

¿Qué ves cuando me ves?: Perspectivas diferenciales en Salud Mental

Mg. Betina Monteverde

Facultad de Psicología UNR

betinamonteverde@hotmail.com

En el presente trabajo nos interesa abordar algunos elementos referidos a la pautas que fija la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CoNISMA)¹, a través del acta 12/14, para evitar el diagnóstico inapropiado en salud mental, la prescripción inadecuada de medicamentos y las prácticas erróneas en el tratamiento de problemáticas de niños, niñas y adolescentes, las cuales serán impulsadas desde los sistemas educativos y sanitarios de todo el país.

Dentro de tales pautas trabajo² se menciona la necesidad de establecer que:

- 1- Los problemas en el rendimiento o comportamiento escolar no equivalen necesariamente a diagnóstico
- 2- No se puede reducir la complejidad de un problema a una única perspectiva (aludiendo a un reduccionismo biologicista).
- 3- Un diagnóstico sintomático puede ocultar problemáticas como abuso, violencia, conflictos, duelos, entre otros
- 4- Un diagnóstico puede resultar estigmatizante

(La finalidad de un diagnóstico es favorecer abordajes pertinentes que posibiliten una mejor salud y una mayor inclusión social. Un diagnóstico en N.N.yA. nunca es sinónimo de irreversibilidad e irrecuperabilidad, ni puede ser utilizado como una etiqueta, ya que al favorecer el estigma perjudica la salud y genera exclusión.)

- 5- Un diagnóstico es más que la aplicación de un test
- 6- Los docentes no están habilitados para llenar planillas no oficiales que se utilicen para realizar diagnósticos
- 7- No se puede utilizar medicación para suplir otras medidas o dispositivos
- 8- No se puede condicionar la permanencia en la escuela a la realización de tratamiento
- 9- En caso de ser necesario un diagnóstico, se deben utilizar clasificaciones oficiales

Tales pautas de trabajo, dirigidas a diferentes agentes del sistema de salud y de la comunidad educativa, parten de la preocupación de:

a- una tendencia creciente a abordar problemáticas que surgen del ámbito escolar a partir de la realización

1 La Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones fue creada mediante el Decreto reglamentario de la Ley de Salud Mental 603/2013, y funciona en el ámbito de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS. Es presidida por el Ministerio de Salud en su carácter de Autoridad de Aplicación de la Ley N° 26657 e integrada por representantes de los Ministerios de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Educación; Desarrollo Social; Seguridad; Justicia y Derechos Humanos; la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia; la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) y el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI).

2 Tomaremos para este trabajo algunas de las pautas de trabajo dado que en su totalidad son 17.

de diagnósticos de salud mental en base a meros indicadores comportamentales, prescripción inadecuada de medicamentos e indicación inoportuna de certificación de discapacidad; y

b- que el Mercado asume en estos momentos diversos matices, entre ellos la proliferación de modos de intervención sobre la infancia y la adolescencia que suponen modos privados y singulares de resolver la dificultad, contrarios a la posibilidad que desde lo estatal pueda hacerse frente a los problemas que vulneran la perspectiva de derecho;

Dichas preocupaciones han sido objeto de denuncias y reflexiones teóricas tanto en nuestro país como a nivel latinoamericano y mundial, marcando un creciente proceso de medicalización de la infancia así como de mercantilización de la salud. Dicho crítica apunta al aumento existente en diferentes países de patología como el AD/HD (Déficit atencional con o sin hiperactividad), TEA (Trastorno Espectro Autista), TGD (Trastorno Generalizado del Desarrollo), entre algunos de los más extendido, cuyos índices creciente en la población infantil lo transforman casi en males pandémicos que incitan a la formación de asociaciones de padres o familiares que se transforman en núcleos de lucha en pos de derechos en base a patologías. De manera tal que muchas de estas patologías se han transformado en objeto de leyes específicas (en función de cobertura de tratamiento y solicitando que se realice detección precoz), y donde el aumento de diagnósticos va unido a tratamientos que implican el consumo de fármacos, abonando la idea de una patología de origen neurológico.

