

MEDICALIZACIÓN Y DEFICIT ATENCIONAL

Construcción social de la subjetividad desatenta

Prof. Tit. Ps. Adriana Cristóforo

I) INTRODUCCION

Las dificultades atencionales manifiestas fundamentalmente en la actividad escolar son un problema que los maestros, psicólogos, pediatras y neuropediatras, vienen describiendo desde 1902, definiéndolo con diversas categorías diagnósticas y proponiendo diferentes estrategias terapéuticas.

A partir de la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (3rd ed.; *DSM-III*; American Psychiatric Association, 1980) las dificultades en relación a la función atencional se describen dentro del Trastorno por Déficit de Atención. Estas dificultades, que hasta entonces se denominaron “reacción hiperquinética de la infancia”, pasaron a llamarse a partir de esta edición Trastorno por Déficit de Atención (TDA), estableciéndose los criterios diagnósticos para el TDA con y sin hiperactividad (TDA-TDHA).

El DSM, por sus características de manual diagnóstico, instala un discurso sobre la salud mental -y en consonancia con esto sobre lo que es considerado enfermedad- que se institucionalizaⁱ y adquiere el valor de verdad científica.

Como parte de este discurso existe una tendencia a explicar el origen de los problemas de atención y la hiperactividad por un déficit de dopaminaⁱⁱ, por lo que la gran mayoría de las veces el tratamiento indicado es la prescripción de Metilfenidatoⁱⁱⁱ (Ritalina® en su nombre comercial más usado en la región).

Dicha tendencia puede ser entendida como una construcción social, surgida en un momento socio-histórico en donde el desarrollo de la biología (y las neurociencias) habilita una forma prevalente de entender los fenómenos humanos fuera de sus componentes subjetivos y socio-culturales. La medicina, como el representante social del conocimiento de la biología humana, adquiere entonces un lugar preponderante.

En este sentido la inclusión de la inatención como trastorno en el DSM, y la generalización de la indicación del Metilfenidato, puede ser pensada como causa y efecto de la *medicalización de la sociedad*.

La medicalización es definida por Ilich (Ilich, 1975, citado en Barros, 2008, p.580) como “la invasión de la medicina y su aparato tecnológico a un número creciente de personas y condiciones” que se constituyen en blanco de cuidados y prácticas médicas, independientemente de la presencia de señales o síntomas de carácter mórbido o patológico.

Entendemos el proceso de medicalización de la sociedad como una construcción social ya que la misma es una forma de entender al mundo, que surge de prácticas sociales y de las interacciones entre las personas.

En este marco el presente trabajo propone pensar la patologización de las dificultades en la atención (TDA-TDHA) como una *formación discursiva*^{iv} en el contexto de la medicalización de la sociedad.

El discurso social sobre el TDA-TDHA construye el cuadro (Trastorno) como una realidad, que inhibe pensar los procesos subjetivos del niño que presenta dificultades en la atención.

Se propone pensar el proceso de medicalización de la sociedad en el marco de nociones que aporta el construccionismo social, en el entendido que esta teoría nos permite concebir el fenómeno como algo que surge de un discurso social, y de las interacciones cotidianas. Asimismo concibe el lenguaje como acción, denotando de esta forma el rol performativo del lenguaje.

El conocimiento sobre la realidad es histórica y culturalmente producido, no hay una sola verdad como esencia, sino aquella que se construye en cada momento histórico y en cada sociedad (Burr, 1995).

Berger y Luckman (1968) describen tres procesos que crean y sostienen los fenómenos sociales: externalización, objetivación e internalización, los que se intentaran articular en torno a la idea de la medicalización de la sociedad y al TDA-TDHA.

