



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE PSICOLOGIA**

## **Trabajo Integrador Final**

**“Los malestares psíquicos en la infancia actual y sus correspondientes modos de patologización y medicalización en Argentina”**

**Autora:** González, Malena

**Legajo:** G- 5045/8

**Modalidad:** Ensayo

**Docente responsable:** Bereciartua, Gloria

**Año:** 2017

## Índice

Resumen y palabras claves.....	3
Introducción.....	4
Desarrollo	
Medicalización como paradigma actual.....	5
Infancia: malestares psíquicos convertidos en trastornos.....	8
DSM: ¿La biblia de la psiquiatría?.....	11
Mercantilización del sufrimiento infantil.....	13
Subjetividades, identidades y biosocialidades.....	17
Afortunadamente no todo está perdido.....	18
Conclusión.....	21
Bibliografía.....	24

## **Resumen**

En la actualidad los procesos de patologización y medicalización de los malestares infantiles resultan congruentes con las exigencias del Mercado y la cultura de época. El presente trabajo tiene por objetivo describir y analizar la expansión del dominio médico hacia áreas previamente no consideradas así, situación que, a su vez, se ve favorecida por las empresas farmacéuticas y ciertos grupos de interés. La escritura, a modo de ensayo, pretende visibilizar cómo el sufrimiento infantil queda reducido a categorías nosográficas compiladas en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* conocido como DSM y su abordaje, en muchos casos, a la indicación médica de psicofármacos. Realidad que tiene, por consecuencia, acallar el síntoma, sin habilitar pregunta alguna acerca del contexto, las condiciones y la conflictiva puestas en juego. Por otra parte, en la medida que las experiencias de vida por las que transita un infante son fundamentales, en tanto dejan marcas imborrables en su modo de *ser* y *sentir*, se intenta, en el campo de la Salud Mental, re-orientar las intervenciones realizadas hacia un enfoque integral, apoyado en la perspectiva interdisciplinaria, que priorice en todo momento la consideración de los niños como sujetos de derechos.

**Palabras claves:** Salud Mental, patologización, medicalización, infancia, malestares psíquicos,

## Introducción

Nosotros sabemos lo que son los niños, o intentamos saberlo, y procuramos hablar una lengua que los niños puedan entender cuando tratamos con ellos en los lugares que hemos organizado para albergarlos. No obstante, y al mismo tiempo, la infancia es lo otro: lo que siempre, más allá de cualquier intento de captura, inquieta la seguridad de nuestros saberes, cuestiona el poder de nuestras prácticas y abre un vacío en el que se abisma el edificio bien construido de nuestras instituciones de acogida. Pensar la infancia como algo otro es, justamente, pensar esa inquietud, ese cuestionamiento y ese vacío (Larrosa, 2000: 166).

El aumento progresivo de las problemáticas psicosociales en la niñez ha situado a este grupo poblacional como uno de los de mayor nivel de vulnerabilidad (Barcala, 2013); por consecuencia, abordar hoy la clínica de la infancia exige, ante todo, dar una respuesta que contemple una comprensión bio-psico-social de la salud mental. Sin embargo, cuando ciertos malestares psíquicos como la tristeza, la inquietud, la timidez o rebeldía, que son inherentes a lo humano, se transforman en patología, nos encontramos ante un proceso de patologización que pone en riesgo el proceso de constitución subjetiva de un niño.

Respecto a esto, en las últimas décadas ha sido creciente el traslado, hacia el campo médico, de problemas inherentes a la vida. Cuestiones de orden colectivo, social se abordan como problemas individuales, atribuyendo su causación a determinaciones biológicas. Cuando problemas que están por fuera del área de la medicina son definidos en términos de trastornos y abordados como problemas médicos, nos encontramos ante un proceso de medicalización de la vida (Collares y Affonso Moyses, 2011). Según Peter Conrad (1982), se trata de un proceso complejo de inteligibilidad que contempla la definición, descripción, comprensión y tratamiento de un problema en términos médicos. Se concibe como mórbidas ciertas particularidades de los sujetos, implicando un conjunto de operaciones políticas, estrategias, dispositivos e intervenciones particulares cuyos efectos lo ubican en un lugar de enfermo/a o anormal.

La expansión de las áreas de incumbencia de la medicina, como disciplina en el campo de la salud, se ha elevado especial y particularmente en relación a la niñez, crecimiento que se encuentra fomentado por el Mercado<sup>1</sup> y sobre todo, por la industria farmacéutica, la cual penetra en diversos espacios sociales, con diferentes estrategias de *marketing*, a fin de que los diferentes grupos y actores consoliden procesos medicalizadores. Por consecuencia, los adultos terminan por aceptar la indicación de medicamentos por parte del pediatra y el neurólogo, entre otros y naturalizan el aumento de consumo de psicofármacos en sus hijos, sin medir las consecuencias a corto y largo plazo de dichas intrusiones.

Desde la perspectiva psicológica, si bien, como lo destaca Gabriela Dueñas (2013), en un primer momento, esta patologización y medicalización de la infancia en nuestro país comenzó a mediados de los 90 impactando fuertemente en determinados sectores de la población de altos recursos económicos y afectando, fundamentalmente, a niños de clase media y alta, hoy esta tendencia, es de lamentar ya que se ha difundido hasta alcanzar de manera generalizada a todos, sin distinción de clases sociales.

En este marco, este tipo de fármacos se está utilizando para controlar las conductas de los chicos en función de adaptarlos a las exigencias de un sistema, que, en su estructura central, no ha variado en los últimos siglos. Lo que se busca es que el problema sea específico, “externo” a los comportamientos de la sociedad, logrando así

---

<sup>1</sup> Institución social que permite el desarrollo de transacciones e intercambios de bienes y servicios.

esquivar las responsabilidades, es decir, se deja de lado los factores culturales, históricos, sociales y ambientales que pueden incidir en este tipo de conductas.

Por su parte, la escuela, una de las instituciones fundamentales para la constitución de la subjetividad del niño, ha acompañado la creencia de que los problemas de aprendizaje y/o comportamiento de sus alumnos devienen de enfermedades. Ésta parece haberse transformado en uno de los ámbitos donde más se reclama de la medicina soluciones rápidas y remedios eficaces donde no se tiene en cuenta la historia o el contexto en que se inscribe la dificultad, sino sólo el síntoma puro elevado a la categoría de algo que hay que arreglar (Terzaghi, 2011).

En función de esto, cada vez con mayor frecuencia, llegan a las unidades de salud pública o a consultorios privados, niños derivados por las escuelas por dichos problemas (Untoiglich, 2013). Se ponen nombres técnicos (etiquetas) a cualquier malestar, se inicia una escalada de pruebas complementarias ante síntomas y signos clínicos (prácticas cada vez más protocolizadas y ajenas al sufrimiento real), a lo que se suma la tendencia a medicalizar. Así la medicina queda dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y demandas del sujeto, mientras éste queda “revestido” de una nueva subjetividad, con la cual se lo identifica y se lo mira diferente a partir de la etiqueta diagnóstica que acarrea.

Por último, este tema es de gran relevancia en Argentina debido al aumento del consumo de Metilfenidato<sup>2</sup>; el uso del fármaco como medio para la construcción diagnóstica (es decir que si el niño es medicado y “mejora” es porque tenía “X” trastorno); y asimismo, por la elaboración de un documento en el año 2007 que alerta al *Ministerio de Salud de la Nación* acerca del importante número de niños diagnosticados, del incremento de diagnósticos de niños cada vez más pequeños, de la inespecificidad del diagnóstico, del tipo de medicación indicada (psicoestimulantes) y de las implicancias éticas del suministro de los mismos a tan corta edad. (Faraone, 2010).

Por todo lo anteriormente dicho, se evidencia que éste es un problema que excede la cuestión de por qué un niño no aprende, no se comporta, o no se queda quieto. Lo que preocupa es la banalización y generalización de la patologización y del consumo de psicofármacos en la infancia, como si se pudiera borrar con una pastilla toda la complejidad que comportan esos síntomas. Se ha generalizado, además, la utilización de clasificaciones, dejando de lado la interrogación del origen psíquico de estos padecimientos y los vínculos que establece el niño en su contexto social-familiar. Estos fenómenos documentados dan cuenta de la importancia de poner en tensión saberes, dispositivos, normativas y actores involucrados en la patologización y medicalización en el siglo XXI. Como muy bien lo plantea Silvia Bleichman (1998) no se trata ya de una cuestión de educación, ni siquiera de salud. Es un problema de carácter ético.

## Desarrollo

### Medicalización como paradigma actual

La mayoría de los diagnósticos psiquiátricos se definen y redefinen en torno a un clima histórico sociocultural. De esta forma, diferentes categorías diagnósticas aparecen y desaparecen con el tiempo, lo cual refleja en muchos casos las ideologías científicas predominantes de la época. Las definiciones de los trastornos psiquiátricos no son necesariamente un indicador de condiciones clínicas objetivas,

---

<sup>2</sup> El Departamento de Psicotrópicos y Estupefaciente de la ANMAT proporcionó datos sobre la importación de metilfenidato en 2008: de 47.91 kg en el 2007 a 81.75 kg.

sino en muchos casos, el producto de un proceso influenciado principalmente por factores socioeconómicos, políticos, culturales, e ideológicos (Conrad, Potter, 2000:200).

Como sistema económico y social, el capitalismo que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX y cuya significación es la que ordena la vida de la mayor parte de las sociedades del planeta, se presenta a sí mismo como un sistema racional y, de acuerdo a esta racionalidad, pretende controlar todo lo existente (la producción, la naturaleza, hasta el ser humano). Se trataría de una “governabilidad entendida en el sentido foucaultiano de formas particulares de poder, generalmente definidas por saberes especializados que implican monitorear, observar, medir, y normalizar individuos y poblaciones. Este poder no descansa en una coerción forzada, sino en mecanismos difusos, tal el caso de los discursos que prometen felicidad o salud a través de ciertas formas de conducta personal que requieren, entre otras cosas, autovigilancia y autorregulación”(Clarke, 2010: 33).

