directa de aquél estudio.

⁵ Esto es una cita directa de la guía mhGAP.

Presión por parte de las escuelas

El fundamento 6 señala que el proyecto de ley presentado no hace más *“que recoger las múltiples expresiones de preocupación que, en trabajo en terreno, hemos recibido de padres y apoderados, referentes a “exigencias” de las escuelas de llevar a los niños a especialistas Neurólogos o Psiquiatras con el fin encubierto de medicarlos”*, lo cual es entendido como una *“evidencia empírica”* de la problemática de las presiones que ejercerían las escuelas a las familias de estudiantes diagnosticadxs con TDAH, lo cual además contaría con el antecedente judicial en un fallo de un juzgado de letras contra un colegio por condicionar la matrícula de uno de sus estudiantes a la adscripción al tratamiento farmacológico.

Cuestionamiento a los Efectos de los Fármacos Psiquiátricos

El fundamento 6 señala una serie de problemas de salud asociados al *“uso abusivo de fármacos psiquiátricos”* en NNA, los cuales *“vienen descrito en los mismos prospectos de los fármacos”*, tales como, *“ideación suicida, somnolencia, distonías, anorexia, aumento de peso, síndrome neuroléptico maligno y trastornos cardíacos”*.

El fundamento 7 presenta una serie de estudios que también ponen en duda el beneficio que implica el consumo de fármacos psiquiátricos en NNA diagnosticadxs con TDAH, señalando que estos concluyeron que: el tratamiento farmacológico *“no mejoró significativamente el rendimiento y conducta, que por el contrario se relacionó con un empeoramiento de las funciones cognitivas y de memoria y un aumento de la depresión en especial en el caso de las niñas”*; el uso prolongado de estimulantes *“daña las funciones de aprendizaje”*; que el metilfenidato *“inhibe la potenciación de larga duración, por lo tanto, la persona llega a aprender menos”*.

El fundamento 9 por su lado señala que, según la Biblioteca Médica de EEUU, la risperidona y otros antidepresivos, tienen graves efectos secundarios, como la anorexia o el aumento de peso, retraso del crecimiento, ideación suicida y alucinaciones, y también señala que los antiepilépticos utilizados como inhibidores de la conducta hiperactiva en niños no epilépticos ni con daño neurológico producen severos efectos secundarios.

Sobrediagnóstico, Sobrederivación y Sobremedicación

El fundamento 7 señala que los índices mundiales de NNA con TDAH estarían entre el 4% y el 5%, mientras que en Chile se encontraría en un 17%, y según los registros del MINEDUC, la cantidad de niños diagnosticados con TDAH se duplicó entre el 2011 y 2014, lo cual coincidió con la inclusión del año 2010 de TDAH a la Ley de Subvención por Necesidad Educativa Especial, generando *“hipotéticamente” “un aumento inflado de este trastorno”*.

Luego de esto, el fundamento 7 señala que un estudio de la Universidad de Chile concluyó que los profesionales de educación son quienes tienen una mayor percepción de prevalencia de TDAH, *“llegando a considerar que el 70% de los alumnos de sus clases sufrirían de TDAH”*⁶. Por esto estos tienden a derivar masivamente a niños al sistema de salud público, lo cual es considerado por el servicio de salud como una *“sobrederivación”* cuestionable, donde cualquier conducta disruptiva es considerada como TDAH.

En esta línea, el fundamento 7 también señala que de los más de 78 mil usuarios menores de 16 años que ingresaron a servicios de salud pública en el área de salud mental a raíz de los diagnósticos de Trastorno Hiperactivo, Trastorno Disocial, Trastorno de Ansiedad de separación (1568), Trastorno del Comportamiento, Trastorno de Ansiedad, Trastorno Generalizado del Desarrollo, *“el 90% se encuentra medicado”*, aclarando además que esta representaría solo una parte de la sobrederivación ya que *“muchos padres optan por acudir al Neurólogo particular para no perder la matrícula de su hijo o hija”*, y finalizando con que pese a que no se puede tener la imagen completa, *“es posible visualizar que el porcentaje de prevalencia siempre es mayor al que plantea la OMS del 5%”*.

El fundamento 8, baja esta realidad al contexto particular del COSAM de Lo Prado, donde de 542 niños usuarios, casi el 30% tenían el diagnóstico de TDAH.

En el fundamento 9, se hace referencia a un estudio en el cual señala que el *“sobrediagnóstico”* de niños con TDAH, estaría motivado por profesores que por distintas razones (como la sobre exigencia en sus trabajos) exigirían a las escuelas *“hacerse cargo”* de estos niños, lo cual *“implicaría la derivación al servicio de salud, para recibir*

⁶ Cita directa de aquél estudio.

diagnóstico y con ello, **tratamiento farmacológico** que permitiera al niño rendir acorde a lo que espera –y se le exige- al profesor”⁷.

Esta externalización de lxs niñxs problematixs, señala otro estudio también en el fundamento 9, presenta también un problema en la búsqueda de “una educación de calidad con equidad”⁸, señalando que “un sistema educativo de calidad debiera ofrecer oportunidades de aprendizaje para todos los alumnos, considerando sus diferencias y atendiendo a ellas a través de la planificación de estrategias metodológicas diversas, y no excluyendo a estos alumnos de las posibilidades de aprendizaje en el aula”⁹.

El fundamento 10 ofrece un ejemplo concreto de sobrediagnóstico y sobre medicación, señalando que el año 2010, Cristina Girardi presento denuncia al COSAM de Cerro Navia al Ministerio de Salud por el uso de Risperidona en niñxs de 7 años. En ese caso el psiquiatra a cargo justificó el uso de Risperidona y otros antidepresivos en niñxs, y se observó que estos habían sido utilizados no como último recurso, si no que en conjunto que con otras terapias. Además, en uno de los casos, uno de lxs niñxs correspondía a el hijo de una persona privada de libertad, lo cual explicaría su “mala conducta”, sin necesidad de estar asociada a trastornos o enfermedades.

Esto se podría entender desde lo señalado en el fundamento 11, en cuál se hace una referencia a una tesis de la Universidad de Chile, donde se señala que los diagnósticos realizados en los consultorios en Chile son ejecutados de forma extremadamente rápida y sin un mayor conocimiento de exámenes médicos y de laboratorio (por razones económicas), y no consideran las características escolares y sociales de cada niñx.

Fármacos como Solución Insuficiente

El fundamento 9 refiere a un estudio en el cual se señala que aunque existen actorxs que reconocen elementos culturales y pedagógicos que influyen en las conductas problemáticas de medicalización de lxs NNA, dentro de los cuales se ejemplifican, “la necesidad de controlar el comportamiento en una sociedad altamente exigente y orientada al éxito”¹⁰ y “la necesidad de diagnosticar a los niños con dificultades de aprendizaje y con problemas de conducta, para “sacarlos del aula” y poder así cumplir con

⁷ Cita directa de aquél estudio.

⁸ Cita directa de aquél estudio.

⁹ Cita directa de aquél estudio.

¹⁰ Cita directa de aquél estudio.

*las exigencias asociadas a las pruebas estandarizadas*¹¹, estos discursos no logran tener la fuerza *“para subvertir el discurso hegemónico”*¹², el cual posiciona el problema en lxs niñxs, y la solución en los fármacos.

El fundamento 9 además señalaría que este mismo estudio plantea que el TDAH *“vendría a constituir una suerte de “diagnóstico paraguas” que, en ocasiones, encubriría muchas otras situaciones personales, familiares y sociales, entre ellas, la pobreza”*¹³.

En este fundamento se plantea que el sistema sitúa a niñxs con *“problemas socio familiares”* como niñxs con *“problemas neurológicos”*, señalando que *“la situación de pobreza, de falta de recursos, de falta de medios de desarrollo se transforma en un problema de normas, de conducta, de emociones, eliminando el factor social y familiar.”*, y en este contexto, como señala el estudio anterior, *“el tratamiento médico se presenta entonces como “la solución” para todo aquello”*¹⁴. El medicamento entonces, como señala la cita de otro estudio, invisibilizaría las *“deficiencias”* de lxs niñxs manteniéndolas fuera de la escuela, ya que haría que estxs se vuelvan más atentxs, y menos disruptivxs.

Y como señala un psiquiatra entrevistado en este estudio, *“Quizá si tuviéramos una condición ambiental distinta: un colegio más pequeñito, mucho más personalizado, con mucho apoyo pedagógico complementario al profesor, o psicopedagógico, psicológico, el niño podría ser manejado como un niño diferente, con alguna dificultad, adecuando su exigencia y su programa, y no necesariamente usar fármacos; pero esa es una condición que es muy difícil de encontrar”*¹⁵.

El fundamento 11, señala que, según una tesis de la Universidad de Chile, el tratamiento farmacológico aumento unas 20 veces en los últimos 30 años, y que estos tratamientos son insuficientes para niñxs con el diagnóstico de TDAH, proponiendo como superiores los tratamientos multimodales, que los exclusivamente farmacológicos.

Necesidad de la “Ley Ritalín”

En el fundamento 12 se señala que, si bien no hay estudios sobre la cantidad de niñxs sobre diagnosticadxs con TDAH, siguiendo cifras del ISP, testimonios de apoderadxs y la literatura

¹¹ Cita directa de aquél estudio.

¹² Cita directa de aquél estudio.

¹³ Cita directa de aquél estudio.

¹⁴ Cita directa de aquél estudio.

¹⁵ Cita directa de aquél estudio.

ya señalada, *“podemos INFERIR Y AFIRMAR que estamos frente a una realidad que hasta ahora ha sido mal abordada y que requiere adecuaciones legales a la normativa educativa, para no seguir perjudicando a nuestros niños y niñas en edad escolar particularmente”*.

