



**Análisis exploratorio de los procesos de medicalización que
intervienen durante la infancia y la adolescencia**

Mireia Fabregà Oliva

Tutor: PhD. Christian Oltra

Grado en Sociología

Resumen

En los últimos años, la medicalización de la infancia y la adolescencia es un tema de pleno debate en el mundo occidental. En el siguiente trabajo se exponen desde cuáles son los principales procesos de medicalización que van desde el embarazo de la madre hasta la adolescencia del hijo/a que se han obtenido mediante una revisión bibliográfica en la que se han elegido 73 artículos. Los actores que fundamentan los procesos de medicalización en el período de la infancia son: los padres, el sistema educativo y el sistema sanitario. A lo largo del trabajo se describe la controversia de opiniones por parte de los actores frente a la medicalización, además de presentar los motivos por los que existe el movimiento en contra.

Palabras clave: medicalización, medicalización en la infancia, medicalización en la adolescencia

Abstract

In recent years, the medicalization of childhood and adolescence is a topic of discussion in the western world. In the next job are exposed from which the main processes of medicalization are ranging from the pregnancy of the mother until the adolescence of the child that had been obtained through a literature review in which have been elected 73 articles. The actors that underlie the processes of medicalization in the period of childhood are: the parents, the education system and the health system. Throughout the article describes the controversy of opinions by the actors in front of the medicalization, in addition to presenting the reasons why there is a movement against it.

Key words: medicalization, medicalization of chillhood, medicalization of adolescents, actors of medicalization

ÍNDICE

Introducción	4
Objetivos	4
Metodología	4
Partes del Trabajo	7
Justificación interés sociológico	7
Marco teórico	8
Conceptualización del término medicalización	8
Medicalización en la infancia	9
Modelo Biomédico	10
Definición de enfermedad	11
Autores que abordan el concepto “medicalización”	13
Actores implicados en los procesos de medicalización	15
Capítulo I. Presentación de resultados	16
Gestación y nacimiento	16
Vacunación	22
Comportamiento	29
Alimentación	37
Adolescencia, cambios y medicalización	42
Adicciones	45
Capítulo II. Discusión	49
Discusión	49
Eje Cronológico	53
Limitaciones	54
Conclusiones	55
Bibliografía	56

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Objetivos

El principal objetivo es realizar una investigación en la que se estudie y se analice la actividad científica referente a cualquier proceso médico que se lleve a cabo durante el período de la infancia. El libro Medicalización de la Sociedad de Peter Conrad es la base del estudio, a través de los procesos de medicalización y la clasificación de estos que se exponen en el libro, realizare una síntesis que exponga los principales procesos de medicalización que tengan lugar durante los períodos de la infancia y la adolescencia. Se debe tener en cuenta que la investigación se va a basar en estudios científicos realizados en los países desarrollados.

Actualmente, la prevención de enfermedades juega un papel muy importante en los procesos de medicalización de un niño. Por ello, otro de mis objetivos es establecer qué modelos médicos entran en juego a la hora de diagnosticar y tratar un trastorno.

Otro de los puntos a desarrollar a lo largo del trabajo, es establecer el rol de todos aquellos actores que están implicados en los procesos de medicalización y ver que relevancia durante el proceso tiene cada uno de ellos.

Por último, para poder representar todos aquellos trastornos que pueden ser medicalizados durante las primeras etapas de la vida, me gustaría realizar un eje de edades en el que se vea en que se pueda apreciar en qué edad se diagnostican los trastornos, cuál es su impacto, cuales son los procesos con mayor relevancia, qué características tiene cada una de las etapas de la niñez, cuales son los factores más influyentes...

1.2. Metodología

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la infancia se define como el primer período de la vida de la persona, comprendido entre el nacimiento y el principio de la adolescencia, hasta los 10 años.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “la adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, generalmente se enmarca su inicio entre los 10 y 12 años, y su finalización a los 19 o 20”

Inicialmente, el estudio estaba dirigido a analizar los procesos de medicalización que se daban durante el período de la infancia. Durante la revisión de artículos académicos, se vio que muchos de los procesos que se daban en la infancia seguían durante el período de

adolescencia, por ese motivo, se decidió ampliar el campo de búsqueda para establecer los principales procesos de medicalización durante la infancia y la adolescencia, aunque los resultados encontrados han permitido exponer los procesos de medicalización durante el embarazo de la madre y el parto.

Desde un primer momento, el criterio para la selección de los artículos se basaba en tres aspectos: en primer lugar, el número de citas que tenía el artículo, en segundo lugar, la lectura del “abstract”, y en el caso de que este estuviera incompleto, se procedía con la lectura de la introducción y/o el artículo, en tercer lugar, las palabras que contenía cada artículo, ya que estas se debían de corresponder con las palabras que se utilizaban para la obtención de los artículos.

La investigación ha concluido con un total de 73 artículos, que aportaban la información necesaria para establecer los principales procesos medicalizadores y los actores sociales que influyen en ellos. Cabe decir, que algunos de los artículos, se han obtenido gracias a la bibliografía citada en algunos de ellos. Igual que, otros artículos que habían sido elegidos para la investigación, al final no se utilizaron porque no aportaban nueva información o se consideraron incompletos, por lo tanto se excluyeron de la bibliografía.

Durante la primera quincena de marzo (2015), la investigación estaba centrada en la revisión bibliográfica de la literatura que se iba a utilizar para plasmar los resultados y la estructuración del trabajo. A partir de la segunda quincena de marzo, se empezó a redactar el trabajo.

La búsqueda de la bibliografía se realizó en tres lenguas: castellano, catalán e inglés. Se prefirió hacerlo en tres lenguas para que la búsqueda fuera lo más completa posible.

En algunos apartados del trabajo, se requirió la consulta de algunas páginas web para poder estructurar y ordenar el trabajo además de obtener información adicional. Las páginas web están citadas al final del trabajo.

Cualquier dato numérico que esté en el trabajo, estará citado con el país, el año y la fuente de la que se ha extraído la información. Se ha procurado no añadir datos de carácter número debido a que son muy variables según el momento y el lugar donde se ha realizado el estudio en cuestión, pero en algunas ocasiones se creyó conveniente reflejar algunos.

Todos los artículos del trabajo basan su estudio en las sociedades occidentales (Europa Occidental y Norte-América) y en las sociedades Latinoamericanas. Aunque no todos los artículos escogidos se han extraído de fuentes de investigación social, algunos de ellos están publicados en revistas médicas o de psicología, pero la base del estudio adoptan naturaleza social. Y la mayoría de ellos, están escritos durante la última década. Se utilizaron varias

bases de datos y revistas científicas para la búsqueda de los artículos, entre ellas: Pubmed, Sociological Abstract y Lancet entre otras. Las citas que se encuentran durante los resultados están hechas mediante el formato de la Asociación Americana de Psicología (APA, siglas en inglés).

Las palabras que se han utilizado para la obtención de bibliografía son las siguientes: medicalización, medicalización de/en la infancia/adolescencia, medicalización en la infancia y adolescencia, medicalización del ciclo vital, medicalización de la vida, procesos de medicalización infancia/adolescencia/vida, actores medicalización infancia/adolescencia/vida.

El marco teórico está conformado por Michael Foucault, Ivan Illich y Peter Conrad, por su importante aportación en la conceptualización del término medicalización. El libro "Medicalization of Society" (2008) de Peter Conrad ha sido clave para establecer las pautas de los procesos de medicalización.

Los resultados se van a presentar en base al marco teórico y a la bibliografía encontrada. Los resultados se van a ordenar en función del ciclo vital de la vida, y durante el período de la adolescencia es cuando está más presente la diferenciación por géneros. En el segundo capítulo, se va a exponer un eje cronológico que permite ver los principales procesos de medicalización que se dan desde el embarazo de la madre hasta la adolescencia del hijo/a.

A medida que avanzaba el trabajo se pensó que podría ser interesante formular cuatro entrevistas a los actores que intervienen de manera directa (según la literatura), en los procesos de medicalización de la infancia y la adolescencia. Las entrevistas se realizarán a: un médico-pediatra de un Centro de Atención Primaria (CAP), a una profesora y directora de un colegio de primaria y secundaria, a una madre que forma parte de la Asociación de Madres y Padres del mismo colegio, y por último, a una farmacéutica especializada en farmacia asistencial.

Las entrevistas no formaban parte de los resultados del trabajo, ya que se utilizan de manera confirmatoria para identificar la realidad más cercana sobre los procesos descritos en la literatura.

El concepto medicalización es complejo y su interpretación es subjetiva, ello creo que en el campo científico se haya creado un debate sobre qué problemas se pueden considerar médicos y cuáles no. En la mayoría de la bibliografía escogida para realizar el trabajo el concepto de medicalización se

1.3 Estructura del trabajo

A lo largo del trabajo se exponen los distintos procesos de medicalización que se han encontrado a través de la revisión bibliográfica durante los períodos de la infancia y la adolescencia. La estructuración del trabajo se basa en el orden en el que suceden los procesos medicalizadores. Por este motivo, al final de trabajo se ha establecido el eje cronológico que refleja los principales procesos de medicalización encontrados, de manera directa y visual.

La trabajo se compone de cuatro partes: en el primer apartado, se encuentra el marco teórico, donde se conceptualiza medicalización, se define qué es y qué no es enfermedad, se presenta el modelo médico que favorece que se dé un proceso medicalizador y los autores en los que se fundamenta la investigación.

