

MEDICALIZACIÓN Y PATOLOGIZACIÓN DE LA VIDA: SITUACIÓN DE LAS INFANCIAS EN LATINOAMÉRICA

MEDICALIZAÇÃO E PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA: SITUAÇÃO DAS INFÂNCIAS NA AMÉRICA LATINA

MEDICALIZATION AND PATHOLOGIZATION OF LIFE: CHILDHOODS' SITUATION IN LATIN AMERICA

Gisela Untoiglich¹

RESUMEN: Este trabajo es parte de una labor conjunta que venimos realizando desde el Forum Infancias de Argentina, el Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade de Brasil y otras organizaciones preocupadas por el aumento en los últimos años de la patologización y medicalización de la vida, haciendo especial énfasis en la infancia, ya que consideramos que es una de las etapas más vulnerables del sujeto. Se realizará un relevamiento por distintos países de Latinoamérica con sus distintas leyes, decretos y proyectos que promueven efectos patologizantes en la vida de las personas. Se presentará un recorte clínico para ejemplificar la cuestión. Entendemos que los problemas de aprendizaje y comportamiento cuya prevalencia crece cada vez más en la infancia, deben ser comprendidos como producto de una sociedad que propicia modos de vivir cada vez más competitivos, productivistas y direccionados hacia el consumo y no como cuestiones individuales de origen biológico.

PALABRAS CLAVE: Medicalización. Patologización. Infancia

RESUMO: Este trabalho é parte de uma ação conjunta que vimos realizando no *Forum Infâncias*, da Argentina, no *Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*, do Brasil e em outras organizações preocupadas com o aumento, nos últimos anos, da patologização e da medicalização da vida, com especial ênfase na infância, posto que consideramos que esta é uma etapa das mais vulneráveis da vida do sujeito. Será apresentado um levantamento em diferentes países da América Latina, com suas diversas leis, decretos e projetos que promovem efeitos patologizantes na vida das pessoas. O artigo apresenta, ainda, um recorte de um caso clínico para exemplificar a problemática em discussão. Entendemos que os problemas de aprendizagem e comportamento, cuja prevalência cresce cada vez mais na infância, devem ser compreendidos como produto de uma sociedade que propicia modos de viver cada vez mais competitivos, produtivistas e direcionados ao consumo, e não como questões individuais, de origem biológica.

PALAVRAS-CHAVE: Medicalização. Patologização. Infância.

¹ Doutora em Psicologia; CoDirectora do Programa “Actualización Problemáticas clínicas actuales en la infancia”, do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade de Buenos Aires. E-mail: giselauntoiglich@gmail.com.

ABSTRACT: This paper is part of a joint work that we have been carrying out within the *Forum Infancias* (Childhoods Forum), in Argentina, *Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade* (Forum on Medicalization of Life and Education), in Brazil, and other organizations concerned with the increase in last years of the patologization and medicalization of life, specially concerning childhood, since we consider it as one of the most vulnerable periods in one's life. A report will be made approaching different countries of Latin America, their different laws, decrees and projects that promote effects that can pathologize people's life. A clinical excerpt will be included, in order to exemplify the issue under analysis. We understand that learning and behavior problems whose prevalence grows increasingly in childhood must be understood as a product of a society that promotes increasingly competitive lifestyles, productivist and directed towards consumption rather than as individual issues of biological origins.

KEYWORDS: Medicalization. Pathologization. Childhood.

INTRODUCCIÓN

Este artículo está basado en el trabajo conjunto que venimos llevando a cabo distintas organizaciones preocupadas por el aumento en los últimos años de la patologización y medicalización de la vida, haciendo especial énfasis en la infancia, ya que consideramos que es una de las etapas más vulnerables del sujeto.

Pertenezco al Forum Infancias, equipo interdisciplinario contra la patologización y medicalización de la infancia, que fue creado en el año 2005, a partir del auge de los diagnósticos de Trastorno por Déficit Atencional (TDA) que predominaban en ese momento en Argentina.

Nos encontrábamos con niños que por presentar dificultades en la escuela o en el ámbito familiar eran rotulados y medicados de un modo inmediato, sin que nadie se tomara el tiempo para escucharlos, ni indagar en su contexto y en su historia, sin que se hiciera un intento por comprender los conflictos que expresaban, de un modo más amplio. De este modo, niños inquietos, con dificultades escolares, niños soñadores, desatentos, eran englobados en una única sigla. Consecuentemente, descripciones conductuales se transformaban en enunciados identificatorios, lo cual hacía perder a los niños su identidad subjetiva. Ya no se trataba de un niño que no podía parar de moverse, sino que estábamos frente a un Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad (TDA-H), que había que medicar. Nos preguntábamos, en ese momento, por qué había que suponerlos patológicos en lugar de escuchar qué nos estaban tratando de decir a través de su movimiento desenfrenado o su falta de atención.

La infancia quedaba así inmovilizada en cuadros patológicos, perdiendo la posibilidad de realizar una lectura desde el Paradigma de la Complejidad de aquello que estaba ocurriendo.

A partir de la realización de cuatro Simposios Internacionales, a lo largo de estos años, nos fuimos relacionando con diferentes colectivos que se fueron gestando en distintos países, así como promovimos la creación de grupos similares en distintas ciudades argentinas y también en diversos países, que nos permitieron tener un panorama general acerca de lo que está ocurriendo con estos fenómenos en los diferentes lugares y darnos cuenta de la globalización de estos procesos.

