

XIII SEMINARIO DE AUTOFORMACIÓN DE LA RED-CAPS

Barcelona 18 de noviembre de 2011

LA MEDICALIZACION DEL SUFRIMIENTO EN LA INFANCIA

Ana González Uriarte.

Psiquiatra. Huesca

INTRODUCCIÓN

Hablar de infancia y medicalización es un tema complejo, controvertido y polémico. Una de las primeras preguntas que surgen es:

¿De qué hablamos cuando hablamos de *Medicalizar*?

El modelo teórico del que partimos al analizar cualquier realidad nos provee de “mapas, guías y faros” que nos orientan al interpretar e intervenir en dicha realidad. El modelo médico biologicista tiende a buscar causas orgánicas y a tratar enfermedades, frecuentemente con medicamentos. Pero pensamos que la realidad del sufrimiento humano y específicamente infantil es mucho más compleja e irreductible a lo biológico.

Si “sólo” disponemos de un modelo biologicista todo lo abordaremos o trataremos como “enfermedades”. Las intervenciones que haremos estarán en función de las herramientas de las que dispongamos. Y como dicen que dijo Gordon Allport: *“si tu única herramienta es un martillo, tratarás a todo el mundo como a un clavo”*.

Así, aunque hay distintas acepciones del término **medicalizar**, aquí nos referimos al uso de un modelo médico biologicista reduccionista como única vía de abordaje de “trastornos”, dificultades y problemas de índole emocional.

¿Hablamos de trastornos o de sufrimiento?

El uso que hacemos del lenguaje no es inocuo. El lenguaje en cierto modo configura la realidad y el uso de uno u otro término va a condicionar nuestra mirada y nuestra intervención.

Hablar de “Trastornos” nos evoca disfunción, alteración, algo que está estropeado o funciona mal. Cuando hablamos de “trastornos infantiles” la imagen que se representa es la de niños que “funcionan mal”, a los que etiquetamos y a los que hay que arreglar. Sugiere causalidad tipo lineal y que la causa del trastorno es intrínseca al niño. Ponemos el origen en el niño, es el niño “trastornado” el que tiene los síntomas y son los síntomas los que hay que tratar. Evoca con más facilidad “etiologías” o causas individuales, intrínsecas a la persona, biológicas o médicas y esta consideración etiológica nos conducirá más frecuentemente a etiquetajes diagnósticos y a “tratamientos” que con más probabilidad corren el riesgo de ser farmacológicos.

No es lo mismo hablar de “trastornos mentales” que hablar de “sufrimiento o malestar”.

Si hablamos de “sufrimiento y malestar” evocaremos con más facilidad el niño en su contexto, con sus circunstancias personales, incluidas las biológicas, pero inmerso en su familia, en su escuela y grupo social. Por lo que el riesgo de señalar, identificar y

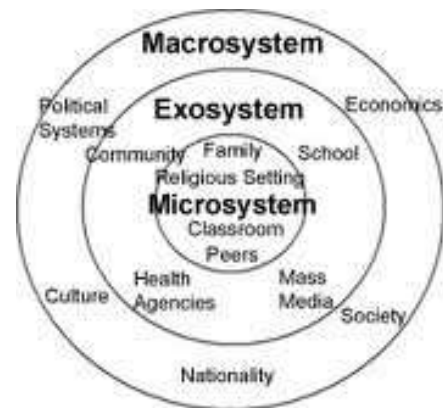
etiquetar al niño como trastornado disminuye, al tiempo que aumentan nuestras posibilidades de comprensión e intervención.

La medicalización del sufrimiento en la infancia desde una Modelo Ecosistémico

Aclarados o al menos señalados estos puntos propongo continuar reflexionando sobre algunos aspectos del sufrimiento infantil y de la medicalización desde una perspectiva ecosistémica siguiendo el modelo de Urie Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1979). Dicho modelo aporta un marco teórico que permite integrar y visualizar la influencia y las interrelaciones entre los diversos y distintos factores implicados. El autor propone desde una visión ecológica del desarrollo humano, que el funcionamiento psicológico de las personas está en gran medida determinado por la interacción con lo que les rodea. Y no solo con el entorno más inmediato, como puede ser la familia, sino con los diferentes entornos, que van desde lo más cercano, a los contextos más amplios: factores genéticos y temperamentales individuales; vínculos afectivos y estilos educativos familiares; relaciones y apoyo de las familias de origen; red social de amigos; escuela y relaciones familia-escuela; condiciones laborales de los padres; sistema sanitario y relaciones con el mismo; mitos, creencias y valores de una cultura determinada; ética y legislación.