Después del marco teórico, el trabajo se divide en dos capítulos. En el primer capítulo, se exponen los procesos de medicalización, más destacados y que presentan un mayor debate académico, que se dan desde el embarazo de la madre hasta la etapa de la adolescencia, es decir, se presentan los resultados obtenidos mediante la revisión bibliográfica. Este capítulo se divide en los siguientes apartados: Gestación y nacimiento, Vacunación, Conducta, Cambios físicos, psicológicos e intelectuales durante la adolescencia y por último, Adicciones.

En la presentación de resultados se designan cuáles son los actores influyentes en los procesos de medicalización, y también se presenten los estudios relacionados con la prevención cuaternaria.

En segundo capítulo, se divide en dos partes; por un lado, se presentan las controversias y los roles de los actores sociales en comparativa con la percepción de los actores que han realizado las entrevistas. Por otro lado, se presenta el eje cronológico, que ordena por edades o por franjas de edad, los procesos que se quieren destacar.

Por último, se presentan las conclusiones de manera sintetizada y esquemática de los resultados obtenidos.

1.4 Justificación del interés sociológico

La finalidad de este trabajo no es formular una crítica al sistema sanitario, sino lo que se ha pretendido es exponer cuáles son los procesos de medicalización en dos períodos del ciclo de la vida, la infancia y la adolescencia. El propósito del trabajo consiste en presentar el debate, desde una posición neutral, que existe tras el concepto de “medicalización”, concretamente la medicalización de la infancia y de la adolescencia. En el trabajo también se presentan los actores que influyen en el proceso, cabe recordar, que los actores no son los

mismos que influyen en la medicalización de la vida porque durante los períodos de infancia y adolescencia, principalmente por el rol que adoptan los padres frente a la medicalización de ciertos aspectos de la vida de sus hijos. Otro de los actores que influye en el proceso de medicalización, concretamente de la medicalización del comportamiento, son los profesores y los centros educativos.

La sociología es la ciencia capaz de estudiar los fenómenos colectivos producidos por la actividad social. En las últimas décadas, en el mundo occidental, el sistema sanitario ha adoptado el modelo biomédico donde la legitimidad y el control sobre el cuerpo de las personas reside sobre el colectivo médico. Analizar la manera en la que la gran mayoría de los colectivos sociales, independientemente del género o de la clase social, se adapta y se conforma con el modelo médico vigente en el sistema sanitario, donde ellos pasan a ser agentes pasivos y los médicos son quién cuida, cura y controla la salud de los individuos, es interesante para poder establecer una nueva perspectiva sociológica dirigida a los procesos de medicalización de la sociedad. Cuando esto pasa durante el período de la infancia, es interesante poder ver de qué manera actúan los padres frente a ello.

2. Marco teórico

2.1 Conceptualización del término medicalización

La medicalización de la vida es un fenómeno que viene siendo abordado desde hace varias décadas por diferentes autores de la medicina, la antropología y la sociología (Illich, 1976; Foucault, 1976; Conrad, 1982;). Cuando en la literatura se habla de la medicalización de la vida, se refiere al proceso progresivo por el cual el saber y la práctica médica moderna incorpora, absorbe y coloniza fenómenos y problemas de la vida social y colectiva que anteriormente están regulados por otro tipo de instituciones o autoridades como por ejemplo, la familia o la religión (Foucault 1977; Illich 1976). En los últimos años, el proceso de ha ido transformando y reconfigurando hasta llegar a tener el poder de legitimación del cuerpo de las personas en las sociedades occidentales.

La traducción al castellano de *medicalization* consiste en un término cuyo uso se ha difundido de manera muy rápida, aunque no ha sido incluido aún en el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española. En los diccionarios médicos o de salud pública se ha definido la medicalización como la absorción de problemas de naturaleza no médica por la medicina moderna, sea por atribución externa, sea por la visión incorrecta del hombre por parte de la clase médica (como la confusión de cuestiones de conciencia con casos psiquiátricos) o como la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas (Kishore, 2002).

El ámbito de la medicina moderna ha conseguido expandirse en un período de tiempo relativamente corto y en la actualidad, abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas. El ámbito de la medicina abarca gran variedad de manifestaciones del cuerpo como son las fases del ciclo reproductivo y vital de las mujeres. La medicalización del ciclo reproductivo de la mujer afecta a la menstruación, al embarazo, al parto y a la menopausia. A lo largo del trabajo solo vamos a comentar las tres primeras fases que son las que están estrechamente relacionadas con la medicalización de la infancia(Conrad, 2008).

La vejez, la infelicidad, la soledad y el aislamiento por problemas sociales como pueden ser la pobreza o el desempleo también son cuestiones que han adquirido carácter médico y por lo tanto se diagnostican y se tratan como patologías(Conrad, 2008).

La medicalización puede identificarse según el modo que adopte. En líneas generales se destacan tres maneras de designar una situación como medicalización. En primer lugar, redefinir las percepciones profesionales sobre algunos procesos cotidianos, caracterizándoles como enfermedades mediante la incorporación de estos en la “mirada médica”, entender los procesos sociales como entidades patológicas abiertos a la intervención médica cuando el colectivo médico lo crea necesario. En segundo lugar, reclamar la solución de problemas que hasta el momento no se habían entendido como problemas médicos a la medicina científica, dejando a un lado los riesgos que implica tratar un problema social como si fuera uno médico. En tercer y último lugar, descartar cualquier terapia alternativa al tratamiento médico, aunque este demostrado científicamente su eficacia(Orueta Sánchez et al., 2011).

2.2 Medicalización en la infancia

El concepto de medicalización de la infancia se define como el conjunto de prácticas médicas que llevan a la patologización de una determinada conducta infantil que se ha evaluado como incorrecta. El abordaje de conductas como no se clasifican dentro de los parámetros en los que debe estar una conducta “normal”. El abordaje con medicación supone replantearse los riesgos a nivel físico que una droga puede tener en la salud de un niño y en los riesgos posibles respecto de la habitualidad y banalización del uso de fármacos que un proceso de medicación/medicamentación desde tan corta edad puede ocasionar, especialmente teniendo en cuenta que su uso responde a determinados imaginarios de "adaptación social", "éxito" y "rendimiento", como se visualizará en el desarrollo del estudio(Calderón Garrido, 2003).

Pero la medicalización de la infancia y de la adolescencia va mucho más allá de tratar el comportamiento de un niño como una patología, la medicalización de la infancia se

conforma de todos aquellos procesos médicos que intervienen en aspectos de la vida cotidiana de los niños y adolescentes. Se establece la naturalización acrítica de la vida diaria en los consultorios médicos, las escuelas y en los hospitales que consiste en patologizar y medicar a los niños/as que presentan diferencias o desviaciones con “los criterios de normalidad” durante el período de la niñez y la adolescencia(Ribeiro, 2015).

2.3 Modelo biomédico

La medicalización de la vida y la medicalización de la infancia están fuertemente correlacionadas con un sistema sanitario caracterizado por el modelo biomédico. Entendiendo la medicalización como una de las principales consecuencias de la aplicación del modelo biomédico(Gómez Pérez & Palacios Ceña, 2009).

El paradigma hegemónico de la salud y la atención a la salud en el mundo occidental es el denominado “Modelo Biomédico”, la construcción social que describe el tipo de respuesta de salud y de medicina que la sociedad desea y decide sostener y recibir. El modelo biomédico es, por tanto, la herramienta teórica y metodológica – y el instrumento ideológico – con que opera la medicina en el proceso salud-enfermedad-atención (Doyal, 1998).

Se podría definir el Modelo Biomédico como un abordaje de lo que es la salud y la enfermedad desde un punto de vista individualista totalmente contrario a la colectividad. El Modelo Biomédico entiende el cuerpo humano como si este fuera una maquina biológica que en ciertas situaciones requiere reparación, se mantiene la idea biologista y se descontextualiza al individuo de su medio social y ecológico. Desde este modelo, la enfermedad no es más que una alteración de la estructura y funcionamiento del cuerpo, y ese mal funcionamiento se puede haber dado por un factor externo al individuo o por un “fallo” interno. Cualquier alteración del cuerpo debe de ser tratada para que vuelva a la normalidad mediante métodos mecánicos y químicos. La identificación de patologías ha conducido a que la enfermedad es un problema de variación cuantitativa de las funciones normales y cuando se produce una hiper o hipo función, es decir, cuando una función denominada como normal es alterada ya sea por exceso o por defecto se debe corregir. Se diagnostica y diferencia la desviación de la normalidad. Es una concepción biologista y reduccionista de la ciencia, en una dimensión individual y de cura que margina las ciencias sociales. El usuario del sistema es un ser pasivo, se puede tratar su cuerpo separado de su mente(Menédez, 2005).

Este modelo considera la enfermedad como una realidad que se puede modificar estructuralmente y funcionalmente, y ya sea interna o externa, está causada por agentes externos que se deben de controlar. El inicio de la enfermedad se manifiesta mediante los síntomas y alternaciones estructurales y funcionales del cuerpo. Las condiciones ambientales

es el principal elemento predisponente para que las personas entre en contacto con la enfermedad (Menéndez, 2005).

A través del modelo biomédico, se creó la estructura organizacional de examinar, clasificar y tratar la enfermedad. Desde esta perspectiva, fundamentada en la patología, se define la salud como la ausencia de la enfermedad. El mundo está dividido entre las personas sanas y las personas enfermas, sin término intermedio, entendiendo por enfermedad aquello que el colectivo médico puede reconocer, demostrar y clasificar. Los especialistas son quienes poseen los conocimientos para proporcionar el tratamiento válido para la enfermedad, sin aceptar la posibilidad de otras alternativas para la cura de ésta (Menéndez, 2005).

