



Revista de Psicología

ISSN: 0716-8039

revista.psicologia@facso.cl

Universidad de Chile

Chile

Abarzúa, Marianella; González, Marta
Salud mental infanto-juvenil como problemática pública
Revista de Psicología, vol. XVI, núm. 2, 2007, pp. 79-95
Universidad de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26416204>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Salud mental infanto-juvenil como problemática pública

Child and adolescent mental health as a public problem

Marianella Abarzúa¹, Marta González²

Resumen

El presente trabajo expone una revisión sobre los aspectos fundamentales de las políticas públicas de salud mental en Chile, particularmente las dirigidas a los niños y adolescentes. Plantea, a partir del análisis crítico de las normativas técnicas estatales sobre trastornos hipercinéticos y esquizofrenia, una interrogación sobre la noción de infancia implícita en el discurso de la política de salud mental.

Palabras clave: Políticas públicas de salud mental, infancia.

Abstract

The present paper the fundamental aspects of Chile's public mental health policies, specifically those addressed to children and adolescents. Based on a critical analysis of the State's technical regulatory framework on hyperkinetic disorder and schizophrenia, it poses a question about the implicit childhood notion contained in the mental health policy discourse.

Key words: Mental health public policies, childhood.

¹ Psicóloga, Coordinadora Hospital Día para Adolescentes, Escuela de Psicología, Universidad Academia de Humanismo Cristiano. mabarzua@academia.cl.

² Psicóloga, Coordinadora Unidad de Psicoanálisis con Niños y Adolescentes, Clínica de Atención Psicológica, Universidad de Chile. marta_gonzalez@yahoo.com.

Introducción

En el año 2001, el Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN) publica la Política Nacional y Plan de Acción Integrado a Favor de la Infancia y la Adolescencia (2001), documento que pretendió constituirse en el marco ético, valórico y programático dentro del cual debían inscribirse las iniciativas públicas y privadas dirigidas a los niños y adolescentes durante el periodo 2001–2010. Desde el momento en que el Estado de Chile ratifica la Convención sobre los Derechos del Niño (1990), se torna una exigencia asumir el principio de integralidad de estos derechos, esto es, la necesidad que la aplicación de las políticas públicas se dé de manera coordinada, flexible y considerando la diversidad de necesidades de los niños y sus familias (MIDEPLAN, 2007).

Durante la última década se han registrado modificaciones sustantivas en los diversos sectores que comprenden las políticas públicas dirigidas a la infancia y la adolescencia: en Justicia podemos consignar la Ley de Filiación (Ley N° 19.585, 1998), las modificaciones a la Ley de Adopción (Ministerio de Justicia, 2003), la Ley sobre Delitos de Explotación Sexual Comercial (Ley N° 19.927, 2004), junto con la recientemente aprobada y polémica Ley de Responsabilidad Penal Juvenil (Ley N° 20.084, 2005). En materia de Educación, destaca la ley que consagra los 12 años de escolaridad obligatoria (Ley N° 19.876, 2003), además del establecimiento de la también controvertida jornada escolar completa (Ley N° 19.979, 2004) para los niños asistentes a establecimientos educacionales municipalizados y particulares subvencionados. En Salud, junto a la entrada en vigencia de la Ley 19.966, conocida como Ley Auge (2004), sobresalen los exitosos indicadores en materia de mortalidad infantil, neonatal y materna (MIDEPLAN, 2007).

Las anteriores representan diversas políticas públicas que buscan converger de acuerdo al principio de integralidad. En esa línea pretende avanzar el Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, que en el año 2006 entregó a la Presidenta de la República, Michelle Bachelet, el informe final de su trabajo. En dicho documento, a partir de un diagnóstico hecho, el Consejo elaboró una propuesta de

políticas y programas que coordinan y orientan los esfuerzos públicos y privados hacia el objetivo de asegurar a todas las niñas y niños de Chile un proceso de desarrollo pleno y equilibrado durante sus primeros años de vida. Un fruto reciente de ese trabajo es el programa *Chile Crece Contigo*, sistema de protección destinado a la infancia desde su gestación y hasta el ingreso al sistema escolar. Tal programa, inédito en el país y en América Latina, se enmarca en las prioridades del discurso gubernamental sobre la generación de igualdad de oportunidades, entregando a los niños y niñas las herramientas necesarias para que desarrollen al máximo sus potencialidades. Cabe señalar que, como consecuencia lógica del enfoque del programa, se establece nuevamente la necesidad de la coordinación intersectorial de las políticas públicas para que su incidencia sea efectiva.