Desde este modelo podemos plantearnos diversas cuestiones:

- ¿Qué factores están determinando las diferentes expresiones de sufrimiento infantil en cada caso concreto?
- ¿Qué tipo de intervenciones son más eficaces, más coherentes y más éticas?
- ¿Qué factores están condicionando el aparente aumento de los diagnósticos psiquiátricos en la infancia? ¿A qué obedece la creciente medicalización?
- ¿Qué podemos hacer las y los profesionales para prevenir, abordar y tratar el sufrimiento de la infancia?



Son muchas y complejas las respuestas y desbordan las posibilidades de este artículo. Mi propuesta es más una invitación a reflexionar.

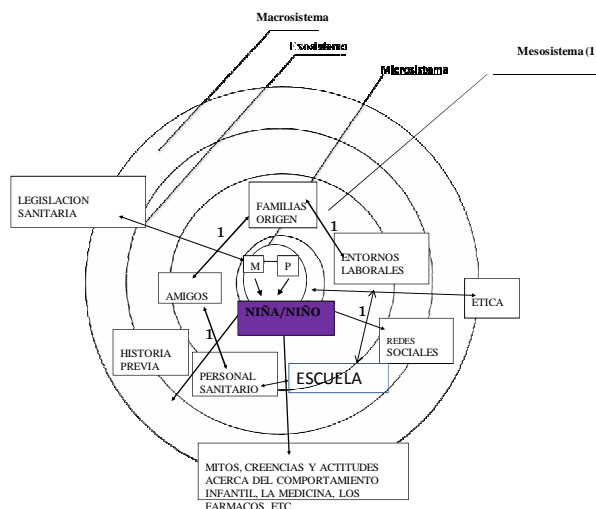
¿QUÉ FACTORES ESTÁN DETERMINANDO LAS DIFERENTES EXPRESIONES DE SUFRIMIENTO INFANTIL EN CADA CASO CONCRETO?

El modelo propuesto nos facilita ante cada situación concreta visualizar que factores están contribuyendo en mayor o menor medida al malestar y sufrimiento.

Desarrollaremos someramente los distintos niveles, tomando a modo de ejemplo algunos aspectos y siendo conscientes de que hay otros muchos tan importantes o más que estaremos pasando por alto. No pretendemos abarcar todo lo posible sino señalar la diversidad de factores.

Los distintos niveles:

- Ontosistema: características propias del sujeto. Rasgos biológicos, temperamentales y personalidad, por ejemplo.
- Microsistema: las relaciones familiares y otras cercanas. Los padres, hermanos, demás figuras familiares cercanas y las/los amigos íntimos.
- Mesosistema: relación existente entre dos o más sistemas que tienen estrecha influencia en la persona. La capacidad de un entorno (hogar, escuela o lugar de trabajo) para ser un contexto eficaz para el desarrollo depende de la existencia y de la naturaleza de las interconexiones sociales entre los entorno. La importancia de las relaciones familia-escuela en el caso de los niños. O la influencia de las condiciones laborales de los padres.
- Exosistema: que correspondería a la comunidad en la que estamos inmersos.
- Macrosistema: se refiere a la influencia de factores culturales y del momento histórico en particular. Creencias, mitos y valores de una cultura o determinado grupo social; las políticas sanitarias y el papel de la industria farmacéutica.



1. ONTOSISTEMA

Factores individuales tanto biológicos, como temperamentales y rasgos de personalidad ocuparían este nivel de análisis.

Es evidente que “somos biología”. Hay numerosos y complejos factores genéticos, bioquímicos, anatómicos....que están en la base de todas nuestras funciones.

Pero esto no significa que cualquier cambio o alteración en las emociones o en la conducta tenga como base una disfunción biológica ni que, aun existiendo dicha disfunción esta sólo se pueda abordar biológicamente.