De tal situación en nuestra ciudad (Rosario), podemos dar dos ejemplos muy contundentes, como lo es la ley 13.328 -*Diagnóstico Precoz, Tratamiento, Integración, Inclusión y Protección integral de Personas con Trastorno de Espectro Autista (TEA) y/o Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)*- sancionada recientemente en la ciudad de Santa Fe³. En dicha provincia se daba (en el año 2013) la cifra de 32.000 diagnosticados con TEA o TGD⁴, no obstante todo hacía suponer que a falta de datos de epidemiológicos nacionales se toman con referencia datos estipulado por EEUU, así nos encontramos con que diferentes medios del país y las organizaciones de padres difunden la cifras publicadas por “Annals of Epidemiology” donde se establece que uno (1) de cada 125 niños de cuatro años tiene autismo y donde se supone que la tasa para nuestro país es similar.

Cabe señalar también que en la ley 13.328 se especifica la necesidad de “realizar la detección precoz de TEA y TGD a través de metodologías debidamente comprobadas y autorizadas por la autoridad de aplicación en instituciones de salud públicas y privadas con convenio, entre ellas el Cuestionario del Desarrollo y Comunicación de la Infancia (M-CHAT), u otras;” (ley 13.328, art. 5, pto.k.)

Por otra parte, si tomamos en cuenta otro de los diagnósticos establecidos con gran frecuencia como el AD/HD, en el año 2007 nos contactamos con la Comisión de Medicamentos de la Municipalidad de Rosario, que en ese momento estaba trabajando en un seguimiento estadístico en el Hospital Vilela para objetivar el crecimiento de diagnóstico de AD/HD y su consecuente tratamiento medicamentoso.

Aquí nos señalaron que esta situación es característica de una realidad de la salud pública en general y también del sector privado, marcando que en este último se ha dado un aumento relacionado fundamentalmente con escuelas de nivel económico medio- alto y alto, por lo que se sospecha que “este hecho tiene que ver con la

3 También se han establecido ley a nivel provincial en Chubut, La Rioja, Buenos Aires, Corrientes y actualmente se está impulsando a nivel nacional. Otros también es el caso de México que aboga por una ley de autismo señalando que existen en el país 45.000 casos de autismo y que cada año se diagnostican 6.000 más.

4 Información citada en medios periodísticos en referencia a lo explicitado por al psiquiatra infantil Alexia Ratazzi (referencia nacional e internacional en la materia).

presión de los equipos psicopedagógicos que derivan a los padres al neurólogo con un diagnóstico probable para que los chicos sean medicados (porque así no podrían seguir en la escuela), o con la presión de los padres hacia los médicos.”

En cuanto a la situación farmacológica se sostiene que hubo un cambio (a partir del año 2000 aproximadamente) y se sospecha que el mismo tiene un fuerte vínculo con la incorporación del metilfenidato, donde antes del 2000 había pocos pacientes medicados con pemolina, y se fueron dando reacciones adversas (sobre todo insuficiencia hepática), dicha situación lleva a que la droga se saque del mercado y sea reemplazada a nivel municipal por el metilfenidato, y comenzaron a notar que entre el año 2002 y 2003 el número de diagnósticos comenzó a crecer y al mismo tiempo creció la indicación de medicación, llegando al año 2005 con una enorme solicitud de dicho fármaco y con una administración prolongada en el tiempo.

También se detecta la asociación de la administración de metilfenidato con risperidona, ya que además del AD/HD aparece diagnosticado el TOD (Trastorno Oposicionista Desafiante) con *síntomas de irritabilidad y los trastornos de conductas agresivas manifiestas. Este desarrollo en general es lineal.*

En el caso de la atomoxetina, en la parte pública no se utiliza (al menos hasta el 2007), pero si lo hace el sector privado y su prescripción también va en aumento.

Es de destacar que respecto al aumento del diagnóstico en Argentina, la entrevistada señalaba que desde el año 2000 y 2001, se tuvo conocimiento que en varios establecimientos educativos se les daba a los docentes el test de Conner siendo el mismo incorporado a la ficha de evaluación de los alumnos.

Tomamos estos casos como dos situaciones que pueden dar cuenta del incremento de patologización de la infancia, donde se pueden percibir cómo, al vez que asistimos a un momento histórico que tiende a pensar las prácticas en salud ligadas a la ampliación de derechos, es decir que en el orden de políticas de salud existen cambios fundamentales destinados a una orientación de las prácticas de cuidado en concordancia con una construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de todas las personas así, tanto la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 como la Ley de Protección Integral de los Derechos de la Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061, tienden a contraponer el modelo que hacía tanto de la niñez como del enfermo mental un objeto de tutela, a un modelo que erige a los mismos en sujetos de derecho.

