

La patologización y medicalización de la infancia:

Lic. Beatriz Janin

En el marco de la XIII Jornada de ASMI "Malestar de la infancia.

¿Aumento de la Psicopatología en el siglo XXI?"

Abordaré en este trabajo un tipo específico de violencia que se ejerce contra niños y adolescentes: la patologización de la infancia y la adolescencia, que deriva en tratamientos en los que se medica para tapar trastornos y para no preguntarse acerca del funcionamiento de los adultos y de la sociedad en su conjunto. Son movimientos de deshumanización, de descualificación, de no-reconocimiento.

Niños tristes a los que se da antidepresivos, niños rebeldes a los que se medica con antipsicóticos; niños angustiados a los que se da psicoestimulantes, niños a los que no se les pregunta, no se los escucha, no se les ubica en un contexto. Se busca el camino más rápido, catalogando al niño como "cuadro psicopatológico", perdiendo toda idea de subjetividad.

Es curioso que en un momento en que se sostiene la complejidad de todos los fenómenos, en que se cuestionan las certidumbres, en que se desarrolla la investigación en neurociencias planteando la plasticidad neurológica durante los primeros años de vida, se reduzca la psicopatología infantil a "cuadros" fijos y se tienda a considerar toda manifestación como producto de un problema neurológico.

A la vez, se utilizan manuales como el DSM o el CIE como catálogos para diagnosticar, lo que lleva a que un niño sea designado por los síntomas que presenta perdiendo así su identidad. Así, si un niño se mueve es ADHD, si tiene tics es Trastorno por Gilles de la Tourette, si está triste tiene un Trastorno Bipolar. Y cada uno tiene la medicación correspondiente.

El alto porcentaje de niños medicados y la difusión de la medicación como aquello que puede resolver mágicamente problemas psíquicos, es algo que nos tiene que hacer reflexionar.

En abril del 2006, en la Revista New England Journal, el Dr. Nissen, cardiólogo, plantea que, en EEUU, el 10% de la población de niños de 10 años está medicada y

alerta sobre los riesgos cardíacos de todas las drogas que se utilizan para el Trastorno por déficit de atención, por el aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial que producen. Se han descrito casos de infarto de miocardio y stroke en niños y adultos que toman estos estimulantes.

¿Qué implica medicar a un niño por molestar en clase, no copiar lo que se escribe en el pizarrón o estar distraído? ¿Qué le transmitimos cuando le planteamos 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 pastillas para poder bailar durante 10 horas seguidas”. Idea de un cuerpo-máquina que debe recurrir a un estimulante externo para mantener un funcionamiento “adecuado” a lo socialmente esperable. Se resuelve un problema a través de la ingesta de algo, sin cuestionamientos.

Esto ocurre en un momento en que se suele utilizar, como novedoso, el viejo esquema: lesión orgánica, cuadro psicopatológico, tratamiento con medicamentos. En caso de realizar una psicoterapia, esta será adaptativa.

Se refleja así la idea del ser humano como una mónada cerrada que se liga a otras mónadas cerradas, idea opuesta a una concepción del sujeto como constituido en una historia, con vínculos con otros y desplegándose en un entorno familiar y social. Pensamos que 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 las lógicas predominantes así como los mecanismos de defensa de ese sujeto en ese momento de su vida se combinan dando lugar a un resultado particular.

Hay dos supuestos:

El niño fue así desde siempre (Esta idea supone el borramiento de la historia y de las determinaciones intersubjetivas, tanto sociales como familiares)

Será así siempre (Esta idea implica el borramiento del niño como sujeto en transformación y con un futuro abierto)

Si tomamos el tema del llamado Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (el muy conocido TDAH), las dos posiciones en relación a la desatención y la hiperactividad pueden resumirse en:

1) Desatención, impulsividad e hiperactividad son tres aspectos que señalan la existencia de una patología determinada de etiología orgánica en la que el ambiente es sólo el facilitador, pero no el promotor. El tratamiento es farmacológico y de aprendizaje de conductas, tanto por parte del niño como de sus padres.

2) Desatención, impulsividad e hiperactividad son conductas que pueden ser entendidas como signos, señales de conflictivas que muchas veces exceden al niño mismo. La etiología de estos signos o síntomas es compleja y no puede reducirse a un solo elemento y la prevalencia actual de estas conductas se debe a cuestiones socio-culturales, educativas, etc. El tratamiento variará según cuáles sean las determinaciones en juego, que generalmente abarcan el funcionamiento psíquico del niño y al entorno familiar y escolar.