II LA MEDICALIZACION DE LA SOCIEDAD

El término medicalización puede referir por lo menos a dos fenómenos, por una parte al que Ilich (1975) y Foucault (1977) describieron como la apropiación por parte de la medicina de todo aquello que no es de orden médico, es decir, la posibilidad de transformar en médico asuntos que son de orden social, económico o político, y que pertenecen a campos no médicos, como la educación, la ley y la religión (Marquez & Meneu, 2003; Rodriguez, 2008, Bianchi, 2010). Por otra, frecuentemente se denomina de esta forma al aumento en el uso de los medicamentos (sobre todo en niños) como consecuencia del fenómeno antes

descripto. Sin embargo en este último caso parece más apropiado hablar de farmacologización o medicamentación.

Si bien la medicina ha tenido siempre un peso importante en la vida de las personas y en la sociedad, en tanto ha ejercido un rol normalizador (a través de la división sano-enfermo) la medicalización no refiere solamente a ese poder de la medicina y los médicos sino a un proceso social cuyo comienzo puede ubicarse luego de la Segunda Guerra Mundial. En ese momento surge un modelo basado en la *cultura de la salud* (Márquez & Meneu, 2003; Mainetti, 2006) en el que la medicina ya no solo se ocupará de la enfermedad y de su cura sino que, procesos normales pasan a ser también preocupación médica.

De esta forma se trata del mismo modo la enfermedad que la salud, por cuanto una y otra requieren de medicamentos y han de ser tratadas una para curarla, la otra para mantenerla (proliferación de vitaminas en el mercado, o de compuestos para prevenir cualquier potencial enfermedad). Se transforma así en una verdad la idea que las personas necesitan atenderse por el solo hecho de nacer, o de ingresar a la menopausia, o a la vejez. Esta medicalización de los procesos del desarrollo normal produce consecuentemente la aparición de *necesidades preventivas socio-construidas*

En este contexto se torna más tenue aun la línea que divide salud de enfermedad y se patologizan conductas o procesos del desarrollo hasta ahora normales (la menopausia, el embarazo, entre otros), o características psicológicas como la timidez que pasan a *etiquetarse* como problema de ansiedad social (Barros, 2008).

Lo que el discurso médico dictamina como necesario para mantenerse sano (externalización), se vuelve una *realidad de la vida*, y normatiza el comportamiento de las personas (objetivación e internalización). Marquez y Meneu (2003) explican este procedimiento de la siguiente forma:

La definición de un proceso como enfermedad puede hacerse desde una instancia exterior (la mirada externa del profesional), o desde una interna (la autopercepción). Pero el descrédito de la primera como legitimación de la enfermedad no se traduce en una desmedicalización, ya que la otra perspectiva interioriza los valores y discursos de la primera, conformando una peculiar mirada médica aplicada por legos. (p.48)

Este discurso, como hemos mencionado se introduce en todos los órdenes de la vida - a modo de ejemplo paradigmático de este fenómeno: en una propaganda de un jabón antiséptico, un niño relata a su madre “que fue el doctor a la escuela y le enseñó cómo se deben lavar las manos, en este caso además utilizando ese particular jabón”. La

internalización de los discursos naturaliza los fenómenos y disminuye la conciencia de cómo estos fueron producidos en la sociedad. En el ejemplo parece natural que sea el médico, *responsable de la salud de la población*, y no los padres, o la maestra, los que enseñan a lavarse las manos.

III MEDICALIZACIÓN Y TDA-TDHA

La función atencional es una función compleja, entre otras cosas porque está muy ligada a la percepción y la memoria. Dicha complejidad hace que no podamos hablar de la atención como un constructo unitario, describiéndose variadas formas de atención (selectiva o focalizada, sostenida, distribuida, etc.) y por tanto variadas formas de atender y de no atender. En este sentido sería importante tener en cuenta cuando se habla de *desatención* (DSM), a qué tipo de atención se vincula el prefijo *des*^v y por tanto a qué tipo de atención refiere el *trastorno* (TDA-TDHA).

La inclusión de la desatención como trastorno en el DSM supone implícitamente su consideración como una enfermedad (*disorder*). Una de las consecuencias de la medicalización es “la invención de enfermedades” (Rodríguez Díaz, 2008, p.72) es decir, el mecanismo por el cual se convierten determinadas conductas o reacciones en enfermedades.