El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Lo importante para la sociedad capitalista es lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. En función de lo cual define de una forma propia y particular el ámbito de los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos de la conducta que corresponden a la medicina, suscitan su intervención y le exigen una práctica específicamente adaptada. (Foucault, 1990). En este sentido, se convierte la capacidad biológica de los seres humanos en el medio por el cual el Estado alcanza sus objetivos. Desde esta perspectiva foucaultiana, al Estado Moderno y las instancias económicas y sociales que lo sostienen, le interesa potenciar las capacidades físicas, intelectuales y emocionales de los individuos, porque mediante ellas se logran sus propósitos.

Michel Foucault (1990) analiza al saber médico como uno de los discursos de poder, que operando en distintos dispositivos, forma parte del núcleo duro de estas estrategias tendientes a la normalización de los cuerpos individuales y sociales. Pero además, inscribe a la medicina como participando en un fenómeno histórico más amplio: el proceso de medicalización de la sociedad. Éste es entendido como proceso general a partir del cual en el siglo XVIII la medicina se convierte en específicamente social, se torna una estrategia biopolítica, desplegando y expandiendo su dominio hacia cuestiones como el saneamiento del agua, las condiciones de vivienda, el régimen urbanístico, la sexualidad, la alimentación e higiene. Estos ámbitos de incumbencia rebasan a los que antes convocaban a la medicina y que se centraban casi exclusivamente en la enfermedad y en la demanda del enfermo.

Los avances científicos y tecnológicos de la medicina, al tiempo que produjeron grandes beneficios, se han constituido en saberes hegemónicos que concentran y dirigen la totalidad de las respuestas sanitarias:

el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (Menéndez, 1988: 3).

Esta hegemonía de la matriz médica consiste en: “a) expansión de la jurisdicción de la medicina; b) implantación del lenguaje tecnológico-científico de la medicina; c) profesionalización de problemas humanos con asignación de profesionales expertos para tratarlos; d) despolitización del problema; e) individualización de las dificultades humanas y minimización de su naturaleza social” (Cannellotto y Luchtenberg, 2010: 40).

Se produce así, un proceso progresivo mediante el cual el saber y la práctica médica incorporan, absorben y colonizan esferas, áreas y problemas de la vida social y colectiva que anteriormente estaban reguladas por otras instituciones, actividades o autoridades, como la familia, la religión, etc. (Foucault, 1990). Por consecuencia los

cuerpos, individuales y sociales, se vuelven objetos de saber, blancos del poder y campo de intervención de múltiples dispositivos.

Estos fenómenos pasan a ser un problema estructural de las sociedades. Reflexionando acerca de cómo este proceso ha invadido el tejido de la vida social, la psicoanalista Liliana Cazenave (2008) plantea que se trata de un doble movimiento: por un lado de una normalización de lo patológico, de sacar la enfermedad de la categoría de lo patológico introduciéndola en el terreno de la normalidad en tanto que parte constitutiva de la vida cotidiana. Por otro lado, se observa también el proceso inverso, es decir la patologización de la normalidad que transforma en enfermedad afectos, procesos cotidianos de la vida tales como la angustia, la tristeza, el duelo o el insomnio que devienen trastorno de ansiedad, depresión. Se desemboca así en una invención de padecimientos. Entendiendo que, la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado (Foucault, 1990). Puede observarse que, en la actualidad, hay una expansión de la medicalización de las "no enfermedades", de los fenómenos sociales (vejez, soledad, infelicidad, etc.). Así también, la construcción de nuevas enfermedades hasta alcanzar los procesos comunes de la vida, expansión que se manifiesta en la acreditación de nuevas categorías diagnósticas (como puede verse en el caso del DSM<sup>3</sup>, por ejemplo) y en el incremento de la prescripción y el consumo de psicofármacos -tratar a personas sanas con medicamentos caros, que tienen efectos secundarios y que, en realidad, no necesitan.

Al respecto, Ignacio Pérez-Ciordia (2011) declara que existe un peligro real e inminente de convertirnos en una sociedad hipocondríaca sana y establece cuatro postulados acerca del comercio con las enfermedades y la medicalización de la vida:

1. Los sucesos normales de la vida

La tristeza, el luto familiar, etc. se consideran problemas médicos susceptibles de ser diagnosticados y tratados. Los diagnósticos falsos constituyen el primer eslabón en la cadena de creación de valor para la industria farmacéutica. Al establecer un diagnóstico (proceso clave en la medicalización), catalogamos a las personas de enfermas y combatimos su proceso mediante medicamentos innecesarios.

2. La consideración de factores de riesgo como enfermedad

Los fármacos preventivos son un negocio en alza. Se transforman los riesgos naturales del vivir en "factores de riesgo", se desencadena un proceso de medicalización sobre los sistemas de prevención sanitaria, se "educa" a los consumidores para recibir medicamentos "preventivos" o visualizar riesgos como enfermedades y se presentan los estimados del aumento de prevalencia de enfermedades (depresión) para maximizar los mercados.

3. La consideración de "síntomas" raros o leves como grandes epidemias o enfermedades graves

Las sociedades de psiquiatría señalan que una de cada 6 personas "ha padecido, padece o padecerá" un trastorno mental a lo largo de su vida; señalando como sus principales causas las "dificultades sociales, socioeconómicas y sociolaborales". Los problemas o particularidades del carácter como la timidez pueden ser consignados como fobias; los sentimientos como la tristeza llamados depresión y el miedo como fobia o pánico.

4. La importancia del consumidor final

Las empresas farmacéuticas, cada vez con mayor frecuencia, se dirigen al cliente potencial y consumidor y a los periódicos para potenciar la necesidad de realizar tratamientos médicos, los médicos se ven relegados cada vez más a un segundo plano. La creación de asociaciones de personas afectadas y de grupos

---

<sup>3</sup>. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; elaborado por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría y publicado en 1952. Se convirtió en la principal referencia considerada "científica" para clasificar las problemáticas y los padecimientos psíquicos.

de autoayuda para los pacientes es una estrategia que se rebela muy eficaz. Se confía en la presión que los pacientes pueden ejercer en los médicos y todo ello bajo la consideración de tener "pacientes informados".

Sin embargo, no se trata, solamente, de definir, detectar y tratar procesos mórbidos, sino de estar alerta de potenciales riesgos e indicios que pueden derivar en una patología. Celia Iriart y Lisbeth Iglesias Rios (2012) partiendo de la premisa de la existencia de una anomalía en la forma en que se define, se cuantifica y se trata este problema desde las corrientes hegemónicas de la psiquiatría, basadas en concepciones neurobiológicas, utilizan el concepto de "biomedicalización". En opinión de estas autoras, este término ofrece una mejor interpretación de los profundos cambios operados en la década del noventa en la conceptualización del proceso salud-enfermedad-atención. Situaciones que se encuadraban en el concepto de medicalización, a partir de la visibilidad que adquieren, a través de discursos alarmistas que plantean un sostenido crecimiento de las prevalencias, obligan a reexaminarlos a la luz de la noción de "biomedicalización".

Este concepto implica un cambio en relación a la medicalización, en tanto se pasa de un creciente control de la naturaleza (el mundo alrededor del sujeto) a la internalización del control y transformación del propio sujeto y su entorno, transformando la vida misma. Mientras la medicalización se centra en el padecimiento, la enfermedad, el cuidado y la rehabilitación, la biomedicalización se enfoca en la salud como un mandato moral que internaliza el autocontrol, la vigilancia y la transformación personal. Supone la apropiación de problemáticas que estaban fuera del ámbito médico y que son leídas como problemas de salud, pero lo central es la ampliación de las definiciones de patologías ya existentes, la institucionalización de nuevas definiciones y la expansión del concepto de riesgo para abarcar a casi toda la población.

Cabe resaltar que muchos de estos nuevos o resignificados problemas de salud se enmarcan en el campo de la salud mental y, en especial, en la época de la niñez. Estar saludable en el contexto de la biomedicalización significa que es una responsabilidad individual controlarse de potenciales enfermedades y padecimientos y utilizar medicamentos, dispositivos médicos y otros servicios, para controlar el riesgo de desarrollarlos o de agravar una condición. Los servicios ofrecidos para cumplir con este mandato moral incluyen herramientas vía *internet* y otros mecanismos comunicacionales que ofrecen información instruyendo sobre enfermedades y padecimientos, así como la forma de diagnosticarlos y controlarlos.

El poder que se ejerce en este campo, más que una propiedad o un atributo, es una estrategia de dominación y está compuesto de tácticas, subterfugios, tergiversaciones conceptuales, manipulaciones y de dispositivos que se aplican no como una prohibición a quienes están adentro del campo sino que los invade, pasa por ellos y a través de ellos; se apoya en ellos para lograr en el caso de la infancia... sujetos obedientes, sumisos y ordenados. (Bustelo, 2005).

Todo esto permite atender y entender el modo en que las formas de gestión son puestas en juego estratégico para el gobierno de la infancia; entendiendo que es en este campo donde las prácticas biomedicalizadoras se han constituido en un orden natural. Los factores de poder conocen que es, en este tiempo de la niñez, donde se inicia el proceso constructivo de su situación de dominio.

## **Infancia: malestares psíquicos convertidos en trastornos**

Los malestares psíquicos son un resultado complejo de múltiples factores, entre los cuales las condiciones socio-culturales, la historia de cada sujeto, las vicisitudes de cada familia y los avatares del momento actual se combinan dando lugar a un resultado particular. Y la tolerancia de una sociedad al funcionamiento de los niños se funda sobre criterios educativos variables y sobre una representación de la infancia que depende

de ese momento histórico y de la imagen que tiene de sí mismo ese grupo social (Janin, 2012:4).

La infancia es un momento de la vida en la que un sujeto se va constituyendo como tal. Es una época de transformación y cambio, de apertura de caminos y también de armado de repeticiones. Las identificaciones, los deseos, las normas, prohibiciones y los modelos se van constituyendo en esta etapa. Pero esa estructuración se da en relación a otros, que lo libidinizan, otorgan modelos identificatorios, transmiten normas e ideales. Otros primordiales que le devuelven al niño, como un espejo, una imagen de sí. Esta imagen constituye un soporte fundamental frente a los avatares de la vida. La posibilidad de quererse a uno mismo, de valorarse, tiene como fuente esa representación de nosotros que nos fue legada durante los primeros años.