Cierre

El desenmarañamiento de estos hilos permite entender cómo se va configurando el discurso presente en el boletín, donde se va pintando una imagen de una sociedad y un modelo educativo que es castigador con aquellxs que no se logran ajustar; donde los diagnósticos, derivaciones y medicaciones son repartidos entre NNA sin consideración de los adecuados protocolos a seguir, ni de si estos solucionan realmente la problemática entre manos, terminando por ejercer un daño sobre lxs NNA que la “Ley Ritalín” vendría a corregir.

4. Medios Retóricos

Desde el ACD se parte de la base que los textos expresan las ideologías de sus redactores, y una de las formas en las que estas se expresan es mediante las utilidades de medios retóricos que acentúan y potencian ciertas ideas y que debilitan otras, esto se lograría mediante: la utilización de figuras literarias; la polarización de ciertas ideas; planteando implícitamente alguna postura; utilizando ciertas formas sintácticas en específico; entre otras (Astorga, 2015).

Argumento de Autoridad

A lo largo del boletín, existe una fuerte utilización de la argumentación por autoridad, mediante la utilización de estudios y proclamaciones institucionales, construye un discurso de verdad donde los fármacos aparecen como negativos o ineficientes en el abordaje de la problemática de las conductas disruptivas en el aula y de la no adaptación de algunxs NNA al modelo educativo. Durante estas proclamas, se utilizan oraciones pasivas, inclusive citas textuales, que generan la idea de que lo propuesto no es si no la opinión de expertxs, y, por lo tanto, verdadero.

Al presentar estos estudios, existe una preocupación por presentar aquella información que potencia la credibilidad de los estudios utilizando los nombres de las universidades en las cuales trabajan lxs investigadorxs responsables.

“El año 2013 se publicó el Estudio denominado “Los medicamentos estimulantes mejoran los resultados educativos y conductuales en los niños con Hiperactividad con déficit atencional?”, realizado por tres investigadores de las Universidades de Princeton, Cornell y Toronto...”

“En Chile los doctores Marc Zeise y Bernardo Morales del Laboratorio de Neurociencias de la USACH...”

Inclusive se llega a utilizar una metonimia, donde en lugar de hacer una referencia a quienes realizaron el estudio, se hace referencia únicamente a la universidad de la cuál estxs hacían parte.

“En un estudio realizado por la Universidad de Chile se indica...”

Además de esto, y en la misma línea, son presentadas una gran cantidad de estadísticas, que no solo expresan la problemática, si no que además dan espacio a la construcción de una sensación de gravedad, en especial cuando estas se reúnen con expresiones subjetivas que guían al/la lectorx sobre cómo interpretar estas estadísticas.

*“ (A raíz de las cifras de importación de metilfenidato del ISP) Resulta evidente que si ha aumentado la importación de la sustancia existen quienes son sus usuarios finales y ese aumento **a nuestro juicio es grave**“*

*“En los registros del MINEDUC, en las Necesidades educativas transitorias donde se encuentran el déficit atencional y algunos problemas de aprendizaje leves el registro ha aumentado de 77 mil el año 2011 a 192 mil el año 2014, siendo el aumento **alarmante**”*

“Si bien la OMS señala que entre el 4% y el 5% de los niños presenta TDHA, en Chile alcanzaría al 17%. Durante el año 2015 se registraron 78.891 ingresos de atención en los Servicios Públicos de Salud en niños entre 0 y 16 años en los diagnósticos de Trastorno Hiperactivo (19.595), Trastorno Disocial (1629), Trastorno de Ansiedad de separación (1568), Trastorno del Comportamiento (42.833), Trastorno de Ansiedad (11.347), Trastorno Generalizado del Desarrollo (2019). El 90% de ellos se encuentra medicado.”

También en el boletín se presentan referencias a lo planteado por lxs apoderadxs de lxs NNA diagnosticadxs, denominando aquellos testimonios como “evidencia empírica”, utilizando aquel lenguaje técnico para equipararlos a las investigaciones académicas, y a

las estadísticas institucionales, y, por tanto, dándole un carácter de argumento por autoridad.

“(…) a partir de los testimonios de padres y apoderados (evidencia empírica), de las estadísticas oficiales que dan cuenta del aumento progresivo en la importación de las sustancias farmacológicas usadas para su tratamiento (oficios del ISP) y de la literatura constituida por los estudios precitados, podemos INFERIR y AFIRMAR (…)”

Polarización

A lo largo del boletín, se plantean muchos argumentos que buscan generar un enfrentamiento entre el contexto actual, el cual es descrito como negativo y dañino para los NNA, y el mejoramiento que implicaría la promulgación de la “Ley Ritalín”, esta polarización es lograda mediante la utilización de expresiones subjetivas, donde se va construyendo esta valoración.

“Vivimos en una sociedad donde el exitismo se ha vuelto un paradigma **indesmentible.**”

“No podemos dejar de mencionar que el exitismo en definitiva está íntimamente ligado con el individualismo que debilita el instinto gregario y la **necesaria** correspondencia de los seres humanos entre sí (…)”

“En este punto necesario es mencionar el incentivo **perverso** que implica el actual sistema de subvención escolar (…)”

Resulta particularmente importante en esta polarización, el fundamento 12, donde la utilización de los verbos “inferir y afirmar”, y particularmente la utilización de mayúsculas, genera la impresión de que lo expresado sería la única conclusión lógica de la información presentada a lo largo de todo el boletín.

“(…) a partir de los testimonios de padres y apoderados (evidencia empírica), de las estadísticas oficiales que dan cuenta del aumento progresivo en la importación de las sustancias farmacológicas usadas para su tratamiento (oficios del ISP) y de la literatura constituida por los estudios precitados, podemos INFERIR Y AFIRMAR que estamos frente a una realidad que hasta ahora ha sido mal abordada y que requiere adecuaciones legales a la normativa educativa, para no seguir perjudicando a nuestros niños y niñas en edad escolar particularmente.”

5. Afirmaciones Ideológicas

Las afirmaciones ideológicas dan cuenta de las nociones subyacentes se encuentran en el texto (Jäger, 2003), en este caso se explicitarán las afirmaciones ideológicas sobre los conceptos de sociedad, niñez/infancia y fármacos psiquiátricos, ya que el primero es atingente como contexto general, y el segundo y tercero, responden directamente a la pregunta de investigación.

a) ¿Qué visión de sociedad puede hallarse en la iniciativa?

En el primer fundamento hay una descripción explícita de la sociedad como una sociedad existista, la cual deja a un lado a aquellas personas que no se logren adaptar al modelo social (particularmente educativo).

Las escuelas requerirían de alumnxs dóciles que se ajusten al modelo, que no causen disrupciones dentro de las clases, como lo implicaría el TDAH, ya que lxs profesorxs quienes se verían sobrepasadx por las exigencias pedagógicas (muchxs estudiantes por sala y la necesidad de mostrar indicadores de efectividad mediante las pruebas estandarizadas) y no serían capaces de hacerse cargo de aquellxs niñxs que no se ajustarían de forma eficiente al modelo educativo (“niñxs problematicxs”), lo cual induciría que las problemáticas de estxs terminasen siendo abordadas de forma medica/farmacológica, y no educativa, exteriorizándolxs entonces del sistema educativo, e impidiendo la generación de una educación de calidad que considere la diversidad del estudiantado.

Esto sería aún más complejo, ya que los diagnósticos realizados en los consultorios serían realizados de forma rápida y sin considerar ni exámenes médicos ni de laboratorio, ni tampoco las características escolares y sociales de cada NNA.

b) ¿Qué visión de niñez/infancia puede hallarse en la iniciativa?

Se entiende que se hace una diferenciación entre aquellxs NNA que se lograrían adaptar al modelo educativo y aquellxs que no, estos últimos corresponderían a lxs “niñxs problemáticxs”, estxs NNA corresponderían a NNA con “problemas socio familiares”, los cuales inducirían a que estxs tuvieran conductas problemáticas en el aula, dificultando la realización de las clases, ya que no existiría la posibilidad de atender sus necesidades educativas particulares. Este abordaje, por cierto, desatiende que lxs NNA con

independencia del contexto extraescolar, puedan tener dificultades con el mismo proceder de la institución educativa, la que queda incuestionada.

Vale la pena destacar, que si bien existen referencias a problemáticas sociales (recogidos en el apartado anterior) en cuánto a la forma en la que el sistema educacional abordaría a lxs NNA que no se adaptan al modelo educativo, al referirse a estxs NNA, el discurso tiene un carácter psicologizante, haciendo referencias a las posibles situaciones familiares o sociales que lxs podrían estar afectando individualmente, no permitiéndoles que se adapten al modelo como sus compañerxs.

Por otro lado, no existe ninguna referencia en el texto a los discursos de lxs NNA sobre si mismxs, ni sobre sus procesxs, siempre apareciendo estxs como sujetos a ser resguardadxs por las instituciones.

La infancia es recogida en términos pasivos, como un sujeto de protección, y no como un sujeto de derecho, por lo cual lxs NNA no hay espacio para que estxs sean partícipes del proceso legal que buscaría resolver esta problemática.

c) ¿Qué visión de los fármacos psiquiátricos puede hallarse en la iniciativa?

En el texto se da a entender que existe una medicalización masiva de lxs NNA diagnosticadxs con TDAH, la cual existe pese a las recomendaciones internacionales de acotar su uso solo a casos particulares y dentro de segmentos etarios definidos.

Los fármacos psiquiátricos aparecen en el texto como un abordaje insuficiente para las problemáticas expresadas en los apartados anteriores (problemas sociales/sociofamiliares), que además tienen el efecto de individualizar estas problemáticas, y conllevan un grave riesgo de salud para lxs NNA que las consumen.

El consumo de fármacos psiquiátricos no sería en función del bienestar de lxs NNA, si no que para permitir que un sistema educativo precarizado funcione como se espera, permitiendo que lxs NNA diagnosticados rindieran según las exigencias que establece el sistema, “tapando” sus conductas disruptivas.