Una vez realizada esta breve reseña, es posible sostener que la infancia y la adolescencia han suscitado un potente interés en la agenda pública. Consideramos que dicha relevancia puede y debe encontrar eco en reflexiones pertenecientes a nuestra disciplina. Para los fines del presente trabajo, tomaremos como objeto de análisis ciertos aspectos de las actuales políticas públicas de salud mental dirigidas a la infancia y la adolescencia, demarcación relacionada con los ámbitos laborales en que ambas autoras hemos desarrollado nuestro quehacer clínico (programas de salud mental en instituciones pertenecientes al sistema público de salud, tanto a nivel primario como secundario).

Antecedentes contextuales

Para introducir la reflexión, nos parece oportuno señalar los contextos socio-políticos de los programas de salud mental para la infancia y adolescencia actualmente en ejecución en nuestro país.

Desde el año 1990 comenzó a gestarse un enérgico trabajo en torno a instituir como problemática estatal la salud mental. Diversos programas, manuales, acciones, etc., concluyeron en la elaboración de una política y un plan de acción en torno a la salud mental, plasmada en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, elaborado por el Ministerio de Salud (MINSAL, 2000a). Esta concentración de políticas en torno a la salud

mental de los chilenos no encontró un soporte político-administrativo cualitativamente distinto al instituido en el período dictatorial.

En forma sucinta, señalaremos las características del sistema de salud chileno correspondiente al periodo 1973-1990 y sus transformaciones desde el advenimiento de los gobiernos democráticos. Su funcionamiento sostiene -posibilitando y obstaculizando- las políticas emergentes.

En el periodo del régimen militar (1973-1990), la política estatal realizó reformas neoliberales que modificaron el rol del Estado, promoviendo al sector privado. Desde 1973 hasta 1980 disminuyó considerablemente el gasto social y el financiamiento al Servicio Nacional de Salud (creado en el año 1952). Es a partir de 1979 que se instala una reestructuración del sector estatal de salud, reorganizándose el Ministerio de Salud (MINSAL) y creándose el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige hasta nuestros días.

Entre 1981 y 1986 se va configurando el soporte administrativo y legal de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se lleva a cabo el traspaso de la administración de la mayoría de los establecimientos de nivel primario (postas, consultorios rurales y urbanos) a las municipalidades. Los efectos más visibles de este cambio son el acercamiento de la atención primaria a lo local y la instauración de una doble dependencia de los establecimientos de salud (técnica y administrativa) en relación al MINSAL y a los respectivos municipios.

Los gobiernos de la coalición política Concertación de Partidos por la Democracia han asumido, desde el año 1990, la administración del sistema de salud heredado. La descentralización administrativa y política ha seguido su marcha y se han generado cada vez más estrategias de salud local. Es un periodo que se caracteriza por el aumento de inversiones apoyadas en préstamos internacionales y por la ejecución de nuevas reformas al sector salud (política Auge). Los criterios que guían las acciones de este periodo son los de equidad, participación y solidaridad.

Nos interesa destacar de este fragmento de historia que el sistema de salud actual mantiene casi las mismas características del modelo forjado en el régimen militar en relación al financiamiento y organización: la

configuración legal del SNSS, el modo de administración municipal, la legislación de las ISAPRE, entre otros. Tenemos entonces que la política sanitaria de la equidad, participación y solidaridad se insertará en una institucionalidad forjada en el régimen dictatorial.

La salud mental en el contexto de las prioridades de la política sanitaria estatal

En el inicio de la presente década, el MINSAL declara públicamente sus objetivos sanitarios para tal periodo. Una de las tareas prioritarias es la de enfrentar los desafíos del envejecimiento y los cambios de la sociedad, intentando reducir las muertes y la discapacidad. En ese contexto aparece una referencia a las enfermedades mentales: “[Ellas] generan una inmensa carga para la sociedad. No sólo por el aumento de su prevalencia, sino porque son responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida” (MINSAL, 2000b, p.155).