En la actualidad, el Forum Infancias de Argentina, junto al Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade de Brasil, el grupo Espai Freud con su campaña Stop DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) de España, el Forum por uma abordagem não medicalizante nem patologizante da educação de Portugal, *Pas de zéro de conduite*, de Francia y organizaciones de Chile, México, nos encontramos trabajando mancomunadamente con el objetivo de alertar sobre estos crecientes procesos de patologización y medicalización de la vida y generar otras estrategias de abordaje que le permita a todo niño y adolescente, por su sola condición ciudadana, sin necesidad de ningún diagnóstico invalidante, garantizar el acceso a la atención médica, psicológica, fonoaudiológica y pedagógica de calidad, sin restricciones. Ya que educación y salud públicas de calidad son derechos de todos y deber del Estado (FORUM INFANCIAS Y FORUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2012).

En este trabajo presentaré las definiciones principales sobre la cuestión, realizaré un recorrido por la situación actual con respecto a las temáticas de la medicalización y patologización de la infancia en algunos países de Latinoamérica y profundizaré clínicamente tomando como referencia un caso clínico.

¿QUÉ SE ENTIENDE POR PROCESOS DE MEDICALIZACIÓN?

En las últimas décadas ha sido creciente el traslado hacia el campo médico de problemas inherentes a la vida. Cuestiones de orden colectivo, social y político, se abordan como problemas individuales, atribuyendo su causación, mayoritariamente, a determinaciones biológicas (aunque las mismas no hayan sido comprobadas). Cuando problemas que están por

fuera del área de la medicina son definidos en términos de trastornos y abordados como problemas médicos, estamos ante un proceso de medicalización de la vida. Esto trae como consecuencia que se exceptúen de responsabilidad las instancias de poder, en cuyas entrañas son generadas y perpetuadas, las más de las veces, tales dificultades (MOYSÉS; COLLARES, 2011).

Observamos con preocupación cómo este fenómeno se ha elevado exponencialmente en los últimos años en relación a la infancia, con un consecuente aumento de consumo de psicofármacos en niños.

En este sentido la institución escolar ha venido asumiendo un rol protagónico en esta cuestión ya que ha acompañado la creencia de que los problemas de aprendizaje y/o comportamiento de niños, niñas y adolescentes devienen de enfermedades inherentes a cada individuo, sean de origen biológico o psicológico.

Cada vez con mayor frecuencia, llegan a las unidades de salud pública o a los consultorios privados, niños derivados por las escuelas por problemas en sus aprendizajes y/o comportamiento. Generalmente en la derivación ya se deja constancia de una “sugerencia diagnóstica”, siendo las más comunes los trastornos neurológicos o psiquiátricos como el Trastorno por Déficit Atencional (TDA) o el Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) o, últimamente, con un auge creciente el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) o Trastorno del Espectro Autista (TEA). Algunas veces se sugiere derivación a escuela especial y con frecuencia la obtención de un certificado de discapacidad para tener acceso a los supuestos tratamientos necesarios, sin medir las consecuencias subjetivas para el niño y su familia, de este tipo de indicaciones, en relación tanto a su presente, como al futuro.

Centrar el problema en el niño oculta las dificultades que podrían estar existiendo en diferentes espacios. Es en ese escenario donde, con frecuencia, aparecen los supuestos trastornos de aprendizaje y/o conducta y se ubica el foco en el individuo que debería aprender y no aprende, en el que debería comportarse y por el contrario incomoda. Los discursos imperantes tanto de profesionales de la educación como de la salud hacen creer que la escuela y más extensamente la sociedad, es “víctima de niños inadecuados, anormales, enfermos”, sin cuestionarse si existe alguna relación entre la creciente cantidad de niños con “supuestos trastornos” y la inadecuación del sistema escolar (MOYSÉS; COLLARES, 2011) o la vida cotidiana que llevamos los adultos, sin tiempo para la crianza, con muchas dificultades para estar en disponibilidad en ese periodo de gran demanda que es la infancia, debido a las feroces

exigencias a las que nos encontramos sometidos en el afán de sostenernos en un sistema que reclama altísimos niveles de productividad para poder subsistir en él.

Para entender cómo se construyen los procesos de patologización y medicalización nos apoyaremos en algunos referentes teóricos:

Canguilhem (1943) define Normal como promedio, aquello que es “como debe ser”, un modo de unificar lo diverso. Sin embargo, quién determina y bajo qué condiciones se define lo que se “debe ser” ¿Se pueden pensar estas categorías por fuera de su época histórica, por fuera de una ideología dominante? El autor proponía que el ser vivo y el ambiente no son normales tomados por separado, sino que será en esa relación que se establecerán las bases para pensar qué es normal en determinado momento. Desde esta perspectiva se propone que lo normal no es una formulación estática o pacífica, sino que es un concepto dinámico y polémico.

Foucault (2008) plantea que “La enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado” (p21). Se considera el proceso de medicalización como fundamental para entender cómo los sujetos y las sociedades se transforman en blancos de intervención de los dispositivos del poder.

Conrad (2007) formula que la cuestión central para instalar los procesos de medicalización está en definir un problema en términos médicos, utilizar terminología médica para describirlo, referir a un marco médico para abordarlo y valerse de las intervenciones médicas para tratarlo (FARAONE et al., 2010).

Así la medicina queda dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo. No hay campo exterior a la medicina.

La biohistoria es el modo de pensar los efectos en el ámbito biológico de la intervención médica. La huella que deja en la historia humana dicha intervención. Será necesario interrogarnos acerca de las consecuencias del Saber Médico en la vida de las personas (FOUCAULT, 2008).