Además, el texto cuestiona inclusive la eficacia de los fármacos psiquiátricos en ese aspecto, presentando evidencia de que estos no mejoran ni el comportamiento ni la capacidad de aprender de lxs estudiantes, y que su utilización prolongada inclusive se vincularía a un daño en las funciones de aprendizaje.

Síntesis

En términos generales el texto dibuja la imagen de NNA que a causa de problemas sociofamiliares no logran adaptarse al modelo exitista del sistema escolar, y que lxs profesorxs y escuelas, quienes se ven sobrepasadx por las exigencias del modelo, no son capaces de responder de forma efectiva a las necesidades educativas de estxs estudiantes, recurriendo entonces al diagnóstico psiquiátrico y a la farmacologización con el fin de que estxs puedan rendir de la forma que se espera en clases.

Sin embargo, lxs fármacos psiquiátricos no serían capaces de cumplir aquella promesa, y resultarían ineficientes al momento de buscar modificar las conductas de estxs NNA, y que inclusive muchas veces los perjudicaría tanto en términos de salud (efectos secundarios) como en cuanto a su desempeño en la sala de clases.

6. Postura Discursiva del Documento

El texto presenta críticas en distintos niveles a la medicación psiquiátrica en las escuelas, pasando desde una crítica generalizada a cómo el ideario del exitismo social afectaría la educación, marginando a quienes no se logren adaptar a las exigencias del actual modelo educativo, a la relevación de los efectos dañinos de los medicamentos en lxs niñxs y levantando dudas sobre su eficacia para solucionar las problemáticas para las cuales serían recetadas, y a cómo estas serían completamente innecesarias en otros contextos educativos. La tesis principal del texto sería que existe un sobrediagnóstico de TDAH y una sobremedicación en el sistema escolar chileno, de forma más bien implícita, pero reiterativa, el texto además abordaría una crítica a la psiquiatría como solución a problemáticas que son definidas como educativas, e inclusive se podría señalar que gran parte de sus críticas, están vinculadas a la idea de la psiquiatría no cuenta con las herramientas para resolver esta problemática, porque no es una problemática que en sí le sea competente.

Si bien no existe ninguna referencia específica al neoliberalismo, o a la lógica mercantil que conlleva, existen diversas alusiones a problemas que se derivan del modelo económico, como el “incentivo perverso que implica el actual sistema de subvención escolar”, haciendo una posterior referencia a la modificación de la ley de subvención de las necesidades educativas especiales del 2010 (decreto 170); y elementos de la crisis del sistema de educación público, como la caída en la matrícula escolar que ha llevado a la

fusión de escuelas y la necesidad de mostrar indicadores de efectividad por parte de las escuelas y profesorxs (ejemplo Prueba SIMCE), lo cual se suma a la gran cantidad de estudiantes por sala, generando un contexto desfavorable para que estxs puedan atender a las necesidades educativas de todxs lxs estudiantes.

Existe un cuestionamiento a la forma en la que es diagnosticado el TDAH, tanto por el instrumento que se utiliza (Escala de Conners), como por problemáticas estructurales que llevarían a exteriorizar las necesidades educativas de lxs estudiantes y recurrir al sistema de salud. Se reconoce que el problema es social y no individual, y que a su vez es educativo y no médico. No se pone en duda el que lxs niñxs esten inquietxs y que eso efectivamente genere una disrupción del aula de clases, pero existe un cuestionamiento a la solución psiquiátrica que se le otorga a esta problemática, planteando que esta solo acalla una realidad que probablemente nos hable de otras problemáticas más de fondo.

El abordaje médico y farmacológico de esta problemática, no solo implicaría entonces una solución ineficiente, si no que también un daño a lxs NNA, el cual debe ser detenido, y es por esto que se propone esta modificación a la ley.

IX. DISCUSIÓN

Es importante entender que toda esta problemática emerge en un contexto particular signado bajo la “crisis del modelo educativo chileno” (Assaél et al, 2015), que ofreciéndose de forma implícita a través del texto, se sugiere como línea de interpretación como consecuencia de la aplicación de una serie de mecanismos de estandarización y rendición de cuentas basados en la lógica mercantil, produciendo una pérdida del sentido de la educación y una sensación de falta de pertinencia de la educación, y por lo tanto, una pérdida del interés, tanto en lxs docentes como en el estudiantado.

En este contexto neoliberal de la educación, lxs profesores, quienes, como señala el texto, se encontrarían en una situación precarizada, a causa del modelo subsidiario el cual amarraría el financiamiento de las escuelas a la cantidad de estudiantes. Lxs profesores entonces, no serían capaces de abordar las necesidades educativas de todos sus estudiantes (Noel y Sánchez, 2015), optando por exteriorizar a algunxs de estxs (quienes no se adaptan/lxs más disruptivxs) al sistema de salud.

Esto generaría un nudo crítico en el sistema educativo, donde por un lado, se hablaría de la necesidad de generar “educación de calidad con equidad”, pero por otro lado, esa educación resulta cada vez más alejada de la realidad. Las prácticas actuales de una educación basada en el rendimiento y en la competencia individual, junto con unas instituciones precarizadas económicamente, llevarían a que miles de niñxs sean diagnosticados de “trastornos” (Muniz, 2015), siendo ellxs quienes terminan siendo cargadxs con el mayor peso de esta crisis del sistema educativo.

Esta medicalización (Crawford apud Mitjavila, 1992 en Noel y Sánchez, 1995) de los problemas sociales/educativos, dificulta el abordaje de las problemáticas que existen dentro del sistema educativo, atribuyendo todo a lxs mismxs estudiantes, y no reconociendo lo que en el fondo serían problemáticas que tendrían su origen en el modelo neoliberal¹⁶ (Cerde, 2017). Y como es señalado a través del texto, esta medicalización, no solo no resolvería los problemas de fondo, si no que además dañaría a lxs NNA, lo cual es relevado a través de un señalamiento de los efectos adversos que tendrían los

¹⁶ Si bien no existe una referencia directa en el texto al “modelo neoliberal”, las problemáticas señaladas en el boletín están directamente relacionadas a otras que si son relacionadas con el modelo económico en el trabajo de Cerde (2017).

fármacos psiquiátricos en lxs NNA, además de diversos estudios que pondrían en duda los beneficios de su utilización.

La crítica a la medicación presentada en el texto seguiría una línea similar a lo planteado por Noel & Sánchez (2015), haciendo ambos referencia a la forma en la cual los fármacos psiquiátricos se presentan como una solución a la no adaptación de lxs niñxs al sistema educativo, generando el relato de la pastilla como la forma de alcanzar la infancia “ideal” según la mirada adulta, ideal que estaría plasmado, según Noel & Sánchez (2015) en las preguntas de la Escala de Conners Abreviada.

Lo anterior se relacionaría a lo planteado por Cerda (2017), quién al explicar el ejercicio biopolítico plantea que las vidas y los procesos subjetivos de las personas están atravesados por dispositivos de saber-poder, controlando y regulándolos en pos de la productividad y eficiencia, lo cual no distaría de la crítica presente en el texto de que lxs estudiantes son medicalizadxs para que estos rindan como el modelo educativo necesita que lo hagan, o en palabras de Muniz (2015), consumo pastillas para controlar lo que desborda las regulaciones.

Esto resonaría con la tesis de Bustelo (2007), quien plantearía que en la niñez y la adolescencia la “normatividad” es un deber, y, por otro lado, tendría un efecto inmunizante (Foucault 1996, en Cerda, 2017), separando los buenos de los malos elementos - quienes se adaptan al modelo vs. quienes son disruptivxs-, permitiendo operar sobre estos últimos, mediante la farmacologización de sus cuerpos.

Lo anterior tendría un efecto desubjetivante (Muniz, 2015), ya que implicaría que se reduce un problema de múltiples aristas a un diagnóstico cerrado de lo que le pasa al niñx, esta crítica también se encuentra presente en el texto al plantear que estas dificultades podrían tener un origen sociofamiliar siendo tratados únicamente desde la etiqueta psiquiátrica, dejando sin mayor cuestionamiento como el abordaje biomédico y farmacológico construye una lógica de psicopatologización de la niñez (Ribeiro, 2015), individualizando la problemática de la no adaptación de algunxs NNA al modelo educativo, y negando la responsabilidad social que existe en esta (Sánchez & Velázquez, 2015).

Desde lo que se desprende en el boletín, la base de los comportamientos de estxs NNA que no se adaptarían al modelo, se encontraría en sus situaciones sociofamiliares, situándose en la posición que, en la investigación de Reyes et al. (2019), es denominada

“ambivalencias en/de la medicación”, planteando las nociones de insuficiencia del tratamiento ya que este se situaría en un plano no médico (en el mito de origen/problemas sociofamiliares). Inclusive el objetivo de la iniciativa legal compartiría el ideario estratégico de esta posición, buscando aliviar la presión que implicaría el condicionamiento de matrículas de lxs NNA a la adherencia a un tratamiento farmacológico, y considerando aquello como una solución a la problemática, partiendo de la base que los fármacos son entregados por lxs cuidadorxs a lxs NNA a raíz de un análisis estratégico de los costos (posibles efectos adversos) y beneficios (poder conservar la matrícula en la escuela).

Sin embargo, en este boletín, a diferencia de la investigación de Reyes et al. (2019), nunca aparece alguna referencia al sentido que los propios sujetos afectadxs le otorgan a su experiencia, invisibilizando la voz que lxs NNA podrían tener sobre la temática, construyendo una argumentación desde un verticalismo adultocéntrico que le es forzada a lxs NNA (Ruhle en Cortés, 2009), negándoles la posibilidad a estxs de participar en un proceso que obviamente les influye, y sobre el cuál podrían aportar desde sus vivencias particulares. Esta no consideración de lxs NNA sobre procesos que lxs afectan principalmente a ellxs, aparece como una falencia al momento de intentar entender en profundidad los efectos de los procesos de diagnóstico y farmacologización en un nivel subjetivo (Sleator, Ullmann y von Neumann en Valverde et al, 2014), y en cuanto a su vida externa al contexto escolar, o inclusive, a aspectos del contexto escolar que van más allá del rendimiento en pruebas y del comportamiento en aula, como lo sería la vergüenza asociada a la estigmatización, como los efectos secundarios de las pastillas afectarían las relaciones de lxs NNA que consumen fármacos psiquiátricos con sus compañerxs.