Como señalamos anteriormente, el trabajo desarrollado en el área de la salud mental pública fue sistematizado en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (MINSAL, 2000a), documento cuya aspiración fue la de convertirse en el marco regulatorio, tanto para las entidades públicas como privadas, de las acciones en el área de la salud mental durante el decenio 2000-2010. En tanto marco regulatorio, el documento establece énfasis estratégicos o prioridades programáticas en función de ciertas variables sanitarias: “Las prioridades de atención de salud mental se han definido sobre la base de criterios como la magnitud del problema, su epidemiología, su impacto social, su costo económico (AVISA¹), la eficacia de las intervenciones posibles y la disponibilidad real de recursos humanos con las capacidades necesarias para realizarlas” (MINSAL, 2000b, p.157).

Las prioridades definidas por el Plan son:

- Promoción y prevención en salud mental.
- Trastornos de salud mental asociados a la violencia: maltrato infantil, violencia intrafamiliar y represión política (1973-1990).

¹ Años de Vida Saludables Perdidos, indicador sanitario que busca cuantificar la carga asociada a una enfermedad.

- Trastornos de hiperactividad/atención en niños y adolescentes en edad escolar.

- Depresión.
- Trastornos psiquiátricos severos/esquizofrenia.
- Alzheimer y otras demencias.
- Abuso y dependencia de alcohol y drogas.

Estas son la prioridades del programa, estos son los sujetos destinatarios de la política estatal: farmacodependientes, dementes, depresivos, locos, hiperactivos, violentados. Entre todas estas prioridades, el niño y el adolescente aparecen en los trastornos asociados a la violencia (maltrato infantil), los trastornos hiperkinéticos y de la atención, los trastornos psiquiátricos severos y el abuso y dependencia de alcohol y drogas.

Tomaremos como objeto de análisis dos de estos problemas de salud mental: los trastornos hiperkinéticos/de la atención y la esquizofrenia. Los consideramos representativos de los discursos relativos a las políticas públicas dada su relevancia en el contexto de la reforma de salud en curso: el tratamiento del primer episodio de esquizofrenia fue el primer problema de salud mental incorporado al plan Auge (Julio de 2005). A su vez, el Ministerio de Salud contempla la incorporación del tratamiento de los trastornos hiperkinéticos a la política Auge durante el año 2008.

Planteamiento del problema

Pensar el lugar que las políticas del Estado otorga a la infancia es una tarea necesaria. Nuestro trabajo como profesionales de la salud mental, insertos en el sector público o privado, está atravesado explícita e implícitamente por la noción de infancia que el Estado promueve. Este atravesamiento afecta la práctica clínica no sólo con niños y adolescentes sino también la clínica con adultos, por cuanto la noción de infancia puede ser abordada sólo en su relación con la idea de parentalidad que el Estado despliega.

La tarea que nos moviliza en el presente trabajo es dilucidar las

nociones de infancia y parentalidad que el Estado sostiene, nociones que se desprenden de las normas técnicas sobre salud mental referidas a la infancia y adolescencia. Así como fue planteado, tomaremos como referencia las prioridades del programa de salud mental que nombran al niño en su extrema presencia (hiperactividad) y en su trágica ausencia (esquizofrenia).

Abordaremos el problema de investigación mediante el análisis de documentos técnicos elaborados por el MINSAL, a fin de interrogar el discurso del Estado sobre la salud mental de niños y adolescentes. Propondremos algunas articulaciones y tensiones del texto estatal con aportes teóricos de dos ámbitos. Por una parte, tomaremos algunos pasajes de la obra del filósofo Michel Foucault, en la medida que nos permite introducir la consideración de variables históricas asociadas a los modos de producción de las técnicas de intervención en salud mental. Por otro lado, consideraremos referencias teóricas psicoanalíticas que atraviesan nuestra aproximación a la clínica con niños y adolescentes.

Antecedentes teóricos y análisis

Trastorno hiperactivo: el niño que habla con su cuerpo

Atendiendo a lo que señala el MINSAL, el trastorno hiperactivo/ de la atención es el problema de salud mental más frecuente de las niñas, niños y adolescentes en edad escolar. La norma técnica referida a este problema señala una prevalencia nacional de un 6.2%. Resulta una cifra superior al compararla con la prevalencia internacional del trastorno: 3 a 5% según el DSM III-R, 1.7% según el CIE (MINSAL, 1998). El DSM-IV (1995) mantiene los mismos datos sobre prevalencia.