Kandel (Premio Nobel de Medicina 2000) señala que *“el cerebro es una estructura dinámica y plástica....La psicoterapia es una forma de aprendizaje que modifica la expresión génica y por tanto la intensidad de las conexiones sinápticas”*.

Un ejemplo de cómo la “palabra” (la psicoterapia) modifica la biología está en un estudio finlandés (Karlsson, 2011) que sugirió que la terapia psicodinámica podía tener un impacto significativo en la transmisión serotoninérgica. Usando neuroimagen (SPECT) se comprobó que tras 1 año de psicoterapia el patrón de recaptación de serotonina previamente reducido se había normalizado; cosa que no ocurrió en el sujeto control que no recibió psicoterapia.

Este estudio sugiere que el cerebro responde a las palabras igual que lo hace a las sustancias químicas.

Numerosos estudios (Barudy, 2005) llegan a la conclusión que la ausencia de contactos físicos, ternura y cuidados parentales adecuados alteran la organización de las zonas prefrontales cerebrales. Y esta desorganización de las regiones pre-frontales altera la modulación del cerebro emocional por la corteza cerebral.

Gabbard (en Abdala, s.f.) afirma: *“la experiencia subjetiva, los procesos interpersonales y el autoconocimiento son aspectos del estudio psiquiátrico que no deben soslayarse ante la excitación producida por los neurotransmisores y la genética molecular. Más aún, un aspecto de la psiquiatría como especialidad es su interés en definir los rasgos singulares de la persona”*.

2. MICROSISTEMA:

La familia puede adoptar formas muy diferentes para cumplir sus funciones de protección biopsicosocial de sus miembros y de transmisión de la cultura.

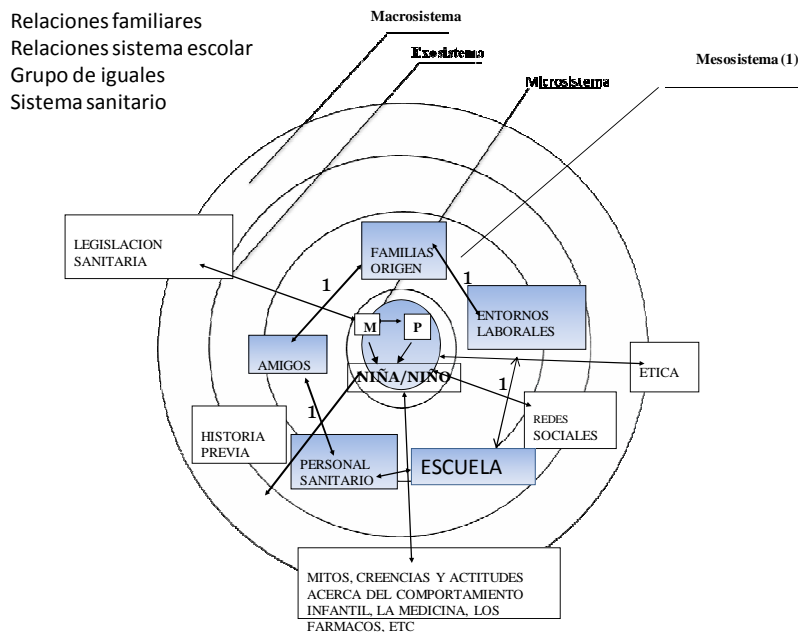
Una suficiente y segura vinculación o nutrición afectiva como necesidad básica es clave desde el inicio de la vida para una buena salud mental. Los seres humanos necesitamos nutrición afectiva y relacional y existe numerosa investigación que da cuenta de los “circuitos” biológicos implicados (ver Barudy, 2005).

En contrapartida uno de los factores de estrés más importante es la pérdida afectiva por fallecimiento de alguno de los padres o la pérdida por separación conyugal; situaciones de aislamiento social; falta de red de apoyo, etc. El “estrés” intenso y/o mantenido en el tiempo está claramente relacionado con problemas de salud a corto, medio y largo plazo. Las personas que se sienten en peligro ponen en marcha los mecanismos fisiológicos del estrés. En las personas que se sienten seguras sus niveles de estrés son más bajos. Y en la infancia dadas sus características de inmadurez y dependencia estos efectos pueden ser aún más graves.

