



Hoy en día, el déficit atencional en niños y niñas se ha vuelto un tema recurrente dentro de las discusiones en la opinión pública sobre educación. Aún más, muchos de nosotros, conocemos de forma directa o indirecta alguna historia de niños o niñas que son inquietos en la sala de clases, lo que provoca que los padres o adultos responsables continuamente tengan que estar acudiendo al colegio, dónde en algún momento se les exige –de formas más o menos impuesta- que lleven a los y las niñas a un profesional de la salud para evaluar este comportamiento, lo que acarrea muchas veces el uso de medicamentos. ¿Les parece conocida la historia?

Las y los niños inquietos de antes, hoy muchas veces son diagnosticados con un trastorno del comportamiento denominado Trastorno por Déficit Atencional (TDA) que a veces se presenta con hiperactividad (TDAH)¹. Su tratamiento médico se reduce al uso de medicamentos derivados de la anfetamina (metilfenidato). El más conocido de ellos es el denominado Ritalín, sin embargo también se le conoce bajo los nombres comerciales de Aradix o Concerta, entre otros.

En este Quinto boletín, buscamos ahondar en este tema que cada vez se vuelve más recurrente en la relación que las y los niños establecen en espacios que son pensados como propios, pero que muchas veces los excluyen e invisibilizan. Proponemos pensar los efectos que este diagnóstico tiene para las y los niños, desde la perspectiva del (la) educador(a) que ve, de una u otra forma, cuestionado su rol como facilitador al encontrarse con juicios que hacen que el niño curioso que busca aprender desde su experiencia, sea en otros espacios caracterizado como “molestoso”.

¿Qué es el TDAH?

Para la psiquiatría el TDA(H), es una afección que aqueja tanto a niños y niñas como a adultos, y que se caracteriza por problemas relacionados con la atención, impulsividad y exceso de actividad.

En el mundo médico hay mucha controversia en relación a este trastorno. El DSM V² es una publicación que contiene todos los síntomas que deben considerarse para diagnosticar un trastorno mental. En este manual, que es revisado continuamente, se contemplan enfermedades como la esquizofrenia, los delirios o la depresión, además del TDA(H). El DSM V considera que para que el TDAH sea diagnosticado deben presentarse al menos 5 de las siguientes características:

- No presta atención a los detalles o comete errores por descuido.
- Tiene dificultad para mantener la atención.
- Parece no escuchar.
- Tiene dificultad para seguir las instrucciones hasta el final.
- Tiene dificultad con la organización.
- Evita o le disgustan las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- Pierde las cosas.
- Se distrae con facilidad.
- Es olvidadizo para las tareas diarias.
- Mueve o retuerce nerviosamente las manos o los pies, o no se puede quedar quieto en una silla.
- Tiene dificultad para permanecer sentado.
- Corre o se trepa de manera excesiva; agitación extrema en los adultos.

¹ Desde Aquí en adelante se utilizará TDA(H) para hacer referencia a este “trastorno” con o sin hiperactividad.

² El DSM V es un manual que tiene como objetivo ayudar a profesionales de la salud en el diagnóstico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2014)

- Dificultad para realizar actividades tranquilamente.
- Actúa como si estuviera motorizado; el adulto frecuentemente se siente impulsado por un motor interno.
- Habla en exceso.
- Responde antes de que se haya terminado de formular las preguntas.
- Dificultad para esperar o tomar turnos.
- Interrumpe o importuna a los demás.

Como se habrán dado cuenta, la posibilidad de presentar cinco o más de estas características no es poco probable (incluso probablemente usted que está leyendo este boletín se sintió identificado con muchas de ellas). Y ese es el problema que manifiestan muchos psiquiatras y profesionales de la salud mental que han estado en contra del diagnóstico de este supuesto trastorno.

Las causas de este trastorno aún no están claras, existen distintas teorías pero ninguna satisface aún a los estudiosos en la materia. Se barajan distintas teorías. La más probable, plantea que el TDA(H) tiene un componente genético y está relacionado con un déficit de neurotransmisores, en concreto, de dopamina y noradrenalina.

El sobre diagnóstico

Al comenzar este boletín pensamos que muchos de nosotros vivenciamos en forma directa o indirecta estas historias y es que los “niños hiperactivos” en nuestro país son parte de muchas conversaciones familiares, como si habláramos de un resfrío. He ahí la gravedad del asunto.

Según la OMS aproximadamente el 5% de la población infantil convive con el síndrome de

déficit atencional, sin embargo en Chile el consumo de medicamentos como Ritalín, a base de metilfenidato, es mucho mayor, habiendo estadísticas que hablan de un 15%.