A causa de lo anterior, es posible señalar que este texto se posiciona, no en un enfoque de derechos de la niñez - pese a que unx posible defensorx podría argumentar que se sitúa desde el “interés superior del niñx” – si no que en un enfoque más bien relacionado con la “doctrina de la situación irregular”, donde esta modificación legal corregiría un daño que hoy en día las instituciones están generando en lxs NNA.

Dos posibles líneas interpretativas que no fueron abordadas en el texto, son las señaladas por Hernández & Oliver (2015), quienes plantean que los cambios sociales que han existido en las últimas décadas han significado la creación de una nueva niñez más inquieta que la de generaciones anteriores, mientras las escuelas se han mantenido relativamente invariables; y por Donzelot (1979/2008), quien plantea cómo la relación disciplinaria (ejercicio de poder) sobre lxs niñxs, no es la misma a través de las clases

sociales, si no que tiene un carácter particular en cada una, siendo una de “libertad protegida” para lxs niñxs ricxs y de “libertad vigilada” para lxs niñxs pobres. La falta de estas líneas argumentativas adelgaza el peso de la crítica al sistema educativo, dejando de lado dos fuertes denuncias que calzarían de forma adecuada con las líneas argumentativas anteriores.

Por su lado, la propuesta legal, no hace más que buscar reducir el daño que implica el condicionar la matrícula escolar de lxs NNA a la adscripción a un tratamiento farmacológico, en lugar de proponer nuevas soluciones a una problemática que si existe la cual es la existencia de conductas disruptivas en las aulas de clases.

Inclusive en la versión final de la Ley 21.164¹⁷, la única aproximación a una posible solución a esta problemática sería la siguiente:

“Los establecimientos propiciarán iniciativas de apoyo biopsicosociales y de atención diferenciada, tanto en las actividades curriculares como extracurriculares, facilitando ambientes de aprendizaje que permitan atender las necesidades educativas especiales y, de este modo, promover el desarrollo de habilidades emocionales y sociales. Estas habilidades pueden ser introducidas, entre otras disciplinas o metodologías, por medio de prácticas deportivas o contemplativas, tales como meditación, yoga, mindfulness, taichi, danza o expresiones artísticas, destinadas tanto al favorecimiento del rendimiento académico, como al bienestar e integración de los y las estudiantes, en consideración a las diversas capacidades que posean y a la etapa del aprendizaje en que se encuentren.”

Esta aproximación, si bien a primera vista más completa que cualquier cosa señalada en el Boletín N°11662-04, presentaría una respuesta inespecífica para la problemática, y bien podría aparecer como una posible solución a cualquier tipo de problemática en el aula de clases.

¹⁷ La cual no fue trabajada en esta memoria de título.

X. CONCLUSIÓN

Este trabajo ha permitido abordar las posturas discursivas sobre niñez y medicalización de la infancia a partir de un documento legislativo que situándose en la crisis que viene produciendo la medicalización de NNA diagnosticados de TDAH, y cómo esta devela problemáticas más profundas tanto en la relación entre el sistema educativo, el modelo biomédico y lxs NNA.

El ACD permitió describir y analizar los hilos discursivos asociados a la niñez y a la medicalización de la infancia en la “Ley Ritalín”, permitiendo generar reflexiones en cuánto a las consecuencias discursivas de esta ley en el abordaje de la condición de sujeto de derechos de NNA en Chile.

El análisis de este cuerpo legal permitió dar cuenta de lo que hoy es posible visibilizar y reconocer como vulneraciones de NNA en el actual contexto escolar, pero también nos muestra cómo éste aborda de forma insuficiente la problemática, dejando fuera elementos claves en el entendimiento de la problemática como el padecimiento subjetivo asociado al consumo de fármacos, la biomedicalización de la sociedad, la crisis generalizada del sistema educativo, entre otros.

La psicología como disciplina tiene mucho que aportar en esta discusión, en especial, al señalar la importancia de la participación de lxs mismxs NNA en el proceso legislativo, capaz de posicionarse respecto a los procesos institucionales que lxs afectan; además de aportar a la construcción de una mirada integral que pueda visibilizar las tensiones entre las prácticas escolares, biomédicas y psicosociales, apuntando a la generación de un pensamiento crítico que problematice los aspectos y efectos represivos que estas tienen en lxs NNA en particular, y en la sociedad en su conjunto.

XI. REFERENCIAS

- Albert, C. & Sepúlveda, N. (2016), El uso y abuso de psicofármacos en los hogares del Sename, *Ciper*. Recuperado de <https://ciperchile.cl/2016/04/28/el-uso-y-abuso-de-psicofarmacos-en-los-hogares-del-sename/>
- Arensburg S., Haye A., Jeanneret F., Sandoval J., & Reyes M. (2012), De la subjetividad del objeto a la subjetivación de la investigación: Prácticas de investigación social en Chile, *Revista Teoría y crítica de la psicología*, ISBN: ISSN: 2116-3480, España, pp. 116-145, español.
- Assael, J., Cornejo, R., Albornoz, N., Etcheberrigaray, G., Hidalgo, F., Ligueño, S., Palacios, D. (2015), La crisis del modelo educativo mercantil chileno: Un complejo escenario, *Revista Currículo sem Fronteiras*, Vol. 15(2), Brasil, pp. 334 – 345, español.
- Breggin, P. (2014), The Rights of Children and Parents in Regard to Children Receiving Psychiatric Diagnoses and Drugs, *Revista Children & Society*, Vol. 28, EEUU, pp. 231 – 241, inglés, DOI: 10.1111/chso.12049
- Bustelo, E. (2007), *El recreo de la infancia. Argumentos para otros comienzos*, Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- Callaghan, J., Andenaes, A. & Macleod, C. (2015), Deconstructing Development Psychology 20 years on: Reflections, Implications and empirical work, *Feminism & Psychology*, Vol. 25(3), pp. 255 – 265, inglés, DOI: 10.1177/0959353515583702.
- Cámara aprobó proyecto que prohíbe condicionar a alumnos al consumo de Ritalín (2018, Octubre 9), *El Dínamo*. Recuperado de <https://www.eldinamo.com/educacion/2018/10/09/camara-aprobo-proyecto-que-prohíbe-condicionar-a-alumnos-al-consumo-de-ritalin/>
- Cea, J. (2017), Día de la salud mental: Menos gasto público en psicofármacos, más participación desde la comunidad, *eIDesconcierto.cl*. Recuperado de <https://www.eldesconcierto.cl/new/2017/10/10/dia-de-la-salud-mental-menos-gasto-publico-en-psicofarmacos-mas-participacion-desde-la-comunidad/>.
- Cerda, M (2017), *Los nuevos rostros de la muerte: Análisis de los sentidos de los discursos de la muerte en los adultos mayores y en las prácticas del hospital geriátrico de Limache*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Escuela de Postgrado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Chile, Ministerio de Salud (2008), *Guía Clínica. Atención Integral de Niñas/Niños y Adolescentes con Trastorno Hipercinético/Trastorno de la Atención (THA)*, Santiago: Autores.

- Chile, Ministerio de Salud (2017), Plan Nacional de Salud Mental, Santiago: Autores.
- Cillero, M. (1998), El Interés Superior del Niño en el Marco de la Convención de los Derechos del Niño. Infancia, Ley y Democracia en América Latina, en Mendez y Beloff (Ed), *Infancia, ley y democracia en América Latina. Análisis crítico del panorama legislativo en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1990-1998)*, Santa Fe de Bogotá, Colombia: Editorial Temis/Desalma.
- Cipriani, A., Zhou, X., Del Giovane, C., Hetrick, S., Qin, B., Whittington, C. et al. (2016), Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis, *Revista The Lancet*, Vol. 388 (10047), Reino Unido, pp. 881 – 890, inglés, DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30385-3
- Contreras, M. (2007), Pare, Mire, Actúe. Un aporte para incorporar el enfoque de derechos de la niñez en la práctica social, Santiago, Chile: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF.
- Cortés, J. (2009, Noviembre), Por una Teoría Crítica de la Infancia, Trabajo presentado en el Coloquio de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
- Cristóforo, A. (2015), Niños inquietos – cuerpos desinvertidos, en Noel, M (Ed.), *Patologización de la infancia en Uruguay: Aportes críticos en clave interdisciplinar* (pp. 61 – 78), Buenos Aires, Argentina: Estudios Sociológicos Editora.
- De la Barra, F., Benjamín, V., Saldivia, S. & Melipillán, R. (2012), Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado Actual, *Revista Medica Clínica Las Condes*, 23(5), Santiago, pp. 521 – 529, español.
- Dentone, C, (2014), Medicación infantil, nueva arma de control de conducta en los colegios, *Diario Uchile*. Recuperado de <https://radio.uchile.cl/2014/10/11/medicacion-infantil-nueva-arma-de-control-de-conducta-en-los-colegios/>
- Diputados aprobaron proyecto que prohíbe condicionar a alumnos al consumo de Ritalín (2018, Octubre 10), *CNN Chile*. Recuperado de https://www.cnnchile.com/pais/diputados-aprobaron-proyecto-que-prohibe-condicionar-a-alumnos-al-consumo-de-medicamentos-contra-la-hiperactividad_20181010/
- Donzelot, J. (1979/2008), La policía de las familias. Familia, Sociedad y Poder. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Encina, E. (2010), ¿Déficit Atencional o Diagnóstico Comodín? Psicología, estatus de verdad y diagnóstico clínico: desde una Estética de Poder. Memoria para optar al Título de Psicólogo,

Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Faraone, S., Barcala, A., Bianchi, E., Torricelli, F. (2009), La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/ medicamentación en la infancia, *Revista Margen*, Vol. 54, Argentina, pp. 1 – 10, español.

