

## Del "TDAH"\* a la Situación-Problema: Un Asunto de Compromiso y Solidaridad

**Dr. Sebastián Claro T.**

Médico Familiar

Coordinador General Programa  
Bienestar Psicosocial Escolar  
Corporación Municipal de Educación,  
Salud y Atención de Menores  
de Puente Alto

Comentarios, reflexiones u otros,  
por favor, enviar al correo-E del autor:  
juansclarot@yahoo.es.

### INTRODUCCIÓN

En el año 1999 el Clinical Pediatrics publicó un artículo referido a un estudio acerca del aumento en el diagnóstico de niños y adolescentes (5 a 18 años) con trastorno de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad (TDAH, clasificación según DSM IV) y, consecuentemente, del uso de psicoestimulantes, en Estados Unidos, entre los años 1990 y 1995. Según dicho estudio<sup>1</sup>, en el año 1990, se diagnosticaron 947.208 niños y adolescentes con TDAH. En el año 1995, fueron 2.357.833. Esto significa un aumento de 2,5 veces. En el mismo período, ajustando por edad, hubo un aumento de 2,9 veces en la prescripción de psicoestimulantes.

*"... la persona con auténtica confianza en sí misma (...) de ninguna manera parece ser tan independiente como sugieren ciertos estereotipos culturales. Un componente esencial es la capacidad para confiar plenamente en otros cuando la ocasión lo exige, y saber en quién puede confiarse. De esta manera, una persona con auténtica confianza en sí misma puede intercambiar los papeles cuando la situación lo exige; en determinados momentos suministra una base segura a partir de la cual puede operar su compañero o compañeros; en otro, está dispuesto a tomar, a su vez, a uno o más compañeros como base."*

J. Bowlby. "La Separación Afectiva"

El estudio señalado se suma a numerosos estudios que revelan una alta prevalencia de TDAH en niños de edad escolar. Estudios internacionales<sup>2</sup> dan una prevalencia entre un 1,7% y un 17,8% variando según la población estudiada, los criterios diagnósticos y los métodos utilizados para realizar el diagnóstico. En Chile, un estudio<sup>3</sup> en una muestra de 99 niños de primero básico de la comuna de Lo Prado, determinó que un 6,2% de los niños cursaba con un Trastorno de la Actividad y la Atención (CIE-10).

El fenómeno relativo al TDAH no es aislado. Una revisión<sup>4</sup> de 53 estudios realizados a lo largo de 4 décadas, en variadas poblaciones y utilizando criterios diversos, arrojó los siguientes promedios de prevalencia de psicopatología: 8% en pre-escolares, 12% en escolares y 15% en adolescentes. El estudio chileno referido más arriba<sup>3</sup> encontró que en la población estudiada (99 niños de primero básico) un 24% cali-

ficaba para algún diagnóstico psiquiátrico (según CIE 10), un 35,4% presentaba síntomas aislados y un 53,4% calificaba para un diagnóstico en el área psicosocial.

La interpretación de estos datos puede ser muy diversa, por ejemplo, un escepticismo acerca de la validez de ellos<sup>5</sup> o, por otro lado, la prueba de que nuestra sociedad no está "funcionando" bien. En el presente artículo no desecho, a priori, ninguna de las dos interpretaciones señaladas. Sí, me parece importante restringir el alcance de los datos referidos, considerando que son una forma, entre otras, de señalar lo que sucede en el ámbito de lo que se llama *salud mental*, en lo referido más arriba, desde el paradigma de la medicina y/o de la psicología actual. A partir de esa constatación, me interesa reflexionar acerca de otras formas (otros paradigmas) que nos permitan comprender fenómenos como el señalado (*salud mental*), desde

\* "TDAH": Trastorno de déficit atencional con o sin hiperactividad (Clasificación DSM IV).

## FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN

una perspectiva que ilumine las posibilidades de afectar efectivamente lo que llamaremos el estado de *bienestar psicosocial* de los niños.