Entonces al mismo tiempo que esto sucede, vemos establecerse dentro del campo de la salud mental una tendencia medicalizante apoyada en la lógica de la neurociencia y el desarrollo de la industria farmacológica, a partir de cual se individualiza el proceso de salud-enfermedad, en tanto se considera al contexto social como externo al fenómeno en cuestión y se reduce el padecimiento psiquiátrico a lo patológico, produciendo un centramiento en lo biológico.

En tal sentido creemos que las pautas establecidas por la CoNISMA tratan de establecer una estrategia para incidir en algunos actores claves del proceso cómo los son los agentes de salud y los agentes de educación. Pero a la vez cabe recordar que la producción de infancias se encuentra íntimamente ligada a ciertas prácticas sociales insertas en una estrategia general de poder ya que históricamente, a partir de esta construcción del *infante* como objeto delimitado, fue posible justificar una infinidad de intervenciones psi. Así la invención de infancia se puede ligar a un contexto de familiarización creciente en el SXVII y que se acentúa en torno a la campaña anti-masturbación surgida en el SXVIII cuyo objetivo central era la constitución de un nuevo cuerpo familiar. Pero también es posible su ligazón con la educación (escuela como relevo disciplinario de la familia

respecto del niño), en tanto la instauración de la escuela rompe el patrón de aprendizaje caracterizado por la formación del niño en el medio adulto, produciéndose una fisura entre la institución escuela y la vida real que condiciona el saber escolar como una estructura desconectada de la práctica y crecientemente caracterizada por la abstracción, el formalismo y la distancia respecto a lo cotidiano (Castro Orellana, 2005. P.26).

A su vez, asociado al encierro del niño en el espacio escolar surge toda una batería de saberes especializados, particularmente el pedagógico, que serán el sostén fundamental para el funcionamiento de dicho dispositivo.

Por tanto el cuerpo del niño juega un papel estratégico en el ordenamiento social que se instituye en la modernidad y en la constitución de los dispositivos saber/poder que se instauran en este momento histórico, ya que:

I- A partir de la idea de que el niño debe ser cuidado se constituye la familia nuclear, estableciendo una estrecha relación entre padres e hijos.

II- La escuela surge como dispositivo de disciplinamiento por excelencia de la niñez, relevando a la familia en aquello que, según el Estado, ésta no puede hacerse cargo.

III- En torno a la familia nuclear, a la escuela y al cuidado de los niños el saber médico – psiquiátrico se erige como dispositivo de control social.

Vemos así un proceso social en el cual la psiquiatría ya no queda reducida al manicomio sino que produce una generalización-extensión de su práctica al conjunto social, interviniendo en otras instancias de control, así “...la familia, la escuela, el vecindario, el correccional. Todo esto es ahora objeto de intervención médica: la psiquiatría redobla entonces esas instancias, las repasa, las traspone, las patologiza. Al menos, patologiza lo que podríamos llamar el resto de esas instancias disciplinarias.” (Foucault 2000. P.143) y lo hace en la medida en que ella misma responde a la demanda de ser un discriminante político, haciendo que una conducta sea síntoma potencial de una enfermedad, por la distancia de dicha conducta respecto a las reglas administrativas o familiares, es decir contra un fondo de normatividad política y social.

La psiquiatría se desaliena puesto que para funcionar ya no necesita de la locura, puede psiquiatrizar cualquier conducta sin referirse a la alienación. En las conductas de los hombres ya no habrá nada que, de una u otra manera, no pueda examinarse psiquiátricamente gracias a esa supresión (Foucault 2000. P. 153)

No obstante Conrad (2007) sostiene que en las últimas tres décadas se han producido cambios significativos en el conocimiento y la organización médica que hacen que otras fuerzas, antes subyacentes, contribuyan sustancialmente al proceso de medicalización en el marco de la globalización de la salud en el Capitalismo mundial Integrado. Siguiendo estos lineamientos encontramos que los cambios en el escenario médico desplazan importantes zonas de medicalización hacia un predominio del mercado. Si bien la profesión médica es uno de los actores del proceso; la industria farmacéutica, la biotecnología, y los usuarios se han convertido en los actores relevantes del proceso de medicalización.