Es diferente describir y objetivar síntomas “cuantificables”, que delimitarán un “cuadro”, a darnos tiempo e investigar para comprender algo de lo que le ocurre a ese niño. Es decir, podremos cerrar la situación dando un diagnóstico rápido o abrir preguntas. Es diferente afirmar: “si se mueve mucho y no atiende en clase, es ADHD” a preguntarse por qué ese niño, en esas condiciones y con esa historia, se mueve mucho y no atiende en clase.

Es desde estas dos lógicas diferentes que serán diferentes también los tipos de diagnóstico a que se arriba: por un lado, un diagnóstico de conflictivas intra e intersubjetivas y por el otro, un diagnóstico sintomático.

En relación a las otras manifestaciones que aparecen en los niños desatentos, (las llamadas “co-morbilidades”) mientras que en la posición biologicista se considera que cada síntoma es, de acuerdo al modelo médico, un proceso “mórbido”, con una etiopatogenia diferenciada y por tanto independiente y entonces lo que se daría sería una sumatoria de síntomas (por eso se habla de co-morbilidad), con su consecuente sumatoria de mecanismos biológicos subyacentes, si pensamos desde la complejidad de las determinaciones se entiende que existe una producción compleja de todos los fenómenos que suelen estar ligados entre sí.

Así, en un caso se considera que si un niño es hiperactivo y desatento, pero además está triste, es porque en él, el ADHD está asociado al trastorno bipolar, si tiene tics, al Trastorno de Gilles de la Tourette, si desafía, al Trastorno Opositor Desafiante, o sea, se suman patologías. Con el otro criterio se supone que es un sujeto

con deseos, identificaciones y prohibiciones internas, ligado a otros sujetos, que manifiesta sus conflictos y angustias de diferentes modos y que no es una sumatoria de trastornos sino que la tristeza, o los tics, así como el movimiento desordenado o la desatención, son efecto de conflictos.

La diferencia entre pensar una dificultad infantil como algo del orden de lo analizable o pensarla como algo del orden de lo que hay que acallar rápidamente, es total y absoluta.

El tema es si ese niño es escuchado en su sufrimiento, si se le da un lugar para que pueda ir modificando, con tiempo y trabajo, el modo en que viene resolviendo sus conflictos, para ir encontrando nuevas formas que impliquen un menor sufrimiento.

Así, consultan por una niña de 11 años que llora todo el día. Alguien diagnostica: depresión. Hay que hacer algo, rápido. Surge la idea de la medicación. Pero los padres piensan que está teniendo problemas y que no puede resolverlos sola. Piden la consulta. La niña habla, mucho. Y habla de sus dificultades para ubicarse en un cuerpo que está cambiando y con miradas diferentes. Y de la angustia por sentir que se puede quedar sin su mamá si crece... Y del “me quiero morir”, puede pasar a decir: “cuando sea grande todo va a ser más fácil”.

Si se la hubiese medicado, si se hubiese pensado que era una “depresión” en lugar de pensarla como alguien que lidia con las dificultades del crecimiento, lo único que se hubiera hecho hubiera sido obturar la tristeza, pero sin resolver sus causas, por lo que finalmente lo único que se hubiese logrado hubiese sido que ese afecto, efecto de pensamientos, de vivencias, de deseos, se hubiese acallado. ¿Hubiese podido elaborar la el duelo por los padres infantiles que implica la entrada a la adolescencia? ¿Hubiese logrado armar proyectos para cuando “fuera grande”? ¿O quizás se hubiese callado y somatizado el dolor, encontrando otros caminos de expresión, menos evidentes y también menos simbolizados?

Considero que todo niño se desarrolla en un contexto y que el psiquismo es una estructura abierta al mundo. Y el mundo es para un niño, en gran medida, los otros que lo rodean, marcados a su vez por una sociedad y una cultura.

Como afirma Castoriadis, madre y padre no son solamente madre y padre. Son “claramente la sociedad en persona y la historia en persona inclinados sobre la cuna del recién nacido; siquiera porque hablan”... “En y por medio de la lengua se expresan, se

dicen, se realizan, se transfieren las significaciones de la sociedad. Padre y madre transmiten lo que viven, transmiten lo que son, proveen al niño de polos identificatorios simplemente siendo lo que son.” (Castoriadis, 1997, pág 165).

Los adultos esperan ciertas respuestas de un niño (de acuerdo a la época y al grupo social) y lo incluyen en el grupo cuando lo que esperan se cumple.

Estamos en una sociedad en la que los valores predominantes suelen ser el individualismo, el dinero y la imagen. Valores que dejan a niños y adolescentes desprotegidos.