Fin al “Ritalín para estudiar”: Fármacos dejaran de ser condicionante para recibir educación (2018, Septiembre 5), *Biobiochile.cl*. Recuperado de <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2018/09/05/fin-al-ritalin-para-estudiar-farmacos-dejaran-de-ser-condicionantes-para-recibir-educacion.shtml>

Gómez, S. (2018), Análisis Psicosocial del concepto de terrorismo de la Ley Antiterrorista chilena. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Hernández, M. & Oliver, L. (2015), Medicalización: una mirada desde la escuela, en Noel, M (Ed.), *Patologización de la infancia en Uruguay: Aportes críticos en clave interdisciplinar* (pp. 133 – 146), Buenos Aires, Argentina: Estudios Sociológicos Editora.

Íñiguez, L. (2003), La Psicología Social como Crítica: Continuismo, Estabilidad y Efervescencias. Tres Décadas después de la “Crisis”, *Revista Interamericana de Psicología*, Vol. 37(2), ISSN: 0034-9690, España, pp. 221 – 238, español.

Iriart, C. & Iglesias, L. (2012), Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad, *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação.*, Vol.16(43), Brasil, pp.1011 – 1023, español.

Jäger, S. (2003), Discurso y conocimiento: aspectos teóricos y metodológicos de la crítica del discurso y del análisis de dispositivos, en Wodak, R. & Meyer, M. (Eds.), *Métodos de Análisis Crítico del Discurso* (pp. 61 – 100), Barcelona, España: Gedisa Editorial.

Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti G., Ertem I., Omigbodun O. et al. (2011), Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action, *Revista The Lancet*, Vol. 378 (9801), Reino Unido, pp. 1115 – 1525, inglés, DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60827-1

“Ley Ritalín” pasa a tercer trámite en el Congreso (2019, Abril 24), *El Dínamo*. Recuperado de <https://www.eldinamo.cl/actualidad/2019/04/24/ley-ritalin-pasa-a-tercer-tramite-en-el-congreso/>

- Muniz, A. (2015), La dimensión compleja del sufrimiento en la infancia, en Noel, M (Ed.), *Patologización de la infancia en Uruguay: Aportes críticos en clave interdisciplinar* (pp. 19 – 28), Buenos Aires, Argentina: Estudios Sociológicos Editora.
- Noel, M., Sánchez, L. (2015), Etiquetas Infantiles, en Noel, M (Ed.), *Patologización de la infancia en Uruguay: Aportes críticos en clave interdisciplinar* (pp. 29 – 60), Buenos Aires, Argentina: Estudios Sociológicos Editora.
- Ozorco, M., Gamboa, F., Pavón-Cuellar, D., Huerta, A. (2013) Psicología crítica en México: realidades y posibilidades, *Revista Teoría y crítica de la psicología*, Vol. 3, México, ISSN: 2116-3480, pp. 146-171, español.
- Oyarzún, D., Castaldi, L., Ascorra, P., Dauvín, C., (2016, Julio), Trayectoria de la política de infancia y adolescencia en Chile: Hacia un sistema de protección y garantías. Ponencia presentada en el XXII Congreso Español de Sociología, Asturias, España.
- Pérez, C. (2012), Una nueva antipsiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico, Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Previtali, M. (2013). Encrucijadas ético-políticas en la construcción del conocimiento. Reflexiones a partir de una experiencia de investigación en una villa de Córdoba, en Paulín, H. & Nocetti, M. (Eds.), *Coloquios de Investigación Cualitativa. Desafíos en la investigación como relación social* (pp. 43 – 53), Córdoba, Argentina: Socialex.
- Ramos, C. (2016), La cara oculta del TDAH, *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, Vol. 6, ISSN: 1688-7026, Uruguay, pp. 226-253, español.
- Ribeiro, R. (2015), Patologización de la infancia cotidiana, *Revista Teoría y Crítica de la Psicología*, Vol. 5, ISSN: 2116-3480, México, pp. 148 – 156, español.
- Rodillo, E. (2015), Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes, *Revista Médica Clínica Las Condes*, Vol. 26(1), Chile, pp. 52 – 59, español. DOI: 10.1016/j.rmclc.2015.02.005
- Sayago, S. (2014), El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales, *Revista Cinta Moebio*, Vol. 49, Chile, pp. 1 – 10, español.
- Sanchez, L. & Velázquez, M. (2015), Educación no formal y procesos de medicalización. Desafíos en la intervención, en Noel, M (Ed.), *Patologización de la infancia en Uruguay: Aportes críticos en clave interdisciplinar* (pp. 125 – 132), Buenos Aires, Argentina: Estudios Sociológicos Editora.

Senado aprobó de forma unánime la “Ley Ritalín” (2019, Abril 24), *Radio Cooperativa*. Recuperado de <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/educacion/proyectos/senado-aprobo-de-forma-unanime-la-ley-ritalin/2019-04-24/095420.html>

Senado aprueba Ley Ritalín que impide a colegios exigir medicación a estudiantes con trastornos de conducta (2019, Abril 24), *eIDesconcierto.cl*. Recuperado de <https://www.eldesconcierto.cl/2019/04/24/senado-aprueba-ley-ritalin-colegios-exigir-medicacion-estudiantes-trastornos-conducta/>

Sharma, T., Guski, L., Freund, N. & Goetzshe, P. (2016), Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports, *Revista BMJ*, Vol. 352 (65), Reino Unido, inglés, DOI: 10.1136/bmj.i65

Reyes, P., Cottet, P., Jiménez, A., Jauregui, G. (2019), Repensando la medicalización: posiciones discursivas de niños y de sus cuidadores sobre el diagnóstico y tratamiento del TDAH en Chile, *Revista Saúde e Sociedade*, Vol. 3(1), Brasil, español, DOI: 10.1590/s0104-12902019181141

Ley Ritalín: Avanza proyecto que impide que colegios exijan terapias conductuales a sus alumnos (2019, Abril 24), *Tele13*. Recuperado de <https://www.t13.cl/noticia/politica/nacional/senado-aprobo-manera-unanime-ley-ritalin>

UNICEF (2014), Convención sobre los derechos del niño. Recuperado de <https://unicef.cl/web/convencion-sobre-los-derechos-del-nino/>

UNICEF (s.f.), Las preguntas más frecuentes. Recuperado de https://www.unicef.org/spanish/crc/index_30229.html

Valverde, M. & Inchauspe, J. (2014), Alcance y limitaciones del tratamiento farmacológico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y adolescentes y Guías de Práctica Clínica. Una revisión bibliográfica, *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 34(121), España, español, DOI: 10.4321/S0211-57352014000100004.

Vicente, B., Saldivia, S., Pihán, R. (2016), Prevalencias y brechas hoy; Salud mental mañana, *Revista Acta Bioethica*, 22(1), Chile, pp. 51 – 61, español

Wodak, R. (2003), De qué trata el análisis crítico del discurso (ACD). Resumen de su historia, sus conceptos fundamentales y sus desarrollos, en Wodak, R. & Meyer, M. (Eds.), *Métodos de Análisis Crítico del Discurso* (pp. 61 – 100), Barcelona, España: Gedisa Editorial.

XII. ANEXOS

Anexo I: Guía analítica para procesar el material (Jäger, 2003).

La siguiente lista incluye una sugerencia para el procedimiento analítico:

1. Procesado del material para el análisis de la estructura, por ejemplo, de la totalidad del hilo discursivo seleccionado en un periódico o revista.

1.1. *Caracterización general del periódico: ubicación política, número de lectores, tirada, etcétera.*

1.2. *Visión de conjunto de, por ejemplo, el medio en cuestión mediante el examen de todo un año del tema seleccionado.*

1.2.1. Lista de los artículos estudiados que resultan relevantes para el tema con las correspondientes especificaciones de los datos bibliográficos: breve reseña del tema; particularidades del tipo de texto periodístico, posibles peculiaridades; en el caso de semanarios o revistas, particularidades de la sección en la que aparece el artículo, etcétera.

1.2.2. Resumen del tema que aborda o que informa el periódico o la revista; evaluación cualitativa; sorprendente ausencia de determinados temas que hayan sido abordados en otros años por la publicación investigada; presentación, fecha y frecuencia de determinados temas con la intención de conectarlos con posibles acontecimientos discursivos.

1.2.3. Asignación de temas específicos a áreas temáticas (relacionadas con el hilo discursivo biopolítico, por ejemplo) de los siguientes subtemas: «enfermedad/salud», «nacimiento/ muerte», «muerte/moribundo», «dieta», «economía», «bioética/concepto de lo que es humano», así como a los posibles enmarañamientos de los hilos discursivos (por ejemplo: «economía», «fascismo», «ética/moral», etcétera).

1.3. *Resumen de 1.1. y 1.2.: determinación de la postura discursiva del periódico o de la revista en relación con el tema en cuestión.*

2. Procesado del material de la muestra de análisis fino de los fragmentos discursivos de un artículo o de una serie de artículos, etcétera; artículo (o artículos) que será (o serán) tan característicos de la postura discursiva del periódico como resulte posible.

2.1. *Marco institucional- «contexto».*

2.1.1. Justificación de la selección del (de los) artículo(s) (característico(s)).

2.1.2. Autor (función y significación que tiene para el periódico, áreas de información especiales que cubre, etcétera).

2.1.3. Motivo del artículo.

2.1.4. ¿En qué sección del periódico o de la revista aparece el artículo?

2.2. «Superficie» textual.