En concordancia con este análisis Iriart C. (2014) apuesta a que el concepto de biomedicalización permite una mejor comprensión de los procesos que se instalan en el nuevo milenio, en tanto que el mismo supone la

internalización de autocontrol y vigilancia por parte de los mismos individuos, no requiriendo necesariamente la intervención médica. “No se trata solamente de definir, redefinir, detectar y tratar procesos mórbidos, sino de que la población esté informada y alerta de potenciales riesgos e indicios que pueden derivar en patología.” (Iriart 2014.P.5). Es decir, se trata de la implicación de la gubernamentalidad y regulación de los individuos y poblaciones a través del discurso hegemónico en el campo sanitario, al que se presenta como una nueva verdad científica.

Bajo este enfoque la biomedicalización incorpora el concepto de medicalización pero la radicaliza, en tanto se enfoca a la salud como un mandato social que internaliza el autocontrol, la vigilancia y la transformación personal.

De acuerdo a la autora dos fueron los procesos de pasaje de la medicalización a la biomedicalización, por un lado, la posibilidad de masificar el consumo de biotecnologías, incluyendo medicamentos, instrumentos diagnósticos y otros equipamientos (este es el caso de acceso a bajo costo de aparatos de uso domésticos como tensiómetros, kit para medir la glucosa u otros valores sanguíneos, etc). Por otra parte, los desarrollos en computación y comunicaciones que facilitaron la diseminación masiva de información sobre enfermedades, padecimientos y riesgos, así como la forma de detectarlos, tratarlos y prevenirlos. A través de los portales y de otros medios de comunicación (revistas, programas de televisión, suplementos de salud del periódico, etc...) divulgan detallada información sobre signos y síntomas de múltiples padecimientos y difundiendo cuestionarios cortos para que el público pueda evaluar si padece alguna de las enfermedades descritas o tiene riesgos de padecerlas.

Estos fenómenos facilitaron la creación de nuevas subjetividades, identidades y biosocialidades en torno al proceso salud-padecimiento-atención. Las redes sociales dedicadas a temas de salud ocupan un lugar destacado en este proceso. Algunas de estas redes han sido creadas por reales usuarios, otras por la industria, así como por asociaciones de pacientes y familiares, muchas de las cuales han sido cooptadas por la industria farmacéutica y de tecnología, vía el apoyo financiero que proveen.

Estos elementos nos llevan a interrogar sobre las formas en que actualmente los hombres nos podemos pensar, a nuestro cuerpo, nuestras conductas; así como en relación a qué saberes, con qué juegos de verdad y técnicas específicas emergen estas prácticas y percepciones sobre el otro y nuestro sí mismo.

En este sentido Nikolas Rose afirma la existencia de un cambio (*en las sociedades liberales democráticas de occidente*) en la comprensión del sí mismo, siendo en el curso del último medio siglo donde nos convertimos en individuos somáticos, es decir nos convertimos en personas que se entienden a sí mismos, hablan de sí mismos y actúan sobre sí mismo y sobre otros como seres definidos por la biología.

Los individuos, así como sus autoridades –médicos, docentes, padres–, están recodificando las variaciones en el humor, las emociones, los deseos y los pensamientos en términos de funcionamiento de sustancias químicas presentes en el cerebro y por ende actúan sobre sí mismos y sobre los otros a la luz de esta nueva codificación. Así la neurociencia se transforma en una instancia de saber-poder fundamental.

“El profundo espacio psicológico que se abrió en el Siglo XX se ha aplanado. En esta nueva descripción de la persona, la psiquiatría ya no distingue entre trastornos orgánicos y funcionales (lo funcional ahora es planteado como fisiológico), Ya no se interesa por la mente o la psiquis: la mente es simplemente lo que hace el cerebro. Y la patología mental no es más que un error o anomalía identificable y corregible, en principio,

en algunos de los elementos ahora identificable como aspectos del cerebro orgánico. Se trata de un giro en la ontología humana, en la clase de personas que nos consideramos.