Una cuestión que me interesa remarcar es que estamos en un tiempo en que prevalece la exclusión. Así, mientras un alto porcentaje de la población “está afuera”, todos vivimos con la presión de “caernos del mapa”. Esto nos lleva a situaciones de mucha angustia, de aceleración desmedida, de depresión frente a todo lo que se vive como fracaso.

El placer del aprendizaje queda jaqueado y la escuela pasa a ser un lugar en el que lo importante es “pertenecer”, de acuerdo a grupos sociales...

La infancia ha dejado de ser el tiempo de cuentos y juegos para convertirse en una preparación para el “éxito” en una especie de jungla.

Si un niño queda “afuera”, queda afuera del mundo. Es tempranamente expulsado de la red productiva. Y esto desespera a los padres.

Esto en una época y en un mundo muy particular: se terminaron los modos en que Occidente resolvía el tema del exceso de población (a través de la conquista de territorios que supuestamente no eran de nadie). Ni la emigración de los europeos a África o a América resuelve hoy la situación de los “excedentes humanos” de los países centrales ni los africanos ni los americanos tenemos lugar en Europa. Me parece que esto, muy bien descrito por Zygmunt Bauman, explica en parte el terror a la exclusión, terror que transmitimos a nuestros niños sin tener conciencia de esa transmisión.

Siguiendo esta línea, Silvia Bleichmar afirma: “De esta manera estamos frente a situaciones en las que el temor de los padres a que los hijos queden fuera de la cadena productiva los lleva a perder de vista toda posibilidad de construcción de un sujeto, para centrarse en cambio en la administración de conocimientos, como si uno construyera una computadora. La escuela tiene que romper ese molde. Tiene que ayudar a producir subjetividades que no solamente sirvan para la aplicación del

conocimiento, sino para la creación de conocimientos y de conocimientos con sentido, no solamente con el único sentido de ganarse la vida” (Bleichmar, S, 2008, pág. 51).

Hay que demostrar, desde muy pequeño, que uno va a quedar incluido. De ahí la presión sobre los niños para que evidencien, desde el jardín de infantes, que pueden cumplir con lo esperado, que alcanzan o superan la media. El terror es a quedar marginados (a caer del mundo). Se supone que de ahí no se vuelve. Y esto trae muchas consecuencias.

El mensaje que se les da a los niños en relación al futuro es complicado: en lugar del “cuando seas grande vas a poder”, lo que se les transmite es: “ya vas a ver cuando seas grande” (en tono de amenaza). Esto lleva a suponer que se tiene que tener todo en la infancia, que no hay un tiempo mejor. Y la posesión de objetos está totalmente idealizada. A la vez, los padres suelen sustituir el vínculo humano por objetos y por pantallas.

Por otro lado, solemos ubicar a los niños como omnipotentes, sin ayudarlos a construir la potencia posible y a la vez los sometemos a una excitación excesiva sin sostén y sin posibilidades de metabolizar a través del juego lo que les pasa. Hay, de hecho, pocos espacios de juego no reglado, lo que los deja doblemente desvalidos.

Esto determina, a mi entender, cierto tipo de funcionamientos que aparecen como patológicos y que no pueden pensarse sin tener en cuenta las condiciones familiares y sociales que los producen.

El problema es que, frente a esto, en lugar de preguntas aparecen diagnósticos invalidantes. Se estigmatiza al niño, no se lo visualiza desde sus posibilidades sino desde los déficits, no hay tiempo para que se desarrollen sus potencialidades, la presión es la de la “exclusión” para niños, padres y maestros.

Esto en un mundo en el que los adultos también nos sentimos muy presionados, exigidos en exceso. Así, padres y docentes suelen suponerse fracasados si los hijos o los alumnos no cumplen con aquello que la sociedad demanda. Se podría decir que el narcisismo de los padres y los maestros se sostiene, en épocas de crisis en las que sentirse bien por logros propios suele estar puesto en jaque, en el éxito de los hijos o alumnos. Y esto lleva a que el fracaso escolar de un niño sea vivido como un terremoto que no deja nada en pie, en tanto es un golpe también para padres y maestros.

Y todo en el vértigo de resolver las cosas sin pensar demasiado, repitiendo la tendencia a la acción y el funcionamiento impulsivo que nos asombra después en los niños. O resolviendo con estudios en los que no se tiene en cuenta la palabra del niño. Y tener en cuenta la palabra del niño implica escucharlo en los diferentes lenguajes en los que un niño dice, conociendo sus modos peculiares de contar y de transmitir sus angustias.