Pensando en la infancia y las familias podemos encontrar niños y niñas que sufren por diferentes situaciones como: pérdida de un familiar, incapacidad o incompetencia de los padres para proveer de una base afectiva segura, porque están atrapados en el conflicto conyugal de sus padres, maltratados por abuso o negligencia, sobreprotegidos y fusionados lo cual dificulta su identidad, taponados en sistemas rígidos que no toleran el cambio, etc. O padeciendo las consecuencias del estrés familiar.

El prescribir medicamentos como primera y/o única medida ante “síntomas” emocionales o comportamentales niega, ignora, tapona y cronifica posibles duelos y/o disfunciones relacionales.

3. MESOSISTEMA



- Las relaciones con la **familia extensa** son enriquecedoras en la etapa infantil, fuente alternativa de relaciones de apego, apoyo para la familia nuclear, colchón en situaciones de estrés. Su presencia enriquece y actúa como factor protector. Su ausencia o las relaciones familiares conflictivas actúan como posible factor desencadenante de sufrimiento.
- Las relaciones con el **sistema escolar**: Aspectos como las excesivas ratios niños/personal docente; el modelo de escuela y sus exigencias de rendimiento académico; las dificultades para “individualizar” según las necesidades infantiles; las presiones, expectativas y exigencias familiares. Es muy frecuente que al sistema sanitario acudan las familias derivadas desde el sistema escolar para tratar los “problemas de conducta” pidiendo respuestas farmacológicas.
- El **grupo de iguales** en las diferentes etapas del desarrollo es esencial para un buen funcionamiento y ajuste. El aislamiento, situaciones de abuso o acoso, el no ser aceptado en el grupo de referencia o la presión que ejerce el grupo sobre el individuo son algunos de los factores que pueden contribuir al sufrimiento en la infancia.
- **Los entornos laborales** de los padres influyen de muy diversas formas en el bienestar o malestar familiar y, por tanto en las hijas y los hijos. El estrés, la falta de tiempo por sobrecarga laboral, la ausencia de empleo, etc.
- El **sistema sanitario**: es imposible enumerar todos los factores relacionados con el sistema sanitario que están condicionando el abordaje del sufrimiento infantil. Pero señalo la existencia del documento “Manifiesto STOP DSM” donde numerosas asociaciones y profesionales abogan “*por una psicopatología clínica que no estadística y por un abordaje subjetivante del sufrimiento psíquico en niños y adolescentes*”. Tomo de este manifiesto las palabras de G. Berrios (2010) «Nos enfrentamos a una situación paradójica en la que se les pide a los clínicos que acepten un cambio radical en la forma de desarrollar su labor, (ej. abandonar los consejos de su propia experiencia y seguir los dictados de datos estadísticos impersonales) cuando en realidad, las bases actuales de la evidencia no son otras que lo que dicen los estadísticos, los teóricos, los

gestores, las empresas (como el Instituto Cochrane) y los inversores capitalistas que son precisamente aquellos que dicen donde se pone el dinero». En consecuencia, manifestamos nuestra defensa de un modelo sanitario donde la palabra sea un valor a promover y donde cada paciente sea considerado en su particularidad.

4. MACROSISTEMA:

En este nivel hemos de tener en cuenta la influencia de elementos como:

- Las **políticas sanitarias**. Por poner un ejemplo nos podemos preguntar cómo influye el hecho de que en España sigue sin haber especialidad de Psiquiatría Infanto-juvenil. Los profesionales que se dedican a este campo se han formado por su cuenta o en otros países del entorno.
- El **poder de la industria farmacéutica** y su influencia en la organización de congresos, formación, financiación de estudios...
- **Creencias, mitos y costumbres:**
 - o Las personas y familias nos consultan cuando de forma natural no pueden resolver lo que les ocurre. Y traen consigo sus propias creencias acerca del origen de los problemas y cómo resolverlos.
 - o La cultura del zapping: existe una asociación entre la exposición temprana a la televisión antes de los 2 años de edad y la aparición de problema atencionales en los niños. Un 43% de los niños menores de 2 años ven diariamente la televisión y un 26% tienen un aparato de televisión en su habitación. (*Health, 2004*)
- Situaciones sociales de pobreza, marginalidad y falta de recursos.



