

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Medicalización/medicamentación de la infancia. Políticas públicas, actores sociales y nuevos escenarios.

Silvia Faraone, Alejandra Barcala, Flavia Torricelli, Eugenia Bianchi, Isabel Ballesteros, Virginia López Casariego, Constanza Leone y Cecilia Tamburrino.

Cita:

Silvia Faraone, Alejandra Barcala, Flavia Torricelli, Eugenia Bianchi, Isabel Ballesteros, Virginia López Casariego, Constanza Leone y Cecilia Tamburrino (2009). *Medicalización/medicamentación de la infancia. Políticas públicas, actores sociales y nuevos escenarios. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1874>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Medicalización/ medicamentación de la infancia

Políticas públicas, actores sociales y nuevos escenarios.

Silvia Faraone, IIGG. Fac. Ciencias Sociales. UBA. sfaraone@mail.fsoc.uba.ar

Alejandra Barcala, Fac. Psicología. UBA. alebarcala@arnet.com.ar

Flavia Torricelli, Fac. Psicología. UBA. ftorrice@mail.retina.ar

Eugenia Bianchi, IIGG. Fac. Ciencias Sociales. UBA. eugenia.bianchi@yahoo.com.ar

Isabel Ballesteros, Dir. Epidemiología de Avellaneda. icballesteros@yahoo.com.ar

Virginia López Casariego, Comité de Pediatría Social. SAP. vclopez@intramed.net.ar

Constanza Leone, Fac. Ciencias Sociales. UBA. cotyleone@yahoo.com

Cecilia Tamburrino, IIGG. Fac. Ciencias Sociales. UBA. cecilia.tamburrino@gmail.com

Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires, en el marco del convenio IIGG/Sedronar.

Resumen

Los procesos de medicalización de la infancia se han instalado en la cotidianidad de la vida social y colectiva de una manera veloz y con una profundidad hasta el momento poco conocida. Esto implica una radicalización y transformación de la medicalización hacia nuevos procesos de medicamentación con intervención de actores sociales resignificados en nuevos escenarios.

En la ponencia se analizará el avance de los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia a partir de un analizador: el Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H).

Se expondrán resultados de un estudio cualitativo realizado por un equipo interdisciplinario durante el 2008 en cuatro jurisdicciones argentinas (AMBA, Corrientes, Salta y Tierra del Fuego), en los que se analiza las representaciones ligadas a la detección y construcción diagnóstica del TDH/A y su abordaje terapéutico, haciendo énfasis en el consumo de psicofármacos. Para esto nos centramos en los discursos de dos actores sociales relevantes: la medicina (a través del discurso de médicos pediatras, psiquiatras infanto juveniles, neurólogos infantiles) y los laboratorios de uso medicinales.

Palabras claves: Políticas públicas, actores sociales, medicalización / medicamentación, infancia.

Introducción

Los resultados presentados en esta ponencia corresponden a un proceso de investigación interdisciplinario desarrollado durante el año 2008 a través de un convenio entre el Instituto de investigaciones Gino Germani y el Observatorio de Drogas de la Sedronar (Secretaría de Drogas y Narcotráfico).

El recorte aquí presentado corresponde al abordaje del sector salud que estuvo a cargo del Instituto de Investigaciones Gino Germani, dirigido por la Mg. Silvia Faraone y conformado por un equipo interdisciplinario.

La investigación tuvo por objetivo abordar el trastorno del déficit de atención con y sin hiperactividad (TDA/H) como un analizador de los procesos de medicalización / medicamentación de la infancia. Entendemos por analizador una situación o un problema que al ser abordado hace visible una lógica de construcción social que trasciende esa situación o problema, ya que permite abordar las estrategias múltiples que se adecuan a este proceso (Faraone, 2008). Pensar en el TDA/H como analizador nos lleva a considerar un fenómeno histórico más amplio, que actúa como horizonte de posibilidad para el accionar y alcance actual de la medicina.