En las sociedades occidentales, el sustancial incremento de las medicinas paralelas y alternativas es indiscutible, pero sigue siendo minoritario frente al modelo biomédico. El modelo biomédico continúa siendo la forma de atención con mayor vitalidad y desarrollo (Menéndez, 2005).

El biologicismo mantiene expectativas de éxito con un crecimiento que se divide en dos fases. En primer lugar, el aumento de las actividades que generan especialistas sanitarios y farmacéuticos, y en segundo lugar, la evolución médica mediante los procesos de medicalización de la vida (Uema, S., Vega, E. M., & Briñón, M. C., 2008)

2.4 Definición de enfermedad

El concepto de enfermedad presenta complicaciones para poder ejecutar una definición de carácter global cuando se renuncia a su existencia objetiva y se presenta como una “construcción social”, mediante la perspectiva sociológica, antropológica y psicológica. Se podría definir un proceso como enfermedad a través de dos perspectivas. La primera perspectiva tiene que ver con la mirada externa del profesional, en cambio, la segunda perspectiva se fundamenta en la autopercepción, la mirada interna del sujeto (A.C. Laurell, 1982).

La descalificación de la primera como la legitimación de la enfermedad no quiere decir que desde la segunda perspectiva se produzca un proceso de desmedicalización, ya que la autopercepción se caracteriza por la interiorización de los valores y los discursos de la primera, de esta manera se conforma una vinculación entre las dos percepciones. Algunas formas de “empowerment” se pueden clasificar como un aumento de los procesos de medicalización en los que se reemplaza el discurso médico por los valores y preferencias que adquieren los pacientes a lo largo de sus vidas (A.C. Laurell, 1982).

2.4.1 Qué es y que no es enfermedad

Desde los años 70, la incorporación de la tecnología en las técnicas médicas es uno de los principales avances para tratar varias patologías. Se podría afirmar que la tecnología constituye el conocimiento médico de diferentes maneras, ya que influye en gran medida sobre los modelos explicativos de la enfermedad y en la manera en la que se organizan los nuevos conocimientos médicos, además de establecer signos, marcadores y resultados que designan las enfermedades como tales. El incremento de las capacidades tecnológicas contribuye en el aumento de la sensibilidad para identificar nuevas patologías y reduce el umbral a partir del cual se tienen que tratar, de este modo solo aumenta la incidencia de las enfermedades(Díaz, 2008).

Desde una perspectiva actual y operativa, se podría definir la “no-enfermedad”, como un proceso o un problema de origen humano definido en alguna instancia como una condición médica pero que se podrían obtener mejores resultados si no se tratará des de la medicina. Para que esto suceda, se debe entender que no todo sufrimiento es una enfermedad y por lo tanto, no se debe tratar como tal. Un ejemplo de ello, referido a un proceso doloroso natural que puede suceder durante la infancia, es la orfandad. Cuando se dictamina que el niño sufre una “inadecuada elaboración del duelo”, el proceso medicalizar interviene para “tratar” sus dolencias. La medicalización de ciertos aspectos de la vida de los niños crea discrepancias entre los profesionales médicos y los usuarios sobre la clasificación de algunos fenómenos como enfermedades que están ampliamente documentadas(Díaz Agea, 2008).

En comparación a las últimas décadas, la definición de enfermedad cada vez es más extensa y se designa por simples síntomas, aspectos estéticos, presencia de factores de riesgo, por la posibilidad de padecer la enfermedad en algún momento a lo largo de la vida o por la presencia de factores de riesgo. Existen evidencias de que las personas que están bien informadas sobre el funcionamiento de la medicina y de los tratamientos médicos adoptan una posición más conservadora que el colectivo médico frente a los tratamientos preventivos mediante fármacos. A través del discurso médico, quizá se guie a la sociedad hacia una participación pasiva del paciente en la que el colectivo médico sea quién decida la manera en la que avanza la medicina. Si los pacientes dejarán de lado las recomendaciones médicas y eligieran tratamientos preventivos alternativos, todo el modelo sanitario daría un vuelvo y los efectos de una mayor participación haría que los servicios sanitarios replantearan sus objetivos(Ribeiro, 2015).

Cada fenómeno que no sigue la norma social, es etiquetado como enfermedad, y consecuencia de ello es la existencia de un tratamiento. En muchas ocasiones, los tratamientos o terapias curativas se prescriben a las personas sin dar toda la información sobre en qué consiste el tratamiento, cuál es su naturaleza, cuáles son los beneficios y los

efectos adversos que pueda tener, y además, en muchos casos, tampoco se tienen en cuenta las preferencias o los riesgos de cada persona en particular. El tratamiento se generaliza y según la enfermedad, el paciente debe adaptarse al tratamiento sin tener en cuenta sus características personales que le pueden diferenciar del resto de pacientes con un mismo diagnóstico(Ribeiro, 2015).

La evidencia científica aclara que algunos de los usuarios médicos sabe cuáles son sus preferencias en el tratamiento que deben de seguir para curar o controlar su patología. Los profesionales y los pacientes, a menudo entran en conflicto de opiniones para establecer el tratamiento óptimo para asistir una enfermedad. Aunque la magnitud de la discordancia varía según la patología y las alternativas terapéuticas que puedan haber para el trato de un diagnóstico en concreto(Díaz Agea, 2008).

La extensión de las pruebas genéticas que etiquetan a las persona que presenta un nivel de riesgo elevado para sufrir un problema de salud determinado, sin que se produzca una evaluación adecuada sobre los beneficios de las intervenciones a los que le van a someter y sin tener una determinación clara de la utilidad de las pruebas, porque el riesgo no significa seguridad. Ampliar el campo médico con nuevos test de carácter médico y psicológico se debe llevar a cada mediante una evaluación científica muy rigurosa, ya que si no se hace con consciencia, se puede llegar a etiquetar a una gran parte de la población como enferma. Pero se debe encontrar el equilibrio entre el proceso medicalizador y el proceso desmedicalizador, ya que al mismo tiempo que se van creando nuevas enfermedades a partir de las experiencias vitales o de los procesos de vida normales, también se pueden dar acontecimientos en los que se infrutilizan tratamientos que han sido efectivos, y ello puede llevar a graves consecuencias sobre la salud de las personas(Vara, 2007.).

2.5 Autores que abordan el término medicalización

El marco teórico se ha fundamentado en tres autores que han abordado el concepto de medicalización desde una perspectiva global, mostrando cuales son los principales procesos medicalizadores, y quienes son los actores sociales que intervienen en ellos.

La medicalización es un concepto subjetivo, y por lo tanto, muy difícil de definir con exactitud. Un buen marco teórico es fundamental para realizar un trabajo de revisión bibliográfica riguroso y de interés sociológico. El término de medicalización se puede concretar desde distintas posturas epistemológicas dentro de las cuales se pueden destacar las siguientes:

Michel Foucault, historiador, psicólogo, teórico social y filósofo francés del S.XX, en su obra “Historia de la Medicalización”, se constituye en base a tres aspectos: la biohistoria, la medicalización y la economía de la salud. Es otro de los autores fundamentales para analizar

el proceso de la medicalización. En su obra, crítica la manera en la que la medicina promete que tiene la capacidad de curar y prevenir enfermedades y la imposibilidad de que esto suceda. Para él, el discurso que ha adoptado la medicina hace que cada vez tenga más poder y más legitimidad para ejercer control sobre el cuerpo humano. Foucault es de los primeros teóricos que plantea la medicina moderna como una medicina social, y por lo tanto, como una práctica social que se desenvuelve en una sociedad capitalista. Realiza una estructuración de las posibles formas en las que se puede acoger a la medicina: la medicina urbana, la medicina del Estado y la medicina de la fuerza laboral. Y cree que mediante estos tres fenómenos se debe encontrar el origen de la medicina social y del control social sobre el cuerpo.

El término medicalización cómo algo negativo, se empezó a difundir a partir de los años con autores como Ivan Illich, un pedagogo, pensador y ensayista mexicano de origen austríaco, en su obra: *La expropiación de la salud: Némesis de la medicina* (1982), en la que crítico el poder de legitimación médico. Hablo de las opciones que presentaba la medicina para acabar con el sufrimiento de la vida, de este modo, los dolores de la vida se convirtieron en enfermedades. Para Illich, el sistema médico estaría medicalizando la vida de las personas, sin que estuvieran enfermas y asumiendo así la total autoridad sobre estas.

Define la medicalización de la vida de la siguiente manera: “La medicalización de la vida no es sino un sólo aspecto del dominio destructor de la industria sobre nuestra sociedad... Las estrategias médicas fracasan porque concentran demasiados esfuerzos en la enfermedad y muy escasos en cambiar el ambiente que enferma a la gente...”. Illich piensa que la medicina institucionalizada puede llegar a ser una importante amenaza para la salud de los individuos. El control social que se ejerce por parte de la medicina crea un impacto sobre la población que inhabilita a la gente a opinar por si misma dejando a un lado el sistema médico. Este tipo de control ha alcanzado tal magnitud que se podría medir en proporciones de epidemia. Illich denomina *Yatrogénesis* al nombre de esta nueva “plaga”. *Yatrogénesis* proviene del término griego *iatros*, que significa “médico” y de la palabra *génesis* que quiere decir “origen”. El debate de si la enfermedad se ha convertido en un progreso médico o es la medicina quién ha convertido un problema social en un problema médico, es un tema de discusión dentro del colectivo médico y también en la investigación científica relacionada con el tema.