Si los adultos están desbordados y sobre-exigidos, no pueden sostener ni contener a otros, se torna más difícil para un niño la representación de la propia existencia. Esto lleva a sensaciones de vacío, tanto en relación a los sentimientos como a la capacidad de pensar.

Los niños intentan llenar el vacío con cosas (en una sociedad en la que el "tener" ciertos objetos ha pasado a ser fundamental y en que la competencia se ha desplazado de las habilidades a las posesiones), o con desbordes motrices (hiperactividad, gritos).

La niñez 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 y prohibiciones internas y los modelos se van constituyendo en esta etapa. Pero esa estructuración se da en relación a otros, que son los que libidinizan, otorgan modelos identificatorios, transmiten normas e ideales. Y son los 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 mismos que nos fue legada durante los primeros años.

Esto hace entonces mucho más necesario plantearse la responsabilidad que tenemos todos los que trabajamos con niños. Responsabilidad que se acrecienta cuando somos los que diagnosticamos....porque ¿cómo constituir el narcisismo si nos han puesto un sello invalidante?, ¿cómo sentirse valioso si de entrada se es rotulado, clasificado y ubicado como portador de un síndrome? ¿Cómo investir libidinalmente el mundo y a sí mismo desde ese lugar de "menos"? ¿Cómo podrán los padres mirar a ese niño si lo que les devuelven es que es un "Déficit de..." o un "Trastorno generalizado" o algún otro "trastorno"? En lugar de la esperanza, en lugar de ser alguien que va desplegando potencialidades, se es deficitario de entrada.

Si los otros que lo libidinizan, le dan modelos de identificación, le transmiten normas e ideales, lo consideran portador de un déficit, esto marcará el vínculo, el modo en que ese niño será mirado, las palabras y silencios que le son dirigidos

Cuando a un niño se le da un diagnóstico en los primeros años de su vida, diagnóstico que se supone inmodificable, esto suma, al temor generalizado al futuro, la certeza que ese niño, por esa patología, no va a poder afrontar los riesgos y las exigencias de ese futuro tan difícil. Y esto termina siendo premonitorio. Como una profecía autocumplida, un niño al que se le vaticinó el fracaso, es muy posible que fracase.

En lugar de caminos abiertos, se marcan pocas salidas como posibles, desde el vamos. Y así, hay quienes dicen que un niño con ADHD que no fue medicado corre el riesgo de ser un delincuente o un drogadicto (desconociendo las determinaciones sociales de la delincuencia y la drogadicción), promoviendo estos desenlaces.

Y esto no supone no reconocer que hay niños que presentan, tempranamente, problemas, algunas veces severos. El tema es que es muy diferente plantear que un niño tiene tales posibilidades y que, además, tiene tales conflictos, que pueden ir superándose, a sostener que fue y será siempre así.

Un tema que debemos pensar es el de los cuestionarios que se utilizan para realizar esos diagnósticos: Se trata a padres y maestros como observadores no implicados, están cargados de términos vagos e imprecisos (“inquieto”, “feliz”, etc.) y se basan en lo observable, sin tener en cuenta la producción del niño en las entrevistas

Quiero aclarar que diagnosticar no es poner carteles sino delimitar cuáles son las determinaciones, qué conflictos están en juego, cómo pesa lo intersubjetivo (qué incidencia tiene el funcionamiento psíquico de aquellos que lo rodean) y qué defensas se han estructurado ya en ese niño. Qué es lo que el entorno repite y qué repite el niño mismo. Y para eso hay que preguntar y preguntarse y estar dispuesto a encontrarse con respuestas que, muchas veces, ponen en juego nuestros saberes.

Para diagnosticar, entonces, debemos escuchar a los padres y a los maestros (que hablarán del niño y de ellos mismos), pero también al niño. Y escuchar a un niño es crear un espacio en el que el niño pueda decir con palabras, con dibujos o juegos. Escuchar a un niño implica estar atento a sus miradas, a sus gestos, a sus movimientos,

teniendo conciencia que no sabemos lo que le pasa, sino que deberemos ir descubriéndolo con él.

Cuando se supone que alguien “es” ese diagnóstico, lo dejamos sin posibilidad de cambio y todo el trabajo que hagamos con él va a estar signado por esa idea de no-modificación, de destino ineludible. Es diferente tratar a un niño suponiendo que se trabaja con un sujeto, con alguien que puede desplegar posibilidades o que puede construirlas, a suponer que hay que adiestrarlo porque es alguien que nunca va a poder poner en juego sus deseos y pensamientos.