### EL CONTEXTO DE LA REFLEXIÓN

La reflexión que compartiré se ha dado en un contexto de trabajo cuyo objetivo es el de promover el bienestar psicológico y social de los niños en edad escolar. Este trabajo se organiza a través del Programa de "Bienestar Psicosocial Escolar" (BPE), el cual se realiza en la comuna de Puente Alto desde marzo del 2003. Su ejecución se da desde lo que llamamos *equipos locales*. Cada equipo local está conformado por miembros de un centro de salud (psicólogos, médico, asistente social, enfermera, artistas) y miembros de establecimientos educacionales que circundan dicho centro de salud. En total son seis equipos locales. Las organizaciones participantes son: seis centros de salud municipalizados y treinta y tres establecimientos educacionales (municipalizados y particular-subvencionados). La población beneficiaria de este proyecto es de 30.290 niños (niños matriculados entre PK y 8<sup>a</sup> básico en los 33 establecimientos educacionales). Su financiamiento y directrices técnicas provienen localmente de la Corporación Municipal de Puente Alto y de la junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB).

Las acciones de este Programa se agrupan en: a) *promoción* de hábitos saludables para el bienestar psicosocial; b) *prevención* de problemas del ámbito psicosocial; c) *tratamiento* de niños en quienes se estén presentando problemas psicosociales. A su vez, se dedican esfuerzos para lograr una buena coordinación interna del trabajo, difundir el mismo y compartir un trabajo en red con otras organizaciones orientadas al trabajo con niños en edad escolar.

La estrategia principal, a partir de la cual

se desarrolla el BPE, es la de promover espacios y herramientas para el trabajo colaborativo, muy especialmente, entre miembros del ámbito de la educación y de la salud.

Referido este contexto, destaco que la siguiente reflexión adquiere sentido en nuestra experiencia, en tanto y sólo en tanto: a) nos permite desarrollar condiciones efectivas para promover un mayor estado de bienestar psicológico y social de los niños y, b) en el desarrollo de esas condiciones pueden involucrarse distintas personas que se relacionan con los niños y... los mismos niños.

Por lo antes dicho, el valor de la reflexión siguiente se resuelve en la medida en que pueda orientar nuestro trabajo y el de otras personas motivadas por objetivos afines, hacia la implementación de prácticas consecuentes con el propósito que nos inspira.

A continuación, me referiré a *tres cambios* que se han producido en nuestro abordaje de la problemática de la "salud mental". A través del relato de esos cambios espero poder reflejar la forma como abordamos en la actualidad dicho fenómeno y las posibilidades que se abren para avanzar en la resolución de los problemas en ese ámbito. El orden en el cual se exponen no es casual, existe una sucesión tal, que los señalados posteriormente, suponen e integran los precedentes.

#### **Primer cambio: DE "TDAH" AL "PROBLEMA DEL NIÑO"**

El BPE tiene como antecedente un proyecto desarrollado en el CESFAM "Bernardo Leighton" (comuna de Puente Alto), iniciado en el año 1998, cuyo objetivo inicial era aumentar la resolutivez en el nivel primario en relación a los niños derivados desde los establecimientos educacionales al centro de

salud por un posible "déficit atencional". Este proyecto se llamaba: "Enfrentamiento del Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad en la Atención Primaria de Salud."

Sus pilares eran: a) contacto periódico con los colegios para mejorar las derivaciones y el intercambio de información; b) capacitación de médicos para mejorar el diagnóstico y tratamiento; y, c) conformación de equipo interdisciplinario (médicos y psicólogos).

Al poco andar, ese proyecto mostró deficiencias en su diseño. En primer lugar, los niños derivados por un posible "déficit atencional" comportaban una fenomenología compatible con diversos diagnósticos y no sólo con un TDAH. En segundo lugar, siendo el TDAH un problema implicado en el desarrollo del niño, resultaba muy limitado abordarlo sólo como un fenómeno que debía recibir un diagnóstico y, consecuentemente, un tratamiento. Es decir, se hacía necesario complementar dicha orientación con una que implicara la comprensión del desarrollo del niño. Y, esto, importaba que se reflejara tanto en el quehacer clínico como en el diseño del proyecto.

El núcleo del problema del diseño de ese primer proyecto, según nuestro parecer, era que habíamos caído en la contradicción de desarrollar un trabajo con organizaciones educativas y, supuestamente, a partir de un problema que padecían los niños, pero desde un diseño de proyecto que se centraba en un diagnóstico clínico. O sea, era equivalente a meterse en el mar... andando en un auto.