Para Szasz (2007): la medicalización no es medicina, ni ciencia; es una estrategia semántica y social, que beneficia a pocas personas y daña a muchas otras.

Conrad (2007) plantea las consecuencias de los procesos de medicalización:

1- La expansión creciente de las áreas de incumbencia de la medicina, fomentada por una industria farmacéutica crecientemente poderosa y rentable;

2- El uso de diversas tecnologías por parte de la medicina para el tratamiento del comportamiento anormal. La utilización de mecanismos tecnológicos que contribuyen al sostenimiento del *status quo*, con efectos en los sujetos (sobre todo en los niños) que en ocasiones resultan irreversibles;

3- Se deforma la realidad y se promueve el control social en nombre de la salud (FARAONE et al., 2010).

¿QUÉ SE ENTIENDE POR PROCESOS DE PATOLOGIZACIÓN?

Cuando características como la tristeza, la inquietud infantil, la timidez, la rebeldía adolescente, que son inherentes a lo humano, se transforman en patología nos encontramos ante un *proceso de patologización* de la vida. Este proceso lleva a concebir como enfermas ciertas particularidades de los sujetos, lo cual implica un conjunto de operaciones políticas, programas, estrategias y dispositivos; intervenciones puntuales; campos argumentales; cuyos efectos ubican en un lugar de enfermo/a, o de potencialmente enfermo o anormal o pasible de traumatización o desubjetivación, a aquellos individuos que quedan por fuera de los criterios de normalidad de su época (KORINFELD, 2005). Esto involucra siempre una modalidad de saber que es solidaria de un ejercicio del poder.

¿Cuáles son los pasos que instalan el proceso de patologización en el campo de la salud mental?

- 1- En principio suele haber una búsqueda de causa unívoca y determinista.
- 2- Impera un paradigma fijo de normalidad y todo lo que queda por fuera se califica como anormal.
- 3- Se produce un acto de nominación que construye una clasificación que da sentido a todo lo que le ocurre a ese sujeto y su vida pasa a ser leída desde esa única condición.
- 4- A partir de allí toda la historia de ese sujeto, su pasado, su presente y su futuro estará atravesado por dicha categorización.

Cuando la maquinaria patologizadora se instala, sobre todo en la infancia, puede estar incentivada por la medicina, pero también por la psicología e incluso cierto psicoanálisis o por la institución escolar, esto invisibiliza una trama socio-política de la cual el sujeto es su objeto. Cuando un niño fracasa en la escuela y este fracaso es atribuido exclusivamente a su TDA-H (de supuesto origen genético), o también podría ser a sus vínculos

familiares (problemática emocional), sin revisar toda la complejidad implicada que promueve dicho fracaso, entonces el proceso de patologización está en marcha. La mayoría de las veces esto ocurre sin que ninguno de los actores pueda percibirlo, generando una marca persistente en la subjetividad en construcción del niño, que va a determinar su presente, tanto como su porvenir.

Consideramos fundamental que la institución escolar esté advertida de estos mecanismos ya que las más de las veces, los docentes en su afán de ayudar, inician estos procesos instalando en la vida de esos niños y sus padres marcas imposibles de borrar.

¿A QUÉ SE HACE REFERENCIA CON EL PROCESO MEDICAMENTALIZADOR?

A diferencia de la época cuando Illich y Foucault construyeron el concepto de Medicalización en el cual el Estado tenía un fuerte protagonismo en cuanto a las decisiones ligadas a la Salud Pública, en la actualidad nos encontramos con que la expansión de las áreas de incumbencia de la medicina se encuentra fomentada por una industria creciente y poderosa, que está en manos de unos pocos privados, que ha dado lugar al proceso de medicamentación de la vida (IRIART, 2008).

Aquí se combinan distintos factores, por una parte el corrimiento del Estado en cuanto a garantizar Educación y Salud para todos, con un auge de las políticas neoliberales, un negocio multimillonario en manos de los Laboratorios y por el otro una Sociedad que busca la adaptación de los sujetos a las condiciones de exigencia actuales, sin medir costos, lo cual lleva con frecuencia a los adultos a introducir y naturalizar el aumento exponencial de consumo de psicofármacos en la infancia buscando la adaptación del niño a los requerimientos que le impone la época, sin medir las consecuencias a largo plazo de dichas intrusiones.

Estos fármacos se están utilizando en la infancia para controlar las conductas de los niños y adaptarlos a un sistema escolar, que en su estructura central no ha variado en los últimos tres siglos. Continuamos educando con métodos del siglo XIX a niños del siglo XXI.

Investigaciones en diferentes países dan cuenta del aumento de niños diagnosticados y medicados por diferentes trastornos, que en realidad no tienen un verdadero sustento científico y que en definitiva, solo ponen en evidencia la falta de voluntad política para resolver los desafíos que nos presenta la infancia actual.