Entendemos, entonces al TDA/H como analizador para abordar el uso de psicotrópicos en niños a partir de una serie de factores:

1. el importante número de niños y niñas diagnosticados *con* y tratados *por* este “síndrome” en la Argentina (Benasayag et. al., 2007).
2. el incremento de diagnósticos de niños/as cada vez más pequeños, así como la prescripción de medicamentos (Vasen, 2005).
3. la inespecificidad del diagnóstico (Benasayag et. al, 2007; Janin, 2007)
4. el tipo de medicación indicada –psicoestimulantes- y las implicancias éticas al suministrar psicofármacos a niños en crecimiento (Brio, 2007).
5. la dimensión de cronicidad del padecimiento (Michanie, 2000).

La medicalización como proceso histórico es un tema complejo, que viene siendo abordado desde hace varias décadas y en múltiples campos y tradiciones de pensamiento: médico, antropológico y sociológico, entre otras. La medicalización refiere al 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 1996, 2000, 2001; Illich 1975; Conrad 1982).

Entendemos entonces el concepto de “*medicalización*” como el proceso por el cual el campo médico se ocupa y trata problemas no médicos asociados a características intrínsecas de la vida, es decir, a la condición humana misma. Así, problemas de la vida son tratados en términos de problemas médicos como padecimientos, síndromes o enfermedades.

En esta ponencia nos interesa profundizar en una de estas formas: la medicación o el tratamiento farmacológico como respuesta frecuentemente exclusiva a ese proceso medicalizador, de allí el concepto de medicamentación (Iriart, C. 2008) utilizado en este estudio.

El abordaje medicamentoso supone replantearse los riesgos a nivel físico que una droga puede tener en la salud de un niño y en los peligros posibles respecto de la habitualidad y banalización del uso de psicofármacos, especialmente teniendo en cuenta que su uso responde a determinados imaginarios imperantes ligados a la “adaptación social”, “éxito” y “rendimiento”.

Objetivo General:

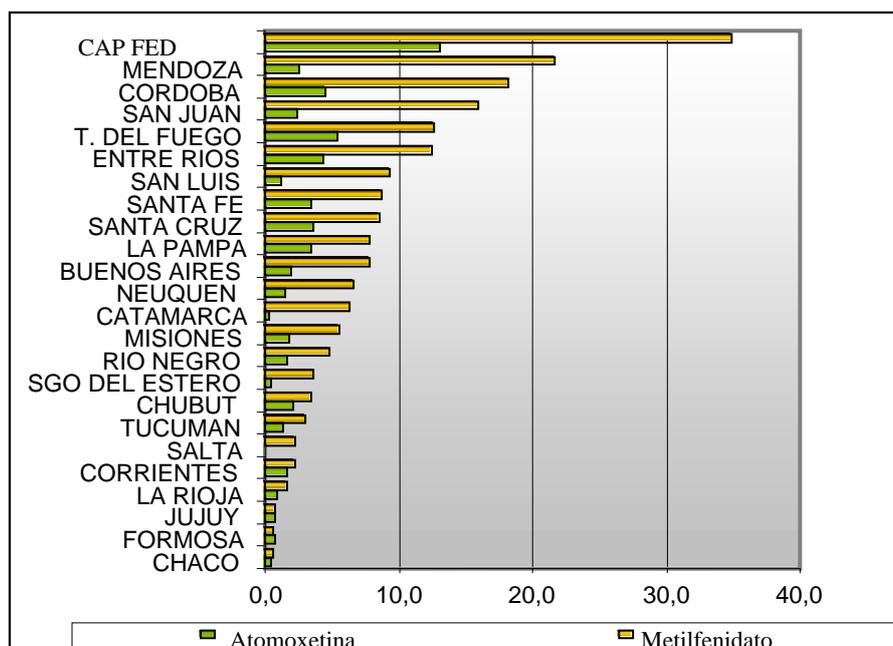
Analizar el proceso medicalización /medicamentación en la infancia a partir de un analizador: el déficit de atención con y sin hiperactividad; su detección y construcción diagnóstica y el abordaje basado en el suministro de psicofármacos desde el discurso del campo médico.