Ese reconocimiento implicó cambiar el centro motivador del diseño *de* un diagnóstico clínico *a*, por un lado, una forma de referirnos al problema igualmente comprensible para miembros del ámbito de la salud como del ámbito de la educación y, por otro lado, asumiendo

los alcances de la comprensión existente en la actualidad del TDAH (implicando el desarrollo del niño). Esto nos permitía, cambiar el auto, al menos... por un bote, permitiéndonos navegar, aunque fuera lento.

Los cambios consecuentes con eso, favorecidos por circunstancias que permitieron materializar las necesidades que el nuevo enfoque implicaba (principalmente, el apoyo de JUNAEB a través de su Programa Habilidades Para la Vida), fueron: a) referirnos al problema como "*niños percibidos como hiperactivos y/o desatentos*" y, b) implementar estrategias en el ámbito de la promoción de hábitos saludables y de prevención de problemas psicosociales, junto a las estrategias en el ámbito del tratamiento de problemas psicosociales.

Integrar estrategias de promoción, prevención y tratamiento nos permitió ser consecuentes con el hecho de que el TDAH y, en general, los problemas psicosociales de los niños pueden ser abordados, no sólo cuando "emergen" sino también antes de que ello suceda, teniendo esto un significativo mayor impacto al mediano y largo plazo. Sobre el cambio en la forma de denominar el problema, me referiré más adelante. Antes de ello, me referiré al *segundo cambio*, el cual tiene implicancias en relación a la estrategia señalada más arriba: creación de espacios propicios para el trabajo colaborativo entre miembros de salud y educación.

### **Segundo cambio: DE "SALUD MENTAL" A "BIENESTAR PSICOSOCIAL"**

Los conceptos tienen significados que pueden ser puestos al descubierto de variadas formas. Entre ellas: un análisis histórico de su uso según queda atestiguado en textos "históricos", un análisis etimológico, un análisis de su uso en ciertos contextos de la vida diaria. Me

referiré a un análisis de este último tipo para dar cuenta del sentido que tuvo en el contexto de trabajo señalado más arriba, preferir el uso del concepto "bienestar psicosocial escolar" más que "salud mental". Esta preferencia se dio por la importancia dada en el diseño del Programa de involucrar a los miembros del ámbito de la salud y de educación en un trabajo colaborativo.

El embrión del Programa "Bienestar Psicosocial Escolar" se llamaba Programa de "Salud Mental Escolar". El cambio de nombre se dio en dos etapas, cada cual, denotando aspectos relativos al significado del concepto de "mental", en la primera etapa, y el de "salud", en la segunda.

El nombre original del Programa: "Salud Mental Escolar", fue puesto por un médico. Denominar el Programa de esa forma se basaba en dos supuestos: a) la *mente* indica el origen simbólico de funciones humanas (sentir, pensar, actuar) que, por la complejidad, diversidad y complementariedad de esas funciones, remite al ser humano en su integridad; b) la *salud* de las personas implica una responsabilidad compartida entre los miembros de una comunidad y de otras instancias de la sociedad, de acuerdo a lo señalado en Declaraciones<sup>6-8</sup> y Cartas<sup>9,10</sup> escritas como conclusiones de encuentros en torno a la Promoción de la Salud y a la Atención Primaria en salud.

Ambos supuestos fueron puestos en cuestión al compartir el nombre del Programa con profesionales de otros ámbitos de la salud (no médicos) y con educadores. A los primeros, les parecía necesario referirse a lo "psicosocial" y no a lo "mental", ya que concebían esto último como una reducción de lo humano a sus funciones cognitivas. A los segundos, sólo les hacía sentido participar en el Programa como ejecutores, en tanto no se refiriera a la "salud", sino, al "bienestar".

El principal aprendizaje de esto es que los conceptos pueden tener significados e implicancias prácticas distintas para personas o grupos de personas diferentes. Y, esto es importante de considerar al momento de proponer un trabajo común entre dos o más personas.