¿QUÉ PODEMOS HACER LAS Y LOS PROFESIONALES PARA PREVENIR, ABORDAR Y TRATAR EL SUFRIMIENTO DE NIÑAS Y NIÑOS?

1. Individualizar

Tomarse tiempo, no correr, no prejuzgar.

Cada niño o niña, cada familia, cada situación es diferente. No caer en el normativismo, hay muchas maneras de ser personas o familias. Es imprescindible individualizar, lo cual entre otras cosas requiere tomarse tiempo para una adecuada escucha y evaluación.

Tener en mente un modelo sistémico, integrador que ayude a ver qué factores contribuyen a cada situación en particular

2. Tener en cuenta **lo específico de las niñas y niños** como sujetos de atención en salud mental infantojuvenil:

- a. La dependencia: por su naturaleza inmadura, los niños y adolescentes son dependientes de sus familias.
- b. La demanda de atención no suele partir de ellos. Son los padres, la escuela, los servicios sociales, el juzgado...quien hace demanda de

atención. Y, a menudo, lo supuestamente patológico puede ser el mejor nivel de adaptación que un niño puede tener ante una situación complicada. O sus síntomas ser la única forma de denuncia que tienen de una situación abusiva o maltratante. Y, siendo víctima corremos el riesgo de transformarlo en una etiqueta diagnóstica.

- c. Los niños y niñas son personas en desarrollo, y por tanto evolutivos, cambiantes y polimorfos. La forma de expresar el sufrimiento y las dificultades es enormemente variada; y tanto puede ocurrir que “los síntomas “expresados” sean llamativos y no se correlacionen con “gravedad” como lo contrario, niños y adolescentes “sobreadaptados” que acarrear importantes dificultades.

3. **Valoración** de cualquier niño mediante la realización de al menos tres pasos:

- a. Entrevista familiar amplia
- b. Entrevistas y sesiones de juego con el niño
- c. Visita y entrevista en la escuela

En su atención es imprescindible la coordinación, el trabajo en equipo y en red (familia, escuela, servicios sociales).

4. En la **intervención**:

- a. Ampliar el foco, es decir no quedarse en el síntoma sino a analizar las relaciones,
- b. Redefinir en términos menos patologizantes
- c. Cuidar el vínculo, la alianza terapéutica con todos los miembros de la familia
- d. Cuidar el vínculo con el sistema escolar
- e. Reforzar los recursos naturales de niñas y niños y sus familias: Se pueden describir algunos aspectos relacionales y sociales en las familias que actuarían como factores protectores para disminuir el riesgo de síntomas emocionales y para promover bienestar y un desarrollo adecuado de los niños:
 - Estilo de apego seguro en la madre y el padre como factor protector para el desarrollo.
 - Clima marital cálido. Buena relación de la pareja de padres (aún en el caso de separaciones).
 - Límites claros y flexibles respecto a las familias de origen, que permitan diferenciación y autonomía al mismo tiempo que sentimientos de pertenencia y apoyo mutuo.
 - Flexibilidad que permita adaptarse al cambio.
 - Pertenencia a red social de apoyo.

5. Las y los profesionales tenemos un papel decisivo a la hora de promover cuidados y salud en la infancia lo cual puede hacer desde posturas colaborativas, igualitarias y equitativas.

BIBLIOGRAFIA

Abdala, R. (s.f.) Neurociencia y psicoanálisis en

<http://es.scribd.com/PabloCba/d/2531343>

Barudy, J y Dantagnan, M (2005). Los buenos tratos a la infancia. Gedisa.

Bronfenbrenner, U (1979). La ecología del desarrollo humano. Paidós

Health JM. (2004). *Exposición temprana a la televisión y problemas posteriores de atención en los niños. Pediatrics (Ed sp) 2004;57(4) 193-4*

Karlsson, H. (2011). How Psychotherapy Changes the Brain. *Understanding the Mechanisms*. <http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1926705>

Manifiesto STOP DSM. En <http://stopdsm.blogspot.com.es/2011/04/manifiesto-favor-de-una-psicopatologia.html>