Desde las nociones del construccionismo social, cuando una idea o concepto se externaliza e ingresa en lo social, esto es, toma cuerpo entre los sujetos, se objetiviza, pasando a tratarse como un objeto verdadero. Transformado en objeto, se internaliza por las personas y ya no hay posibilidad de pensar en su origen, en su proceso de creación, como efecto de producción de las interacciones sociales.

En el caso TDA-TDHA, al estar incorporado en el DSM, empieza a tener existencia de trastorno, como un objeto real, naturalizado. Se olvida el origen de la categoría TDA-TDHA, que fue el de sistematizar, agrupando bajo esa denominación, un conjunto de signos y síntomas observados en los niños, recolectados y tratados estadísticamente. La clasificación en sí misma supone un tratamiento de la desatención como esencia, dándole existencia de verdad científica al fenómeno, quedando ocultos los procesos subjetivos en los que se inscribe. Una vez inventada la enfermedad e instalada (internalizada) en la conciencia de las personas, se crea el camino hacia el tratamiento de la misma por la medicina y los médicos.

La dependencia de la palabra del médico limita las posibilidades de las personas de poner en juego sus propios recursos (Rodríguez Díaz, 2008) y tener una actitud crítica respecto al mismo. El TDA-TDHA pasa a tener una existencia objetiva que limita la

capacidad de los padres para acompañar y esperar el desarrollo de sus hijos con cierta independencia de las exigencias externas de rendimiento y buen comportamiento que generalmente llegan de la escuela; institución a la que también alcanza la medicalización. Cada vez más se consulta a edades más tempranas por problemas en la atención.

El lugar de los padres como autoridad frente al hijo, y su responsabilidad respecto a la crianza, dejan paso a la autoridad del médico dándole lugar a decidir sobre su hijo (e.g. medicándolo).

El TDA-TDHA como formación discursiva no está solo construido desde la medicina, sino que surge de los discursos de la escuela, de las familias y de los demás profesionales de la salud (Bianchi, 2010), quedando el niño atrapado en la misma (produciendo identidad) al internalizarla como un existente. La formación discursiva no crea la enfermedad sino que es constituyente de la misma, es lo que hace posible su existencia.

En la medida que la medicalización produce conductas normativas (sobre que se debe hacer y que no se debe hacer) y que rige no solo en el ámbito de la salud, tiene efectos sobre la relación cotidiana entre las personas (Rodríguez Díaz, 2008).

La inquietud y los problemas para mantener la atención son características propias de los niños a determinada edad, que por presentarse en una sociedad medicalizada, donde se naturaliza la relación síntoma-enfermedad, se automatiza el camino, sin analizar el valor de esas conductas y casi dando como un hecho de verdad la existencia de patología. Muchos de esos niños podrían ser capaces de mantenerse quietos y atentos a una actividad que les despierta su interés (Barros, 2008) y sobre todo si la mirada del adulto (maestros, padres, médicos) no se realiza desde la medicalización.

En esta línea muchas veces el comportamiento del niño se interpreta desde un sistema formal de categorías, aquel que se construye en una sociedad medicalizada (el DSM es un ejemplo paradigmático en este sentido), y produciendo al *niño desatento*.

IV DESNATURALIZAR LA MEDICALIZACIÓN: PONER EL ACENTO EN LA MIRADA-PALABRA QUE SUBJETIVA.

Uno de los aspectos que hace de la atención una función compleja, como ya se dijo, es que la misma depende de la percepción, fundamentalmente la auditiva y la visual.

Ambas adquieren especial relevancia en el discurso de los niños respecto a que es y que no es atender, puesto que lo asocian fundamentalmente al mirar o ser mirados y/o al escuchar o ser escuchados^{vi}.

Este hecho reafirma el rol que cumple el otro significativo en la regulación de los estímulos a través de la dirección de la mirada y de la palabra.

La mirada del adulto significa el mundo para el niño y lo significa a él mismo dándole un lugar de interés para el adulto, un interés que despierta la atención.