Según lo mencionado en El Ciudadano (2013), y de acuerdo a datos de la Cenabast, el Metilfenidato es el quinto remedio más usado en la red pública de salud de nuestro país. Hay que tener en cuenta que Cenabast solo administra el 47% de los remedios hospitalarios, es decir, su uso podría ser mucho mayor.

De acuerdo a opiniones de muchos profesionales esta sería una enfermedad sobre diagnosticada, es decir que hay muchos/as más niños/as con este diagnóstico que quienes en realidad estarían enfermos.

Muchas veces, se sabe que son los profesores quienes evalúan y exigen a las familias acudir a un centro asistencial para el posible diagnóstico, aun cuando el uso de la “pastilla milagrosa” se exige para la continuidad escolar de niños y niñas.

Como se mencionaba hace un tiempo en una investigación realizada por el diario El Ciudadano, “el diagnóstico de TDAH es hecho mayoritariamente por profesores solo a partir de la observación de la conducta del niño. El diagnóstico más difundido es el Test de Conner, que muchos profesores aplican en su versión abreviada de una página con categorías tan ambiguas como si el niño se distrae en la sala o no presta atención por periodos prolongados. Con el decreto 170, el TDAH lo pueden diagnosticar un profesor o un médico”, cuestión que deja en evidencia

“Ninguna conducta, la mala conducta no es una enfermedad, ni puede ser una enfermedad jeso no es lo que las enfermedades son! El etiquetar a un niño como enfermo mental es estigmatización, no diagnosis. El darle a un niño una droga siquiátrica es envenenamiento, no tratamiento”

Thomas Szasz – Psiquiatra

la dificultades para validar el diagnóstico de TDA(H).

En un curso de 40 estudiantes por aula, se ha estimado que un 8% presenta algún tipo de problema para el aprendizaje (necesidad educativa especial) en los Programas de Integración Escolar (PIE) los cupos son 2 para trastornos permanentes y 5 para transitorios.

“Según datos del Ministerio de Salud, se considera que uno de cada 80 estudiantes de educación básica necesita tratamiento, sin embargo en los colegios municipales la realidad es muy distinta. Se estima que cerca de 15 a 20 niños en cursos de 50 estudiantes sobrellevan este tipo de diagnóstico y deben medicarse” (Movimiento de pobladores y pobladoras lucha contra la pastilla de la obediencia, 2010).

La situación en la población La Legua no está lejos de esta realidad. Según una encuesta realizada durante el primer semestre del año 2014 por La Caleta, en la que se buscó caracterizar la condición de las familias de los niños y niñas que participan en alguno de los programas que se desarrollan, un 24% de los niños y niñas que participan en La Caleta han sido diagnosticados con diversos niveles de déficit atencional. Cuestión que acarrea consigo el uso constante de medicamentos que buscan ayudar a los niños y las niñas con esta problemática.

Cuando se profundiza aún más el uso de dichos medicamentos es posible observar una fuerte relación entre la escuela y dichos diagnósticos. Según los padres, el 90% de los niños y niñas que han sido diagnosticados con déficit atencional solo utilizan los medicamentos durante la temporada escolar, cuestión que deja entrever que muchas veces pareciera ser el colegio un espacio que presenta particularidades que facilitan el diagnóstico de TDA(H). En este sentido, según Peter Breggin “los niños no están aburridos, son desatentos,

indisciplinados o se muestran resentidos debido a su naturaleza individual; pero el estigma de la etiqueta del TDAH supone que ese es el caso. Por lo general, estos niños tienen más energía y vitalidad, o tienen una mayor necesidad de estar en un entorno más interesante del que sus padres o maestros pueden ofrecer” (Breggin, S/F) Si bien el diagnóstico de TDA(H) y el uso de medicamentos es un problema que afecta directamente a los niños y niñas, estos se encuentran muchas veces excluidos de los espacios en que se discute sobre los efectos de los medicamentos (incluso en el seno familiar). En este sentido, resulta relevante destacar que, si bien las niñas y niños se ven alejados de esta problemática, esto no quiere decir en ningún caso que dicha situación no les cause preocupación. Los niños y niñas si manifiestan una preocupación por el consumo de medicamentos para realizar sus procesos académicos, muchas veces vinculado con el debatible diagnóstico de trastorno atencional con hiperactividad. Por esta razón, pareciera ser una necesidad incluir a los niños y las niñas a la discusión sobre los efectos del diagnóstico de TDA(H).