No obstante, sucede que en los últimos años, la mirada sobre la infancia se ha transformado, en gran medida, en una búsqueda permanente de desvíos de un modelo considerado universal, sin tomar en cuenta tiempo y lugar. (Janin, 2012). A partir de estos procesos, las quejas subjetivas y malestares psíquicos toman forma a partir del discurso de época, que sanciona lo que sería “normal” y “patológico”, clasificaciones que surgen sobre la base de la pretensión de ser “todos iguales”.

Siguiendo a Beatriz Janin (2012), surge el interrogante ¿qué ocurre con los niños en una sociedad en la que se idealiza el éxito fácil, la competencia, el individualismo, la imagen, en la que los mandatos son del tipo “sólo hazlo”, en la que hay un exceso de información, los ritmos son vertiginosos y lo temido es la exclusión? Los niños que no responden a estas exigencias son, frecuentemente, diagnosticados como deficitarios, medicados, expulsados de las escuelas. Ya no se “portan mal”, sino que tienen un déficit; no son inquietos, sino que sufren de un trastorno; no se distraen, sino que tienen una enfermedad. Por lo general, se “psiquiatrizan” todo, patologizando comportamientos que son efectos de la actual falta de contención y de límites por parte de los adultos hacia los chicos.

Tal como describe el psicoanalista Fabien Joly (2008), en muchos casos, se consideran patológicos algunos efectos de ciertos modos de crianza imperantes:

la prevalencia de un niño-rey con su otra cara, la fragilidad identitaria narcisista; los niños confundidos en un intercambio o una mezcla de lugares entre niños y adultos; la incapacidad de los adultos para decir “no” –con su reverso, es decir, la incapacidad del niño para soportar la menor frustración–; el tiempo del *zapping* de la imagen, de lo virtual y de la aceleración de los estímulos; la dificultad para otorgarle atención y tiempo al niño, los niños rendidos de fatiga y luchando con la excitación para sostener la atención de interlocutores apurados; aquellos que hiperexcitados se duermen todas las noches en la cama de los padres; los niños estresados y la ausencia de tiempo y de espacio para crecer en el paraíso del pragmatismo, de la rentabilidad y de la velocidad. (En Cannellotto y Luchtenberg, 2010, 126).

El modelo que la sociedad propone es, a su vez, lo que no está dispuesta a soportar de la infancia. “En una sociedad hiperkinética no se tolera el movimiento infantil” (Janin, 2012:4). Al no sentirse contenidos por los adultos, los niños, sujetos a mandatos contradictorios, no pueden representar su propia existencia y prevalecen en ellos sensaciones de vacío, tanto en relación a los sentimientos como a la capacidad de pensar. Niños abúlicos, apáticos, profundamente aburridos, que muestran la contracara de la imagen de la niñez como vitalidad y creación.

Es así, como procesos de patologización y medicalización de la infancia se van instalando en la cotidianidad de la vida social y colectiva, de manera veloz y con gran profundidad. A medida que “el tratamiento le gana terreno al castigo como sanción preferida de la anormalidad, una proporción creciente de comportamientos se conceptualiza como enfermedad en un marco médico” (Conrad, 1982:20).

Se realiza, entonces, cierta lectura de aquellas conductas y rendimientos que se consideran trastornados y se lo hace desde una supuesta asepsia técnica y neutralidad valorativa; con lo que se cree abarcar la mayor cantidad posible de comportamientos desviados respecto de dicha norma; indicando con “exactitud” cuándo un niño se aparta

de lo esperado para su edad. Es cuestión, entonces, de aproximarse más o menos a un modelo de salud planteado de antemano, sin bucear en la historia de ese niño, sin hablar con él, lo que implica una operación desubjetivante, en la que el sujeto queda "borrado" como alguien que puede decir acerca de lo que le pasa.

En este punto, el problema radica en que "cada vez son más los sujetos que se ven incluidos en los casilleros que los designan como enfermos, trastornados" (Janin, 2012:3). La inquietud propia de la exploración de un niño, los movimientos desordenados, los juegos alborotados, la atención que va de un lado al otro descubriendo su mundo, los berrinches propios de un niño que no admite el "no", la resistencia a permanecer sentado varias horas en la escuela, todas conductas que quizás en otros tiempos eran leídas como características sustantivas de la infancia, actualmente, son patologizadas y medicalizadas, a partir de un nombre.

Desde el punto de vista del psicoanálisis, Gisela Untoiglich (2013) plantea un interrogante "¿cómo se produce esta patologización?" y como respuesta considera que "sucede en función de cuatro pasos:

1. Una búsqueda de causa unívoca y determinista
2. Paradigma fijo de normalidad y lo que queda fuera de éste se califica de anormal
3. Acto de nominación que construye una clasificación en relación a lo que le ocurre al niño
4. La historia del sujeto (pasado, presente y futuro) está atravesada por esa categorización" (p.18).

Puede pensarse, entonces, que se produce:

el pasaje de la psicopatología de la vida cotidiana freudiana, que mostraba la presencia del sujeto aún en las cuestiones más irracionales en apariencia (lapsus, sueños, accidentes de la vida cotidiana) confirmando su carácter de sujeto trágico (fraccionado por la culpa, el deseo, los ideales, etc.), a psicopatologizar la vida cotidiana de los ciudadanos. ¡Todos en la misma bolsa, todos enfermos! (Franco, 2010: 6).

Este pasaje ha hecho que la niñez pierda su carácter preparatorio, de despliegue lúdico. Al contrario, la violencia en la patologización la convierte en una instancia de prueba, de comparación y ajuste respecto a un supuesto modelo universal. Quienes presentan otros tiempos para aprender, así como otros intereses, aparecen signados por el fantasma de la exclusión y el fracaso.

Janin (2012) constata que cuando se encuentra patología allí donde un niño quiere decir algo, se está ejerciendo violencia, la cual sigue determinados pasos:

- El niño queda desbordado por los malestares de los adultos. Este malestar produce en él efectos de difícil tramitación.
- No se escucha su sufrimiento, sino que se lo "diagnostica" y sanciona por los trastornos que muestra.
- Se lo estigmatiza.
- No se lo visualiza desde sus posibilidades sino desde los déficits.
- No se le da tiempo para que desarrolle sus potencialidades.
- La presión es la de la "exclusión" para niños, padres y maestros.

Surge, además, otro interrogante posible, ¿cómo sentirse valioso si de entrada se es rotulado, clasificado y ubicado como portador de un síndrome? En lugar de la esperanza, en lugar de ser alguien que va desplegando potencialidades, se es deficitario de entrada. En vez de tratar con un psiquismo en estructuración, en crecimiento continuo, en el que el conflicto es fundante y en el que todo efecto es complejo, se supone, exclusivamente, un "déficit" neurológico.

Asimismo, hoy en día, no son sólo las instituciones de la salud las que asumen la tarea del diagnóstico. Desde el ámbito educativo, hay una fuerte tendencia de los docentes a abordar ciertas manifestaciones de los niños desde una perspectiva patologizadora a partir de la cual las respuestas más frecuentes son la derivación a tratamientos neurológicos, fonoaudiológicos, psicopedagógicas, entre otros (Untoiglich,

2013). Por su parte, también los padres suelen aferrarse a la idea de que la falta de atención, las dificultades escolares y de conducta de sus hijos, no obedecen a una cuestión de debilidad del carácter, falta de voluntad o problemas familiares, sino que vienen determinadas por una condición neuroquímica. De esta manera nadie tiene la culpa.

Existe, por tanto, una supuesta “pasividad” de los “enfermos” y sus familiares, así como la participación de otros actores que, tal como sucede particularmente con los docentes, por acción u omisión, operan como determinantes estratégicos de este proceso, en forma conjunta con los medios de difusión, la población en general, y por supuesto, los laboratorios medicinales.

El catalogar a los niños pasa a estar de moda. Por consiguiente, se les ponen nombres, dotados con un denso valor de verdad, a esas supuestas enfermedades y trastornos. Lo que antes no existía, cobra presencia gracias a estas nuevas nominaciones: *trastornos generalizados del desarrollo* (TGD), el *déficit atencional* (ADHD); los niños *oposicionistas y desafiantes* (ODD), los *trastornos obsesivo-compulsivos* (TOC), los *bipolares infantiles* (TBPI), etc, parecen ir hallando así un lugar y una explicación. Lo que no había, ahora crece por todas partes, etiquetando al niño y justificando desde sus más tempranos años el tratamiento psiquiátrico.

Cabe destacar que estos nombres solo son válidos para un referente único: el DSM, el cual trata de objetos humanos y no de sujetos, intentando poner orden en las conductas, y también en el sentir. Se rotula, reduciendo la complejidad de la vida psíquica infantil a un paradigma simplificador.

## **DSM ¿la Biblia de la Psiquiatría?**

La función nominativa tiene, para los humanos, un efecto tranquilizador (...) En los últimos 30 años ha habido un desplazamiento de las categorías nosográficas al terreno de los datos (...) Es así como los problemas dejan de ser problemas para ser trastornos. Ésta es una transformación epistemológica importante y no una mera transformación terminológica. Un problema es algo a ser descifrado, a ser interpretado, a ser resuelto; un trastorno es algo a ser eliminado, suprimido, porque molesta. Los nombres de las categorías no son inocentes y esta transformación responde a que el orden del discurso ha tomado al hombre en esta posición de objeto sacrificial, objeto descartable, y por eso no hay nada para preguntarle: es un número o un dato a registrar (Jerusalinsky, 2005:34).

Como ya se ha mencionado, la mayoría de los trastornos psiquiátricos se describen y se compilan en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* –DSM- Al ser considerado el documento oficial de referencia de Estados Unidos el mismo es reconocido por la ciencia hegemónica con el fin de aunar criterios clínicos y apostar a la investigación, estudio e intercambio entre diferentes ramas de la salud mental.

En nuestro medio, esta guía es usada ampliamente por profesionales de la salud mental en sus prácticas clínicas, pero también por investigadores de diversas disciplinas. Su uso se ha difundido internacionalmente en el campo de la psiquiatría, siendo en la actualidad más utilizado que la *Clasificación Internacional de Enfermedades* en su décima edición (CIE-10). Uno de los motivos por el cual el DSM se ha divulgado de modo tan considerable está relacionado con el hecho de que las revistas de gran impacto científico en el campo de la salud mental requieren que los investigadores usen el DSM, como referencia, para que los manuscritos sean considerados para publicación.