Al referirme al *tercer cambio* en la forma de abordar la "salud mental" o, lo que empezamos a llamar como "bienestar psicosocial", veremos cómo lo ya señalado: a) integración de la promoción, prevención y tratamiento; b) la motivación a partir de un problema comprensible para personas de distintas disciplinas y, c) la denominación del Programa a través de un concepto consensuado entre las personas ejecutoras del Programa, se traduce en una *mirada* compleja y funcional para el abordaje de los niños que suelen llegar a los centros de salud para ser atendidos por médicos, psicólogos y/o asistentes sociales.

### **Tercer cambio: DE "NIÑO-PROBLEMA" A "SITUACIÓN-PROBLEMA"**

Más arriba, me referí al cambio en la forma cómo denominamos el problema de los niños en torno al cual se desarrolla nuestro trabajo. Ahora, presentaré un diagrama que da cuenta del fenómeno: *niño percibido como hiperactivo y/o desatento*. Luego, me referiré a algunas consecuencias de asumir este diagrama en el ejercicio de nuestra práctica en forma consecuente.

En el diagrama (Figura 1) se representa el fenómeno de una *percepción* (de la persona significativa de un niño: padres, profesores, etc) acerca de *algo-percibido* (el desenvolvimiento de un niño), en un(os) *contexto(s) dado(s)* (ej: sala de clase, patio, casa, calle, etc) en un *entorno socio-cultural dado*. Si se aísla una parte de este fenómeno, pierde sus cualidades constituyentes. Sin embargo, se puede tomar alguna de sus partes y, no olvidando el fenómeno en su complejidad, analizar

FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN

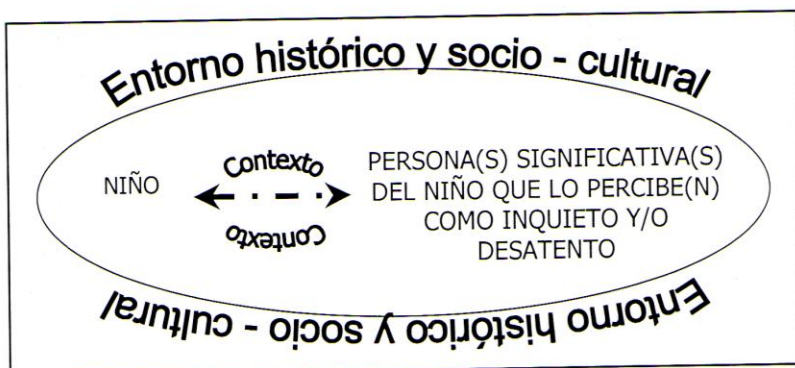


Figura 1. Diagrama.

esa parte. De hecho, es lo que hacemos al atender a un niño en un escenario clínico o al analizar el contexto de la sala de clase.

Algunas consecuencias que se desprenden del diagrama, son:

1. El niño percibido como "problema", es un niño que forma parte de una situación-problema. Esta situación-problema implica la forma como se está desarrollando el niño, también, variables de quien percibe (su estado de ánimo, sus costumbres, etc), variables del contexto, variables de la sociedad.
2. El Problema se *anuncia* a partir de la mención de una *percepción*. No se puede dudar acerca de que una persona esté destacando que percibe a un niño de una u otra forma. Se puede dudar acerca de sus motivos para hacerlo, de su capacidad para relacionarse con el niño, etc. Sin embargo, ese análisis ya forman parte del problema. No tiene como consecuencia que el problema se desvanezca.
3. No importando nuestra formación académica ni otras experiencia personales, cualquier persona puede

aportar en la clarificación del problema, desde su perspectiva y, eventualmente, aportar proponiendo caminos para favorecer el desvanecimiento del problema. Eso sí, distintas personas tendrán distintas habilidades para aclarar ciertos aspectos del problema y ofrecer abordajes consecuentes. Pero, el problema no es *propiedad* de nadie. Por lo tanto, no hay una persona que, instalada en una posición de autoridad respecto del problema, puede decir *lo que hay que hacer* para solucionarlo. *Las soluciones requieren abordajes complementarios.*

4. *El problema requiere un abordaje complejo.* No basta con hacer un buen diagnóstico acerca del desenvolvimiento del niño o un diagnóstico del contexto escolar. Es necesario actuar a distintos niveles, con estrategias adecuadas para cada nivel y considerando tiempos distintos según la inercia propia de la variable que se quiere modificar.