Cabe detenerse por un momento en este punto. Al realizar una revisión comparativa entre las prioridades programáticas en salud mental definidas por el MINSAL y los lineamientos establecidos en esta área por la Organización Mundial de la Salud (OMS), aparecen importantes convergencias: ambos organismos coinciden, por ejemplo, en el impacto sanitario de la depresión, la relevancia de la prevención del suicidio, las conductas agresivas y el uso de sustancias. La OMS asigna también

significación pública al retardo mental y la epilepsia, problemas no priorizados para el decenio 2000-2010 en Chile (aunque cabe señalar que el tratamiento de la epilepsia en el sistema público de salud chileno tiene ya una larga historia, y tradicionalmente ha estado inserto en servicios de neurología y/o medicina, no de salud mental). Resulta original, entonces, la preeminencia que el Estado de Chile otorga a los trastornos hipercinéticos y de la atención, considerando que la OMS ni siquiera los menciona como prioridad en salud mental para la población infanto-adolescente (OMS, 2004).

Esbozaremos algunas hipótesis acerca de las incidencias de este discurso público sobre la infancia. Más adelante, en la discusión, intentaremos también interrogar las cifras anteriormente expuestas.

Uno de los puntos a considerar en esta interrogación tiene relación con el objetivo que persigue el tratamiento de los trastornos hipercinéticos: "... disminuir la hiperactividad y la impulsividad que crean al niño dificultades de adaptación y mejorar las insuficiencias de atención y concentración que deterioran su rendimiento. Con estas medidas puede prevenirse el desajuste, los comportamientos disociales, el deterioro de la autoestima, el fracaso escolar, la ansiedad secundaria en el niño y su familia" (MINSAL, 1998, p.11).

Resultaría un despropósito negar las dificultades de rendimiento y de ajuste a la disciplina escolar que comportan los trastornos hipercinéticos y de la atención. Sin embargo, en la definición del tratamiento dada por el Estado, parecen introducirse elementos de un orden distinto al clínico, que sugieren una referencia al futuro y también al problema del *control social*: la prevención del desajuste, los comportamientos disociales, la ansiedad secundaria en el niño y la familia.

En tanto nos encontramos con elementos que parecen escapar a un orden estrictamente clínico o psicopatológico, consideramos necesario recurrir al saber de otras disciplinas. Nos parece que los planteamientos de Michel Foucault resultan pertinentes para abordar esta arista del problema. En su seminario *Los anormales* (1999) desarrollará una serie de observaciones sobre lo que llama la *genealogía del individuo anormal*,

tomando como referencia tres figuras históricas, una de las cuales es la del individuo a corregir, el indócil o el inasimilable al sistema normativo de educación. Esta figura nos parece sugerente por sus semejanzas con la descripción del niño destinatario de las intervenciones contenidas en la norma técnica sobre trastornos hipercinéticos y de la atención.

Foucault señala que el individuo a corregir, figura que data de finales del siglo XIX, aparecerá en el marco del ejercicio del poder interno de la familia y de su relación con las instituciones que lindan con ella o que la apoyan (la escuela, el barrio, la iglesia, la policía, etc.). Por una parte, el indócil testimonia el fracaso de las técnicas conocidas y familiares de domesticación (por eso es incorregible), y por otra, exigirá una nueva tecnología de recuperación, de sobrecorrección.

Esta nueva tecnología redoblará los esfuerzos de control de los padres, en estrecho vínculo con el control médico: “Se pide al control parental interno que modele sus formas, criterios, intervenciones y decisiones de acuerdo con unas razones y un saber médico” (Foucault, 1999, p.235). Es así como la relación padres-hijos se torna homogénea con la relación médico-paciente, transformándose los padres en una especie de agentes sanitarios al interior del hogar: “Es preciso que ese padre o esa madre sean un padre y una madre diagnosticadores, un padre y una madre terapeutas, un padre y una madre agentes de salud” (Foucault, 1999, p.235).