Aspectos metodológicos

El estudio tiene un enfoque cualitativo, poniendo en primer plano el discurso de los agentes del “campo médico”. Realizamos una selección de provincias de Argentina a través de un diseño de segmentación de puntos muestrales de expendio de metilfenidato y atomoxetina (ambos drogas utilizados para el tratamiento del TDA/H). De esta manera se construyó un gráfico con datos suministrado por la Confederación Farmacéutica Argentina (ver gráfico 1) y se realizó un agrupamiento

por provincias¹. Un primer grupo caracterizado como de “mayor expendio” del cual se priorizó el trabajo de campo en el AMBA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires) y la provincia de Tierra del Fuego; y un segundo grupo donde se seleccionaron a las provincias de Salta y Corrientes que integraban el listado de provincias que se encontraban dentro de la categoría de “menor expendio” de dichas drogas.

Gráfico N° 1: Unidades Dispensadas de Metilfenidato y Atomoxetina por cada mil niños de 0 a 14 años según Provincia. Argentina. Año 2006.



Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por COFA. 2008

Para el campo médico la muestra fue no probabilística intencional no representativa, con un total de 45 entrevistados. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a profesionales médicos (pediatras, psiquiatras infanto-juveniles y neurólogos) pertenecientes al subsector público y privado del ámbito de la salud. Además se realizaron entrevistas a informantes claves (agentes de propaganda médica y líderes de opinión de los laboratorios de uso medicinales).

Resultados del Trabajo de investigación

¹Para la organización de los puntos muestrales se tomó una decisión metodológica que orientara el trabajo de campo. Así se construyó un indicador, sólo a los efectos metodológicos, de expendio de Metilfenidato y Atomoxetina, cruzada con población entre 0 y 14 años. Los datos de ventas en farmacias fue suministrado por la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA). Debemos remarcar que este procedimiento fue sólo a los fines metodológicos y con el objeto de priorizar jurisdicciones para el trabajo de campo. No constituye un dato válido ni de consumo, ni de población bajo tratamiento. Es sólo una construcción orientativa que nos permitió diseñar y priorizar los puntos nodales del trabajo de campo.

Diagnóstico y tratamiento del TDA/H: un punto de partida para abordar el proceso de medicalización / medicamentación de la infancia.

En este punto expresamos las diferentes tendencias que el discurso médico expuso en relación a la construcción diagnóstica del TDA/H y las líneas de tratamiento. Su constitución y perspectiva en torno a la consolidación de procesos de medicalización / medicamentación de la infancia.

Una de las primeras observaciones a las que pudieron arribarse fue la del auge y consolidación del diagnóstico del TDA/H en las últimas décadas en la población infantil de nuestro país. Un auge que no evidenció diferencia entre los grupos de provincias seleccionadas y que se ha visto fechado en décadas distintas según los diversos entrevistados, ya sea a comienzos de los '90 y en los inicios del 2000.

Los distintos discursos imperantes ratificaron una medicalización / medicamentación de la cultura en general por parte de quienes lo reproducen, es decir, la población en general, como por parte de los discursos científicos, económicos y políticos.

En los profesionales consultados, hubo una aceptación y un acuerdo sobre la existencia del TDA/H como entidad clínica, conjuntamente con el planteo de cierta dificultad para precisar dicho diagnóstico por la posibilidad de enmascaramiento que implica el cuadro, la alta frecuencia de comorbilidad y la reiteración del fenómeno de sobrediagnóstico.

Esta visión, sin embargo, se contrapuso a la perspectiva de algunos expertos en el tema que se oponían a la existencia misma de dicho diagnóstico ya que le atribuían una conjugación de factores históricos, sociales y culturales como responsables y productores de la subjetividad del niño y por ende de su malestar.

Para quienes afirmaron que la entidad existe, sostuvieron que la misma ha cambiado de denominación a lo largo del tiempo, señalando como antecedentes la disfunción cerebral mínima y la lesión cerebral, entre otras.

Debemos destacar, sin embargo, que hubo distintas respuestas según la especialidad médica de los entrevistados en lo atinente a la etiología del cuadro, la configuración del diagnóstico del TDA/H, y la terapéutica delineada para el mismo. También se observaron diferencias en torno a la magnitud de la

consulta según se tratara de subsector público o privado, y según la zona del país en la que llevaran a cabo la tarea clínica.

Cabe aclarar que aquellos profesionales que trabajaban en el sector público referían atender casos que revestían, a su entender, mayor complejidad y señalaban que los niños diagnosticados como TDA/H en general llegaban a la consulta privada; son entonces, los profesionales de ese subsector, los que admitían recibir consultas por TDA/H.