Añádase a esto que entre los múltiples significados del vocablo atender está el que refiere a “mirar por alguien o algo, o **cuidar** de él o de ello”^{vii} (el subrayado es nuestro).

Berger (1999), a punto de partida de su investigación, plantea que una de las hipótesis teóricas en relación a los niños con desatención e hiperactividad, refiere a una falla en la relación con el objeto primario. En este sentido uno de los aspectos que el autor destaca refiere a lo que él llama *holding defectuoso*, en tanto aparece una dificultad en la madre para sostener al hijo en los brazos, con la mirada o la voz.

De acuerdo a Winnicot (1958) un *holding*^{viii} adecuado permite al niño pasar del estado de no integración a un estado de integración entre sus pensamientos, sus movimientos pulsionales y su cuerpo.

Sin embargo lo que Berger (1999) ha encontrado en estos niños es una mirada de la madre con una función de control, más que de sostén.

De esta forma el hijo es tomado como un objeto extraño, a la vez que indiscriminado con ella, por lo que interfiere en los procesos de constitución subjetiva. En ese intento de control las madres de los niños hiperactivos se adelantan a los movimientos de su hijo, no soportando la espera, no pudiendo respetar los ritmos del otro.

Al respecto otros autores (Ravera & Mila, 2003, Guerra.2009) a partir de la noción de Bruner (1986) de *atención conjunta* plantean que alrededor de los cuatro meses si la mirada de la madre sigue constantemente los movimientos de atención del bebé, este sigue la dirección de la mirada de la madre. Si la madre coloca entre ella y su hijo objetos que despierten el interés como objetos de atención conjunta, el niño dirigirá su mirada hacia ese objeto. Guerra (2009) denomina a estos objetos, *objetos tutores*, diferenciándolos del objeto transicional desarrollado por Winnicot (1986). El autor refiere que el objeto tutor es un objeto de intercambio entre la madre y el bebé, siendo además una forma de acceso a la narratividad^{ix}, ya que la madre se lo presenta rodeado de pequeñas historias. Dichas historias corresponderían a lo que Bruner (1986) denominó *vocativos atencionales* que orientan a través de la voz el interés por algún objeto o persona.

Desde otra perspectiva teórica Vigostsky (1988) da cuenta también de estas particularidades en el desarrollo de la función atencional. En su noción de la atención primero como una función social (en la medida que interviene la madre) que luego se internaliza, juega un papel fundamental el lenguaje. Esto es, la palabra escuchada organizando los estímulos y jerarquizándolos. Este proceso para el autor posibilita que el niño en el entorno de los 5-6 años pase de una atención espontánea a una atención voluntaria.

La atención espontánea se rige exclusivamente por el interés; en cambio en la atención voluntaria (si bien el interés es un factor importante para lograrla y mantenerla), requiere además, de un proceso interno que permite dirigir la atención a..., y dejar en suspenso por unos instantes tanto las demandas internas como las externas (Fernández, 2008).

Sin embargo a lo largo de la vida infantil y más allá de los 6 años sigue siendo muy importante la mirada del adulto catectizando la realidad, de tal manera de significar así ciertos aspectos de la misma. Mirar y hablarle al niño habilitándolo, cuando se requiere de él su atención (e.g. en el aula, en relación al aprendizaje) supone al mismo tiempo atenderlo (en este caso en su significación de cuidado).

Es esa mirada-palabra subjetivante la que, en los niños con problemas para atender, parece estar carente, o adquirir cualidades de invasiva y desubjetivante.

Fernando es un niño de 9 años por el que consultan “debido a que en clase nunca puede atender a la maestra, no se queda quieto”.

En la primera entrevista al hacerlos pasar entran Fernando y su madre. Al preguntar por el motivo de consulta la mamá (María) contesta: “puedo llamar a mi madre que está afuera, porque fue ella la que llamó”. Al pasar la abuela al consultorio llama la atención la posición en la que se sientan y la escena que se arma. Fernando queda sentado en el medio, entre ambas mujeres, siendo lo más llamativo de la escena el dialogo entre la madre y la abuela, mirándose una a la otra, por encima de la cabeza de Fernando, sin mirarlo en ningún momento a pesar de referirse a él todo el tiempo. Esta situación cambia cuando Fernando se empieza a mover de tal forma que las incomoda en su dialogo. La mamá dice “desde que se paró para caminar ya no paró”.