Baughman (1999), neurólogo estadounidense, afirmaba con respecto al TDA-H que “El país ha sido llevado a creer que cada emoción molesta es una enfermedad mental, y

quienes dirigen la Asociación Psiquiátrica Americana saben muy bien que la están promoviendo como enfermedad cuando no hay información científica que confirme cualquier enfermedad mental”. Esta situación ha empeorado notoriamente en los últimos años, y específicamente en el 2013 con la salida de la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V). Los escándalos de corrupción y las estafas que dejan en evidencia cómo se construyen los criterios para que ciertas características comunes a lo humano se transformen en supuestos “Trastornos mentales” han tomado estado público. Para tomar un ejemplo de esto, más de dos semanas de tristeza por duelo, se considera una depresión, a la que por supuesto hay que someter a psicofármacos. Por otra parte, se difundió la noticia que Eisenberg, psiquiatra norteamericano, responsable de la introducción del cuadro TDA-H en el DSM y de la incentivación de prescripción de psicofármacos para tratar características comunes de la infancia como la desatención y la hiperactividad, expresó que es mucho más fácil hacerle creer a los padres que su hijo tiene una enfermedad de origen genético, que revisar cuáles son los factores psicosociales que contribuyen a la construcción de determinados cuadros (EL DESCUBRIDOR DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CONFESÓ ANTES DE MORIR QUE ES UM TRANSTORNO FICTICIO, 2013).

Más del 9% de los jóvenes en Estados Unidos consume Metilfenidato, prescripto por un médico, sin embargo a esto hay que añadirle una cantidad indeterminada de personas que lo consume de modo ilegal debido a los efectos similares a la cocaína. Aunque los laboratorios insisten en su inocuidad, la *Drug Enforcement Administration (DEA)*, la considera como una sustancia de "alto potencial para el abuso", y la coloca en la misma lista de riesgo que la cocaína o las anfetaminas.

MEDICALIZACIÓN Y PATOLOGIZACIÓN EN LAS INFANCIAS EN LATINOAMÉRICA

En Uruguay

Míguez Passada (2011), investigadora uruguaya, sostiene que alrededor del 30% de los niños uruguayos, de las escuelas que fueron relevadas, están siendo medicados con psicofármacos. El Ministerio de Salud Pública Uruguay no tiene cuantificado el consumo de psicofármacos, sin embargo son los encargados de proporcionar las medicaciones a través de sus planes de salud.

Las estrategias difieren según el contexto económico-social de proveniencia de los niños. La medicación de niños de contexto crítico se calcula entre un 15% y un 20%, pero lo más significativo es la mayor derivación a educación especial de estos niños, y allí ocurre que un 80% de los niños son medicados. Lo que encuentra la investigación es que en estas escuelas los alumnos comienzan a ser medicados cada vez desde más pequeños, cada vez con dosis más fuertes, lo cual genera que pasen gran parte de la jornada escolar durmiendo y, por otra parte, se utiliza prioritariamente la estrategia de la reducción horaria, lo que significa que niños que viven en condiciones sociales sumamente precarias, en vez de tener la oportunidad de estar más horas en la institución escolar, asimilando conocimientos, son confinados en sus casas, en las cuales cada vez tendrán menos oportunidades.

Otra estrategia frecuentemente utilizada en estos sectores es el pase a escuela especial, lo que quiere decir que en principio teníamos un niño o niña con problemas de conducta -por cuestiones contextuales- que termina en una institución especial, en una situación de discapacidad, sin tener ninguna deficiencia, lo cual seguramente le diezmará las pocas oportunidades que podría haberle abierto la educación. Por otra parte, en el contexto privado de educación uruguaya ocurre un fenómeno diferente, se sobreexige académicamente a los alumnos y muchos niños no pueden responder a ese ritmo escolar, por lo tanto la medicación se utiliza para que puedan seguir siendo productivos y reproducir la lógica de mercado.

Argentina

En Argentina fue registrado un aumento del consumo de Metilfenidato desde 1994 al 2005 de 900%. En las zonas de mayor poder adquisitivo hay colegios que tienen hasta un 30% de chicos medicados con psicoestimulantes.

La Dra Faraone y su equipo interdisciplinario realizaron una investigación en todo el país. El Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes de la Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología médica (ANMAT) proporcionó datos sobre importación de Metilfenidato correspondientes al período 2005-2008, donde se aprecia un significativo incremento, de 47.91 kg en el 2007 a 81.75kg en el 2008. Se halló como dato relevante el uso del fármaco como medio para la construcción diagnóstica. Esto quiere decir que, en numerosas ocasiones, los niños son medicados con psicoestimulantes y se les dice a los padres que si observan mejorías conductuales en sus hijos, esto significa que el niño tiene TDA-H. Por

supuesto es una falacia, ya que de acuerdo a la sensibilidad a la droga, muchos sujetos cambian sus niveles atencionales cuando consumen el medicamento. Por otra parte, este no es un método válido en ciencia, nunca es por la efectividad de una droga que se realiza un diagnóstico (FARAONE et al., 2009).

Otro de los diagnósticos que suele ser una fuerte vía de entrada para la cuestión de la medicalización en la infancia es el autismo. Cuando comenzó a hablarse sobre autismo, en 1944 (KANNER, 1944), esta era una rara enfermedad cuya prevalencia, a nivel mundial era de 4 sobre 10.000 niños. A partir de la inclusión del autismo dentro de los cuadros de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) en el Manual Estadístico de Enfermedades Mentales en su cuarta versión (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994) su aumento fue exponencial, pasando a 1 en 166. Sin embargo, en Argentina, así como en otros países, la cifra que está circulando en la actualidad es 1 en 88 niños y específicamente 1 en 59 varones, lo cual lo transforma en una pandemia.

En los años 2012 - 2013 hubo varias presentaciones de proyectos de leyes en el Congreso Nacional Argentino y en los diferentes Congresos Provinciales para la detección precoz de autismo, con propuestas muy similares que planteaban la obligatoriedad de la inclusión del Cuestionario M-CHAT (Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños -Modificada), en el plan nacional de vacunación, a los 18 meses. Se trataba de que los padres completaran dicho cuestionario, lo entregaran a un agente de salud (no necesariamente con alguna formación específica) quien debería puntuarlo, sin necesidad de observar al niño y según los resultados le entregaría a los padres un certificado en el que se planteaba el autismo (ARCANDO, 2012).