Acerca de la etiología del cuadro no aparecieron certezas, en cambio se subrayó la multicausalidad del mismo. En el caso de los neurólogos, la etiología del cuadro apareció más enfáticamente ligada a un compromiso orgánico, en algunos de los entrevistados se mencionó inclusive la predisposición genético-hereditaria.

Respecto de la construcción diagnóstica hay un aspecto central que ocupa el psicofármaco. Este –según es mencionado por los entrevistados médicos- puede ser utilizado como una herramienta para la constitución misma del diagnóstico, es decir el consumo del psicofármaco anticipa –en innumerables ocasiones- el diagnóstico mismo. Este fue un punto sustancial que diferenció las especialidades médicas entrevistadas. Los neurólogos infantiles fueron más proclives a la confirmación diagnóstica a partir del consumo del psicofármaco, bajo la premisa “*si el niño funciona con el medicamento, estamos ante un caso que podemos diagnosticar como TDA/H*” (entrevista campo médico). Tal como lo referían en ocasiones otros participantes del estudio este procedimiento estaría alterado el circuito esperable de detección, diagnóstico y tratamiento, dado que el fármaco se constituye en el eje del diagnóstico y no sólo en una posible terapéutica, con los riesgos ligados a la sobremedicación que esto conlleva.

A lo largo del trabajo de campo, la escuela surge como la principal fuente de derivación al médico. La primera consulta puede tener dos direccionalidades: hacia el pediatra de cabecera o hacia un especialista, que en la casi totalidad de los casos es un neurólogo, y que por lo general su nombre o la institución de pertenencia viene sugerido por la propia escuela.

A partir de esta primera consulta se inicia un circuito de re-derivaciones que varía según los profesionales intervinientes. Más que por razones de índole clínica el circuito de diagnóstico y tratamiento queda definido por los profesionales que interactúan en el caso por caso, evidenciándose aquí una división entre los que son a) proclives a la medicación o son b) anti-medicación. En función de esta línea se juega cada uno de los circuitos que el niño va a ir atravesando.

La pastillita mágica: el fármaco como solución al problema del TDA/H.

Una vez que el niño es diagnosticado “como un TDA/H”, comienza un recorrido que está fuertemente asociado al primer grupo de profesionales que referíamos en el punto anterior, es decir aquellos proclives a la medicación.

Si bien en todos los entrevistados médicos surgió cierto consenso o consideración por un tratamiento integral no centrado exclusivamente en el psicofármaco, se observó que en el grupo de profesionales que diagnosticaba el TDA/H como entidad mórbida, particularmente en el campo de la neurología infantil, el fármaco emerge como principal regulador del tratamiento, el resto de las terapéuticas se enunciaban como subsidiarias de ésta. Un punto particular en este sentido es que la intervención de los psiquiatras infanto-juveniles no aparecía asociada a la etapa de diagnóstico de este síndrome y su intervención estaba relacionada a la interconsulta luego de que el niño hubiera experimentado un fracaso en el tratamiento farmacológico y en los cuales se pensaba una comorbilidad asociada a una psicopatología de base más grave.

En relación a los pediatras podemos establecer que constituyeron el colectivo de profesionales que continúa manteniendo una mirada integral, tanto a la hora de diagnosticar como de indicar una terapéutica, buscando alternativas a la prescripción de medicamentos; pero también debemos destacar que dicha especialidad es un actor principal en los procesos y decisiones de derivación a otra especialidad y por lo tanto de la direccionalidad hacia quién se deriva (neurología, psicología o psicopedagogía).

En relación a la prescripción del fármaco, el nombre de fantasía más mencionado por los entrevistados fue la Ritalina® (metilfenidato) de laboratorio Novartis, droga de venta restringida y controlada por la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica). En relación al genérico atomoxetina el nombre comercial más aludido fue el Recit® de laboratorios Gador.

Si bien en términos generales cada médico es proclive a la selección de una de las drogas utilizadas para el TDA/H, hemos detectado que hay profesionales que distinguen el tipo de droga a la hora de medicar: atomoxetina para aquellos casos en los cuales hay predominio de impulsividad y el metilfenidato para aquellos diagnósticos en los cuales la desatención es la principal característica.