Asimismo, en los Estados Unidos y en otros países, la seguridad social médica y los seguros privados no pagan los servicios psicológicos o psiquiátricos a menos que, el tratamiento esté incluido en un código diagnóstico del DSM aunque la persona consulte por problemas emocionales o relacionales no patológicos.

Sin embargo, como Adrian Cannellotto y Erwin Luchtenberg (2010) aseveran, este manual ha recibido numerosas críticas, entre otras, su enfoque ateoórico al basar sus diagnósticos en síntomas, elaborar clasificaciones poco dependientes de suposiciones etiológicas y patogenéticas y, sobre todo, constituir un complejo medio de etiquetado social que adecua la realidad social a la realización de objetivos terapéuticos. Para estos autores, el DSM hace visibles algunos hechos de interés, por ejemplo:

- el gran aumento de nuevos trastornos en un tiempo relativamente corto, posiblemente a consecuencia de la propia existencia del manual;
- el cambio de criterios diagnósticos, evidenciando que éstos no son hechos objetivos e inamovibles y que dependen de factores sociales, contradiciendo un pretendido objetivismo de ciertos conocimientos (por ejemplo, la homosexualidad dejó de ser un trastorno y fue retirada de las últimas revisiones del DSM gracias a la presión de los grupos que la desmedicalizaron);
- el aumento de las caracterizaciones de conductas, emociones y pensamientos que hacen a las “diferencias”, subjetividad y contextualidad de las personas, disminuye el umbral de tolerancia a los síntomas y malestares, tanto para el público como para los médicos.

Por consiguiente, este modo de diagnosticar, en el que se pasa de una descripción de síntomas a determinar una patología, tiene por consecuencia desmentir la historia del niño y anular el futuro como diferencia, lo cual es crucial, ya que si alguien fue así desde siempre (es decir, sus modos de hacer y de decir no se constituyeron en una historia) y va a ser así toda la vida, sólo queda paliar un déficit.

Según este criterio, apelando a cierto rigor científico, se realizan diagnósticos en función de estas nomenclaturas. A partir de cuestionarios, que obturan la posibilidad del sujeto de diseñar su relato, se determina qué trastorno presenta un niño y cuál será su tratamiento quedando, así, encerrado en un camino trazado de antemano que lo desconoce y lo confina en el traje que la ciencia ordena. Todo lo cual supone cierta incongruencia respecto a actuales modelos e investigaciones.

En la opinión del neurólogo Michele Terzaghi (2008):

nos encontramos con la paradoja de que en momentos en que la ciencia se cuestiona a sí misma, proponiendo y proponiéndose nuevos paradigmas (teoría del caos, modelos de autoorganización, indeterminación de los sistemas disipativos, enfoque de la complejidad, cuestionamiento de las certidumbres) y en especial adquiere un notable desarrollo la investigación en torno a la neuroplasticidad, aparece en el campo de la infancia el uso tan extendido del modelo psicopatológico propuesto por el DSM. (...) A pesar de lo contradictorio que pudiera parecer, son precisamente las neurociencias las invocadas como pretendido fundamento científico de validación, produciéndose con ese supuesto ‘sustento neurobiológico’ el efecto colateral de la transformación de una ‘nomenclatura’ en una ‘condición natural’.Excediendo posiblemente las intenciones de algunos de los que intervinieron en la creación de la propia nomenclatura (p 16).

En consecuencia, se generaliza y banaliza un acto médico que conlleva grandes implicancias, siendo la medicación y el encauzamiento conductual las intervenciones prevalentemente indicadas. Estas definiciones de categorías diagnósticas están, en muchos casos, influenciadas por los intereses económicos y las relaciones financieras que los grupos que lideran las organizaciones profesionales mantienen con el complejo médico-industrial.

Puede pensarse entonces que, si la medicina ha funcionado desde hace tiempo como institución de control social de la desviación, en la actualidad lo nuevo es que los que se constituyen como actores de este proceso, no son solamente los médicos, sino también la industria de los laboratorios y el *marketing* (Cazenave, 2008). En otras

palabras, que detrás de toda esta cuestión hay intereses en juego, siendo uno de ellos el avance de la industria farmacológica. Poner orden, que nadie salga del molde, es un excelente negocio.

### **Mercantilización del sufrimiento infantil**

La medicina como actividad destinada a conservar la salud del ser humano en conjunto (o si se prefiere a conservar la salud del conjunto humano) se halla en tal estado de estancamiento que, más que inútil, se está volviendo una entidad perjudicial para la comunidad en general aunque ofrezca el aspecto de ser beneficiosa (...) la deshumanización de la Medicina es un proceso deletéreo que avanza vertiginosamente. Las escuelas médicas y los educadores de la comunidad, prisioneros de un sistema cultural subordinado a la más cruda economía, parecen impotentes para detener su avance. La Medicina mantiene múltiples relaciones con la ciencia para poder aplicar tecnologías de alivio o curación (...) y no ha de interesarle tanto la biología como la biografía del paciente, a condición de que éste sea educado para que lleve al médico no tanto los datos de su padecer concreto como el modo en que su padecer se articula o se desarticula con su estilo de vida. Cuando acude al médico el paciente debe saber considerar su propia vida como un suceso. (Escardó, 1980:50).

Es posible considerar que, el cuerpo entra en el mercado por mediación del consumo de salud. La medicina, por su parte, “se aleja de sus raíces históricas y compromisos éticos para aparecer como una empresa comercial, en que los pacientes son apenas insumos y materias primas del proceso de acumulación capitalista” (Cannellotto y Luchtenberg, 2010: 136).

En relación a este planteo, como ya se mencionó anteriormente, ha sido la entrada masiva del capital financiero en el sector salud lo que impulsó la transformación de la medicalización en “biomedicalización” (Iriart e Iglesias Rios, 2012). Esta última es posible por la confluencia de diferentes aspectos; entre los cuales se destaca la privatización de este sector en manos de corporaciones nacionales o multinacionales, así como la masiva mercantilización de sus productos y servicios (*Idem*, 2012). En el caso de enfermedades y trastornos ya conocidos y medicalizados, lo que las farmacéuticas hicieron fue expandir el mercado desarrollando mecanismos comunicacionales para que se internalice el problema como un trastorno y que pueda ser controlado con fármacos.

Estos procesos fueron favorecidos por la transformación del modelo de negocios que la industria farmacéutica desarrolló. Hubo en estos años, según Emiliano Galende (2008), al menos tres, relativamente nuevos para el campo de la salud mental:

- En primer lugar, la industria aplica enormes recursos económicos a la investigación neurobiológica y genética, en gran parte dirigidos a la producción de nuevas moléculas químicas. Un noventa por ciento de la investigación actual en este sector está financiada por la misma industria, en laboratorios propios, financiando universidades y laboratorios privados.
- En segundo lugar, se asiste a una nueva asociación entre la industria farmacéutica y las corporaciones de los especialistas. Por esta asociación la industria financia la realización de congresos, las publicaciones de las asociaciones profesionales, viajes de placer, jornadas especiales sobre un nuevo producto, etc. En estos congresos se observa que su montaje es

progresivamente más dependiente de los laboratorios y sus criterios de comercialización que de los criterios científicos de la disciplina.

- Y, en tercer lugar, la industria desarrolla una política amplia de difusión, dirigida a crear y fortalecer el mercado para sus productos mediante propagandas dirigidas al sector profesional (que es quien vende el producto) artículos en revistas científicas, publicación de nuevos estudios, simposios y a través de medios masivos de comunicación: periódicos, revistas, televisión, noticieros, documentales en cine, etc., en los cuales se anuncian periódicamente nuevos descubrimientos “científicos” sobre el comportamiento humano y sus malestares.

Respecto a este último punto, Iriart y Rios (2012) resaltan que la industria pasó de un modelo centrado en la “educación” de los profesionales de salud, en especial los médicos, para que prescriban sus productos, a otro en que el “consumidor directo” ocupa un papel central en las campañas de comercialización. Por ejemplo, en los países latinoamericanos se observa la utilización de campañas y presentaciones en ámbitos educativos o en programas de radio y televisión donde “expertos” en el tema “educan” a la audiencia para que sean capaces de identificar los síntomas. El objetivo del *marketing* farmacéutico es moldear la opinión del público y de los proveedores de salud para maximizar sus ventas y facilitar la introducción de sus productos en el mercado. Es decir, establecer la necesidad del fármaco y crear el deseo entre el público. El *marketing*, así entendido, también está dirigido a la opinión pública en general, con estrategias ocultas hacia los propios sujetos.

Los expertos en publicidad han avanzado aceleradamente en sus habilidades de *marketing* para instalar sus productos, sellando un círculo virtuoso de pretendida científicidad bajo la hegemonía de una recreada biologización y medicalización. Trabajan para cambiar la percepción que se tiene sobre el cuerpo, los comportamientos, la salud y las enfermedades que supuestamente se padecen. Los laboratorios no sólo usan las conocidas y tradicionales tácticas de *marketing*, sino que han incursionado en otras formas innovadoras tales como financiamientos a asociaciones de pacientes y familiares; publicidad directa de medicamentos bajo prescripción; publicidad encubierta usando campañas de concientización; compra de secciones en programas de televisión, incluyendo programas de noticias, uso de Internet; y campañas públicas con postas sanitarias ambulantes y ferias de salud para detectar población de riesgo y aumentar la demanda de servicios y en muchos casos de medicación. (Iriart, 2008).

El *internet* se ha convertido en otra herramienta “útil”, ya que ofrece una gran oferta de aplicaciones, tales como portales, redes sociales (*facebook*, *twitter*) y *blogs*, dedicados a intercambiar o debatir acerca de estos temas como a la identificación y tratamiento de ciertos trastornos. Estos mecanismos comunicacionales han facilitado la redefinición de la medicalización como biomedicalización. La estrategia de *marketing* de las compañías farmacéuticas más grandes del mundo se dirige actualmente a la población sana, ellos son su mira. Necesitan que los altibajos de la vida se transformen en trastornos mentales, que las quejas más comunes se conviertan en condiciones alarmantes de vida y que los humanos pasen a ser simples consumidores de pastillas.