María es una mamá que solo puede mirar-mirarse como hija en la madre y que no puede atender otra cosa que sus propios conflictos de separación-dependencia que repite en la relación con Fernando: “no le suelto la mano cuando estamos en la calle”, pero que no puede mirarlo-sostenerlo en su inquietud.

Son múltiples las lecturas que se pueden hacer de la situación relatada. Interesa en este momento jerarquizar que no solo la madre y la abuela no miran a Fernando, o solo lo miran

cuando se mueve, sino que además no pueden escucharlo cuando él desde su inquietud pide que lo miren-atendan.

Por su parte Fernando en sus producciones da cuenta todo el tiempo de las particularidades de la escucha y la mirada que siente de sus adultos.

En el reactivo verbal de la técnica Situación Persona Prestando Atención^x (SPPA) Federico cuenta: “Había una vez una paloma que estaba muy asustada porque un tipo borracho la miraba y no le despegaba los ojos de ella,....” (mirada con función de control de acuerdo a Berger,1999)

En otro momento en su historia frente a la lámina 8 del C.A.T. refiriéndose a la mona que en su historia es “la madre del monito” dice: “la miro de lejos y parece que tuviera el ojo abierto, la miro de cerca y parece que lo tuviera cerrado”

La mirada para Fernando es persecutoria, invasiva, o inquietante en la medida que no sabe si lo miran o no lo miran (como la mona).

Si bien esto son solo dos ejemplos, se puede ver que en ninguna de sus producciones surgen verbalizaciones que permitan pensar en un holding apropiado, sino más bien en un holding defectuoso: “el canguro que va en la bolsa tiene la cabeza como torcida, como caída.... se me acabaron la ideas con esa imagen” (historia de Lam. 7 de C.A.T.)

Para concluir, estos ejemplos de la clínica muestran algo de lo que queda oculto si, frente a un niño que no atiende, solo pensamos en el déficit de dopamina como causa. Esto último es producto de la medicalización de la sociedad, que patologiza antes de pensar que un niño a través de su no atender, muestra las fallas que la atención-cuidado ha tenido en su historia.

La medicalización como proceso simplifica los fenómenos humanos y en el caso de TDA TDHA toma la parte por el todo, una función que designa a un niño. Designar a un niño como desatento o hiperactivo, construye su desatención o inquietud y lo fija en ella (“desde que se paró no paro”)

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.). Washington, DC: Autor.
- Barros, J. A. C., (2007). Nuevas tendencias de la medicalización [Versión electrónica]. *Revista Ciencia e saude coletiva*.13 (Sup):579-587, 2008. Recuperado el 25 de Junio, 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63009704.pdf>
- Berger, M. (1999). *El niño hiperactivo y con trastornos de atención. Un enfoque clínico y terapéutico*. 2000, España: Ed. Síntesis.
- Berger, P.L.; Luckman, T. (1968) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu. Decimoséptima reimpresión 2001.
- Bianchi, E., (2010). La perspectiva teórico-metodológica de Foucault. Algunas notas para investigar al "ADHD", [Versión electrónica] *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, V 8, (1), 43-65. Recuperado el 9 de Julio ,2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77315079002>
- Bruner, J. (1986) *El habla del niño*. Buenos Aires: Paidós.
- Burr, V. (1995). *Una introducción al Construccionismo social*. Reino Unido. Traducción de: Gomez Bussi, G.;Tanghe, L. ; Kahan, J. Versión para la Argentina. No publicado
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. En *Educación médica y salud*. Vol. 11, No. 1
- Guerra, V. (2009). Indicadores de intersubjetividad (0-2 años) en el desarrollo de la autonomía del bebé. [Versión electrónica]. En Mara, S. (comp). *Aportes para la elaboración de propuestas de políticas educativas. PRIMERA INFANCIA: La Etapa Educativa de Mayor Relevancia* pp.87-126 Montevideo: MEC-UNESCO. Recuperado el 25 de noviembre, 2011. Disponible en: http://www.oei.es/pdf2/aportes_educacion_primera_infanciauruguay.pdf