La administración de la medicación se observó asociado a la institución escolar; en general los profesionales médicos refieren la necesidad de prescripción de esta sustancia durante el período lectivo y durante los días escolares, todos los médicos prescriptores de estos psicofármacos refieren utilizar este diagrama de consumo con descanso durante el fin de semana y vacaciones.

Un hallazgo a destacar de la investigación, aunque no fue lo intencionalmente relevado, fue la aparición de casos puntuales de administración de neurolépticos y antidepresivos en niños con presunto diagnóstico de TDA/H. Esto introduce cierto cuestionamiento dado que ambas drogas no fueron autorizadas por la FDA (*Food & Drugs Administration*) para la prescripción en niños, en primer lugar; ni indicadas para el tratamiento del TDA/H, en segundo lugar. Sólo uno de los entrevistados refirió a la escasez de estudios científicos rigurosos y extendidos en el tiempo en la población infantil, hecho que pone de manifiesto problemas éticos y bioéticos en relación al suministro y control de medicación en la infancia nuestro país.

Debemos destacar que, particularmente en el diagnóstico de TDH/A, se observó una asociación importante en torno a los niveles socioeconómicos de pertenencia de los niños. Si bien hemos encontrado una cierta naturalización en el consumo de psicofármacos para niños bajo este diagnóstico, dicha naturalización parecía ser más notoria en los sectores sociales medios o altos. Según lo expresado por los entrevistados esto estaría asociado a que esos niños están expuestos a expectativas de exigencia y rendimiento (social y académico) y el consumo de psicofármacos estaría directamente adscripto al cumplimiento de tales expectativas. *El fármaco se convierte en una alternativa frecuentemente solicitada por los padres; en general, se puede rastrear que son adultos en quienes es posible indagar ideales similares y en quien también recaen las mismas exigencias de éxito* (entrevista campo médico).

Por el contrario, en sectores más vulnerables y marginales tanto la desatención de un niño o su hiperactividad fueron nominadas o bien como “problemas de conducta” o bien como “característica de personalidad del niño”. Este enunciado podría estar asociado a dos causas, según refirieron los propios entrevistados, la primera es que a estos niños no se le atribuyen expectativas o posibilidades para aprender, sino que sólo se espera que no provoquen disturbios o desorden en el aula y puedan sostenerse en el sistema escolar primario. La segunda causa es que no existen tanto a nivel nacional, como de las provincias en las cuales se realizó el trabajo de campo, programas estatales de distribución de medicamentos en los cuales se incluya el metilfenidato y/o la atomoxetina. Este grupo de niños, tal como lo expresaron los entrevistados, estaba menos expuesto al fenómeno del sobrediagnóstico y por ende al consumo de psicofármacos, pero ello no significa que estén contenidos y cuidados por un Estado que hoy se presenta como ausente.

Construyendo la necesidad: el marketing farmacéutico.

Los actuales procesos de medicalización están siendo fuertemente comandados por la industria farmacéutica, el caso del TDA/H es un analizador privilegiado para poder observar este proceso que no sólo lleva al disciplinamiento de los sujetos, en nuestro caso los niños, sino que produce grandes ganancias en uno de los mercados más poderosos del mundo.

Para esta última finalidad la industria farmacéutica diseña diferentes y novedosas estrategias de marketing. Si bien esto no es nuevo, intentaremos mostrar cómo cada vez más se incorporan nuevos sujetos/objetos hacia quienes van dirigidas estas tácticas.

En relación al campo médico, se relevaron estrategias de incentivos y/o controles, que en el caso de laboratorios que producen drogas comerciales con metilfenidato y atomoxetina, estaban particularmente orientadas hacia los neurólogos infantiles y en menor medida, principalmente en las provincias del interior donde este profesional era itinerante, hacia los pediatras. Sólo en el AMBA se relevaron algunas estrategias de marketing en relación a estos fármacos en psiquiatras infanto juveniles.