El Forum Infancias, junto a otras organizaciones, expresó su desacuerdo con estas medidas ya que suponíamos que esto generaría una pandemia de diagnósticos de autismo que demarcarían la vida de estos niños y sus padres, patologizando su vida. Por supuesto acordamos con la detección precoz de problemáticas en el desarrollo, pero siempre cuidando que esto no se transforme en un etiquetamiento temprano de la infancia.

Chile

En Chile el crecimiento de niños diagnosticados por TDA-H fue de un 253% tan solo en el año 2012. El dato significativo es que esto ocurrió luego de que el gobierno pasara a aumentar en un 196% la subvención escolar para aquellos institutos educativos que tengan

alumnos con diagnóstico de TDA-H. Es decir, por cada niño con diagnóstico de TDA-H, la escuela recibe dinero extra, que supuestamente debería destinarse a mejorar los recursos educativos para la integración de dichos niños al sistema. Sin embargo, la estrategia mayoritariamente aplicada es la medicación. La importación de Metilfenidato en Chile pasó de 24,2 kilos en 2000 a 297,4 Kilos en 2011 (BECERRA REBOLLEDO, 2013).

Lo que se observa con esta medida es que de cierto modo, los diagnósticos psiquiátricos en la infancia subvencionan la educación. A partir de la introducción del Decreto 170 de Subvención Diferenciada para alumnos y alumnas con “necesidades educativas especiales” del año 2009 (MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE CHILE, 2009), se otorga subvenciones a escuelas privadas que incluyen a estos niños. Sin embargo, lo que podría parecer una ayuda puede terminar convirtiéndose en parte de las causas de los problemas. Para recibir estos fondos las escuelas exigen que los niños hayan sido diagnosticados por “expertos” que corroboren ciertos diagnósticos con herramientas “validadas”.

Pero, ¿cómo se construyen estas validaciones? Cuando se utilizan las categorías del DSM, se parte de la creencia que puede haber en salud mental clasificaciones a-históricas, a-políticas y a-económicas, por lo tanto los diagnósticos biomédicos generan la ilusión de que la enfermedad es atemporal, desligada de las condiciones políticas, sociales y económicas de su época histórica.

Así, cada individuo, más específicamente cada cuerpo biológico enfermo pasa a ser responsable del no aprender o del no comportarse y recibirá una ayuda económica para modificar dichas conductas inapropiadas, o mejorar sus “discapacidades” individuales. La táctica se hace evidente, se personalizan los problemas para no tener que revisar el Sistema educativo-político-social construido para el éxito de unos pocos. El sistema se mantiene incuestionado y es cada individuo el que tiene que realizar el esfuerzo de integrarse a dicho régimen.

A partir de la evaluación “objetiva” se identifican las dificultades particulares y se buscan los apoyos que mejorarán la participación del estudiante: un paisaje estático donde se enseña y se aprende de manera pasiva, el conocimiento es recibido según las “condiciones de aprendizaje” que el individuo tenga. Si hay problemas, el diagnóstico es capaz de detectar las dificultades en este otro paisaje estático que es la gnoseología psiquiátrica; y las ayudas tampoco se precian de ser emergentes o adaptadas a los contextos: los apoyos están ahí y el diagnóstico

nos ayuda a elegir el mejor, el más apegado a la necesidad de cada deficiencia, no de cada sujeto (PEÑA, 2013).

Por lo tanto los diagnósticos psiquiátricos tienen un papel fundamental para el funcionamiento del sistema de financiamiento de la educación.

En Santiago de Chile ya se habla de escuelas “Ritalinizadas” (PAGANINI, 2012) ya que en algunas de ellas más del 50% de los niños se encuentran medicados. Los datos del Ministerio de Salud Chileno informan que el 71% de los niños que consultan en Salud Mental, salen con diagnóstico de TDA-H.

México

En México, la situación también es preocupante. En el Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (MÉXICO, 2011) se expresa que uno de los objetivos centrales es combatir el estigma y la discriminación en torno a los trastornos mentales. Asimismo advierte que México carece de un programa nacional de salud mental específico para la niñez, lo que obstaculiza la detección y atención tempranas de las dificultades. Por otra parte, en dicho país la atención en salud mental se desarrolla fundamentalmente en los hospitales psiquiátricos. Salud mental recibe solo el 2% del presupuesto de salud y a su vez de ese 2%, el 98% se destina a los hospitales psiquiátricos, por lo tanto casi es inexistente el presupuesto para trabajos de prevención. Solo el 5% de las escuelas cuentan con psicólogos en su plantel y en muy pocas existen programas de prevención.

Desde el año 2004 la población que no se encuentra cubierta por la seguridad social, es atendida desde el Seguro Popular (55% de los mexicanos). Los beneficiarios tienen derecho a recibir tratamiento de las enfermedades que están incluidas en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud del afiliado (CAUSES), que cubre el 100% de los servicios médicos que se ofrecen en los Centros de Salud de 1er nivel, el 95% de las acciones hospitalarias de 2º nivel y los medicamentos necesarios. En el CAUSES 2010 se incluye la atención ambulatoria y la hospitalización breve para trastornos mentales. En el 2010 los trastornos mentales prioritarios en la infancia eran: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastornos Afectivos y de Ansiedad, Trastornos Psicóticos y del Desarrollo como autismo y epilepsia, además de la atención de las adicciones (MÉXICO, 2010).