Un interrogante posible, ¿cuál es el destino del lucro derivado de la salud? A mi criterio, no son los médicos sino las grandes empresas farmacéuticas las que realmente obtienen la mayor rentabilidad de la salud. “Los médicos se están convirtiendo en intermediarios casi automáticos entre la industria farmacéutica y la demanda del cliente, es decir: simples distribuidores de medicamentos” (Foucault, 1990:20). Por lo que, el mercado farmacéutico, además de su impacto en la salud, tiene enorme importancia económica y financiera.

Desde la *Confederación Farmacéutica Argentina* (COFA, 2016) se informa que “los psicofármacos representaron en el 2016 el 15.02% del mercado total del medicamento”. Por su parte, la venta de antidepresivos ese mismo año creció un 3,28 % en comparación con 2014. Raccagni (2016), coordinadora del *Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad de COFA*, explica: “somos muy afectos a la automedicación. Muchas veces la toma de antidepresivos responde a una presión social que no admite

que la gente esté triste. Hay un mandato para estar exultante. Hay una trivialización de la toma de medicamentos". Se recurre a ellos como si fuera un atajo para ser feliz siendo el clonazepam<sup>4</sup> una de las drogas más vendida.

Así también, desde el Programa *Mundos Contemporáneos*, Cannellotto y Luchtenberg (2010) indican que los fármacos antidepresivos del grupo IRSS<sup>5</sup> se han popularizado a tal extremo que son utilizados para regular el estilo de vida y las emociones de tristeza, ansiedad y miedo, desinterés u otras sensaciones desagradables, más allá de constatarse enfermedad depresiva. Se hace referencia a la tristeza, aludiendo a la pérdida de un estado natural de la existencia que es medicalizada como depresión. Al basarse el diagnóstico en el síntoma, no se diferencia las situaciones de depresión por causas internas y las tristezas de la vida por motivos exteriores.

En la actualidad, desde el *Sindicato Argentino de Farmacéuticos y Bioquímicos*, su Presidente Marcelo Peretta (2017) advierte que con la excesiva prescripción de remedios para tratar enfermedades mentales, a veces, el psiquiatra está creando barriles de pólvora esperando una chispa y, señala, además, que éstos producen dependencia. Agrega que en sus últimos conteos registraron que se prescribieron unos 12 millones de recetas en un año. Las cifras se apilan: en la última década, la venta de ansiolíticos creció un 132 por ciento, de acuerdo a sus datos (en Gelos, 2017). El uso de ansiolíticos aisladamente no deshace la estructura que generó tal vivencia ni identifica la causa de la ansiedad, apenas atenúa los síntomas. En estas circunstancias, el uso abusivo de ansiolíticos puede significar el deseo del médico de silenciar al paciente.

Continuando en esta línea, varios profesionales se oponen al uso de estimulantes en ciertos tratamientos debido a que: 1) las drogas estimulantes son peligrosas; 2) un estudio prospectivo mostró que la prescripción de estimulantes en los niños predispone a éstos al abuso de cocaína en la juventud; 3) otro estudio planteó que el 9 por ciento de los niños diagnosticados como ADHD tenían riesgo de desarrollar síntomas psicóticos cuando eran tratados con estimulantes; 4) los estimulantes podían producir retardo en el crecimiento, depresión y un desorden del tipo obsesivo-compulsivo. (En Cannellotto y Luchtenberg, 2010)

Alarmados por este abuso de medicamentos y sus consecuencias, la *Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica* (ANMAT), por medio de la disposición 2339, prohibió ya, en 2002, que los laboratorios entregaran de forma gratuita ese tipo de medicinas. Y en abril de 2007, resolvió que resultados de ensayos clínicos sobre datos de seguridad en drogas que se utilizan para el tratamiento del *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* han demostrado que los efectos adversos pueden estar asociados con cambios y agravamiento de síntomas tales como hipertensión arterial, hipertiroidismo, patologías cardíacas preexistentes, resultando mayores a los encontrados con placebo (Citado en Cannellotto y Luchtenberg, 2010).

En este contexto, se observa como esta industria tiene un rol prioritario tanto en la construcción de las conocidas estrategias de configuración diagnóstica como en los abordajes terapéuticos, siempre centrado en el consumo de un fármaco. Así sus acciones van configurando nuevos modos de comprensión de la subjetividad humana y de las formas de padecimiento.

A la cuestión de: ¿por qué estamos contentos de tener psicotrópicos?, Henri Lavorit, creador de la psicofarmacología, responde:

porque la sociedad en que vivimos es insoportable. La gente ya no puede dormir, está angustiada, tiene necesidad de ser tranquilizada, sobre todo en las megápolis. A veces me reprochan haber inventado la camisa química (...) (pero) Sin los psicotrópicos, se hubiera producido tal vez una revolución en la conciencia humana

---

<sup>4</sup> Benzodiazepina es su nombre apropiado, y actúa sobre el sistema nervioso central con efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos y miorelajantes.

<sup>5</sup> Inhibidores de la recaptación de serotonina.

que clamara: '¡Esto no se soporta más!'. Mientras, seguimos soportando gracias a los psicotrópicos (Citado en Roudinesco, 2000: 22).

Entre los múltiples objetos de consumo propuestos actualmente, el objeto medicamento viene a facilitar la no implicación subjetiva, en la medida que apunta a acallar el síntoma, sin habilitar pregunta alguna acerca del contexto, las condiciones, la conflictiva, la angustia o miedos puestos en juego en la manifestación aparente del niño. Asimismo, es un instrumento más de control social, que favorece la continuidad del sistema, ya que al consumir, por ejemplo, un antidepresivo no solo se hace más tolerable lo intolerable, además permite disminuir rebeldías, protestas, mal desempeño escolar, etc. Por lo tanto, se trata de medicamentos que prometen y han sido creados para no interrumpir el ritmo cotidiano: *no hay que enfermarse*. Todo basado en un ideal social de inmediatez y resultados rápidos, para todo aquello que se presente como "anormal". El sistema es insoportable, y no es posible dejar que alguien se salga del molde en el que debe estar inserto. Tanto la oferta de un nombre, un signo más que un significante, como la de un objeto medicamentoso favorecen el desconocimiento del sujeto en su singularidad. El mercado, en el afán de que todo siga su curso sin sobresaltos, pretende anular rasgos "indeseables", curar hasta de lo que nos hace humanos, robotizar a sus consumidores.

Ahora bien, en relación a la infancia Janin (2012) asegura que, hoy en día, es muy alto y alarmante el número de niños en edad escolar medicados. Decenas de niños en tratamiento psiquiátrico y medicamentoso por *trastornos de conducta, déficit de atención e impulsividad*. Se habla de una "mercantilización de los estados de ánimo", ya que la industria farmacéutica presiona para medicalizar situaciones de la vida cotidiana.

En este asunto, dicha autora plantea posibles cuestiones que permiten reflexionar respecto de este accionar:

¿Qué implica medicar a un niño por molestar en clase, no copiar lo que se escribe en el pizarrón o estar distraído? ¿Qué se le transmite cuando se le plantea que toma tal pastilla para quedarse quieto, atender al docente, hacer tareas que no le gustan? Los niños traducen: 'tomo una pastilla para portarme bien'. Lógica que se podría replicar después, durante la adolescencia, en: 'tomo una pastilla para poder bailar durante 10 horas seguidas o para adelgazar' (Janin, 2012:5).

Pareciera que todo se reduce a la idea de un cuerpo-máquina que debe recurrir a un estimulante externo para mantener un funcionamiento "adecuado" a lo socialmente esperable. En otras palabras, se resuelve un problema a través de la ingesta de algo. Por consiguiente, el medicamento aparece resaltado como un recurso social cada vez más poderoso, para suprimir el malestar o como única salida evidenciable al sufrimiento humano. Se supone que, si el síntoma desaparece o disminuye, el diagnóstico era correcto y el tratamiento eficaz. Y si aparecen otros síntomas, responderán a otras causas orgánicas. Se vuelve a una idea lineal y unívoca de las determinaciones. El niño, entonces, ha modificado de alguna manera su conducta por la droga y eso basta como prueba del acierto del diagnóstico realizado y del tratamiento elegido. Quizás no mejora su aprendizaje pero permanece más tiempo quieto, lo que implicaría, para estos profesionales, que está atento y que la dificultad está resuelta.

No obstante, Janin (2012) aclara que el psicofármaco no cura y en muchos casos disimula sintomatología grave, la que hace eclosión posteriormente o encubre deterioros que se profundizan a lo largo de la vida. En otros casos, ejerce una "pseudo-regulación" de la conducta, dejando al niño librado a futuras impulsiones adolescentes en razón de que no se ejercen modificaciones de fondo sobre las motivaciones que podrían regularla.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que el evidente exceso en el uso de ciertos psicofármacos, así como la inevitable posibilidad de efectos secundarios, no ocultan el hecho de que en los pacientes adecuados, pueden producir beneficios. El psicofármaco puede ser tomado como una mera herramienta adaptativa, que atropella, apaga y aplasta al síntoma, considerado un mero producto de una alteración cerebral, o se puede pensar que ese síntoma tiene una significación particular y surge del conflicto

del sujeto; en este caso, el psicofármaco actúa como sintomático, sirviendo de manera temporaria.

En este sentido Galende (2008) afirma:

aliviar, silenciar los afectos que acompañan al conflicto y expresan el malestar del sujeto, no es solo silenciar el conflicto es también jugar a favor del síntoma y su permanencia, en tanto impide al sujeto actuar con conciencia sobre las contradicciones de sus deseos o de su realidad. La oferta del medicamento es a la vez un ofrecimiento de desobjetivar el conflicto (p. 23).

Según mi opinión, se abandonan, así, las categorías de la psicopatología, se tratan los daños colaterales que produce esta sociedad y, se crea una confusión generalizada acerca de lo que es un padecimiento del sujeto. No se toleran los duelos, la tristeza, se solicita y se indica, indiscriminadamente, tratamiento farmacológico, el que sea. No se toleran las pasiones del alma. Seguramente, hay en este momento, en algún lugar del planeta, "científicos serios" decidiendo qué es normal y que es patológico para la sociedad. La ciencia "avanza" y, al servicio del mercado que necesita vender más, hace entrar los nuevos signos en la patología, casi todo termina siendo alteración y remite a una anomalía presuntamente neuroquímica. El problema es que el común de la población desconoce estos procesos y el discurso hegemónico se transforma en la verdad sobre el saber en salud. Esto legitima las formas diagnósticas, los tratamientos, y la construcción y circulación de los datos estadísticos, así como la creación de nuevas subjetividades.