A partir de lo señalado, resulta consecuente desarrollar esfuerzos para crear contextos colaborativos en las comunidades que permitan comprender y abordar los problemas de los "niños-problemas" como *situaciones* en las cuales lo único cierto, en su origen, es que: *una o más personas destacan el desenvolvimiento*

*problemático de un niño.* De ahí en adelante, queda compartir miradas, crear estrategias sinérgicas, potenciar herramientas. No silenciar discursos. Abrir los espacios y las oportunidades a la posibilidad de descubrir nuevos horizontes para el desarrollo de cada niño.

CONCLUSIONES PARCIALES

Como dije más arriba, la reflexión desarrollada sólo importa en tanto nos promueva a realizar acciones que favorezcan el desenvolvimiento de un mundo más amable para los niños y, consecuentemente, para todos los seres humanos. Tengo la convicción de que eso sólo puede suceder, en tanto, asumamos como un valor intransable la solidaridad y nos comprometamos con el destino de nuestras vidas (la propia y la de los otros). Tomando la cita que da inicio a este texto, lo antes dicho significa: ser personas *confiadas*, capaces de *compartir* la comprensión y las soluciones de los problemas personales y el de los otros.

Las acciones referidas en el párrafo anterior pueden denominarse: *acciones para el desarrollo de relaciones de confianza* o *acciones para el desarrollo de contextos colaborativos*. En estas acciones se tiende a:

- a) Compartir un lenguaje (esto implica, no sólo compartir la palabra, sino también, compartir formas de comunicarse a través de los modos de interacción, las formas de escucha, etc.) que permita diálogos efectivos entre las personas (aprovechando la diversidad de experiencias teóricas y prácticas).
- b) Comprensiones complejas, multidimensionales de los fenómenos.
- c) Disposición de las herramientas (teóricas y prácticas) *para* la solución del problema (y no adaptar el problema a la herramienta (cuidarse de que: *si mi única herramienta es un martillo, cada cosa puede parecer un clavo*).

d) Imaginar y hacer efectiva la complementariedad de las herramientas de cada cual, recreándolas, en vistas del problema y de las herramientas de las otras personas con las cuales se comparte un trabajo común.

Lo recién señalado no es fácil, entre otras razones, por la formación disciplinar que nos sume en un lenguaje y en una forma de comportarnos poco apta para el diálogo efectivo con miembros de otras disciplinas. Sin embargo, a través de una claridad teórica progresiva y en el reconocimiento de formas concretas orientadas a entablar dichos diálogos y prácticas comunes, podremos avanzar en la consecución de las *relaciones de confianza* y/o de los *contextos colaborativos*.

En nuestra experiencia, la recreación de lo que llamábamos "niño-problema"

en una "situación-problema" nos ha permitido, según nuestro parecer, avanzar en la dirección señalada.

#### REFERENCIAS

- 1.- ROBISON L, SCLAR D, SKAER T, GALIN R. National Trends in the Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and the Prescribing of Methylphenidate Among School-Age Children: 1990-1995. *Clin Pediatr* 1999; 38: 209-17.
- 2.- GOLDMAN L, GENEL M, BEZMAN R, et al. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *JAMA* 1998; 279: 1100-7.
- 3.- TOLEDO V, DE LA BARRA F, LÓPEZ C, GEORGE M, RODRÍGUEZ J. Diagnósticos psiquiátricos en una cohorte de escolares de primer año de enseñanza básica del Área Occidente de Santiago. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1997; 35: 17-24.
- 4.- ROBERTS R, ATTKISSON C, ABRAM R. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 715-25.
- 5.- CAREY W. Problems in Diagnosing Attention and Activity. *Pediatrics* 1999; Commentaries: 664-7.
- 6.- Declaración de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata. Alma-Ata, 1978.
- 7.- Declaración de la Conferencia Internacional de la Salud. Santa Fé de Bogotá, 1992.
- 8.- Declaración de Jakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Jakarta, 1997.
- 9.- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa, 1986.
- 10.- Carta del Caribe para la Promoción de la Salud. Puerto España, 1993.