Por último, resulta relevante destacar la prevalencia de los medicamentos vinculados al TDA(H) dentro del uso de medicamentos de las niñas y niños que participan en la Caleta. En la misma encuesta mencionada anteriormente, se les preguntó a los adultos responsables que medicamentos utilizaban éstos de manera sostenida. Entre aquellos que si declararon utilizar medicamento fueron mencionados ocho diferentes, siendo el metilfenidato aquel que se presenta de manera más recurrente (61%). Resulta relevante destacar que muchos de estos medicamentos nombrados son idénticos, solo que cambian de marca, de hecho el 96% de los medicamentos mencionados son utilizados para tratar el TDA(H).

Es importante mencionar que la situación de estrés cotidiano que viven los niños y niñas de La Legua producto de la violencia policial y comunitaria muchas veces no es considerado cuando se evalúa una conducta, individualizándose una problemática que es común a muchos niños. Además, muchas veces se culpa a las familias por no fortalecer límites, evitando considerar que las condiciones de habitabilidad, que incluyen altos niveles de hacinamientos, impiden que los niños y niñas cuenten con espacios privados para lograr la rutina y la tranquilidad necesaria.

¿Son realmente los niños y niñas?

¿O somos nosotros?

Para nadie es un misterio, la escuela ha quedado muy atrás en sus metodologías de aprendizaje, sobre todo las escuelas pobres. Un pizarrón y tiza ya no es suficiente para motivar a niños y niñas en la era del uso de nuevas tecnologías.

El diario The Economist señalaba con respecto a la educación en América Latina: *“Cuando se dio una vuelta por el liceo, vio profesores que llamaban notablemente la atención de sus alumnos. Tristemente, en las escuelas de América Latina es muy común ver niñas y niños prestando poca atención y hablando entre ellas/os, mientras el profesor escribe en la pizarra. Se aprende de memoria, no razonando. Y esto impone una limitación inaceptable a los latinoamericanos”.*

La realidad de La Legua no es un enigma para nadie, los continuos conflictos comunitarios, los enfrentamientos y la presencia policial constante -y muchas veces abusiva-, y el hacinamiento hacen que los niños y niñas se desarrollen en un ambiente altamente estresante.

En este escenario, con dichas variables, es difícil pensar que niños y niñas lleguen descansados y tranquilos a desarrollar procesos de enseñanza aprendizajes concentrados y dispuestos. Sus problemas familiares, comunitarios y algunas veces personales hacen que esta disposición se complejice en la medida que las escuelas no generen procesos de desarrollo personal que permitan generar las condiciones propicias para el desarrollo de estos procesos. El desafío para los profesores es aún mayor.

Según Peter Breggin, *“si la lista de criterios para el TDAH tiene alguna utilidad, identifica a niños que están aburridos, sienten ansiedad o están enojados al estar cerca de algunos de los adultos que hay en su vida o al estar en algunas situaciones controladas por los adultos, como la escuela y la familia. Estos “síntomas” no deberían señalar a los niños como enfermos mentales. Deberían señalar a los adultos indicando que necesitan esforzarse más para responder a las necesidades de los niños”* (Breggin, S/F). Es decir, se requiere avanzar hacia metodologías que permitan que los niños y niñas signifiquen sus prácticas y le

Es sabido que la población chilena adulta tiende a auto medicarse frecuentemente y la compra de un remedio, sustituye muchas veces a la consulta médica o psicológica (...) nuestra adicción a la magia de las píldoras, lamentablemente está siendo traspasada a nuestros niños y prontamente, cuando algún hijo presenta un comportamiento desadaptativo a nivel escolar, muchos padres aceptan consultar a un neurólogo, psiquiatra, o neuropsiquiatra infantil y comienzan a dar de lunes a viernes una pastilla mágica.
Esther Morales

den sentido dentro de sus vidas, cuestión que adquiere mayor relevancia en contextos vulnerables como la población La Legua.

Desde la experiencia del educador

Claudia Barros Medina, educadora del Jardín Infantil Arelí de La Caleta cree que el déficit atencional podría definirse como el síntoma claro del desencuentro actual entre niño, niña, en movimiento, explorador y creativo por esencia; y la “sobrexigencia” del medio, es decir los adultos, el entorno, la escolarización temprana, que lo invade, lo subestima, e invisibiliza.

A su juicio, se requiere que las/los educadoras/es consideren en toda experiencia de aprendizaje que la “atención y la concentración permitan elaborar estrategias en el descubrimiento, apropiación y comprensión del mundo; la atención como sabemos es gradual desde el nacimiento y ello se relaciona con la historia de cada niño y niña, de cómo se dan las condiciones de su entorno, su crianza, la libertad de explorar, de detenerse, del silencio, los espacios y tiempos necesario para actuar en su mundo.