## **Subjetividades, identidades y biosocialidades**

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. 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. (Moisés y Collares, 2011:108).

Actualmente, la disponibilidad y masiva accesibilidad a tecnologías biológicas, incluyendo medicamentos, instrumentos diagnósticos y otros equipamientos, así como el acceso a enormes cantidades de información sobre enfermedades y trastornos (nuevos, viejos y redefinidos) crean nuevas subjetividades, identidades y biosocialidades.

Según Iriart e Iglesias Rios (2012) estas subjetividades emergen cuando se identifica al niño inquieto y/o distraído como portador de un trastorno, ya no como un niño travieso o, con necesidades diferentes o, que está llamando la atención sobre situaciones que lo afectan. Las relaciones sociales se transforman y el niño pasa a ser etiquetado como un niño con una discapacidad para el aprendizaje o la sociabilidad. Esto es internalizado por el niño, la familia, los amigos y los maestros, creándose así una nueva identidad en torno al padecimiento. En la medida que:

estos modos de mirar a un niño están en relación a los modos de nombrarlo, al lugar en el que se lo ubique en función de sus atributos. Cuando esto ocurre en tiempos de constitución subjetiva, las consecuencias que acarrear las nominaciones con las que se lo categorizará podrán ser subjetivantes o desobjetivantes, según la implicancia que adquieran para la constitución psíquica y los procesos identificatorios. Cuando un niño dice de sí mismo 'es que soy ADD', su subjetividad queda designada por un déficit. 'ADD' se convierte en la supuesta clave de acceso a su identidad, que queda allí coagulada (Untoiglich, 2011:19).

A su vez, la existencia de grupos informales y de asociaciones de pacientes o familiares con cierto trastorno posibilita nuevas formas de sociabilidad determinadas por el padecimiento, de ahí que se las denomine biosociabilidades (sustituyendo progresivamente los agrupamientos tradicionales de clase, religión u orientación política).

Así también, surgen nuevas subjetividades, identidades y biosocialidades a partir de diagnósticos formulados tempranamente en términos de deficiencias de por vida -y no de problemas que pueden ser transitorios-. Diagnósticos que operan como obstáculos al establecimiento del vínculo de los padres con ese niño, en tanto lo ubican como “extraño”, “diferente”, “enfermo”. Se pierde la idea de que es destinatario de un proyecto identificador, en quien se pueden albergar ilusiones y proyectos. Ese niño ya no será aquel que puede cumplir los sueños irrealizados de los padres. Y para paliar esto, cualquier recurso será válido; y si hay algo que lo haga con rapidez, mejor. Ahí hace su aparición el psicofármaco, como la tabla de salvación frente a la caída de las aspiraciones de los padres.

Por lo recién expuesto, puede entenderse la complejidad de este modo de accionar en la medida que la producción social construye sistemas representacionales en los que los niños quedan capturados en tanto la exigencia y el eficientismo tiñen el proyecto de un posible futuro que no los deje por fuera del mercado. Niños que hoy, a través de la acción de sus padres, “resuelven” sus diversas dificultades a través de soluciones mágicas, veloces, sin evaluación crítica de lo que está sucediendo, sin una visión integral y de largo plazo. Es posible pensar que, estos niños serán adultos que promoverán idénticos modos de resolver la complejidad de la vida en el futuro, desconociendo los matices, los altibajos; promoviendo el eficientismo por encima de todo. Estos valores resultan consistentes con un capitalismo que ha arrasado con toda subjetividad que no encaja en sus engranajes.

Lo más grave es que al facilitarse la difusión de estos padecimientos como una disfunción biológica del niño que puede ser tratada con medicamentos, se genera una sensación de alivio social ya que nadie es responsable. En esto subyace la promesa de un niño tranquilo, atento, y sociable que obtenga buenos resultados escolares y no problematice ni haga necesario revisar el espacio educativo, familiar y social.

### **Afortunadamente no todo está perdido...**

Es un arte de no poca importancia saber administrar bien los medicamentos; pero es un arte mucho mayor y de más difícil adquisición saber cuándo suspender o siquiera omitirlos. (Pinel, 1806).

La actual biomedicalización, más allá de las responsabilidades de los psiquiatras es congruente con ciertos significados y valores de la sociedad de consumo y de la cultura que lo acompaña. El lenguaje de esta cultura es un lenguaje empobrecido que ha dado lugar al retorno del positivismo médico psiquiatra, esto es, al viejo esquema: lesión orgánica, cuadro psicopatológico, tratamiento. La respuesta terapéutica suele ser un psicofármaco, en tanto el problema se considera desde el vamos, de origen orgánico. Este tipo de cultura también afecta a los mismos profesionales que, capturados por estos discursos biomedicalizadores, ejercen prácticas que les restan posibilidades de escuchar, pensar, preguntarse e intentar entender los problemas ante los cuales se ven interpelados cotidianamente tanto desde la clínica como desde las aulas, y frente a los cuales, sólo parecen saber responder de manera protocolizada, según las indicaciones provistas por el DSM. Surge, en consecuencia, una tensión entre el desarrollo en el campo social y cultural de una patologización del malestar psíquico y las propuestas de un abordaje psicosocial, interdisciplinario del problema.

Sin desconocer el valor del uso de medicamentos en los casos que así lo requieren, el psiquiatra Chodoff (2002) apunta al abuso en la prescripción de fármacos por parte de algunos profesionales, quienes en su afán de incluir todas las variedades y

extravagancias de los sentimientos y comportamientos humanos en su ámbito profesional, corren el riesgo de medicalizar no sólo la Psiquiatría, sino la propia condición humana.

En opinión de Cannelloto y Luchtenberg (2010), medicalizar la condición humana es aplicar una etiqueta diagnóstica a varios sentimientos o comportamientos desagradables o no deseables que no son claramente normales pero que se sitúan en un área nebulosa, difícil de distinguir, de toda una gama de experiencias que, a menudo, van ineludiblemente unidas al hecho de ser humano. Estos autores agregan que debe reconocerse que los síndromes clínicos se solapan con ciertos sentimientos y comportamientos no deseados que son tan frecuentes que considerarlos como enfermedad o incluso como trastorno haría que estos términos acabaran careciendo de significado.

De manera que, dependerá de cada familia, de cada institución y de cada profesional decidir qué caminos tomar, o bien el de una "solución" rápida, silenciando el síntoma, o bien el de intervenir dando lugar a que el sujeto se exprese y haga uso de la palabra. No obstante, también, puede considerarse tentador y tranquilizador entregarse al saber y al poder del especialista, quien "conoce" acerca del sufrimiento y su tratamiento, permitiendo abandonar todo esfuerzo de entender su significado y enfrentar las contradicciones de la vida.

Desde la perspectiva de la Salud Mental resulta más fructífera la participación del sujeto en su proceso de atención, considerando su padecimiento, historia, experiencias, logrando, de este modo, una comprensión conjunta acerca de aquello que lo aflige, perturba. En este sentido, hay que tener en cuenta los límites de un diagnóstico psiquiátrico basado sólo en los síntomas del sufrimiento psíquico. Sufrimiento para el que no basta una mera lectura médica o psicológica, sino que, es preciso emplear la mayor cantidad de enfoques disponibles, integrando otras áreas de funcionamiento de la persona y la visión de los demás actores sociales involucrados en la situación (familiares, amigos, vecinos, compañeros, figuras de referencia en la comunidad, etcétera).

Así también, es habitual que se confunda la importancia de detectar las dificultades tempranamente para ayudar a resolverlas, con rotular al niño con diagnósticos psicopatológicos en los primeros años. Aunque es fundamental que se consulte tempranamente cuando un niño presenta dificultades al igual que el profesional que es consultado por un niño pequeño deberá tener presente que éstos cambian, crecen, que son sujetos en desarrollo y que posibilitar modificaciones en él y su entorno puede abrir caminos novedosos. Es por esto mismo que es una cuestión preocupante la fijeza de los diagnósticos, que arrasan con la idea de movimiento y transformación.

De manera contraria, algunas propuestas de salud mental:

están centradas en la comprensión de estos procesos subjetivos, situándolos en el terreno de la vida social y la cultura, y se proponen formas de abordarlo conjuntamente con la familia y los servicios que le prestan (...) Pensar en la palabra y el diálogo como instrumento para recuperar capacidades de pensamiento y de reflexión. La solución del malestar consiste en enfrentarlo en las múltiples dimensiones del sujeto" y su experiencia de la vida, lo que "requiere intervenciones amplias.(Galende,2008: 24).

A mi criterio, se puede plantear, entonces, que no se necesitan más enfermedades sino más profesionales dispuestos a escuchar y abordar las problemáticas de sus pacientes. Hay que hacer lugar, desde el primer encuentro con el paciente, a que se hable del malestar subjetivo. Preguntarles por qué vienen, de qué sufren, qué los aqueja. Al poner la pregunta de entrada, se va en contra de esta epidemia generalizada de personas diagnosticadas, etiquetadas con rótulos y cifras que desresponsabilizan al sujeto, victimizándolo. Al mismo tiempo, se aloja el síntoma, permitiendo ponerlo en palabras y darle un sentido. Resulta primordial, trabajar desde la interdisciplina y abordar la problemática mediante distintos tratamientos y técnicas: psicoanálisis, dibujos, juegos a fin de lograr una apertura y flexibilidad para que el niño

pueda elegir qué hacer y cómo expresarse. Además, considero fundamental la participación e integración de la familia en el tratamiento del niño mediante entrevistas, consultas, y también indagar en otros ámbitos en los que el chico se relaciona.

Ahora bien, desde la perspectiva de la psicología, Ana Cecilia Augsburguer (2002) sugiere la categoría de “sufrimiento mental” diferenciándola del concepto “enfermedad” ya que en la primera se pone énfasis en la dimensión subjetiva de quien padece. Siguiendo a Galende, la autora reflexiona sobre la necesidad de comprender el sufrimiento psíquico en función de las cuestiones atinentes al ser y a la existencia, y no según el modelo médico de enfermedad mental, considerando que la subjetividad es producto de condiciones históricas y culturales concretas.