Cabe hacer notar las semejanzas entre este desarrollo histórico analizado por Foucault y algunos pasajes de la norma técnica chilena sobre las intervenciones dirigidas a los padres de los niños con trastornos hipercinéticos y de la atención: “Entregar información acerca del problema, modificando las creencias y mitos y reforzando el carácter no intencional de la conducta del niño; enseñar técnicas de manejo conductual” (MINSAL, 1998, p.12). De todas formas nos parece necesario señalar, haciéndonos eco de lo que señala el mismo Foucault en su seminario, que la apelación a la práctica médica es mucho más un recurso demandado por las mismas familias que una tecnología impuesta verticalmente.

Sin embargo, los niños hipercinéticos son evidentemente una realidad clínica, irreductible al discurso de la política sanitaria o al discurso

crítico sobre la anormalidad. Y efectivamente se trata de una realidad exigente de atender para los clínicos. Recordemos al respecto las palabras del psicoanalista infantil Jean Bergès: “El niño que nos llega, que toca el teléfono, que rompe la ventana, que salta sobre el diván ¿acaso eso tiene un sentido? Eso no tiene sentido... Ustedes no tienen más que acordarse del último niño hiperkinético que vieron, no tuvieron ninguna gana de hablarle” (Bergès, 1990, pp.6-7).

Parece ser que, ante la falta de sentido de la conducta del niño, es el mundo adulto el que se ve compelido a tomar la palabra: “El niño hiperkinético, ¿cuál es su déficit? Puesto que es hiper, se podría creer que hay demasiado. Su déficit es que no puede hablar, no puede decir. Más el adulto traduce al niño hiperkinético, más le impide hablar. Y ustedes ven bien hasta qué punto estamos obligados nosotros mismos a adivinarlo, a traducirlo...” (Bergès, 1990, p.6).

Nos parece que la normativa técnica puede ser entendida como un intento de traducción de esta difícil realidad clínica. Traducción que, siguiendo a Bergès, corre el riesgo de silenciar al niño y, en la medida que se centra casi exclusivamente en criterios de adaptación social, obturar la consideración de otros elementos en juego.

Esquizofrenia: ¿sujeto escindido o sujeto sin historia?

La norma técnica para el tratamiento y rehabilitación de personas afectadas de esquizofrenia (MINSAL, s.f.) orienta las acciones de los equipos de salud mental en aspectos relativos al diagnóstico, curso y pronóstico de la enfermedad, así como en lo referente a su tratamiento. A su vez, contempla una serie de principios para organizar los servicios de salud y otros servicios sociales, principios que sustentan un cambio de enfoque en el tratamiento de las personas afectadas de esquizofrenia: “...desde un modelo centrado en servicios de atención desvinculados de la comunidad (...) a un modelo que considera a la persona en su contexto social y que destina sus esfuerzos a la rehabilitación y reinserción de las personas en su comunidad” (MINSAL, s.f., p.42).

Resulta interesante identificar dos ejes que la norma técnica sitúa para acercarse a la problemática que la locura instala. Por una parte el lugar

asignado al contexto social y por otra parte a la familia. La comunidad es rescatada en toda su potencialidad curativa, como efectivo soporte social complementario al tratamiento. La familia, en tanto, es pensada como padeciendo las consecuencias de la enfermedad. Detengámonos en este punto. Entre las consecuencias de la esquizofrenia, la norma técnica alude a las que se expresan en el propio sujeto (mortalidad, discapacidad y estigma social), así como a los costos sociales, considerando que afecta a las personas en su etapa productiva. Entre los costos individuales y los sociales la norma ubica los que atañen a la familia bajo el enunciado *Impacto en los cuidadores*. Se destaca el hecho que la mayoría de las personas con esquizofrenia vive con sus familiares, considerando varios aspectos del "...sufrimiento de los familiares y otras personas viviendo en contacto con el paciente..." (MINSAL, s.f., p.12).

La familia es rescatada sufriendo los efectos de la enfermedad. Nos encontraríamos entonces, con un efecto familiar, no con una causa familiar. La posibilidad que las relaciones familiares pudiesen ser factores de riesgo queda omitida, la causalidad familiar parece no ser asunto para el Estado.