Implica un nuevo modo de ver y juzgar la normalidad y la anormalidad humana y de actuar sobre ellas. Permiten que nos gobiernen de nuevos modos. Y nos permiten gobernarnos de manera diferente.” (Rose 2012; P. 377 y 378)

Estas perspectivas respecto al proceso de la medicalización (o biomedicalización) social creemos son interesantes para pensar nuevamente la posibilidad de intervenir en tal proceso, notando que si bien la política de CoNISMA, tiende a preservar el espíritu de la ley, tratando de intervenir y poner un alerta sobre los procesos diagnósticos e intervención ligados a una lógica neurocientífica, no establece cuestionamiento respecto a la herramienta diagnóstica establecida a nivel nacional e internacional en salud mental (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV), es más, la avala diciendo que solo se reconocen los diagnósticos establecidos por este medio (ver pto.9 del presente texto referido a CoNISMA).

En este sentido a la par que antes mencionábamos los debates en torno a la situación de patologización de la infancia, muchos de estos papers apuntan a establecer una crítica de los criterios diagnósticos del DSM IV, mostrando la incidencia que ha tenido la neurociencia y de industria farmacológica en la constitución y el aumento de los mismos, situación que se hizo aún más visible con la polémica de la versión 5 del manual que no pudo establecerse como tal, donde se denunció la creación de nuevas enfermedades para el negocio de las farmacéuticas, el estudio realizado por la psicóloga estadounidense Lisa Cosgrove reveló que de los 170 miembros del grupo de trabajo del DSM, es decir los que hacen el manual de psiquiatría de referencia mundial, (el 56%) , es decir 95 miembros, tenían una o más relaciones financieras con las empresas de la industria farmacéutica.”⁵

En la medida en que investigamos y estudiamos los criterios diagnósticos delineados en el DSM, de manera alarmante podemos ver que estos discursos se acercan al máximo del absurdo, ejemplo de esto son algunos de los diagnósticos propuesto por el DSM 5 (2013) donde se llega a la propuesta de 324 diagnósticos, incorporando por ejemplo: el Trastorno por atracón (comer en exceso más de 12 veces en tres meses), o el Trastorno de acaparamiento (dificultad persistente de desprenderse de objetos, independientemente de su valor), facilitado el aumento de patologización de actos o situaciones cotidianas como la rebeldía adolescente, el duelo, el comer, etc.. Pero no podemos olvidar que al mismo tiempo estos son discursos de verdad que poseen en sí mismos un poder letal, gracias a que los mismos son producidos y practicados por personas autorizadas dentro del ámbito científico. Por lo que parafaseando a Foucault podríamos concluir: “(...) *los discursos de verdad que hacen reír y tienen el poder institucional de matar son, después de todo en una sociedad como la nuestra, discursos que merecen un poco de atención*”. (Foucault 2000/20)

Nos interesa marcar entonces, la complejidad del proceso de medicalización situado en la etapa actual, en tanto que el mismo se despliega en innumerables dispositivos y recodifica para su uso elementos de intervención que fueron pensados para ponerle freno, siendo uno de los elementos más preocupantes los elementos culturales que hacen a la perspectiva de cómo pensar al otro y a nosotros mismos.

Bibliografía

CoNISMA, http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-comunidad/pdf/20-15-01-27_acta-conis-ma.pdf

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore. The John Hopkins University Press.

Consejo Provincial del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Santa Fe. Pronunciamiento contra el DSM. 18/07/2013

DSM Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- CDRom.

Foucault M. (2000) *Los Anormales*, Fondo de Cultura Económica, Argentina.

Iriart, C. (2014): Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención. XI Jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población. http://xijornadasdesaludypoblacion.sociales.uba.ar/files/2014/11/Iriart_Celia.pdf

Ley 13.328 “Diagnóstico Precoz, Tratamiento, Integración, Inclusión y Protección integral de Personas con Trastorno de Espectro Autista (TEA) y/o Trastorno Generalizado del Desarrollo TGD)”, sancionada el 30 de noviembre 2012.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

Ley de Protección Integral de los Derechos de la niñas, niños y adolescentes N° 26.061

Rose, N. (2012): *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*.

UNIFE. Buenos Aires.

Stolkiner, A. (2009): “Niños y adolescentes e instituciones de Salud Mental”. En Calveyra, S. & De Gemmis, V. (compiladores) *Del Invento a la Herramienta*, segunda edición. Buenos Aires. Polemos.

S Stolkiner, A. (2012): Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta” en *Propuesta Educativa Número 37* – Año 21 – Jun. 2012 – Vol 1 – Págs 28 a 38. FLACSO, educación.