Por otro lado, la psicoanalista Mabel Burin (1991) hace referencia al término “malestar”, como una noción intermedia, a media subjetiva y a media objetiva, externa e interna a la vez, que no refrenda la separación entre sano y enfermo, entre lo normal y lo patológico, además entiende al malestar como un “hecho social”, en donde sus orígenes se encuentran en leyes culturales (Citado en Augsburguer, 2002).

En opinión de Galende (2008):

si queremos comprender este grito de la medicalización, sus efectos sobre lo que constituyen las propuestas de salud mental, la tentación por el remedio rápido y este fenómeno de desobjetivización que expresan gran parte de los trastornos psíquicos actuales, debemos interrogar básicamente la nueva cultura. Lo social y lo cultural no existen por fuera de las personas, la interioridad del sujeto es cultural y social, tanto como que lo que llamamos cultura y sociedad no son más que formas de prácticas de existencia de la subjetividad, en definitiva, productos de la construcción y del devenir de hombres y mujeres cuyas existencias solo se sostienen en la vida común, es decir construyendo sociedades, y esa vida social necesita de un mundo simbólico, principalmente del lenguaje y la palabra, para intentar entenderse y desarrollarse (p.26)

Así también, la especialista Dueñas (2013), plantea que, la prioridad siempre y en todo momento, desde la clínica como desde las aulas, debiera ser escuchar al niño, cómo éste pueda expresarse, de modo de poder entender lo que le puede estar pasando y así atenderlo como se merece, respaldándonos para esto en toda la nueva legislación vigente a nivel nacional cuyo paradigma, lejos ya de considerarlos como objetos de tutelaje, hoy los reivindica y de manera privilegiada como “sujetos de derechos”. Derechos de los niños, niñas y adolescentes que todos están convocados a garantizar.

En relación a este marco normativo, la principal fuente legitimadora de la protección de la infancia es la *Convención Internacional de los Derechos del Niño* (CIDN). Ésta es, según Eduardo Bustelo (2005), el instrumento político y jurídico más importante que supuestamente regula el campo de la infancia y la adolescencia; siendo su objetivo constituir al “niño” como “sujeto de derechos”. Es así que, para este autor, la infancia solo tiene una posibilidad de liberación cuando puede expresarse y manifestarse, cuando puede reír, jugar, crear y llegar a ser ella misma. En este sentido, hay que tomar el artículo 12 de la CIDN, en relación a la voz y el escuchar, como principio general de la construcción de la subjetividad del niño teniendo en cuenta todas las dimensiones de su experiencia vital, intelectual y emotiva y no sólo sus opiniones.

En relación a estos derechos, también se destaca el documento “Niñas, niños y adolescentes: Salud Mental y Enfoque de Derechos”, elaborado por la *Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones* (CoNISMA) de la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación, el cual establece ciertos puntos interesantes, entre ellos:

- Las problemáticas del ámbito escolar suelen ser la manifestación de conflictos que no pueden ser expresados o puestos en palabra por el niño, niña y adolescente, por lo que es prioritario generar espacios de escucha por parte de los adultos referentes, que no sean obturados por preconceptos relacionados con distintos diagnósticos, respetando la intimidad y la confidencialidad. La escucha requiere generar dispositivos individuales y/o grupales adecuados para

la emergencia de la palabra. En dichos espacios corresponde al adulto facilitar la expresión del niño, niña y adolescente construyendo con ellos/as aquello que se busca decir y comprender. Esto implica también acompañar y colaborar en enfrentar las consecuencias de lo que de esos espacios surja.

- La utilización de prescripción de medicación para suplir otro tipo de medidas o dispositivos psicosociales o pedagógicos es contrario a lo que establece la legislación vigente. Su uso, cuando corresponda, debe realizarse en el marco de un abordaje interdisciplinario. En función de ello, la *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*, en sus artículos 12 y 16, respectivamente, establece:

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

a) El diagnóstico interdisciplinario e integral consiste en la descripción de las características relevantes de la situación particular de la persona y las probables causas de su padecimiento o sintomatología, a partir de una evaluación que articule las perspectivas de las diferentes disciplinas que intervienen. En aquellos casos en que corresponda incluir la referencia a criterios clasificatorios de trastornos o enfermedades, la Autoridad de Aplicación establecerá las recomendaciones necesarias para el empleo de estándares avalados por organismos especializados del Estado Nacional, o bien por organismos regionales o internacionales que la República Argentina integre como miembro.

El objetivo debería ser, entonces, estimular y potenciar el desarrollo de los niños en su integridad, aceptando su autonomía y protagonismo para demostrar realmente que se está frente a sujetos de Derecho. Los esfuerzos deberían estar dirigidos, confiando en los niños, no a instigarlos a que vivan su infancia como se cree que se debe vivir, sino a entender la realidad en que se vive.

Para finalizar, corresponde enfatizar que la Psicología siempre tiene “una dimensión ético-política que se juega, no sólo en la adhesión a una postura teórica, sino en el modo de implicación política e ideológica” (Fernández, 2013:2). Solo si se puede recordar ese niño que uno era, se podrá escuchar y comprender al niño que se tiene en frente, sabiendo que constituye un sujeto social muy distinto al que uno fue de pequeño, y así se podrá, tal vez, dar prioridad a los actuales problemas de la infancia. Pues si no se puede ofrecer alternativas reales para el desarrollo de la infancia, nos estaremos privando todos de un futuro.

## Conclusión

Somos contemporáneos de una sociedad constituida por sujetos que reniegan vorazmente de toda interrogación, que intentan obstruir la aparición de un mínimo atisbo de deseo, sosteniendo la ilusión de que hay un objeto que lo colma. Si bien Freud ya menciona a la droga como un quita pena que neutraliza el malestar cultural, en la actualidad el uso generalizado de psicofármacos denuncia, a su vez, la fantasía de que serán ellos quienes borren el dolor de existir. (Chairo, 2010)

En los últimos años, hubo grandes modificaciones en la vida social, en los procesos de la cultura y, especialmente en el ingreso de nuevos factores de poder que

compiten por la definición de los problemas del trastorno mental y su manera de abordarlos. Por un lado, está el diagnóstico, tema de gran relevancia clínica en el campo de la salud mental, que ha generado y genera grandes querellas. Batalla que hasta la actualidad parece darle la victoria a la psiquiatría, la cual ha creado un vasto sistema de clasificación, un modelo nosológico que ha adquirido gran legitimidad. A partir de éste, los límites tradicionales de los trastornos mentales se han ampliado y problemas cotidianos de otras esferas sociales se han medicalizado con la intervención de los psiquiatras y de otros profesionales de la salud mental. Por otro lado, el tratamiento, el anhelo de actuar a través de drogas: lo cual tiene por consecuencia un aumento en la prescripción y consumo de psicofármacos.

En el caso particular de los niños, esta medicalización del sufrimiento infantil no solo permite encubrir los profundos cambios socioeconómicos, políticos, ideológicos y culturales que han transformado radicalmente la sociedad en las últimas décadas. Sino que, a su vez, puede ser comprendida como un proceso de apropiación creciente por parte de determinados actores sociales (profesionales de la salud, industria farmacéutica), de las decisiones de los sujetos respecto de su bienestar, sus padecimientos y otros aspectos de la vida cotidiana, a los fines de imponer sus propios criterios y defender sus intereses corporativos. Por lo tanto, se termina adoptando acríticamente concepciones y prácticas construidas por grupos hegemónicos que nada tienen que ver con las propias necesidades y valores.

En este sentido, se puede entender el proceso de medicalización como un problema estructural que se manifiesta como respuesta al malestar social y cultural de la sociedad; siendo algunas de sus consecuencias:

- Traducción de las dificultades humanas en cuestiones individuales. Se omite o relega a un segundo plano la naturaleza social del padecimiento.
- No responsabilización. El “problema” o “déficit” es entendido como causado por un desorden orgánico, por lo cual la culpa no es de nadie.
- Expansión progresiva de las áreas de incumbencia de la medicina, fomentada por la industria farmacéutica
- Delegación en expertos médicos de la atención de problemas humanos y sociales.
- Control de las emociones y preocupaciones así como la eliminación del sufrimiento humano, a través de psicofármacos; lo cual conduce a la obturación de otros niveles de intervención posibles.

Entre éstas, según mi opinión, cabe destacar la última, ya que la difusión de los fármacos como solución se ha naturalizado de tal modo que penetra en el discurso médico como, así también, en el discurso familiar y escolar. Se pasa a considerar la medicación como el principal tratamiento a los problemas subjetivos, de atención y/o de conducta; tendencia que acarrea la anulación de los conflictos y la negación del sujeto.

En este contexto, las vicisitudes de la vida infantil se convierten en trastornos mentales y las intervenciones medicalizadoras se dirigen a remediar rápidamente el síntoma y no a reflexionar acerca de la razón de su existencia. El problema radica en que un diagnóstico debería ser algo que se va construyendo a lo largo del tiempo y que puede tener variaciones, ya que se entiende que los malestares psíquicos son resultado de múltiples factores, entre los cuales las condiciones socioculturales, la historia de cada uno, las vicisitudes de la familia y los avatares del momento actual se combinan.

El interrogante acerca de ¿qué sucede en la actualidad? a mi criterio, tiene como posible respuesta: el desarrollo de la medicalización excesiva que responde a la sensación de urgencia en la que vive la sociedad y es en este punto donde la clasificación rápida resulta tranquilizadora. Hay una intolerancia hacia los que “no se adecuan”, los que “no se ajustan a la norma”. Puede pensarse que, lo que no se tolera, y que explica el éxito de las clasificaciones, es la idea de que hay momentos en que “está todo bien” y otros en lo que “está todo mal”.