Padres desbordados, que se presentan diciendo “no doy más”, no sé qué hacer, y niños que sufren en un mundo en el que hay poco espacio para desplegar el sufrimiento y que se mueven sin rumbo, gritan, exigen, y a la vez se sienten mal por necesitar al otro. Suelen borrarse las diferencias niño-adulto, lo que deja a los niños absolutamente desprotegidos.

Niños que fluctúan entre la idea de que pueden decidir todo en su casa y que a la vez tienen miedo de estar a oscuras.

Y esto en un mundo en el que prima la urgencia.

Así, impera el aquí y ahora, como si solo existiera el presente.

Hay una gran presión para que todos los logros se cumplan en un tiempo pautado socialmente y esa presión se ejerce también hacia los profesionales para que resuelvan todo rápidamente.

Hay entonces varias violencias en juego:

- 1) en primer lugar, los niños sufren los embates del mundo adulto
- 2) ese embate produce en ellos ciertas consecuencias que no pueden tramitar solos
- 3) esto promueve que los adultos intenten acallarlos y que los diagnostiquen y mediquen por eso.

Lo que queda clarísimo en esta secuencia es que la sociedad tiende a no hacerse cargo de lo mismo que produce.

Sin embargo, devolver la idea de crecimiento como potencia, como esperanza, puede 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.

Entonces, medicar a un niño sin preguntarse por las determinaciones y sin operar primero sobre el entorno, sin intentar cambios en el funcionamiento familiar y en la ampliación de los caminos de simbolización en el niño mismo, es un exceso...

Es decir, así como no medicar a un niño que presenta crisis epilépticas sería una violencia, medicar a un niño que se distrae o que está triste sin preguntarse acerca de su historia y de su entorno, también lo es.

Pienso que el sufrimiento de un niño es siempre algo atendible y que todos nosotros debemos aliviarlo, seguramente coordinando esfuerzos, pensando y trabajando en conjunto y sumando en esto a padres, maestros y autoridades.

Quizás la única posibilidad de que los niños se sientan mejor en una sociedad como la actual es que estén sostenidos por redes de adultos.

Posibilitar el futuro, construir subjetividades, es la tarea que tenemos todos los que trabajamos con niños.

Bibliografía:

- American Psychiatric Association, *DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*, Barcelona, Masson, 1995.
- BAUMAN, Zygmunt : *Tiempos líquidos*, Ensayo Tusquets Editores, Barcelona, 2007.
- BENASAYAG, Miguel, SCHMIT Gérard: *Les passions tristes*, La Découverte, Paris, 2006.
- BERARDI, Franco: *Generaciones post-alfa*, Buenos Aires, Tinta Limón, 2007.
- BERARDI, Franco: *La fábrica de la infelicidad*, Madrid, Traficantes de Sueño, 2003.
- BLEICHMAR, Silvia: *Violencia social-violencia escolar*, Buenos Aires, Noveduc, 2008.
- CASTORIADIS, Cornelius: *Ventana al caos*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2008.
- CASTORIADIS, Cornelius: *El avance de la insignificancia*, Eudeba, Buenos Aires, 1997.
- FREUD, S. (1914c) *Introducción al narcisismo*, Buenos Aires, Amorrortu, vol 14, 1979.
- FREUD, S. (1923) *El yo y el ello*, Buenos Aires, Amorrortu, vol 19, 1979
- JANIN, B. et al. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*, Novedades Educativas, Buenos Aires.
- JANIN, Beatriz, "¿Síndrome de ADD?". *Cuestiones de Infancia N° 5.*, Buenos Aires, Fau Edit. (2000) pág.75 a 89
- JANIN, Beatriz: "¿Fracaso escolar por dificultades en la atención o falta de memoria?". En *Ensayos y Experiencias N° 43*, Buenos Aires, Novedades Educativas.(2002) – pág 56-70.

- JANIN, Beatriz: "Las marcas de la violencia. Los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* Nº33/34, Bilbao. (2002) – pág. 149-171,
- JANIN, Beatriz: "El ADHD y los diagnósticos en la Infancia: la complejidad de las determinaciones" en *Cuestiones de Infancia*, Volumen 11, 2007.
- KAËS, René: Transmisión de la vida psíquica entre generaciones. Amorrortu. Buenos Aires, 1996.
- LEWCOWICZ, Ignacio, COREA, Cristina: *Pedagogía del aburrido*, Buenos Aires, Paidós, 2004.
- NISSEN, Steven: "ADHD Drugs and Cardiovascular Risk", en *New England Journal*, Volumen 354, Nº 14, 2006, pp. 1445-1448.
- TOUATI, Bernard: "Hyperactivité: la fin de l'histoire... de sujet", *Le Carnet Psy*, nº 78, 2003, p.22