Peter Conrad, es un médico y sociólogo estadounidense, autor del libro “*Medicalization of Society*” (2008) y de varios artículos académicos relacionados con los procesos de medicalización de la vida desde una perspectiva neutral en la que se expone la evolución de los procesos de medicalización y también cuales son los procesos medicalizadores más relevantes a nivel social. Conrad, reflexiona sobre la expansión del ámbito de la medicina y

de sus implicaciones sociales. Varios autores han intentado definir y conceptualizar el fenómeno de la medicalización, e igual que Peter Conrad, mediante un enfoque crítico. La obra de Peter Conrad tiene un especial interés por dos motivos: en primer lugar, aporta una visión de la medicalización muy actual, además de explicar las tendencias y los cambios concretos que están caracterizando el proceso. En segundo lugar, reflexiona sobre cuál es el papel de la sociedad dentro del proceso de la medicalización, poniendo en énfasis que la sociedad juega un papel activo dentro del fenómeno y que en parte es la responsable de que se extienda. Por lo que a infancia se refiere, Conrad es uno de los principales autores que define y conceptualiza la desviación de la normalidad de los niños/as y el Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad. Conrad, define la medicalización como “problemas no-médicos” pasan a ser definidos y tratados como “problemas médicos”, ya sea bajo la forma de “enfermedades” o de “desórdenes” (Conrad, 2008).

2.6 Actores implicados en el proceso de medicalización de la infancia y la adolescencia

Los factores que contribuyen al creciente fenómeno de la medicalización de la vida son diversos y complejos. Cuando se habla de medicalización de la vida o medicalización del ciclo vital, se debe destacar tres actores principales: el sistema sanitario, la industria farmacéutica y el propio individuo. Y en una posición secundaria, los medios de comunicación. No se debe de olvidar la relación de negocio que viene dada por la medicalización mediante fármacos entre el médico y la industria farmacéutica(Halfmann, 2012).

Cuando se habla de los procesos medicalizadores durante las etapas de infancia y adolescencia, los actores varían. El proceso de medicalización durante estas etapas se sustenta en los distintos intereses que tienen los principales actores implicados. Tres son los actores(E. Bianchi, 2009):

En primer actor que influye en los procesos de medicalización, y posiblemente es el más importante, es el entorno familiar más próximo al joven, generalmente, los padres. Los padres son quienes toman las decisiones referentes a la salud de sus hijos/as(Barros, 2008).

El segundo actor es el sistema sanitario, en el que se incluyen los médicos, las enfermeras, los farmacéuticos y en un segundo plano, las grandes compañías farmacéuticas. El papel del médico en la noción actual de la medicalización es igualmente compleja. Por un lado, el médico sigue siendo una figura de autoridad que prescribe los productos farmacéuticos a los pacientes. Y es el médico quién se relaciona de manera directa con el niño/a y con los padres para tomar las decisiones frente a una posible patología(Barros, 2008)

Por último, el tercer actor implicado en el proceso de medicalización de la infancia, es el sistema educativo. La escuela es donde se detectan algunas “patologías”, sobretodo conductuales, sobre el niño. Dentro del sistema educativo, el profesor del niño/a es quién

percibe que el niño no se comporta de la manera que “debería” y por ello informa a los profesionales del centro educativo y a los padres (psicólogo, educador social...) sobre la situación del joven. En algunas ocasiones, este proceso de detección de una desviación en la conducta del joven se produce durante la etapa de educación secundaria, donde el alumno ya es adolescente(Dávila León, 2004).

Capítulo I. Resultados

En las sociedades desarrolladas, la detección de problemas inherentes a la vida como problemas médicos es cada vez mayor. Se transforman las cuestiones sociales y políticas de carácter colectivo en cuestiones individuales, biológicas. Cuando se tratan las cuestiones sociales como si fueran biológicas se entremezcla el mundo social con la naturaleza de cada individuo. Las responsabilidades de las entidades de poder públicas pasan a ser responsabilidades del propio individuo(Díaz, 2008).

En la concepción biológica, los procesos y fenómenos siempre están regulados por las leyes de la naturaleza. La medicalización de aspectos sociales hace que todas aquellos procesos y relaciones que se han constituido socialmente se medicalicen y consecuencia de ello es la destrucción de los derechos humanos (Moisés y Collares, 2007)

A principios de siglo XIX la medicina se conformó como una ciencia moderna adquiriendo las competencias necesarias para legislar y normativizar la salud y la enfermedad. La concepción determinista de la biologización en la que todo aspecto de la vida de un niño se desvíe de lo que se entendería por la “norma” es determinado por su estructura biológica dejando de lado cualquier posible escenario o fenómeno característico de la vida social. En este punto es cuando entran en juegos los actores sociales que forman parte del proceso de medicalización de los niños. Entendiendo como actores los padres, el entorno escolar y el sistema sanitario (pediatras, farmacéuticas...), aunque dependiendo de la situación también se puede hablar de otros actores como el entorno social del niño, aunque en este proceso se posicionan en un segundo plano y en ocasiones ni existen(Orueta Sánchez et al., 2011).

3. La gestación y el nacimiento

El embarazo transcurre como un calendario de control ritualizado que protege, ordena y dirige los pasos de las gestantes hacia el nacimiento de sus hijos/as. El colectivo médico es quien se responsabiliza y tiene cura de la salud de las mujeres como precedente para mantener el bienestar y la salud del feto. La medicalización del proceso de embarazo conlleva que las mujeres se adapten a las normas y pautas establecidas culturalmente como las correctas(Juan, 1991).

La mayor parte de los embarazos las mujeres no sufren complicaciones y su gestación evoluciona favorablemente, a pesar de ello, las madres deben de cumplir un protocolo rutinario que les somete al control de su embarazo por parte de los profesionales sanitarios. Dicho control, aumenta a medida que avanza el embarazo, y a partir de la semana treinta son los profesionales médicos que atienden a la madre para comenzar con la preparación maternal (Juan, 1991).

Los servicios sanitarios europeos han cambiado de forma considerable en los últimos años, gran parte de esa evolución se ha dado por las recomendaciones que ha publicado la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante los últimos veinte años. En el 1985 se iniciaron las primeras recomendaciones relacionadas con el “cuidado del parto normal”, y fueron el resultado de estudiar la atención al parto en varios países occidentales. En el primer informe que se aconsejaba sobre cómo tratar el parto, se hizo énfasis en la medicalización del nacimiento, de la mente y del cuerpo de la mujer. Se criticaba la forma de alteración del parto como algo que puede alterar el estado del recién nacido. En el informe se justificaban las formas de parir naturales como la forma más segura de dar a luz y se desmitificaban aquellas formas que había adoptado el colectivo médico como idóneas para dar a luz.

La evolución de la asistencia obstétrica y el pensamiento social a lo que es el nacimiento ha ido en paralelo con el desarrollo de la medicina científico-técnica característica de las sociedades occidentales (Doyal, 1998).

La transformación de las prácticas sociales que giran entorno al parto y al nacimiento conforman un ejemplo ideal para poder entender de qué manera el proceso de medicalización eliminó las prácticas e ideas cotidianas que se habían utilizado durante varias épocas para el proceso del parto para inculcar las suyas como las correctas. Los cuidados de la salud pasaron de realizarse en la casa y con las personas más próximas como la familia y la comadrona como la persona que controlaba la situación, a ser atendidas por médicos especialistas y en el centro hospitalario. La asistencia al embarazo pasa de ser domiciliar y familiar a hospitalaria y tecnológica (Doyal, 1998).

Ester Carmona Sampere, en el artículo: “La medicalización del parto. Reflexiones sobre el cuidado obstétrico” (2012), plantea cuáles fueron las principales estrategias que se utilizaron por parte del campo médico para poder ejercer el control social de la salud de las personas, la medicalización de la vida o de la infancia y también ejerció control sobre la higiene social o salud pública. El discurso médico consiguió cambiar la opinión y el pensamiento de las mayorías por lo que respecta a la salud, y el parto es uno de los ejemplos que reflejan la manera en la que la medicina se ha empoderado mediante la medicalización de algo que era entendido como familiar. Se podría entender la

medicalización como un proceso de aculturación, en el que debe de estar presente una previa educación e inculcación de valores, y el discurso médico logró construir un sentimiento que favorable hacia la medicina y al mismo tiempo que desprestigiaba cualquier otro agente que pudiese intervenir de manera positiva en la salud del individuo. En los países occidentales el proceso de aculturación se consolidó con mucha fuerza en la última mitad del siglo pasado, pero en los países del sur, como Italia y España el proceso fue más lento y tardío que el resto de Europa debido a la arraigada tradición familiar. En los países occidentales, las generaciones que dieron a luz entre los años cuarenta y los años cincuenta lo hicieron en sus casas con la atención de las comadronas de sus localidades. A partir de los años sesenta se empezó a atender el parto en los hospitales con seguimiento médico en todo momento, y fue en la década de los setenta cuando el parto en el domicilio era algo excepcional, además de ser cuestionado por las posibles complicaciones y la salud de la madre y del recién nacido(Carmona, 2012).