2.2.1. Diseño gráfico, incluyendo imágenes y gráficos.

2.2.2. Titulares, encabezamientos, entradillas.

2.2.3. Estructura del artículo en unidades de sentido.

2.2.4. Temas que aborda el artículo (fragmentos discursivos), (otros temas abordados de soslayo, superposiciones).

2.3. Medios retóricos.

2.3.1. Tipo y forma de la argumentación, estrategias argumentativas.

2.3.2. Lógica y composición.

2.3.3. Implicaciones e insinuaciones.

2.3.4. Simbolismo colectivo o «figuratividad», simbolismo, uso de metáforas, etcétera, tanto en el lenguaje utilizado como en los contextos gráficos (estadísticas, fotografías, imágenes, caricaturas, etcétera).

2.3.5. Giros idiomáticos, dichos populares, estereotipos.

2.3.6. Vocabulario y estilo.

2.3.7. Actores (personas, estructura pronominal).

2.3.8. Referencias: a la(s) ciencia(s), particularidades de las fuentes de conocimiento, etcétera.

2.4. Afirmaciones ideológicas basadas en el contenido.

2.4.1. ¿Qué noción subyacente de, por ejemplo, el ser humano, puede hallarse en el artículo, o transmite el artículo?

2.4.2. ¿Qué tipo de comprensión subyacente de, por ejemplo, la sociedad, puede hallarse en el artículo, o transmite el artículo?

2.4.3. ¿Qué tipo de comprensión subyacente de, por ejemplo, la tecnología, puede hallarse en el artículo, o transmite el artículo?

2.4.4. ¿Cuál es la perspectiva de futuro que establece el artículo?

2.5. Otras cuestiones llamativas,

2.6. Resumen: localización del artículo en el hilo discursivo (véase 1.3. más arriba); el *argumento», esto es la afirmación principal de todo el artículo; su «mensaje» general.

2.7. Para concluir: interpretación de la totalidad del hilo discursivo investigado con referencia al material procesado que se ha utilizado (estructura y análisis fino(s)).



Modifica la ley General de Educación y la ley sobre Subvención del Estado a establecimientos educacionales, en el sentido de prohibir que se condicione la permanencia de estudiantes al consumo de medicamentos para tratar trastornos de conducta

Boletín N°11662-04

De conformidad a lo dispuesto en los artículos 63 y 65 de la Constitución Política de la República, lo prevenido en la ley N° 18.918 Orgánica Constitucional del Congreso Nacional y lo establecido en el reglamento de la H. Cámara de Diputados y conforme los fundamentos que se reproducen a continuación vengo en presentar la siguiente moción.

FUNDAMENTOS:

1.- Vivimos en una sociedad donde el exitismo se ha vuelto un paradigma indesmentible. Manifestación de este paradigma en nuestros educandos es el sometimiento de los mismos a numerosas pruebas estandarizadas, es decir, a la necesidad de cuantificar y medir permanentemente la consecución de logros que estimamos como sociedad, los deseables. Sin embargo ello por cierto resulta en un desmedro de la diversidad, de la potenciación de valores y principios, en fin de una educación que apunte a la plenitud e integralidad de la persona humana en pos de su realización y felicidad.

No podemos dejar de mencionar que el exitismo en definitiva esta íntimamente ligado con el individualismo que debilita el instinto gregario y la necesaria correspondencia de los seres humanos entre sí, sea que solamente la conceptualicemos como una relación funcional o más allá como la solidaridad, entendida esta última como un valor.

2.- Es en este contexto que resulta necesario tener estudiantes dóciles y que en definitiva no sean disruptivos con el sistema. Una forma de disrupción resulta ser el "trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH), conforme su sigla en el "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", (DMS), elaborado por la American Psychiatric Association, compendio validado en los Estados Unidos de Norteamérica y que sirve de referente en el resto del mundo.

En este punto necesario es mencionar el incentivo perverso que implica el actual sistema de subvención escolar, basado en la asistencia y que obliga a tener más alumnos por sala, deteriorando así la capacidad de los docentes para atender las necesidades educativas particulares.

3.- Conforme la Guía de intervención mhGAP, para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada de la OMS (Organización Mundial de la Salud), se establecen expresamente, para los trastornos de la conducta, termino amplio que cubre por cierto los trastornos de déficit atencional y la hiperactividad, diversas acciones que deben ser implementadas previas a la medicación y que dicen relación con diversos apoyos sicosociales, que sería extenso reproducir. En todo caso, es categórico el informe en señalar que “no se debe suministrar metilfenidato a menores de 6 años” y además, establece como recomendación en general, “no use medicinas para los trastornos de conducta de niños y adolescentes”. Luego señala que el Metilfenidato puede considerarse para la hiperactividad bajo los supuestos que se señalan en el propio manual. Desde ya digamos que la Risperidona no está ni siquiera considerada como alternativa terapéutica en estos casos.

4.- Sin embargo tenemos como evidencia que en Chile conforme se nos ha informado por el Director del Instituto de Salud Pública (ISP), mediante ordinario 01216 de fecha 27 de Julio de 2017, desde el 2005 al 2017, (considerando que solo hasta el 2016 comprende todo el año calendario), el aumento de la importación de Metilfenidato ha experimentado el aumento que se muestra en la siguiente gráfica:

2017	94.083,131*	95,9
2016	441.877,074	450,2
2015	436.553,000	444,8
2014	325.285,000	331,4
2013	380.084,000	387,2
2012	338.403,000	344,8
2011	392.572,000	400,0
2010	223.973,000	228,2
2009	209.032,000	213,0
2008	149.807,000	152,6
2007	129.524,000	132,0
2006	95.471,000	97,3
2005	98.150,000	

Resulta evidente que si ha aumentado la importación de la sustancia existen quienes son sus usuarios finales y ese aumento a nuestro juicio es grave.

5.- En reciente informe del mismo ISP de fecha 26 de Diciembre del presente, remitido mediante ordinario N°02272 a esta diputada, e intitulado “ Uso de Metilfenidato y Risperidona en niños, niñas y adolescentes diagnosticados con trastorno de déficit atencional e hiperactividad”, llaman la atención algunos de sus párrafos, que reproduzco a continuación: “ la Risperidona... está indicada en pacientes adolescentes de entre 13 y 17 años y en adultos”; “ Se ha descrito además que la terapia en conjunto de Metilfenidato con Risperidona, incrementa la posibilidad de efectos adversos, como por ejemplo, las posibilidades de un paro cardíaco en niños”; “a nivel nacional se han reportado al instituto de salud pública 38 sospechas de reacciones adversas asociadas a Risperidona en niños, niñas y adolescentes entre 2 y 19 años de edad. Las reacciones adversa más comúnmente reportadas corresponden a trastornos neurológicos en primer lugar (25,7%)”; “en el caso del Metilfedinato, ya descrito, que presenta un alza en el mes de marzo, junto al inicio del periodo escolar, descendiendo en los periodos de vacaciones”. (pág. 15).

Necesario resulta concluir que, es un contrasentido que se hayan reportado efectos adversos, en el rango etario que se indica, si poco más arriba se afirma que solo esta prescrito para adolescentes sobre 13 años y por otro lado este estudio no hace más que reafirmar que efectivamente existen tales efectos adversos.

6.- Con este proyecto no hacemos más que recoger las múltiples expresiones de preocupación que, en trabajo en terreno, hemos recibido de padres y apoderados, referentes a “exigencias” de las escuelas de llevar a los niños a especialistas Neurólogos o Psiquiatras con el fin encubierto de medicarlos, lo que por cierto constituye una evidencia empírica, (incluso existe un fallo del 2º Juzgado de Letras de Quillota que condenó el 25 de Abril de 2015 a un colegio de la zona por imponer condicionalidad a un alumno por este motivo). Los Test de Connors abreviados que se aplican resaltan las acciones negativas de los niños y niñas no siendo los docentes o directivos quienes debiesen aplicarlos. Por cierto las normas educacionales deben salvaguardar la labor educativa y en ningún caso transformar el sistema educativo en una unidad de salud mental. La labor educativa debe centrarse en los modelos pedagógicos y psicopedagógicos correspondientes, salvaguardando la integridad física y mental de los educandos.

Se sabe asimismo que el uso abusivo de fármacos psiquiátricos en la infancia puede gatillar diversos problemas de salud que vienen descrito en los mismos prospectos de los fármacos que se le dan a niños pequeños y a adolescentes: ideación suicida, somnolencia, distonías, anorexia, aumento de peso, síndrome neuroléptico maligno y trastornos cardiacos.

7.- A este respecto existen diversos estudios, a saber:

El año 2013 se publicó el Estudio denominado “ Los medicamentos estimulantes mejoran los resultados educativos y conductuales en los niños con Hiperactividad con déficit atencional?”,

realizado por tres investigadores de las Universidades de Princeton, Cornell y Toronto y que revisó un seguimiento a 14 años del uso de estos medicamentos en escolares. El estudio encontró que su uso no mejoró significativamente el rendimiento y conducta, que por el contrario se relacionó con un empeoramiento de las funciones cognitivas y de memoria y un aumento de la depresión en especial en el caso de las niñas. También como en otros estudios se señala que su uso prolongado daña las funciones de aprendizaje. *NBER WORKING PAPER SERIES DO STIMULANT MEDICATIONS IMPROVE EDUCATIONAL AND BEHAVIORAL OUTCOMES FOR CHILDREN WITH ADHD? Janet Currie Mark Stabile Lauren E. Jones Working Paper 19105* <http://www.nber.org/papers/w19105> NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH 1050 Massachusetts Avenue Cambridge, MA 02138 June 2013

En Chile los doctores Marc Zeise y Bernardo Morales del Laboratorio de Neurociencias de la USACH, estudiaron a nivel celular y molecular los efectos del Metilfedinato (Ritalin o Aradix) en el funcionamiento cerebral constatando que a determinado nivel este fármaco inhibe la potenciación de larga duración por lo tanto la persona llega a aprender menos. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25997580>

En los registros del MINEDUC, en las Necesidades educativas transitorias donde se encuentran el déficit atencional y algunos problemas de aprendizaje leves el registro ha aumentado de 77 mil el año 2011 a 192 mil el año 2014, siendo el aumento alarmante. Una de las situaciones que cambió el año 2010 fue la entrada en vigencia del decreto que considero al TDAH causal de subvención por Necesidad Educativa Especial, por lo tanto hipotéticamente el estímulo de la subvención generó un aumento inflado de este trastorno. http://www.educacionespecial.mineduc.cl/index2.php?id_contenido=31566&id_portal=20&id_seccion=319

Si bien la OMS señala que entre el 4% y el 5% de los niños presenta TDHA, en Chile alcanzaría al 17%. Durante el año 2015 se registraron 78.891 ingresos de atención en los Servicios Públicos de Salud en niños entre 0 y 16 años en los diagnósticos de Trastorno Hiperactivo (19.595), Trastorno Disocial (1629), Trastorno de Ansiedad de separación (1568), Trastorno del Comportamiento (42.833), Trastorno de Ansiedad (11.347), Trastorno Generalizado del Desarrollo (2019). El 90% de ellos se encuentra medicado.