La normativa ministerial intenta rescatar elementos de la historia de la locura: "En ausencia de marcadores biológicos, el diagnóstico de la esquizofrenia se basa sobre la historia del desarrollo de los síntomas y signos, la entrevista clínica y la observación de las conductas del paciente" (MINSAL, s.f., p.7). La historia de los síntomas parece importar sólo en su rastreo retrospectivo, no en su devenir en tanto acontecimientos.

El primer episodio psicótico a menudo tiene lugar en la juventud. La norma señala respecto de esta etapa, que corresponde "...a un momento de la vida de la persona en que se está consolidando su relación con los demás y con el mundo y se está definiendo el proyecto de vida propio" (MINSAL, s.f., p.11).

Si la relación con el mundo se está consolidando, esto implica que ya se ha instalado una relación previamente, relación que en la adolescencia se refuerza, se arraiga, se consolida. ¿Qué sucede entonces con la infancia del adolescente psicótico? La reforma de salud en esta área no considera como prioridad la instalación de dispositivos institucionales

para el abordaje del campo de las psicosis infantiles. Los hospitales diurnos para la población con trastornos psiquiátricos severos son dispositivos destinados fundamentalmente a usuarios adultos, sólo dos en Chile se dedican exclusivamente al trabajo con adolescentes. Nos preguntamos qué dispositivo especializado del Estado acoge la locura de los niños. La pregunta de Maud Mannoni, ¿qué ha sido de nuestros niños locos? (1996), se torna pertinente de responder en nuestro contexto sanitario.

Si la historia del síntoma importa al Estado sólo en su rastreo retrospectivo, nos encontramos con un rechazo de la dimensión histórica del síntoma. La ausencia de un trabajo de historización se ve reflejada, sin ir más lejos, en la normativa técnica del Ministerio sobre los trastornos psiquiátricos: constituye la única normativa, dentro de las revisadas en este trabajo, que carece de fecha en su edición.

Hiperactividad y Esquizofrenia: un intento de aproximación

Para proseguir con el análisis, nos parece oportuno considerar la propuesta del psiquiatra chileno R. Riquelme sobre el concepto de *Preesquizofrenia*. Apoyándose en evidencia proveniente de investigaciones anglosajonas sobre la etiopatogenia de la esquizofrenia, plantea la siguiente definición: “Afección muy precoz en el futuro sujeto esquizofrénico, asociada a una susceptibilidad genética de herencia aún no descubierta y síntomas que se van dando en el transcurso de la vida, antes de que aparezca clínicamente la psicosis” (Riquelme, 2004, p.4).

Si bien el concepto toma como referencias fundamentales para su elaboración una serie de antecedentes anatomopatológicos y genéticos (distanciándose del enfoque del presente trabajo) y establece, además, el riesgo de la rotulación al instalar un diagnóstico antes que la enfermedad como tal sobrevenga, nos parece un planteamiento a considerar en la medida que favorece una mirada al periodo anterior al fin de la adolescencia/inicio de la vida adulta (momento habitual de eclosión de la esquizofrenia) como un periodo crítico para la intervención psicoterapéutica precoz con objetivos de prevención primaria, contando además con una justificación epidemiológica.

A fin de retomar la pregunta sobre la prevalencia de los trastornos hipercinéticos y de la atención en Chile, resulta significativo el concepto de *Predictores tempranos de esquizofrenia* que el autor plantea. Son definidos como situaciones que acontecen antes de los síntomas clínicos y son independientes del estado de la enfermedad. Son claramente más prevalentes en sujetos con esquizofrenia y comparativamente más específicos para sujetos con este cuadro que en personas con enfermedades de otra índole.

En la revisión de predictores tempranos realizada por Riquelme, es posible encontrar las siguientes situaciones en la infancia: ciertas complicaciones obstétricas, desviaciones del comportamiento y trastornos del lenguaje, hiperactividad, pobre ajuste en el rendimiento escolar, adaptación escolar y social, movimientos inusuales (señalados como predictor específico para la esquizofrenia), alteración de la atención, memoria y habilidades motoras gruesas (Riquelme, 2004).