Sin embargo, en el CAUSES 2012, los únicos diagnósticos a los que se hace referencia para la infancia son el Trastorno por Déficit Atencional, los trastornos depresivos y el Autismo. Para diagnosticar el TDA-H se indica la aplicación de la Escala de Conners, es importante señalar que dicha escala no fue confeccionada para diagnosticar TDA-H, aunque se haya generalizado su utilización para este fin, lo cual genera una cantidad importante de falsos positivos. Estos dos factores, la utilización de la Escala de Conners para diagnosticar TDA-H y el hecho de que el TDA-H sea uno de los pocos diagnósticos con cobertura al 100% por el Sistema de Salud, ocasiona que haya un importante sobrediagnóstico. En algunos estados de México en escuelas de 600 niños, 100 de ellos toman medicación para el TDA-H. El aumento exponencial del consumo de Ritalina en la infancia mexicana alentado y fomentado por el sistema escolar promovió que tuviera que decretarse una reforma a la Ley General de Educación, en el año 2009, para que se prohíba a las escuelas darles psicofármacos a los niños sin el consentimiento de sus padres.

Brasil

En Brasil, la venta de Metilfenidato en farmacias, pasó de 71.000 cajas en el 2001 a dos millones de cajas en el 2010, según datos del instituto de Defensa de los Usuarios (MOYSÉS; COLLARES, 2011), lo que lo transforma en el segundo consumidor mundial de esta droga. En el estado de San Pablo, la distribución de Metilfenidato que provee la Red Pública de Salud, ascendió de 43.380 comprimidos en el 2005 a 1.263.166 en el 2011 (FORUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2012). El Metilfenidato es conocido como “la droga de la obediencia” y existe una creencia generalizada de que se trata de una droga inocua, sin embargo, numerosos estudios demuestran que su uso aumenta en siete veces los riesgos de una muerte súbita, así como de brotes psicóticos, taquicardia, disminución del crecimiento, del apetito, trastornos del sueño, entre muchos otros efectos colaterales y adversos. Muchos adolescentes brasileños la están utilizando como “amplificadores cognitivos” para rendir mejor en los exámenes universitarios, advierte en un reportaje la Dra. Moysés (FUSCO, 2012).

En el año 2012, el Consejo Federal de Psicología (CFP) de Brasil lanzó una campaña titulada “No a la medicalización de la vida”, tanto la Asociación Brasileña de Psiquiatría (ABP), como la Asociación Brasileña de Déficit Atencional (ABDA) se posicionaron

contrarias a dicha campaña argumentando que el CFP buscaba psicologizar problemas psiquiátricos. Según el presidente de la ABP, el 5% de la población brasileña sería portadora de TDA-H, es decir cerca de 10 millones de personas (estas estadísticas suelen ser extrapolaciones de cifras estadounidenses), por lo tanto habría muchas personas que no están siendo diagnosticadas. Lo que no se cuenta es que tanto la ABP como la ABDA son organizaciones auspiciadas por diferentes Laboratorios como se puede ver en su página web.

La ABDA es una asociación sin fines de lucro de organización muy similar a la de otros países, con un Presidente del Consejo Científico de reconocida trayectoria y padres en las diferentes comisiones. El presidente del Consejo Científico, Dr en Psiquiatría y autor de numerosos artículos que se encuentran en su sitio web, como “¿TDA es una enfermedad inventada?” o “TDA subtratado en Brasil” publicado en la Revista Brasileña de Psiquiatría, intenta a partir de estas publicaciones justificar científicamente la existencia del TDA y su subdiagnóstico. El dato llamativo es que en la declaración de conflictos de intereses del autor, él mismo explicita que es consultor, lleva adelante investigaciones subvencionadas y es conferencista pago por las empresas Janssen-Cilag, Shire y Novartis. Todos estos laboratorios son los principales fabricantes de las drogas más vendidas para el tratamiento de TDA. Es difícil suponerle objetividad a alguien que depende económicamente de estos aportes. Sin embargo, los artículos y cursos gratuitos que ofrecen para docentes y médicos son la base para la formación de dichos profesionales sobre estos temas. Sería difícil pensar que la información que se oferta no está sesgada por estos conflictos de intereses.

Como se puede observar en este breve recorrido realizado por distintos países de Latinoamérica, los problemas aquí planteados exceden ampliamente la cuestión de por qué un niño no aprende, no se comporta, o no se queda quieto en la escuela y tampoco es una cuestión que atañe sólo a las políticas en salud y/o educación de un único país. Lo que preocupa especialmente es la banalización y generalización del consumo de psicofármacos, a nivel mundial, en la infancia y los intentos de simplificación de problemáticas tan complejas.

DISCUSIONES TEÓRICO-CLÍNICAS

En la mayoría de las consultas clínicas el problema suele estar centrado en el niño, en el “diagnóstico” de una enfermedad o trastorno inherente al mismo, suponiendo que esta es la pretendida causa de los problemas de aprendizaje y/o comportamiento. A partir de 1980, con

la llegada del DSM-IV, ocurre la progresiva ocupación de ese espacio por supuestas disfunciones neurológicas, a tal punto que hoy la mayoría de los discursos medicalizantes refieren a dislexia, TDA-H, TOD, sin importar que las hipótesis de enfermedades neurológicas que comprometen exclusivamente el aprendizaje y/o el comportamiento jamás hayan sido comprobadas y son criticadas por la propia medicina. Sin embargo, como discursos dogmáticos resisten inquebrantables. Dogma e intolerancia a cuestionamientos pertenecen al terreno de la fe y los preconceptos, son elementos extraños al mundo de los saberes y conocimientos, que se apoyan en la razón (MOYSÉS; COLLARES, 2011).