En un estudio realizado por la Universidad de Chile se indica: *“los profesionales de educación, son quienes manifiestan en mayor medida esta percepción de un altísimo nivel de prevalencia, llegando al punto de considerar que un 70% de los alumnos de su clase, sufre déficit atencional. En este sentido, la demanda de los profesores hacia el servicio de salud ha aumentado*

considerablemente, siendo la escuela la mayor fuente de derivación por THA, que tienen en APS. Por su parte, el servicio de salud cuestiona constantemente esta práctica que podríamos llamar de “sobrderivación” por parte de los profesores. El cuestionamiento se basa en el criterio con los cuales los docentes solicitan a los apoderados que lleven a sus hijos a los consultorios, ya ante cualquier conducta disruptiva, que les dificulta realizar la clase con normalidad debido al comportamiento del menor, consideran que tienen un problema de hiperactividad o déficit de atención.” *INFORME FINAL. PRESENCIA Y ABORDAJE DEL TRASTORNO HIPERCINÉTICO/TRASTORNO DE LA ATENCIÓN (THA) EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD Y EDUCACIÓN EN LAS COMUNAS DE LO PRADO Y QUINTA NORMAL” Convenio. Cámara de Diputados de Chile Universidad de Chile Investigadoras: Ps. Nicole Giese, Lic. Carla Bórquez, Ps. Belén Martínez*

Los servicios Públicos de Salud muestran solo una parte de la realidad de sobrderivación, ya que por causales de horas disponibles o cupos, los servicios como el COSAM atienden a solo una parte de los derivados. Muchos padres optan por acudir al Neurólogo particular para no perder la matrícula de su hijo o hija.

No obstante es posible visualizar que el porcentaje de prevalencia siempre es mayor al que plantea la OMS del 5%

8.- Caso específico COSAM comuna de Lo Prado

La muestra, compuesta por unos 542 casos, presenta un total de 158 usuarios con diagnóstico de THA, cifra que supone el 29,9615% del total de la muestra. La prevalencia de éste y del resto de diagnósticos se muestra en la siguiente tabla.

Diagnóstico	Número de niños	Prevalencia
Trastorno Hiperactivo	542	29,15%
Ansiedad	3	0,55%
Policonsumo	5	0,92%
Trastorno del desarrollo	1	0,18%
Trastorno emocional	375	69,18%

De entre los sujetos clasificados con tal diagnóstico, el 78,48% de ellos son varones, frente al 21,52% de casos que presenta el sexo opuesto. Con respecto a la edad, las cifras anteriores se

mantienen, presentando una mayoría del 70% los casos de varones con diagnóstico de THA. Las edades comprendidas entre los 7 y los 14 años son las que muestran un número mayor de casos, especialmente los 10 y los 11 años, cifras que coinciden, cada una de ellas, con un 15% aproximadamente del total de casos de todas las edades.

Rango de edad	Niños	Niñas	Nº de niños	Total
De 1 a 6 años	71,42%	28,58%	7	4,43%
De 7 a 12 años	77,6%	22,4%	125	79,11%
De 13 a 17 años	84,62%	15,38%	26	16,45%

y se constituye como un discurso hegemónico que sitúa el problema en el niño, y la solución, en el fármaco. Aun cuando algunos actores tanto desde el ámbito de la salud como de educación reconocen elementos culturales—como la necesidad de controlar el comportamiento en una sociedad altamente exigente y orientada al éxito- y pedagógicos —como la necesidad de diagnosticar a los niños con dificultades de aprendizaje y con problemas de conducta, para “sacarlos del aula” y poder así cumplir con las exigencias asociadas a las pruebas estandarizadas— la fuerza de estas fisuras en el discurso no son suficientes como para subvertir el discurso hegemónico.” Agrega “Los resultados de este estudio permiten afirmar que el TDA se constituye en el imaginario social como un diagnóstico que “encubre” muchas otras dificultades. La mayor sensibilización respecto de este trastorno ha vuelto, probablemente, a las personas, particularmente a los profesores, más susceptibles de atribuir “déficit de atención” a dificultades de aprendizaje y/o a problemas de conducta que podrían obedecer a otras causas. De esta manera, el diagnóstico de TDA vendría a constituir una suerte de “diagnóstico paraguas” que, en ocasiones, encubriría muchas otras situaciones personales, familiares y sociales, entre ellas, la pobreza.”

Finalmente y de forma lapidaria el estudio detecta: “Los relatos de los médicos y profesionales de los servicios de atención secundaria y los coordinadores de los programas educativos municipales permite concluir que, en los últimos años, se ha venido desarrollando una mayor demanda en los servicios de atención secundaria del sistema de salud pública, por atender a niños con sospecha de TDA que requieren diagnóstico. Esta “sobredemanda” proviene de una mayor derivación de las escuelas a los consultorios, que a su vez derivan estos niños a los hospitales. La sobredemanda por parte del sistema educativo trae como consecuencia una mayor derivación al sistema de salud. Para los actores entrevistados, el origen de esta sobredemanda residiría en los profesores de aula, quienes por distintas razones -entre ellas, las sobre-exigencias de rendimiento educativo- estarían demandando a las escuelas “hacerse cargo” de los niños con dificultades de aprendizaje y/o conducta en el aula. Este “hacerse cargo” implicaría la derivación al servicio de salud, para recibir

diagnóstico y con ello, **tratamiento farmacológico** que permitiera al niño rendir acorde a lo que espera –y se le exige- al profesor. La mayor demanda de los profesores hacia los equipos directivos se traduce, probablemente, en la búsqueda por buscar otros profesionales que puedan derivar a más niños de los que arrojan los instrumentos baremados que utilizan los profesionales del Programa HPV, que son los únicos que actualmente aplican un proceso de tamizaje o screening preventivo a todos los estudiantes de primer año básico. Esta mayor demanda por derivar probablemente se ha intensificado a partir de la contratación autónoma de psicólogos y otros profesionales de la salud mental por parte de los equipos directivos, con recursos de la Ley SEP.” El sistema sitúa al niño con problemas socio familiares como un niño con problemas neurológicos, la situación de pobreza, de falta de recursos, de falta de medios de desarrollo se transforma en un problema de normas, de conducta, de emociones, eliminando el factor social y familiar. Así : “El tratamiento médico se presenta entonces como “la solución” para todo aquello, y que permite a la escuela continuar haciendo su trabajo, “tal y como lo hacía antes”, cuando no solo tenía una composición del estudiantado radicalmente distinta, sino que además se veía mucho menos sometida a grandes exigencias que aquellas con las que debe lidiar hoy (por ejemplo, subir puntajes SIMCE en tiempos determinados; mostrar indicadores de efectividad para subir de escuela “emergente” a “autónoma”; subir matrícula que ha decaído durante los últimos cinco años en las escuelas municipales del país, para evitar la fusión de escuelas).”

Por otro lado y a modo de reconocer otro patrón presente en las escuelas, el estudio indica:” los actores de nivel municipal reconocen que las escuelas están siendo cada vez más demandadas a mostrar resultados según estándares, lo que impone un sistema altamente exigente. Para hacer frente a estas demandas, una vía es la “**externalización**” de los niños reconocidos como un “problema” para el sistema en tanto son más difíciles de enseñar. La externalización de los niños-problema ha sido identificada anteriormente por este equipo de investigación para el caso de los estudiantes con problemas de conducta debido a situaciones de agresión (López, Carrasco, Morales, Ayala, López & Karmy, 2011). En este estudio, hemos constatado que la externalización también opera en relación a los estudiantes con dificultades de atención, concentración y/o hiperactividad, pero también, respecto de otros niños difíciles de enseñar, que son derivados por sospechas de TDA que luego no son confirmados, por lo equivalen a casos de falso positivo. La externalización pone en tensión la calidad con equidad en educación. La sobredemanda en la derivación de TDA probablemente es fruto de la búsqueda por solucionar las dificultades de enseñanza para todos los alumnos, vale decir, para todo tipo de alumno. Por ello, la sobredemanda de la derivación no es ajena sino que debe considerarse parte del debate sobre **educación de calidad con equidad**. Un sistema educativo de calidad debiera ofrecer oportunidades de aprendizaje para todos los alumnos, considerando sus diferencias y atendiendo a ellas a través de la planificación de estrategias metodológicas diversas, y no excluyendo a estos alumnos de las posibilidades de aprendizaje en el aula.”

“El medicamento hace de un niño inquieto y distraído, un niño más concentrado y menos disruptivo en el aula. Con ello, todas sus “deficiencias” quedan fuera de la escuela, y vuelven otra vez a ser invisibles.”