Nos parece altamente problemático que aquellos elementos psicopatológicos considerados patognomónicos del trastorno hipercinético, coincidan significativamente con las situaciones descritas como predictores tempranos de esquizofrenia. Podemos, entonces, postular que una posible consecuencia de la alta prevalencia del diagnóstico de trastornos hipercinéticos, es el riesgo de homogeneizar un campo de fenómenos clínicos bastante más heterogéneo y complejo. La misma norma técnica advierte la necesidad de realizar un adecuado diagnóstico diferencial con respecto a otros problemas que pueden afectar la atención y la conducta: trastornos del desarrollo, de ansiedad, afectivos, etc.

Discusión

La tarea de responder la pregunta sobre los determinantes de la prevalencia nacional de los trastornos hipercinéticos excede en mucho los alcances de este trabajo. Sin embargo, nos parece relevante en al menos dos direcciones: una política sanitaria define el tipo de sujeto que es destinatario de su discurso y de su práctica. Esta definición lleva implícito

el riesgo de simplificar excesivamente el campo de fenómenos a considerar, encubriendo/excluyendo otras realidades.

Por otra parte, como señalamos, está en carpeta la incorporación a nivel país del tratamiento de los trastornos hipercinéticos y de la atención en el régimen de garantías explícitas en salud (Auge). Cabe preguntarse por las implicancias de esta inclusión, considerando la experiencia en otros problemas de salud mental ya cubiertos por esta política: establecimiento de metas numéricas de sujetos a tratar en el sector público; financiamiento de los establecimientos públicos en función del cumplimiento o no de dichas metas, situación que puede actuar como un incentivo al (sobre)diagnóstico; elaboración de guías clínicas de tratamiento que terminan operando, en la práctica, como *el* modo autorizado de intervenir terapéuticamente en estos problemas.

Nos parece importante retomar el problema de la etiología de estos trastornos. Como indicamos respecto de la esquizofrenia, la normativa vacila entre una apuesta por la existencia de bases biológicas y la constatación de la ausencia de marcadores de tal orden. Respecto de los trastornos hipercinéticos, las investigaciones no han logrado determinar con claridad una etiología biológica (Valdivieso, Cornejo y Sánchez, 2000; Ávila, 2004). Aun así, la norma ministerial insiste en relevar el papel determinante de lo biológico: “Con la información científica disponible, es posible afirmar que en la mayoría de los casos se trata de un trastorno con una base biológica (variaciones de la estructura anatómica cerebral, de neurotransmisores, hormona tiroidea, etc.), determinado genéticamente, con manifestaciones conductuales fuertemente influidas por el ambiente” (MINSAL, 1998, p.6).

La ciencia médica declara, hasta ahora, la ausencia de marcadores biológicos en los trastornos estudiados. A pesar de esto, la intervención validada por la normativa estatal centra sus énfasis en la medicalización (antipsicóticos para la esquizofrenia y psicoestimulantes para la hiperactividad), constituyendo las intervenciones psicosociales -designación genérica para las intervenciones realizadas por psicólogos y trabajadores

sociales en la normativa ministerial- acciones más bien complementarias al tratamiento farmacológico.

En el momento en que una sociedad legitima una (única) determinada terapéutica, es necesario inquietarse. Lo instituido sobre la manera más adecuada de abordar las problemáticas de la infancia puede y debe ponerse en cuestión, en el sentido de no cesar de interrogar nuestra labor clínica con niños y adolescentes en tanto sujetos que se encuentran realizando un importante trabajo referido a la conformación de su psiquismo. Al momento de finalizar la redacción del presente artículo, fuimos sorprendidas por la reciente noticia de un estudio que sostiene que los medicamentos para tratar el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en los niños, no son efectivos a largo plazo. Además, los investigadores creen que el uso de estos fármacos podría atrofiar el crecimiento de los niños (Navas, 2007).

En el año 2000, como dijimos, se definieron las prioridades sanitarias para el decenio 2000-2010, entre ellas, la salud mental. Desde ese entonces, el Estado asume como tarea la incorporación permanente y creciente de profesionales psicólogos a los distintos establecimientos de la red de salud. En tanto profesional autorizado por la normativa ministerial para llevar a cabo diversas intervenciones a la población consultante, el psicólogo se ve continuamente interpelado por la normativa que posibilita su incorporación al sistema de salud. De esta manera, a través de este trabajo, decidimos compartir algunas de las reflexiones que han acompañado y sostenido nuestra tarea clínica en la red pública de salud.