En este sentido hemos hecho una apuesta; las niñas y niños en el jardín Arelí tienen la posibilidad de trabajar por áreas, tales como, lenguaje, matemáticas, ciencias, sensorial, arte y de Vida Práctica o ejercicios de la vida cotidiana. Por ejemplo, aquí practican la autodisciplina, la organización, la independencia y el propio respeto, a través de la concentración de la atención en un ciclo de actividad preciso y completo; además enfatizamos el encuentro grupal a través del trabajo de línea y el juego del silencio siendo una instancia de ejercicio interno que permiten de manera graduada ejercitar el sentido de mirar, observar, contemplar, a su vez el autocontrol del cuerpo, la autorregulación; la necesidad del silencio es innata del ser humano, que no es

lo mismo que el silencio externo, dirigido por el adulto. De esta forma se está mirando al sujeto de manera integral haciendo procesos educativos por sí mismos.

Muchos niños/as al egresar del jardín, son diagnosticados con TDA(H) en sus nuevos centros educativos. Esta tensión nos insta a seguir mirando con responsabilidad las estrategias y seguimientos con los otros espacios educativos y de salud de la población. Hace falta mirarla en su conjunto como comunidad, más allá de lo inmediato, de lo curricular, se requiere mirarla desde la inclusión, que no se descansa hasta ver a los niños y niñas en su más amplia diversidad, sin discriminación, con tolerancia y respeto.

Los niños y niñas son sujetos de derechos, actores sociales transformadores de su realidad; entonces debemos poner el énfasis en nuestras prácticas educativas, favorecer la autonomía, la participación desde la sala cuna, preparando el ambiente emocional y físico, los materiales, organizando los tiempos y espacios.

Consideramos imperativo mirar al niño como un sujeto social, satisfacer la necesidad del movimiento, de humor, de opinión; generar condiciones para que participen, opinen, brindar un ambiente en donde puedan ejercitar el control de sus impulsos, la resolución de conflictos de diversas formas a las que están habituados, cuando el entorno de la población La Legua habla y exige por sí solo estos elementos. Es decir no incluirlos en el trabajo pedagógico es negar sus realidades.

¿Qué podemos hacer?

Las familias y la comunidad en general en su rol de garante de derechos debemos mantenernos informados sobre estos procesos, para así ante cualquier situación de abuso defender a los niños y las niñas de estas posibles vulneraciones. Estas

dificultades debemos enfrentarlas en unidad, colaborando mutuamente y buscando soluciones en nuestros entornos, pues la sola pastilla no soluciona el problema.

Los niños y niñas se relacionan con los demás sobre todo en la casa y en las escuelas. Así se vuelve necesario construir nuevas vocaciones orientadas a las necesidades básicas de niños y niñas, por sus reales intereses, cosa de así evitar invisibilizar la -muchas veces- incapacidad de situar nuestra relación con los niños y niñas en un lugar que para ellos resulte interesante. En este sentido, pareciera ser que más que nada se necesita una conexión con nosotros, los adultos que hay en sus vidas, en la que a través de la comprensión se cuide mejor de ellos.

En esta misma línea, resulta importante potenciar una educación inclusiva, que se

adapte a la realidad en que los niños y niñas van construyendo sus vidas. Así se requiere una educación flexible, que permita que los niños y niñas potencien sus aptitudes e intereses, evitando una rigidez que en la actualidad más que incluir parece expulsar a las niñas y niños de un espacio que nominalmente les es propio.

Por último, resulta necesario no discriminar ni estigmatizar a las niñas y niños a través de estos supuestos trastornos. Se vuelve necesario revisar nuestras propias prácticas y pensar de qué manera podemos tomar atención de las verdaderas inquietudes de los niños y niñas y de sus motivaciones. Cosa de dar solución práctica a estos problemas que caracterizamos como de los niños y niñas, pero que cada vez parecen más una falta de atención de los padres y educadores.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5*. Nueva York: American Psychiatric Association.
- Breggin, P. (s.f.). *Los riesgos de tratar el "TDAH" con metilfenidato (Ritalin)*. Recuperado el 2 de Agosto de 2014, de Sitio Web Lucha por los Niños : <http://luchaporlosninos.com/?p=119>
- Movimiento de Pobladoras y Pobladores Lucha Contra la "Pastilla de la Obediencia". (Octubre de 2010). *El Déficit Atencional...de dudosa procedencia*. Recuperado el 2 de Agosto de 2014, de Sitio Web OPECH : http://www.opech.cl/editoriales/2010_10/movimiento_pobladoras_pobladores_lucha_contra_recorreccion.pdf
- Rebolledo, M. B. (3 de Junio de 2013). Ritalín: Una sociedad que droga a sus niños. *Diario El Ciudadano* .