En el mismo estudio se cita a un psiquiatra que indica: *“Quizá si tuviéramos una condición ambiental distinta: un colegio más pequeñito, mucho más personalizado, con mucho apoyo pedagógico complementario al profesor, o psicopedagógico, psicológico, el niño podría ser manejado como un niño diferente, con alguna dificultad, adecuando su exigencia y su programa, y no necesariamente usar fármacos; pero esa es una condición que es muy difícil de encontrar” (Psiquiatra Hospital 2, p. 57).”*

Además de los efectos dañinos del Metilfedinato, por ejemplo, sobre el aprendizaje y la presencia de un deterioro emocional, otros fármacos que se suministran a niños por estos mismos diagnósticos como la Risperidona y los antidepresivos, prescritos para mayores de 18 años, presentan graves efectos secundarios como anorexia o aumento de peso, retraso en el crecimiento, ideación suicida y alucinaciones. Biblioteca Medica de los Estados Unidos <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a682188-es.html>

Hay casos que inclusive se prescriben antiepilépticos como la Carbamazepina y el Ácido Valproico como inhibidores de la conducta hiperactiva con severos efectos secundarios para niños que no tienen ni epilepsia ni daño neurológico.

10.- Esta diputada patrocinante, ofició el año 2010, al Ministro de Salud por el uso de Risperidona (un antipsicótico para la Esquizofrenia) en niños de 7 años de Cerro Navia para el tratamiento de la hiperactividad. En dicha oportunidad la Psiquiatra del COSAM donde los niños estaban derivados por su escuela justificó plenamente el uso de este fármaco y de antidepresivos como uso habitual. Se observó en las fichas clínicas de los casos el escaso uso de terapias previas para el tratamiento de los casos, usándose la medicación en forma paralela y no como último recurso. Uno de los casos correspondió a un niño hijo de padres que cumplían condena, por lo que su mala conducta tenía plena justificación en gatillantes familiares situacionales, sin que fueran de exclusiva responsabilidad de la presencia de una enfermedad o trastorno de salud.

11.- A estos efectos resulta también relevante, revisar algunas de las conclusiones contenidas en el estudio denominado “intervenciones actuales en el trastorno por déficit atencional con/sin hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes”, (tesis para optar al título de psicólogo U. de Chile, autora Carmen Alza Millie, 2013), que en extracto se transcriben:

- Es en Chile y en Latino América, donde investigaciones arrojan resultados sobre los factores que influyen en una deficitaria evaluación de los niños con TDAH. Se observa que por restricciones de tiempo y recursos económicos, las evaluaciones de los niños en atención primaria se realizan de forma extremadamente rápida, con protocolos de fácil aplicación y corta duración, tanto para el niño como para sus padres. Existe un mínimo de manejo de exámenes médicos y de laboratorio (EEG, TAC y exámenes de sangre, entre otras), y se observa un gran abandono por parte de los pacientes en el proceso de evaluación, tratamiento y seguimiento. En este sentido, aún queda mucho por hacer en nuestro país, ya que con evaluaciones rápidas, no es posible obtener información detallada en los niños que padecen el trastorno, y por consiguiente, la intervención será generalizada y no individualizada según las características del niño y su entorno escolar y social determinados. (pag 112)

- La literatura afirma que el tratamiento farmacológico aplicado a niños y adolescentes con TDAH, es un tipo de tratamiento que aumentó unas 20 veces en los últimos 30 años,(pag 113 ib ídem)

- Se constató en este estudio que un tratamiento solo de tipo farmacológico es insuficiente para el niño que padece TDAH, (pag 124 ib ídem)

- En Chile, a pesar de existir la intención por parte del Gobierno de favorecer a los niños con necesidades educativas especiales como es en el caso del TDAH y elaborar decretos como el ya conocido Decreto nº170, la realidad nos desvela algo muy diferente a la intención, ya que existe un gran porcentaje de colegios en los que no se cubren estas necesidades educativas y los niños tienen que salir adelante simplemente con el tratamiento farmacológico, quedando desequilibrado el tan deseado Tratamiento Multimodal para los niños con TDAH. - En relación a los recursos chilenos destinados a la aplicación (pág. 126 ib ídem).

En definitiva el estudio postula la conveniencia de los tratamientos multimodales, por sobre los estrictamente farmacológicos.

12.- En suma, por cierto, no existen estudios que señalen con precisión la cantidad de niños que son sobrediagnosticados con el trastorno de TDAH, sin embargo a partir de los testimonios de padres y apoderados (evidencia empírica), de las estadísticas oficiales que dan cuenta del aumento progresivo en la importación de las sustancias farmacológicas usadas para su tratamiento (oficios del ISP) y de la literatura constituida por los estudios precitados, podemos INFERIR Y AFIRMAR que estamos frente a una realidad que hasta ahora ha sido mal abordada y que requiere adecuaciones legales a la normativa educacional, para no seguir perjudicando a nuestros niños y niñas en edad escolar particularmente.

13.- No cabe duda que la dictación de la ley 20845, conforme sus fines explícitos, constituyó un importante avance para la inclusión de todos y todas quienes buscan acceder y acceden en calidad de

alumnos en nuestro sistema educacional, en tanto y cuanto modifico la ley 20.370 general de educación y el Decreto con Fuerza de Ley N°2 de 1998 de Educación sobre subvenciones escolares.

14.- Tampoco cabe duda que la ley 21.040 que crea el nuevo sistema de educación pública, dentro del marco de lo que ha sido la reforma educacional impulsada por el actual Gobierno encabezado por la presidenta Michel Bachelet Jeria, ha recogido por cierto los principios inspiradores de la ley mencionada en el numeral anterior, perfeccionándolos y profundizándolos en muchos casos.

15.- Sin embargo ninguno de los dos cuerpos legales mencionados recogen la problemática que se ha venido planteando en los considerandos anteriores. Por lo tanto y en lo que interesa a este proyecto, la ley 21.040 en su artículo 19 N°4 párrafo segundo, estimamos que recoge adecuadamente lo que ha sido una larga aspiración de quienes, avalados por las evidencias y estudios que así lo demuestran, pensamos que existe al día de hoy una sobremedicación de nuestros estudiantes, es así como la norma hoy señala: “ No se podrá condicionar la incorporación, la asistencia ni la permanencia de los estudiantes a que éstos consuman algún tipo de medicamento. En aquellos casos en que exista prescripción médica dada por un especialista y con estricto cumplimiento de los protocolos del Ministerio de Salud, la escuela deberá otorgar todos los apoyos necesarios para asegurar la plena inclusión de los estudiantes.”

16.- Siendo correcta la disposición recién transcrita, nos encontramos con una primera limitación relativa a la entrada en vigor de los servicios locales de educación, prevista conforme al artículo 6° de la ley antes citada al menos hasta el año 2025, o más si operare el mecanismo prevenido para su prórroga, en consecuencia tenemos expuestas a numerosas cohortes de estudiantes a estas mismas prácticas sin que se pueda hacer mayor cosa dado que en la ley se prevee esta disposición dentro del Título III y en lo relativo a las Responsabilidades del Servicio Local respecto de los establecimientos educacionales de su dependencia. En consecuencia y como es fácil de apreciar la aplicabilidad de esta disposición depende justamente de la puesta en marcha del servicio local respectivo.

17.- Por otro lado observamos una incongruencia por cuanto la ley 21040, se hace cargo de lo que hoy entendemos como establecimientos públicos de educación, principalmente aquellos que hoy están bajo la administración de los municipios, directamente o a través de las respectivas corporaciones creadas al efecto, de modo que esta condición o exigencia puesta en el párrafo segundo del N°4 del artículo 19 de la ley 21040, no alcanza al resto del sistema y la llamada ley de inclusión 20845, tampoco se hizo cargo del tema, en consecuencia estamos en deuda.

18.- La forma de saldar esta deuda con nuestros niños y niñas es, como a su turno lo hizo la ley 20845, modificando el artículo 6° del D.F.L. N° 2 de 1998 que FIJA TEXTO REFUNDIDO, COORDINADO Y SISTEMATIZADO DEL DECRETO CON FUERZA DE LEY N° 2, DE 1996, SOBRE SUBVENCION DEL ESTADO A ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES, y la ley 20.370, en sus partes pertinentes.

IDEA MATRIZ DEL PROYECTO:

Hacer concordante la norma establecida en el párrafo segundo del numeral 4º del artículo 19 de la ley de la ley 21040 con lo establecido en el DFL N°2 de 1998 de educación, y con la ley 20.370 que establece la ley general de educación, para que sea aplicable a todo el sistema educacional y con efecto inmediato con la promulgación y publicación de este proyecto convertido en ley de la república.

Por estas consideraciones es que propongo el siguiente,

PROYECTO DE LEY

ARTÍCULO PRIMERO: Introdúcense las siguientes modificaciones a la ley 20.370 que establece la ley general de educación:

Para agregar un párrafo segundo a la actual letra j) del artículo 3º, del siguiente tenor:

“Del mismo modo propiciará la integración de quienes tengan necesidades educativas especiales y no se podrá condicionar la incorporación, la asistencia, la permanencia de los y las estudiantes a que estos consuman algún tipo de medicamento.”

ARTICULO SEGUNDO: Introdúcense las siguientes modificaciones al Decreto con Fuerza de Ley N°2 de 1998 de Educación:

En el artículo 6º:

Para incorporar en el párrafo undécimo de la letra d), después de la palabra “dificultades” seguida de un punto seguido “.”, que se convierte en coma “,” la siguiente oración: “Del mismo modo, en ningún caso, se podrá condicionar la incorporación, la asistencia ni la permanencia de los estudiantes a que éstos consuman algún tipo de medicamento, la escuela deberá otorgar todos los apoyos necesarios para asegurar la plena inclusión de los estudiantes”, agregándose al final de dicha oración un punto seguido “.”

Cristina Girardi Lavin
Diputada de la República