Bibliografía

ÁVILA, M. E. (2004). Datos y reflexiones acerca del uso del metilfenidato (ritalín) para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista Facultad de Medicina UNAM* 47(1), 31-34. Extraído el 10 de diciembre de 2007 desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041j.pdf>.

BERGÈS, J. (1990). *Les enfants hyperkinetiques*. Trabajo presentado en las Primeras Jornadas Franco Chilenas de Psiquiatría y Psicoanálisis, s.f., Santiago de Chile (texto traducido por M. Marchant).

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO (1990). Extraído el 10 de diciembre de 2007 desde <http://www.bcn.cl/leyes/pdf/actualizado/15824.pdf>.

FOUCAULT, M. (1999). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

LEY N° 19.585 (1998). Extraído el 10 de diciembre de 2007 desde <http://www.globalmed.cl/archivos/ley19585.pdf>.

LEY N° 19.876 (2003). Extraído el 10 de diciembre de 2007 desde <http://www.bcn.cl/leyes/210495>.

LEY N° 19.927 (2004). Extraído el 10 de diciembre de 2007 desde <http://www.bcn.cl/leyes/pdf/actualizado/220055.pdf>.

LEY N° 19.966 (2004). Extraído el 10 de diciembre de 2007 desde http://mediacion.cde.cl/descarga/ley_19966.pdf.

LEY N° 19.979 (2004). Extraído el 10 de diciembre de 2007 desde <http://www.bcn.cl/leyes/pdf/actualizado/76753.pdf>.

LEY N° 20.084 (2005). Extraído el 10 de diciembre de 2007 desde <http://www.bcn.cl/leyes/pdf/actualizado/244803.pdf>.

MANNONI, M. (1996). *¿Qué ha sido de nuestros niños locos? Las palabras tienen peso. Están vivas*. Buenos Aires: Nueva Visión.

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV) (1995). Barcelona: Masson.

MINISTERIO DE JUSTICIA (2003). *Ley N° 19.910 modifica la Ley N° 19.620 sobre Adopción de Menores, en materia de competencia de los Juzgados de Menores*. Extraído el 10 de diciembre de 2007 desde www.minjusticia.cl/leyes/19910.pdf.

MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y COOPERACIÓN (MIDEPLAN) (2001). *Política Nacional y Plan de Acción Integrado a Favor de la Infancia y la Adolescencia. 2001-2010*. Santiago: Ministerio de Planificación y Cooperación.

MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y COOPERACIÓN (MIDEPLAN) (2007). *Chile expone protección de la infancia ante la ONU*. Extraído el 3 de septiembre de 2007 desde <http://soporte.mideplan.cl/mideplannew/final/noticia.php?regid=&idnot=1210>.

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL) (1998). *Normas técnicas para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos hipercinéticos en la atención primaria*. Santiago: Serie MINSAL.

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL) (2000a). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Serie MINSAL.

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL) (2000b). *Los objetivos sanitarios para la década 2000-2010*. Santiago: 1. División Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de Epidemiología.

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL) (s.f.). *Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de esquizofrenia*. Santiago: Serie MINSAL.

Navas, M. E. (2007). *TDH: medicinas "no son efectivas"*. Extraído el 10 de diciembre de 2007 desde http://www.sonepsyn.cl/prensa/prensaps_200711.htm#10.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

RIQUELME, R. (2004). *Esquizofrenia: Diagnóstico Precoz y Pre-Esquizofrenia*. Trabajo presentado en el III Coloquio Franco-Chileno de Psicopatología de la Adolescencia, Abril de 2004, Santiago, Chile.

VALDIVIESO, A., CORNEJO, A. y SÁNCHEZ, M. (2000). Tratamiento del síndrome de déficit atencional (SDA) en niños: evaluación de la moclobemida, una alternativa no psicoestimulante. *Revista chilena de neuro-psiquiatría [online]* 38(1). Extraído el 10 de diciembre de 2007 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272000000100002&lng=es&nrm=iso.

Fecha de Recepción de artículo: 19 de Octubre 2007.

Fecha de Aceptación de artículo: 04 de Enero 2008