A finales de los años sesenta y a principios de los setenta fue cuando se produjo el gran cambio en la asistencia obstétrica. Durante ese período se produjo una revolución de la forma de parir que no solo afectó al ambiente familiar en el que hasta el momento se había dado a luz, sino que también influyó en el papel clínico que tenían las matronas, ya que pasó de ser la primera fuente de cura y seguridad a pasar a un segundo plano siendo la ayudante u observadora del médico especialista(Juan, 1991).

Los partos que estaban controlados desde el hospital y al que se trataba a las mujeres con fármacos para que el parto fuera indoloro mediante la analgesia epidural lumbar o sacra. La administración de este tipo de analgesia impide la movilidad de la madre, además de disminuir la sensibilidad y la fuerza de pujo, por ello el tiempo de expulsión del feto aumentaba igual que la asistencia médica requerida para el parto. Las innovaciones tecnológicas cada vez van en aumento durante la intervención médica del parto. A lo largo de la segunda mitad del siglo XX, la habilidad de la mujer para parir ha pasado a un segundo plano debido a que la atención cada vez está más centrada en como las nuevas tecnologías pueden ayudar a los especialistas a llevar correctamente el parto sin que suponga ningún riesgo para la madre o el recién nacido. Desde hace unos años, existe un movimiento de matronas que defienden el parto normal frente al parto medicalizado o intervenido. Los argumentos que utilizan son la naturalidad del parto familiar y domiciliario, y los mínimos riesgos para la madre y para el bebé con este tipo de parto. Además, recuerdan que el embarazo y el parto no son enfermedades, sino son ciclos que forman parte de la vida y no deben de estar medicalizados. Se critica la aceptación social del exhaustivo control médico hacia el embarazo y el parto como si se tratase de una enfermedad que requiere de seguimiento y tratamiento clínico. La tecnología médica ha mediatizado la vivencia del embarazo transformándolo en algo en un proceso médico. Aunque es indiscutible que el

control de algunos embarazos permite que no una posible complicación sea resuelta a tiempo y que no se tema por la salud de la madre o del feto(Carmona, 2012).

Otro aspecto a destacar, es la disminución de la natalidad, pero el aumento de madres primerizas con edades superiores a los treinta años. La evolución del rol social de la mujer y su incorporación al mundo laboral son los principales factores por los que, en la mayoría de los casos, el tener hijos no es una de sus prioridades a lo largo de la década de los veinte años. El factor edad influye en el período de embarazo, ya que dependiendo de la edad el riesgo a sufrir complicaciones durante el embarazo varía(Martín Alfonso & Reyes Díaz, 2011).

Verónica Chamy, Felipe Cardemil, Pablo Betancour, Matías Ríos y Luis Leighton son los autores del artículo “Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años” (2009) en el que se evaluó el riesgo obstétrico y perinatal de las embarazadas con edades superiores a los 35 años mediante un estudio de cohorte retrospectiva de todos los embarazos atendidos en el hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, entre enero de 2001 y diciembre de 2006 en el que se analizaron variables maternas y perinatales. Se concluyó que la edad materna se asoció significativamente en forma independiente con resultados maternos y perinatales adversos. Hubo mayor riesgo para la mayoría de las variables analizadas en embarazadas de 35 años o más.

Los doctores en medicina Angélica Díaz y Pablo Sanhueza R, la comadrona Nicole Yaksic, en el Hospital el Salvador, Chile (2002), publicaron una investigación en la que se realizó un estudio de carácter retrospectivo y comparativo, a través de una muestra obtenida de forma aleatoria sobre la evolución materna y los resultados obstétricos de las pacientes adolescentes embarazadas atendidas en el hospital en comparación con un grupo designado como “grupo control” obtenido en el mismo Servicio y período del estudio pero de edad adulta. Se concluyó que las adolescentes embarazadas era el grupo de mayor riesgo con edades menores de 16 años, donde se producirían con mayor frecuencia las variables analizadas y descritas clásicamente en la literatura universal. El segundo factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la revisión como el factor determinante en la prevalencia de patologías relacionadas con el embarazo adolescente. En este sentido, cabe destacar que en el presente estudio no se hallaron mayores diferencias, lo que puede ser atribuido a la existencia en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Salvador, de un policlínico especializado en la atención de las pacientes adolescentes embarazadas, lo que determina los buenos resultados obstétricos y la similitud con el grupo de pacientes adultas al término del embarazo

Otro factor que se debe tener en cuenta son las expectativas que se han depositado frente los avances médicos, responsables en gran medida del proceso de medicalización del parto. Las mujeres esperan que la obstetricia resuelva cualquier problema y que evite las posibles complicaciones durante el embarazo y el parto. Los profesionales se comprometen a satisfacer las demandas de las mujeres que acuden a ellos durante el periodo de gestación y lo hacen con la ayuda de los avances en tecnología. Otro actor influyente en la medicalización del embarazo y del parto es la industria farmacéutica. Las farmacéuticas dedican parte de su mercado a la fabricación de productos destinados a mujeres embarazadas o con recién nacidos aunque no sean productos de primera necesidad(Carmona, 2012).

A partir de los años noventa, algunos colectivos de mujeres se empezaron a revelar frente la medicalización del embarazo y del parto. El movimiento se ha ido extendiendo hasta la actualidad, aunque los grupos de mujeres que se oponen al parto tratado desde la medicina son minoritarios. Estos colectivos defienden que se debe devolver el parto a la mujer y al recién nacido y que debe ser algo familiar y domiciliario sin necesidad de intervención médica. Aunque aún sean muchas las mujeres que prefieren dar a luz en el hospital porque se sienten más seguras bajo control médico, el número de personas que reclama que la asistencia sanitaria debe de ser más humana y respetuosa con las mujeres y los niños/a, con la espiritualidad del momento y con los aspectos emocionales, sigue en aumento. Ante esta crítica al parto medicalizado, el discurso médico referencia el elevado grado de mortalidad en el parto tanto de recién nacidos como de madres en los países subdesarrollados(Carmona, 2012).

Pero el discurso medico carece de sentido si nos comparamos con sistemas sanitarios que ofrecen la posibilidad de asistencia al parto natural, en familia y en casa y tienen resultados en salud equivalentes a los nuestros y en ocasiones incluso mejores(Goberna Tricas, Palacio Tauste, Banús Giménez, Linares Sancho, & Salas Casas, 2012).

Hoy en día, el debate de si la medicalización del parto es excesiva o no sigue en pie y las opiniones y argumentos frente al tema son muy dispares. Por parte del colectivo que se posiciona en contra de la medicalización del parto se denuncia la transformación del parto como si fuera una enfermedad, el uso excesivo de las nuevas tecnologías y los procedimientos y fármacos incensarios que no tengan beneficios clínicos o para la salud de la madre o el feto. Cuando se habla de procedimientos innecesarios un claro ejemplo de ello son las cesáreas o las inducciones con prostaglandinas(Díaz, 2008).

La OMS y el Diario Oficial de las Comunidades Europeas han publicado varios informes explicado el uso excesivo de las prácticas médicas para atender al parto además de la monitorización de un proceso fisiológico y natural que forma parte de la mujer. Además, se

ha alertado que cuando se aplican prácticas que son inoportunas o innecesarios se constituye un riesgo para la salud materno-fetal.

El debate científico está dividido entre las tesis que argumentan que la práctica médica es excesiva y en ocasiones innecesaria y los que defienden que las prácticas médicas proporcionan seguridad ya que controlan la evolución del parto y reducen los riesgos a las posibles complicaciones. La formación de las enfermeras está basado en el modelo biomédico, y la información que poseen las mujeres sobre cuáles son sus opciones para el momento del parto es muy escasa, por lo tanto, confían a ciegas con el criterio médico sin plantarse otras alternativas. A consecuencia de ello, en algunos países se están produciendo cambios legislativos a favor de que aumente el número de mujeres que decida dar a luz en sus casas. En el año 2010, en España se presentó la “Propuesta de Estrategia de Atención al parto normal del SNS”, en la que se exponen las propuestas realizadas por madres, sociedades médicas y de enfermería implicadas en los procesos asistenciales al embarazo y al parto. El objetivo de la propuesta es mejorar la calidad del proceso del parto como un proceso fisiológico (Carmona, 2012).

3.1 Propuestas para el cambio

Ante la situación de discordancia por la medicalización del parto o el parto natural, las preguntas que se deben plantear son las siguientes: ¿De qué manera se debe mejorar la atención al parto? y, ¿Cómo se puede limitar el cientifismo y la medicalización del parto actual?

Para desmitificar el discurso médico se debe tomar conocimiento sobre cuáles son los intereses por parte del colectivo médico hacia la medicalización del parto y establecer una comparación objetiva entre el modelo biomédico y otros modelos de cuidados y curación, argumentando las ventajas y desventajas de cada uno de ellos. Cuando un modelo médico se designa como efectivo y responde a las necesidades de la población es muy difícil que los profesionales y los usuarios decidan que se debe cambiar. El problema aparece cuando no el modelo no se conoce con totalidad y no se muestran sus efectos adversos, igual que tampoco se plantean alternativas que puedan mejorar-lo. Las mujeres que deciden dar a luz en sus casas en lugar de un centro hospitalario son tratadas como extrañas y criticadas por no optar por la seguridad y la asistencia del colectivo médico frente al parto. El rechazo por parte de la ortodoxia profesional hacia conductas que difieran de la norma social establecida hace que escoger una alternativa al parto medicalizado no se sostenga como una alternativa al parto convencional con el que se está familiarizado (Carmona, 2012).