- Ilich I. (1975). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira
- Mainetti, J. A., (2006). La medicalización de la vida. *Revista Electroneurobiología*, VI4, (3), pp.71-89, 2006. ISSN: 0328-0446. Recuperado el 29 de junio, 2011. Disponible en: <http://electroneubio.secyt.gov.ar/index2>
- Marquez, M.; Meneu, R., (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasia. Revista de filosofía*. N°8, Recuperado el 29 de Junio, 2011. Disponible en: <http://www.revistadefilosofia.com/4Lamedicalizacion.pdf>
- Monserrat, A. (2006). La hiperactividad con trastorno de atención en el niño: la función materna y su holding defectuoso. *Cuestiones de infancia. Revista de Psicoanálisis con niños*. Usos y abusos del diagnóstico en niños y adolescentes. La ética psicoanalítica frente al DSM IV. 2007. V 11, pp. 117-135. Buenos Aires: UCES
- Ravera, C; Mila, J. (2003). La atención: su construcción como función. Perspectiva desde la clínica psicomotriz de bebés. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 10, 77-85. Recuperado: 25/6/2008. Disponible en: <http://www.iberopsicomot.net/2003/num10/10articulo4.pdf>
- Rodriguez Diaz, S., (2008). El proceso de medicalización y sus consecuencias. Entre la moral, el poder y el negocio. *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*. V 2 (2). 2008.71-85. ISSN 1887 – 3898. Recuperado el 29 de junio, 2011. Disponible en: <http://www.intersticios.es/article/view/2714/2128>.
- Vygotsky, L. (1988) *El Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores*. México: Ed. Grijalbo.
- Winnicot; D. (1958). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. 1992. Barcelona: Paidós.
- (1986). *Realidad y Juego*. Barcelona. Gedisa

NOTAS

ⁱ De acuerdo a Berger y Luckman la institucionalización de los fenómenos sociales supone que: “las instituciones establecen que las acciones de tipo X sean realizadas por actores del tipo X” (1986: 76)

ⁱⁱ Catecolamina que cumple funciones de neurotransmisor en el sistema nervioso central.

ⁱⁱⁱ Estimulante débil del sistema nervioso central (SNC) con efectos más destacados sobre las actividades mentales que sobre las motoras. Su mecanismo de acción en el hombre no se conoce completamente, pero se cree que bloquea la recaptación de noradrenalina y dopamina, e incrementa la liberación de estas monoaminas en el espacio extraneuronal.

^{iv} Tomo para esto la conceptualización que realiza Foucault sobre las formaciones discursivas.

^v De acuerdo al diccionario de la RAE el prefijo *des*, puede significar negación o inversión del significado simple; privación; exceso o demasía. A efectos del presente trabajo tomo solo la segunda de las acepciones, si bien entiendo que la desatención puede ser entendida desde las diferentes acepciones que otorga el prefijo. Los niños desatentos para la maestra en la escuela muchas veces lo son porque atienden en exceso sus propios pensamientos y preocupaciones

^{vi} Este dato surge de los primeros resultados de la investigación “La función atencional en la generación Millenium: interrogando al diagnóstico de ADD- ADHD” Cristóforo, Delgado, Pou, Valazza (2010-2011)

^{vii} Diccionario de la Real Academia Española

^{viii} Señalamos que para Winnicott la función de holding es un factor básico del cuidado materno

^{ix} La narratividad, dice Guerra, “ tiene una función de continuidad, de anticipación y pasaje de un estado , de un lugar a otro”

^x El SPPA es un dispositivo gráfico ideado por la psicopedagoga Alicia Fernández, que busca poner en juego las representaciones del niño ligadas al hecho de prestar y de no prestar atención