A continuación presentaré una pequeña viñeta clínica que da cuenta de este fenómeno (UNTOIGLICH, 2011):

Julieta, es una niña de 7 años, que se mudó hace un par de años de un pueblo campesino de Paraguay a Buenos Aires. Silenciosa, tímida, y según su docente, no responde al ritmo académico, no tiene vínculo con sus pares. Concorre a una escuela privada y religiosa de un barrio de buen poder adquisitivo de la ciudad de Buenos Aires. La escuela la deriva a una consulta neurológica, donde luego de aplicarle un cuestionario y realizarle un electroencefalograma se la diagnostica de Trastorno por Déficit de Atención (TDA) y se la medica – es importante aclarar que no existe ninguna prueba de laboratorio para diagnosticar TDA -. La madre se niega a darle la medicación y realiza una consulta psicológica.

La madre es paraguaya, a su padre biológico no lo conoce, a la entrevista psicológica concurren la madre y el padrastro. El hombre, de alto poder adquisitivo, controla todas las respuestas de su mujer, la esposa baja la cabeza y no mira a la terapeuta en toda la entrevista.

La docente dice que el problema es que la madre es paraguaya y tiene poca educación y que la niña tiene “un poco de Déficit Atencional”. En el proceso psicodiagnóstico, se observa que a la niña le cuesta abrirse, las figuras humanas no tienen manos y cuando se le pide que construya relatos a partir de las láminas del Test de Apercepción para Niños (CAT), se angustia diciendo: no te puedo contar ninguna historia. Los test cognitivos arrojan resultados dentro de la media, sin embargo la niña, en la escuela, no realiza ninguna producción escolar.

La terapeuta solicita una entrevista a solas con la madre. Allí ella cuenta, con mucho esfuerzo y vergüenza, que su marido le pega y también castiga a la hija, sobre todo por las

dificultades en la escuela, entonces ella trata de ocultarle los problemas de la niña, pero cuando la maestra los cita o llega el boletín el marido se pone como loco y reparte golpes para todos lados.

Finalizado el psicodiagnóstico la terapeuta se acerca a la escuela a hablar con la docente, la misma se sorprende de lo relatado ya que el señor le parecía muy correcto, culto, concurría a la Iglesia todos los domingos y era un importante donador. Por otra parte plantea que en la escuela, poco tiempo atrás, había venido una Fundación a dar una capacitación sobre TDA-H y que según su criterio, la niña cumplía con todos los ítems para diagnosticar Trastorno por Déficit Atencional y que para eso ella podía encontrar tips en internet que ayuden y que había pensado que seguramente una medicación la podría beneficiar, pero con un padrastro violento ella no tenía nada para hacer.

Cuántas veces nos encontramos con niños que son derivados por no atender, por no parar de moverse o por no producir en la escuela, a los cuales se les diagnostica rápidamente TDA y se los medica con psicofármacos, sin comprometerse a la escucha de su sufrimiento, que muchas veces encubren graves situaciones de violencia y abusos en el hogar.

En el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná, Brasil, se analizaron las historias clínicas de 150 niños que sufrían graves situaciones de violencia familiar. Todos ellos estaban ya siendo atendidos en diferentes servicios del Hospital, sin embargo, ningún profesional había detectado anteriormente dichas situaciones. Todos habían recibido diferentes diagnósticos neuropsiquiátricos. El 68,54% estaban clasificados como: Dificultades de aprendizaje, TDA-H y fracaso escolar. 127 niños estaban medicados con drogas psicoactivas, algunos por más de la mitad de su vida (PFEIFFER, 2011).

CONCLUSIONES

Entendemos que los problemas de aprendizaje y comportamiento cuya prevalencia crece cada vez más en la infancia, deben ser comprendidos como producto de una sociedad que propicia modos de vivir cada vez más competitivos, productivistas y direccionados hacia el consumo.

Consideramos fundamental comprender los vínculos individuo / sociedad en perspectiva de interrelaciones complejas. La sociedad es un conjunto constituido por la articulación compleja, entre innumerables individualidades, en el mismo sentido que la totalidad de la sociedad constituye la totalidad de cada sujeto que a su vez es por ella constituida. Cada

persona es un sujeto histórico y cultural, con las marcas de su época y de su contexto, que deja sus huellas en su tiempo y su espacio.

La biologización basada en una concepción determinista, a partir de la cual todos los aspectos de la vida son determinados por estructuras biológicas que no interactúan con el ambiente, ni con las historias de los sujetos, desaloja de la escena los procesos y fenómenos característicos de la vida en sociedad, con una historicidad, una cultura, valores, afectos, una organización social con sus desigualdades de inserción y de acceso. Así queda reducida la vida a su sustrato biológico, todo el futuro está irreversiblemente determinado desde el inicio; esto prepara el terreno para los procesos de medicalización y patologización. (MOYSÉS; COLLARES, 2011).

Profesionales de la salud que sólo aplican cuestionarios para realizar diagnósticos, reducen la complejidad múltiple de las problemáticas en la infancia, con la ilusión de que se podría cuantificar el sufrimiento, lo que transforma la clínica en la aplicación de procedimientos burocráticos.

Así no queda espacio en la infancia para lo imprevisible, el desafío, la rebeldía. En definitiva, expropiada la esencia de ser niño, solo resta obedecer...