Existen muchos estudios destinados a la crítica a los efectos a corto plazo de los procesos de medicalización y en ofrecer alternativas a dichos procesos mediante el abandono de

tratamientos farmacológicos para “curar” los problemas sociales. La falta de estudios de las consecuencias del intervencionismo excesivo y el control de las personas por parte del colectivo médico dificultan la expansión de un nuevo modelo médico que deje a un lado la medicalización de la vida. La ausencia de concienciación de los riesgos que supone un modelo médico con el grado de intervención tan elevado hace que los usuarios y los profesionales sanitarios se conformen con las prácticas actuales y siguen con el proceso de aceleración y manipulación del parto natural como un parto patológico (Márquez-Calderón, 2008).

4. Vacunación

La vacunación de los infantes es uno de los temas más debatidos por lo que se refiere a la medicalización de los niños/as.

4.1 Historia de la vacunación

Dos siglos antes del nacimiento de Cristo, en Asia apareció la inoculación. La inoculación es un proceso que consiste en introducir gérmenes de una enfermedad en el organismo para así protegerlo de futuras infecciones.

En 1718, Lady Mary Wortley, viajera y escritora británica, informó de que los turcos, se protegían de las infecciones inoculándose a sí mismos con fluidos procedentes de las cepas de viruela, pero la fiabilidad del método no estaba demostrada y su repercusión no llegó a la totalidad de la población. A finales del S.XVIII, la viruela era una de las principales infecciones que afectaba a toda Europa, Edward Jenner, médico británico, observó que los recolectores de leche de las áreas rurales se contagiaban de una viruela más leve que la del brote humano. Una vez, ya habían sido contagiadas, tenían inmunidad sobre la cepa común, que era mortal en la mayoría de las ocasiones. El doctor Jenner, tomó una muestra de fluido de una de una persona infectada y se la inyectó a un niño de ocho años, el niño estuvo enfermo durante unos días pero se recuperó. Al cabo de un tiempo el doctor lo infectó con el virus común y el chico no mostraba tener ningún síntoma de la enfermedad.

A mediados del siglo XIX, Louis Pasteur, químico de origen francés, se encargó de extender la inoculación a otras patologías características de la época como por ejemplo la rabia y también de divulgar la eficacia de este tipo de tratamiento destinado a la curación de enfermedades infecciosas que en aquel momento causaban verdaderas epidemias y el número de fallecidos debido al contagio era muy elevado.

4.2 Funcionamiento de las vacunas

La vacuna consiste en un preparado que se inyecta o se ingiere y que contiene gérmenes debilitados o muertos de alguna enfermedad. Al introducirse la sustancia en el cuerpo, éste

reacciona ante los gérmenes produciendo anticuerpos que permanecen en la sangre para poder proteger al organismo de la misma enfermedad si en un futuro ataca de nuevo. La respuesta inmunológica del cuerpo elimina el riesgo de sufrir la misma dolencia que se ha inyectado con la vacuna en el futuro. En algunas ocasiones con una sola dosis de la vacuna no se asegura una protección duradera contra la enfermedad y por ello se suministran otras dosis llamadas “dosis de recuerdo”.

La mayor parte de las dosis se administran desde que el niño nace hasta que cumple los doce años, aunque las “dosis de recuerdo” son tomadas en edades superiores. Cada persona que está registrada en el sistema sanitario tiene su propio calendario de vacunas. Como el propio nombre indica, el calendario de vacunas es un documento que controla las vacunas que se deben de aplicar y las vacunas que ya han sido aplicadas, todas ellas con una fecha designada.

La cartilla de vacunas puede variar según el país, y también dentro del mismo país. Las vacunas que se aplican suelen ser las mismas en todos los países desarrollados, el calendario de aplicación de éstas es el factor que puede variar según los servicios sanitarios de cada lugar. En el caso español, la Asociación Española de Pediatría es quién establece el calendario de vacunas. Una parte de las vacunas del calendario son aplicadas de manera sistemática pero existen varios tipos de vacunas que no son obligatorias aunque sí que son recomendadas por parte de la AEP. La decisión de aplicar las vacunas no obligatorias a los niños que van desde los recién nacidos a los 14 años, es de los padres o tutores legales, ellos son quién tienen la capacidad de decidir si se va a suministrar la vacuna o no. El discurso de la AEP recomienda las vacunas defendiendo que los niños y luego los adultos estén protegidos contra múltiples enfermedades infecciosas que podrían suponer un grave riesgo para la salud. Además, se añade que la mayoría de las enfermedades por las cuales se aplica la vacuna, están erradicadas en los países desarrollados, y se atribuye ese logro a la aplicación de los calendarios de vacunas, aunque con la fuerte inmigración internacional se pueden volver a propagar algunas enfermedades que hoy en día solo se encuentran en países en vías de desarrollo.

Gracias a la memoria inmunológica, el riesgo de padecer la dolencia por la cual se ha vacunado a la personas en un futuro es prácticamente inexistente.

La mayoría de los niños son vacunados en los centros de salud de su comunidad, pero algunas vacunas también son aplicadas en los colegios. El coste de las vacunas varía según el sistema sanitario de cada país, en el caso español, las vacunas todas las vacunas son gratuitas en todo el estado.

En la mayoría de los países, las vacunas recomendadas son las siguientes: hepatitis B, difteria, tétanos y tosferina, poliomeilitis, haemophilus influenzae tipo B, meningococo C, sarampión, rubeola y parotiditis, varicela, neumococo, papilomavirus, rotavirus, gripe y hepatitis A. Como se ha comentado anteriormente, hay algunas enfermedades que ya no se manifiestan en la mayoría de los países desarrollados, pero una parte del colectivo médico las sigue recomendando para prevenir un posible brote incontrolado de alguna enfermedad infecciosa.

La AEP recomienda el suministro de las siguientes vacunas antes de que el infante cumpla siete años:

La Asociación Española de Pediatría recomienda administrar las siguientes vacunas antes de cumplir los 7 años:

- 3 dosis frente a la hepatitis B, difteria, tétanos, tos ferina, Haemophilus influenzae tipo b y polio en el primer año. La mayor parte de las comunidades autónomas administran estas 6 vacunas en una sola inyección (hexavalente) a los 2, 4 y 6 meses de edad. Algunas también vacunan a todos sus recién nacidos contra la hepatitis B.
- 3 dosis frente al meningococo C a los 2, 4-6 y 12-15 meses de edad.
- 4 dosis frente al neumococo a los 2, 4, 6 y 12-15 meses de edad.
- 2-3 dosis de vacuna oral frente al rotavirus a los 2, 4 (y 6) meses de edad. Esta vacuna no está financiada.
- 2 dosis frente al sarampión, parotiditis y rubeola, la primera a los 12-15 meses de edad y la segunda entre los 2 y los 3 años. Los tres componentes se administran reunidos en un solo inyectable (triple vírica).
- 2 dosis frente a la varicela, una a los 12-15 meses de edad y otra a los 2-3 años.
- 1 dosis frente a la difteria, tétanos, tos ferina, Haemophilus influenzae tipo b y polio, en una sola inyección (pentavalente), a los 15-18 meses de edad.
- 1 dosis frente a la difteria, tétanos y tos ferina a los 4-6 años.

A través de la revisión bibliográfica, las diferencias que se han podido ver entre las vacunas recomendadas y el calendario de vacunación de los países occidentales y norte americanos son mínimas, las distinciones que se han podido encontrar son las fechas aproximadas para cada vacuna y las diferencias en el funcionamiento del sistema sanitario según el país.

4.3 Tipos de vacunación

Existen dos tipos de vacunación: por un lado está la vacunación activa y pasiva y por otro lado, la vacunación activa.

4.3.1. La vacunación activa

Mediante la inmunización activa se consigue una protección de la persona frente a la enfermedad a largo plazo. Este tipo de vacuna se caracteriza por la inyección de virus muertos o debilitados, parte del patógeno, a los que se les llama antígenos, y su función es simular una infección en el sistema inmunológico para que el organismo movilice sus defensas y produzca los anticuerpos necesarios en contra de los agentes activos evitando una mayor propagación de la enfermedad. Un ejemplo de propagación es a través del torrente sanguíneo.

El sistema inmune está dotado de las células de memoria, este tipo de células tienen la particularidad que recuerdan todo tipo de virus que ha infectado al cuerpo anteriormente, por lo tanto, cuando se produce una infección real, el cuerpo tiene la capacidad de formar de manera inmediata los anticuerpos adecuados.

La vacunación activa debe ser aplicada en varias ocasiones según los intervalos de tiempo que designe el calendario con la finalidad de estar siempre vigente, ya que solo después de todas las dosis de vacuna (que van en función del tipo de virus) se crean los suficientes anticuerpos en la sangre para proteger de forma totalmente segura el sistema inmunológico contra los posibles patógenos. El sistema de protección que se activa a través del sistema inmunológico del cuerpo se le llama inmunidad. Al llegar a la edad adulta, según las características de la vida cotidiana de cada persona, se recomienda que se siga aplicando vacunas recordatorio cada cinco o diez años para minimizar los riesgos de sufrir cualquier enfermedad.

Por lo general, hay dos modelos de vacuna que se utilizan para la inmunización activa. Existen las llamadas vacunas muertas y las vacunas vivas, aunque los dos modelos se fundamentan en la actividad de los antígenos que contiene la vacuna.