Otra estrategia que surgió en el relevamiento, fue la relacionada a los consensos y la expertís de ciertos profesionales. A partir de estrategias de captación de estos expertos a los cuales se los denomina líderes de opinión o “*speakers*” se generan nuevas maneras “científicas” de captación de nichos de mercado. Estos profesionales, nacionales o internacionales, reciben por parte de los laboratorios grandes sumas de dinero para que en sus disertaciones en congresos científicos mencionen específicamente el nombre, ya sea genérico o de fantasía, de los fármaco que proponen lanzar o promocionar en el medio.

Sin embargo, la investigación nos permitió avanzar sobre innovadoras tendencias de marketing de la industria farmacéutica dirigida hacia otros actores no médicos, en el caso particular del TDA/H dirigidas hacia maestros y padres.

Hacia los maestros, particularmente de escuelas privadas de alto rendimiento escolar, a través de la organización de charlas y conferencias de “expertos” y folletería, en las que hay siempre una sugerencia de la terapia medicamentosa y el nombre de un laboratorio famoso que auspicia el espacio.

Hacia asociaciones y /o organizaciones de padres, las estrategias de marketing están dirigidas a organizar grupos de 2, 3 o más familias con el objetivo de brindar información sobre el TDA/H. Estas reuniones suelen ser denominadas por los laboratorios como “*mesas de ayuda*” y en las cuales también hay un experto que disipa inquietudes de los padres, asesora sobre la medicación y formas de acceso a la misma.

Conclusiones

La medicalización / medicamentación de los problemas de la vida parece no tener límites. Tal es así, que los intentos irregulados para cambiar las percepciones hacia los conceptos de síndrome-enfermedad-padecimiento versus salud han ido demasiado lejos. La construcción diagnóstica del TDA/H es un paradigma de cómo ciertas conductas y/o situaciones que antes no eran medicalizadas hoy son parte de los circuitos de tratamiento médico, sistema que tiene principal énfasis en el consumo de fármacos como terapéutica.

Este proceso medicalizador ligado históricamente a las estrategias de disciplinamiento, hoy genera además grandes sumas de ganancias para la industria farmacéutica. Es decir estos procesos están dirigidos a acrecentar diagnósticos en nuevas poblaciones y consolidar nuevas estrategias de difusión, tales como proveer información directa a los potenciales usuarios y/o a través de nuevos actores, tales como la escuela y la familia.

Bibliografía.

- Benasayag, L. (Comp) (2007). *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario*. Argentina: Noveduc.
- Brio, M.C.: (2007). Controversias y cuestiones éticas con el uso de psicofármacos en niños y adolescentes. Ponencia en el XIII Congreso de APSA. Mar del Plata. Argentina.
- Brio, M.C.: (2007) Trastorno por déficit atencional: abordaje farmacológico. En Brio. M.C. Psicofarmacología y neurociencia en pediatría. Editorial Scien. Buenos Aires. Argentina.
- Conrad, P. (1982): “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”. En David Ingleby (ed.) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica-Grijalbo. Pág. 129-154.
- Faraone, S. (2008): *Medicalización de la infancia: Una mirada desde la complejidad de los actores y de las políticas*. En <http://www.topia.com.ar>. (descargado el 20/11/2008)
- Foucault, M. (1996): *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Foucault, M. (2000): *Defender la Sociedad*. Argentina: FCE.
- Foucault, M. (2001): *Los Anormales*. Argentina: FCE.
- Illich, I. (1975): *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.

Iriart, C. (2008): *Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias*. Ciência & Saúde Coletiva, 13(5). Pág.1619-1626. Brasil.

Janin, B. (2007):“El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones”.

En Revista Cuestiones de Infancia. N° 11. Carrera de Especialización en psicoanálisis con Niños de UCES. Bs. As. Descargado de <http://forumadd.com.ar>. (descargado el 21/11/2008)

Michanie, C. (2000). “Comorbilidad en el ADHD”. En E. Joselevich (comp.), *Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. ADHD en niños adolescentes y adultos*. Barcelona: Paidós.

Michanie, C.: (2000) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En Terremotos y soñadores. TDAH Journal, Año 1 Número 1. Publicación de la Fundación TDAH. Buenos Aires, Argentina.

Vasen, J.: (2005). *Fantasmas y Pastillas. Intervenciones psicoanalíticas y psicofarmacológicas con niños*. Buenos Aires: Letra Viva.