BIBLIOGRAFÍA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson. 1994.

ARCANDO, J. C. *Plan de prevención y detección de trastornos generales dentro del Espectro Autista*. Proyecto de ley n°143, 2012. Disponible en: https://www.google.com.ar/search?q=Arcando+impulsa+proyecto+de+ley+que+promueve+la+de+tecci%C3%B3n+temprana+del+autismo&oq=Arcando+impulsa+proyecto+de+ley+que+promueve+la+de+tecci%C3%B3n+temprana+del+autismo&aqs=chrome..69i57j0j7&sourceid=chrome&espv=210&es_sm=93&ie=UTF-8#q=Arcando+proyecto+de+ley++de+tecci%C3%B3n+temprana+del+autismo. Acceso en: 27 jan. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO (ABDA). Disponible en: www.tdah.org.br. Acceso en: 3 jan. 2014.

BECERRA REBOLLEDO, M. *Ritalín: una sociedad que droga a sus niños*. El ciudadano, 2013. Disponible en: <http://www.elciudadano.cl/2013/01/03/62341/ritalin-una-sociedad-que-droga-a-sus-ninos/>. Acceso en: 30 jan. 2014.

CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human condition into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

EL DESCUBRIDOR DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CONFESÓ ANTES DE MORIR QUE ES UN TRANSTORNO FICTICIO. *Diario Die Spiegel*, Alemania. 2013. Disponible en: <http://actualidad.rt.com/ciencias/view/95483-psiquiatra-descubrio-tdah-enfermedad-ficticia>. Acceso en: 30 jan. 2014.

FARAONE, S. et al. Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. *Interface - Comunicação, Saude, Educação*, v. 14, n. 34, p. 485-497. jul./set. 2010.

FARAONE, S. et al. “La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia”. *Revista Margen*. n. 54. Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Invierno, 2009. Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen54/faraone.pdf>. Acceso en: 10 jan. 2013.

FORUM INFANCIAS Y FORUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. *Carta sobre medicalización de la vida*. 2012. Disponible en: <http://www.foruminfancias.org.ar/documentos/t39.htm>. Acceso en: 30 jan. 2014.

FORUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. “*Mapeamento do uso do medicamento Cloridrato de Metilfenidato*”. 2012. Disponible en: <http://medicalizacao.org.br/mapeamento-do-uso-do-medicamento-cloridrato-de-metilfenidato/>. Acceso en: 12 jan. 2013.

FOUCAULT, M. *La vida de los hombres infames*. Editorial Altamira, Buenos Aires. 2008.

FUSCO, K. Não às drogas da obediência. *Revista Metropole*, 2012. Disponible en: http://www.unicamp.br/unicamp/sites/default/files/clipping/revista_metropole_pag_10_e_11.pdf. Acceso en: 30 jan. 2014.

IRIART, C. Capital financiero versus complejo médico- industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p.1619- 1626, sept./oct. 2008. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n5/25.pdf>. Acceso en: 15 jan. 2013.

KANNER, L. Early Infantile Autism, *Journal of Pediatrics*, n. 25, 1944.

KORINFELD, D. Patologización de la infancia y la adolescencia. In: LLOBET, V., et al. *Sexualidad, salud y Derechos, Ensayos y Experiencias*, Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas, 2005. p. 88-104.

MÉXICO. *CAUSES 2010*. Disponible en: www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/.../Causes/catalogo_2010.pdf. Acceso en: 30 jan. 2014.

- MÉXICO. *CAUSES 2012*. Disponible en: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/index/catalogoservicios.php. Acceso en: 30 jan. 2014.
- MÉXICO. IESM-OMS *Informe sobre sistema de salud mental en México*. 2011. Disponible en: www.who.int/mental_health/who.../who_aims_report_mexico_es.pdf. Acceso en: 30 jan. 2014.
- MÍGUEZ PASSADA, M. N. *La Sujeción de los cuerpos dóciles*. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora. 2011.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE CHILE. *Decreto 170 Educación especial*. 2009. Disponible en: www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1012570. Acceso en: 2 jan. 2014.
- MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. O lado escuro da dislexia e do TSAH. In: MEIRA M.; FACCI, M. D.; TULESKI, S. (Org.). *A exclusão dos incluídos*. Maringá; EDUEM. 2011.
- PAGANINI, A. La patologización de la Infancia. In: MESA REDONDA: PATOLOGÍA Y EDUCACIÓN. Universidad Alberto Hurtado. Octubre/2012. Disponible en: <http://albanapaganini.blogspot.com/search?q=escuelas+ritalinizadas>. Acceso en: 2 jan. 2014.
- PEÑA, M. Análisis crítico de discurso del Decreto 170 de Subvención Diferenciada para Necesidades Educativas Especiales: El diagnóstico como herramienta de gestión. *Psicoperspectivas*, v. 12, n. 2, p. 93-103. 2013. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242013000200010&lng=es&tlng=es. Acceso en: 02 jan. 2014.
- PFEIFFER, L. *Método de classificação em níveis de gravidade da violência contra crianças e adolescentes*. 2011. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente), Universidade Federal do Paraná, 2011.
- SZASZ, T. *The Medicalization of Everyday Life*. Selected Essays. New York: Syracuse University Press. 2007.
- UNTOIGLICH, G. *Versiones actuales del sufrimiento infantil*. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad. Buenos Aires: Ed. Noveduc, 2011.

Recebido em dezembro de 2013
Aceito em março de 2014