4.3.2. La vacuna muerta o inactivada

La vacuna muerta o inactivada es aquella que contiene parte de los agentes patógenos, pero éstos están muertos y por lo tanto, no se pueden reproducir. Aunque los antígenos estén sin vida, la aplicación de esta vacuna permite que el sistema inmunológico cree los anticuerpos necesarios para tener la capacidad de afrontar la enfermedad en el caso de que intentara atacar. Los niveles de anticuerpo después de este modelo de vacuna no son muy elevados, por ello es necesario que se apliquen recordatorios cada cierto período de tiempo. En la

actualidad, este modelo de vacunación es el más utilizado en la mayoría de las vacunas que se han citado antes como “recomendadas” por el colectivo médico. Ante cualquier vacunación, el médico tiene la obligación de informar al paciente sobre que implica cada método de vacuna, además de sus riesgos potenciales y de presentar las posibles alternativas a la vacunación.

4.3.3. La vacuna viva

El modelo de vacuna viva contiene componentes de los patógenos del virus por el que se va a aplicar, pero estos se encuentran en un estado de atenuación. Los patógenos no pueden provocar la enfermedad pero en ocasiones sí que presentan algunos síntomas propios de la infección.

En este punto aparece uno de los debates en que, por un lado, se posiciona aquel colectivo que cree que los pacientes no deberían de ser tratados con vacunas vivas ya que los síntomas que pueden aparecer son propios de la infección, y por lo tanto son perjudiciales. A las mujeres embarazadas no se les puede aplicar una vacuna viva, ya que los antígenos que contiene la vacuna podría infectar al feto y provocarle defectos en el desarrollo e incluso su muerte. Por otro lado, se posicionan aquellos que piensan que aunque sean vacunas sintomáticas, deben de ser aplicadas para evitar posibles riesgos de propagación de un virus.

La principal ventaja de la vacunación viva cuando es aplicada a niños/as, es lograr la inmunidad de por vida ya que los recordatorios de la vacuna son innecesarios.

4.3.4 La vacunación pasiva

La vacunación pasiva tiene una actuación inmediata, es decir, cuando el cuerpo ya está infectado con un patógeno, una vacuna de carácter activo no desarrollaría los anticuerpos suficientemente rápidos para poder eliminar la infección.

Este tipo de inmunización se caracteriza porque a la persona infectada se le inyectan anticuerpos humanos que han sido extraídos de la sangre de personas que previamente se habían contagiado con la enfermedad, la superaron y sobrevivieron. A diferencia de la vacunación activa, la inmunización pasiva, es la que se suele utilizar a los viajes a países exóticos en los que en su población hay elevados índices de propagación de alguna enfermedad infecciosa que en el país de origen de los viajeros se da como erradicada.

2.1. 4. La vacunación simultánea

En este tipo de vacunación, se administran de manera simultánea la inmunización activa y la pasiva. El objetivo de este tipo de inmunización es proporcionar protección inmediata contra

ciertas enfermedades a las que una persona pueda estar expuesta (vacunación pasiva) y también tener inmunidad prologada contra el patógeno en cuestión (vacunación activa).

4.5 Pros y contras de la vacunación

La vacunación es uno de los procesos médicos que cada vez está más cuestionado tanto por la sociedad como por el mismo colectivo médico. Una vez más, la escasez de información sobre cuáles son los efectos positivos y cuáles son los riesgos de las vacunas, qué tipos de vacunas hay, como funciona cada una de ellas nos lleva al conformismo con lo que nos dice el colectivo médico que se debe de hacer sin tener la posibilidad de plantearnos una alternativa.

4.6 Aspectos a favor de las vacunas

Gracias a la vacunación, muchas personas han podido recuperarse de distintas enfermedades, y otras muchas nunca se han tenido que llegar al punto de sufrir la infección. Las clásicas enfermedades infantiles (que también pueden afectar a adultos pero son más comunes durante el período de la infancia) como son la rubéola, las paperas, la varicela, la tos ferina, el sarampión o la poliomielitis, actualmente, gracias a la vacunación, se consideran enfermedades con un nivel de riesgo a sufrir complicaciones e incluso la muerte muy bajo. Cuando la mayoría de la población esta vacunada contra una misma cepa se pueden llegar a erradicar los agentes patógenos a nivel local.

4.7 Aspectos en contra de las vacunas

La vacunación no siempre es algo inofensivo, hay algunas vacunas que conllevan una serie de riesgos que pueden llegar a ser peligrosos para la salud. Algunas vacunas pueden favorecer la susceptibilidad a las alergias y a la debilitación del sistema inmunológico. En algunos casos, los niños pueden reaccionar negativamente a una vacuna y si los síntomas no son tratados a tiempo pueden provocarle lesiones físicas.

El Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP) es el organismo responsable y el portavoz de las recomendaciones que se hacen por parte del colectivo médico relacionado con la aplicación de las vacunas. El comité Asesor de Vacunas de la AEP está conformado por varios pediatras de prestigio especializados en los campos de vacunología e infectología. Los profesionales que forman parte de la AEP aseguran que gracias a la vacunación universal la frecuencia de muchas enfermedades contra las que nos vacunamos ha disminuido y en algunos casos se ha logrado su total desaparición. Afirman que el motivo de seguir inmunizando es los niños mediante la vacunación es la única manera de asegurar que las enfermedades siguen estando erradicadas o solo se trata de casa muy puntuales. Otro de los argumentos que sostienen su ideología son las posibilidades de contraer una enfermedad que en el país de

origen del viajero ha sido erradicada pero en el país que viaje el foco siga activo y por lo tanto, si la persona no está vacunada, pueda infectarse y posteriormente introducir la enfermedad dentro del país. Desde la CAV, destacan que si las personas dejaran de vacunarse, aumentaría de manera alarmante la vulnerabilidad de enfrentarnos a estas enfermedades infecciosas además de asumir el riesgo que pueden aparecer nuevos brotes o epidemias por los que no existe una cura.

El pediatra es quién establece una relación directa con los padres que deciden vacunar a sus hijos. El papel del pediatra debe ser clave en el proceso de vacunación, ya que no es solo quién se encarga de aplicar la vacuna y actualizar la cartilla, sino que tiene la obligación de dar información sobre el proceso de vacunación desde su punto de vista profesional, explicando los pros y los contras de cada tipo de vacuna para que los padres puedan elegir de manera razonada si quieren vacunar a su hijo/a.

4.8 Movimientos por la libertad de la vacunación

En algunos los artículos elegidos para poder exponer la vacunación como un proceso de medicalización, se citan a diferentes organizaciones de carácter regional que reclaman la libertad de la vacunación, este tipo de asociación son contrarias al sistema actual de vacunación. La falta de información sobre qué son las vacunas y cuáles son sus efectos adversos son algunas de las razones por las que estas agrupaciones critican los procesos de control médico sobre el cuerpo humano, y concretamente, sobre el cuerpo de los niños/as.

En España existe la Liga para la Libertad de Vacunación, una asociación que se fundó en el año 1989 en Barcelona y tiene como objetivo luchar contra la “rigidez e indiscriminación de los programas vacunales”. Para este colectivo, la humanidad ha estado y seguirá estando conviviendo con microorganismos que en ocasiones pueden afectar al organismo. Defienden la mejora de las condiciones y la calidad de vida para que el sistema inmunológico no tenga que activarse de manera innecesaria, y en ningún caso la inoculación se ve como una solución. Otro de los argumentos que utilizan es el siguientes: “Los virus y los microorganismos agresores serán cada vez más resistentes a los fármacos, mutarán y crearán nuevas enfermedades para las cuales habrá que buscar nuevas fórmulas, en una carrera sin fin. La vacuna no es la solución a los problemas sanitarios de la humanidad”. Los principales intereses de este tipo de asociaciones son dos. En primer lugar, piden una revisión de los calendarios de vacunación además de la eliminación de la vacunación a menores de tres años excepcionando los casos especiales. En segundo lugar, piden que el usuario tenga total libertad para decidir si se quiere vacunar, en el caso de los niños, la responsabilidad debe recaer en los padres.

5. Comportamiento

A lo largo de la historia, en el mundo occidental, las personas han aceptado unos determinados comportamientos como normales, toda aquella persona que no se someta a las normas sociales establecidas y que se comporte de manera distinta a los patrones que debería de seguir se convierte en alguien que debe de ser perseguido ya que la mayoría se siente molesta con su manera de actuar. Pero los patrones y las normas sociales no son naturales, están impuestas desde la primera fase de socialización y debemos respetarlas y seguirlas a lo largo de nuestra vida ya que si no lo hacemos nos etiquetan como personas diferentes que no estamos dentro de la norma. Como los patrones no son naturales, no siempre son los mismos, cambian y nosotros nos debemos adaptar a ellos (Faraone, Barcala, & Torricelli, 2009).

El comportamiento humano no se puede determinar biológicamente, aunque sí que se puede delimitar en el tiempo y también en los espacios sociales y geográficos. El ser humano es un ser cultural, la naturalización de los patrones de comportamiento hace que inconscientemente actuemos de una manera determinada, ajustando nuestro comportamiento a los moldes sociales que rigen nuestra conducta y nos llevan a la docilización del cuerpo y de la mente (Gómez Pérez & Palacios Ceña, 2009).