Surge, entonces, ¿cómo plantear en una clasificación, en un nombre, toda la complejidad de lo que le ocurre a un sujeto? Como posible respuesta, estimo que, al

considerar que con la descripción de síntomas ya se sabe lo que le sucede a alguien, se pierde toda posibilidad de preguntar y preguntarse, de dudar, investigar y descubrir lo que no está a la vista y de encontrar allí un sujeto que puede *decir* sobre su sufrimiento. Todo lo cual tiene mayor relevancia en los niños, ya que el ser catalogados “la etiqueta” termina siendo un pronóstico de su vida, en un momento en el cual la vida está en construcción. No solo pasan a “ser una sigla” sino que, los infantes quedan prisioneros de la misma ya que no pueden cuestionar ni poner en duda esa nominación ya que los profesionales suelen no interrogarlos, no escucharlos, ni ubicarlos en un contexto como sujetos.

Por lo tanto, quien habla es la ciencia, el diagnóstico se precipita y el tratamiento queda limitado a un medicamento en lugar de poner el saber en el sujeto, en su historia, sus experiencias y palabras. En este sentido, se hace necesario y fundamental entender que no se trata de un trastorno sino de lo que le pasa a ese niño que expresa esa dificultad, en ese período de su vida y en relación al contexto en el cual se encuentra.

Asimismo, se debería intentar resguardar su condición subjetiva, tratando de comprender su dificultad, cómo se posiciona y relaciona con ésta, lo que *dice* acerca de su padecimiento y el modo de manifestarlo. En definitiva, según mi parecer, asistimos en la época actual, a un amplio abanico de diagnósticos psicopatológicos y terapéuticos de fuerte tendencia simplificadora, reduccionista y determinista. Está en auge el fenómeno de la creación de enfermedades y la exageración de situaciones fisiológicas para promover un mercado de tratamientos médicos y la venta de psicofármacos. A partir de estas tendencias es posible que se concluya que todo se puede medicalizar.

A mi juicio, lo conveniente sería indagar qué ocurre en el medio en que se desenvuelve el niño, buscar las causas ambientales y sociales que conllevan ciertas conductas, y no caer en la precipitación del diagnóstico, que podría resultar erróneo, acarreando consecuencias que determinarán el desarrollo de las capacidades y personalidad de ese sujeto para el resto de su vida.

En este sentido, tomando a Galende (2008) es necesario:

intervenir para abrir las dimensiones del conflicto, reconocer sus fuerzas, hacer que se exprese en las palabras y el pensamiento del sujeto; aceptar que si el conflicto o la contradicción hablan podemos escuchar sus razones; el pensamiento y la reflexión es el medio por el cual el hombre puede asumir, sin síntomas, los avatares de sus deseos y de su existir (p. 22).

De acuerdo con esta postura, de lo que se trata es de facilitar que el niño se lance a la aventura del aprendizaje, a los laberintos de los vínculos con los otros, que pueda construir y construirse y que sostenga deseos. Para ello, es necesario devolverle la idea de crecimiento como potencia, como esperanza. Darle la posibilidad de poner en movimiento lo que en él se ha rigidificado. (Janin, 2012)

Cabe resaltar que la infancia es producto de nuestras historias y, su “presente”, encarna el futuro como sociedad. Por esta razón es que se insiste en que las dificultades o problemáticas que los niños manifiestan son un asunto que nos compromete “a todos”, más allá del lugar que como adultos ocupemos cada uno a la hora de salir al encuentro con ellos. De manera que, como comunidad, debemos hacernos cargo, de lo contrario, se los está dejando “desamparados”, en manos de las lógicas que promueve el Mercado.

Para hacer frente a esta compleja situación, considero que es de fundamental importancia hacer hincapié en:

- promover el trabajo interdisciplinario entre profesionales de distintas áreas de la salud, salud mental y afines;
- impulsar la creación de espacios de reflexión;
- ahondar en la comprensión de procesos sociales, culturales, históricos que en la actualidad van configurando la subjetividad infantil;
- analizar críticamente los discursos sobre los cuales se sostienen las prácticas profesionales.

Desde esta perspectiva, es que planteo la Salud Mental como una cuestión que compete a todos y a cada uno, comprometiendo los diferentes ámbitos por donde habitan y circulan los niños. Sostengo, además, que no se puede permanecer al margen, dejando todo en manos de sectores corporativistas del campo de la salud, que instalan criterios jerárquicos de raigambre positivista en relación a la posesión de supuestos saberes acerca de la niñez.

Para finalizar, espero que, como estudiante de la Carrera de Psicología y futura graduada, haya podido, en este escrito, esbozar un fenómeno éticamente reprochable: el de las prácticas ligadas al preocupante fenómeno de la patologización y medicalización de los malestares infantiles actuales y el "abuso" que se hace de ciertos recursos propios de la medicina para intentar resolver rápidamente problemáticas de otro orden, apoyándose en discursos "científicos" que operan segregando lo socio-afectivo de lo cognitivo. Prácticas y abusos que, en consecuencia, promueven procesos que terminan vulnerando no sólo la salud de las personas, sino también, sus Derechos.

### Bibliografía

- Augsburger, A. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. En *Cuadernos Médico Sociales*, 4, N° 80.
- Barcala, A. (2013). Sufrimiento psicosocial en la niñez: el desafío de las políticas en salud mental. En Periódico mensual: *Actualidad Psicológica: "Patologización de la infancia"*, 21, N°416 Año: XXXVIII.
- Bleichmar, S. (1998). *Sobre el comportamiento y la acción en los trastornos hiperkinéticos*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Bustelo Graffigna, E. (2005). Infancia en indefensión. *Salud Colectiva* N°3. Visita 1 de octubre de 2017 en [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652005000300002](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000300002)
- Cannellotto, A.; Luchtenberg, E. (2010). *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Buenos Aires: Unsam Edita
- Cazenave, L. (2008). La medicalización de la vida cotidiana. En *Consecuencias. Revista digital de psicoanálisis, arte y pensamiento* N° 2. Visita 1 de octubre de 2017 en <http://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/002/template.php?file=arts/aplicaciones/cazenave.html>
- Chairó, L. (2010). ¿A qué estarán atentos los que no atienden? En *El Psicoanalítico*. N°2. Visita el 1 de octubre de 2017 en <http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num2/clinica-chairo-infancia-add-hiperactividad.php>
- Chodoff, P. (2002). The Medicalization of the human condition. En *Psychiatric Services*, 627, N° 53.
- Clarke, A. (2010). Biomedicalization: a substantive introduction. En *Biomedicalization: technoscience, health and illnesses in the U.S.* London: Duke University Press, 33, Vol. 68, N° 2.
- Collares, C.A.L y Affonso Moyses, M.A. (2011) Dislexia y TDAH: ¿Dónde están las evidencias? En *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Buenos Aires: Noveduc.
- *Confederación Farmacéutica Argentina*. Informe 2016 – Parte II: Análisis anual de las altas y abajas de productos y presentaciones. Visita 1 de octubre de 2017 en <http://www.cofa.org.ar/?p=20536>

- CoNISMA (2014). Pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar. Anexo I, Acta 12/14. Visita 1 de octubre de 2017 en [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/041\\_educacional2/material/descargas/pautas\\_conisma.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/041_educacional2/material/descargas/pautas_conisma.pdf)
- Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Critica- Grijalbo.
- Conrad, P. y Potter, D. (2000). From hyperactive children to ADHD adults: observations on the expansion of medical categories. En *Social Problems*, N° 4, p.559-82.
- Convención Internacional de los Derechos del Niño, 20 de noviembre de 1989. Visita 1 de octubre de 2017 en <http://www.corteidh.or.cr/tablas/28143.pdf>
- Dueñas, G. (2013). La biomedicalización de los malestares en las infancias actuales. <http://www.redmaristan.org/source/Art%20BIOMEDICALIZACION%20de%20las%20Infancias%20Actuales.pdf>
- Escardó, F. (1980). *Carta abierta a los pacientes*. Buenos Aires: Emecé
- Faraone, S. (2010). Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. En *Interface - Comunicación, Salud, Educación*, N° 34, pp.485-497.
- Fernández, A. M. (2013). *Jóvenes de vidas grises. Psicoanálisis y Biopolíticas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Foucault, M. (1990). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. Historia de la Medicalización. En *La vida de los Hombres Infames*. Buenos Aires: La Piqueta.
- Franco, Y. (2010). Con el DSM no va a quedar ninguno sano. En *El Psicoanalítico*, N° 2. Visita 1 de octubre de 2017 en <http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num2/ep-2.pdf>
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar.
- Gelos, N (2017). La Argentina empastillada: uso (¿y abuso?) de psicofármacos. *Borderperiodismo*, 7 de abril. Visita 1 de octubre de 2017 en <http://borderperiodismo.com/2017/04/07/la-argentina-empastillada-uso-y-abuso-de-psicofarmacos/>
- Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. En *Ciencia y Salud Colectiva*, N°5.
- Iriart, C, e Iglesias Ríos, L. (2012). Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. En *Interface. Comunicación, salud y Educación*, 1011-23, N° 43.
- Janin, B. (2012). Los niños y la medicalización de la infancia. Exposición realizada en la mesa redonda organizada por la revista *Topía: Una batalla cultural en el campo de la salud Mental. La psiquiatrización de la subjetividad*, 2-5, s/n, enero de 2012.
- Jerusalisky, A. (2005). Gotitas y comprimidos para niños sin historia. Una Psicopatología post-moderna para la infancia. En *Diagnósticos en la Infancia. En busca de la subjetividad perdida*. Buenos Aires: Noveduc.
- Larrosa, J. (2000). *Pedagogía profana. Estudio sobre lenguaje, subjetividad, formación*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Buenos Aires, 2 de diciembre de 2010
- Menéndez E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Ponencia realizada en *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires
- Perez- Ciordia, I. (2011). Las no enfermedades y la medicalización. Visita el 1 de octubre de 2017 en

<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1775/73/1v00n1775a90034643pdf001.pdf>

- Pinel, P. (1806). *Un tratado sobre la locura*.
- Roudinesco, E. (2000). *¿Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidós
- Terzaghi, M. L. (2008). Los niños y los diagnósticos: certezas e incertidumbres. En *Revista del Colegio de Psicólogos (distrito XI): Dossier Científico. Medicalización de la infancia*, N°1.
- Terzaghi, M. L. (2011). Los niños, los médicos y la medicalización. En *¿Niños o síndromes? La patologización de la infancia*. Buenos Aires: Noveduc
- Untoiglich, G. (2013). La maquinaria medicalizadora y patologizadora. Sus consecuencias en la infancia actual". En *Actualidad Psicológica* N° 416, pp18-19.