Cuando un individuo perturba el orden social en el que nos encontramos, nuestra reacción es alejarlo, etiquetarlo o eliminarlo. Los actores implicados en este proceso son los mismos del proceso de medicalización, los padres, el colegio y el sistema sanitario incluyendo las farmacéuticas. Categorizar y distinguir a las personas según su comportamiento y su manera de actuar hace que las diferencias entre aquellas personas que actúan según dicta la norma social vigente y las que no. Como he dicho anteriormente, las normas sociales cambian, el comportamiento que durante una época se define como un trastorno puede que al cabo del tiempo sea aceptado como una conducta normal libre de cualquier juicio. Con la aparición de la medicina moderna, a mediados del siglo XVI, el poder y el saber pasa de estar legitimado por la iglesia a estarlo por la medicina. La medicina se convirtió en la autoridad para poder identificar, evaluar i tratar cualquier trastorno que no se ajustase a la norma social. Además, también adquirió la legitimación para poder etiquetar y aislar cualquier comportamiento que no se considerara óptimo para un buen funcionamiento social (Faraone et al., 2009).

La medicina es el actor que tiene la capacidad de legislar sobre la normalidad y la anormalidad, de definir lo que es salud y lo que es enfermedad, y dentro de esta categorización analizando la conducta de las personas. El comportamiento anormal o desviante se contrapone al modelo ideal de comportamiento social bajo la norma. La

normativización de la vida hace que se asuma el control social(Gómez Pérez & Palacios Ceña, 2009).

El constante desarrollo científico y tecnológico, hace que el campo médico cada vez se especialice, se complejice y se sofistiquen más. Ciencias como la psicología, la psiquiatría y la neurología toman el comportamiento como un objeto del saber/poder. De este fenómeno surgen los expertos que tienen el poder de definir cuáles son los límites de la normalidad(Gómez Pérez & Palacios Ceña, 2009).

La psicología se desvincula de la psiquiatría aunque lo hace sin romper con su filiación paradigmática(Affonso Moysés & Lima Collares, 2012).

Las investigaciones científicas que estudian el comportamiento hacen que surjan nuevas formas de evaluación, nuevos criterios, nuevos nombres y nuevas formas de clasificación Affonso Moysés & Lima Collares, 2012).

Cuando se normativizan las primeras fases de la vida hace que los problemas de la vida se transformen en trastornos que necesitan ser tratados. Todo aquello que transige las normas, todo lo que no funciona como “debería” de funcionar, es transformado en un problema individual, en una enfermedad(Gómez Pérez & Palacios Ceña, 2009).

Los médicos como profesionales, ejercen el papel de ordenar y clasificar la sociedad. La ciencia moderna se basa en la neutralidad y objetividad de sus estudios, donde se cumpla una rigurosa metodología y se sigan los criterios de validez de cualquier objetivo que se proponga. El debate aparece cuando la ciencia moderna intenta medicalizar la vida mediante unos instrumentos de evaluación estandarizados a los que la persona se debe adaptar a ellos y no por el contrario, ellos a la persona. La mayoría de los profesionales sanitarios no están dotados de una formación crítica y ahistórica, por lo tanto, cuando deben evaluar el comportamiento de un individuo no pueden hacer otra cosa que ajustarle el diagnóstico que más se ajusta a él(Faraone et al., 2009).

A día de hoy, la medicina presenta un discurso de curación para aquellos pacientes cuya conducta no se rija a la norma. Se debe tener en cuenta que la medicalización de la sociedad solo se podrá llevar a cabo el día en el que se viabilice e instrumentalice la intervención médica en la vida social. “La medicina del siglo XX será caracterizada como la medicina del poder y de la perplejidad; de un lado, el desarrollo científico y tecnológico le atribuye mayor poder de control e intervención sobre la vida y la muerte; del otro, se ve constantemente confrontada por nuevos problemas y obstáculos, que desafían y desmienten sus promesas de salvación y de un futuro sin medicina” (Lain Entralgo, 1982). La legitimación del control sobre el cuerpo por parte del sistema sanitario es indiscutible, y la sumisión de las persona ante él hace que aumente su poder y su capacidad de intervención(Lain Entralgo, 1982).

A principios de los años setenta, la crítica a la medicalización se convirtió en el objeto de estudio de varios autores, entre ellos destacan Ivan Illich, Peter Conrad, Michael Foucault. Los tres presentan importantes reflexiones teóricas y analíticas sobre el proceso de la medicalización el proceso educacional y conductual.

Vinculado a la medicalización de la vida de niños y adolescentes, la medicalización de la educación y la creciente aparición de nuevas enfermedades del no aprendizaje hace se entrelace con la medicalización del comportamiento de aquellos niños que actúan de manera diferente a lo que se clasifica como anormal. (María Aparecida Affonso Moysés y Cecília Azevedo Lima Collares, 2012)

Desde el campo científico se afirma que los “problemas” que les aparecen a los niños que se encuentra dentro de sistema educativo son graves y en la mayoría de ocasiones, crónicos. Además en el mismo discurso se añade que la medicina tiene la capacidad para solucionar dichos problemas; de este modo se crea la demanda por sus servicios y se amplía la medicalización(Tizio, 2008).

A partir de los años 80, se produjo un crecimiento progresivo para detectar posibles trastornos en los niños que les dificultaban el aprendizaje y hacía que se ralentizasen en el proceso educativo. En los últimos treinta años el discurso médico se ha ido modificando, hasta hoy en día donde el discurso medicalizante se refiere a la dislexia, Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH), Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Trastorno de Oposición Desafiante (TOD) (Affonso Moysés & Lima Collares, 2010).

El proceso de aprendizaje y el modo de ser y comportarse una persona son dos aspectos de la vida social preferenciales de la medicalización. A consecuencia de ello, los niños y los adolescentes son los más afectados en dicho proceso, sin que ello tenga la legitimación de su propio cuerpo, sino que son los padres, la escuela y el médico quién dictamina que el niño no se adapta a la norma social vigente y que se debe encontrar una solución a ello(Partido, 2013).

5.1 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DMS)

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) perteneciente a la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) contiene una clasificación muy específica de los trastornos mentales existentes y proporciona descripciones de cada una de las categorías diagnósticas. La finalidad de estos estudios reside en que los investigadores de ciencias naturales, dispongan del material necesario diagnosticar, estudiar y también intercambiar conocimiento sobre cómo tratar los distintos trastornos mentales.

Los datos del DSM son empíricos y la metodología que se utilizó para la realización de la clasificación es descriptiva. Como el listado de trastornos se formuló con el objetivo de favorecer las relaciones entre los colectivos científicos que estudiaban los mismos trastornos, en la DMS no se explican los tratamientos, psicoterapéuticos o farmacológicos que requiere cada uno de los trastornos. El DMS debe de ser utilizado como guía para complementar nuevos conocimientos científicos relacionados con algún trastorno.

La DMS-IV, define los trastornos como una clasificación social que no excluye, porque lo que hace es clasificar trastornos y no clasificar a las personas que los padecen. Aunque no exista un límite del concepto trastorno, desde la DMS, se pretende que el término englobe cualquier posibilidad.

La DMS presenta una fuerte crítica por lo que representa su clasificación de los trastornos, aunque sea el diagnóstico más utilizado durante las investigaciones científicas, se tacha esa clasificación como un método reduccionista y adinámico, además de no enfatizar entre el estado de una persona y sus rasgos específicos (Francés, 2010).

En este apartado no se van a exponer todos los trastornos descritos por la DMS ya que son decenas, y muchos de ellos son minoritarios. Solo se van a exponer los trastornos más destacados en el debate científico actual.

5.2 Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad

La Hiperactividad infantil se convirtió en un problema médico a finales de los años 60 y principios de los 70, cuando la DMS lo incluyó en su lista de trastornos. A lo largo de la década de los 70, el síndrome se entendía como una dolencia infantil, y que al llegar a la adolescencia esta desaparecía. Pero esto fue cambiando a medida que se iban introduciendo nuevos cambios en las actualizaciones de la DMS, hasta que llegó el momento en el que se diagnosticaron las mismas conductas ligadas a la hiperactividad en adolescentes y personas adultas (Conrad, 2008).

Los procesos de medicalización mediante fármacos de nuestras sociedades están constituyendo una problemática que pone en debate los intereses económicos, sociales y culturales en los que se radicaliza la biomedicalización. El tratamiento de los niños a los que se les ha detectado un TDA/H, está conformado por psicotrópicos y psicoterapia. El auge y la posterior consolidación del diagnóstico del TDA/H en niños, plantea cuáles son los actores implicados que buscan la solución al problema mediante el consumo de fármacos por parte del niño. Se destacan las nuevas estrategias que se utilizan por parte de la industria farmacéutica para poder ampliar su mercado referente a los niños, y lo hace mediante las escuelas, las asociaciones de padres y profesores. La penetración de la industria farmacéutica en la comunidad familiar y educativa del niño hace que el mismo interiorice el

proceso de medicalización como algo cotidiano. La normalización de estos procesos sigue avanzado sin que haya barreras que se lo impidan, los diagnósticos de TDH/A aumentan y las estrategias de normalización hacen que el sector médico-farmacológico adopte un rol muy importante en nuestras vidas (Eugenia Bianchi & Faraone, 2010).

5.3 Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG)

Según la DMS, los niños y adolescentes que padecen Trastorno de Ansiedad Generalizado, es debido a su alta competitividad en el ámbito escolar o deportivo, aunque la finalidad de la actividad no sea evaluativa. Otros temas de preocupación que designan un TAG durante los períodos de infancia y adolescencia son la puntualidad, y también pueden serlo los acontecimientos catastróficos, ya sean naturales o no. Los principales motivos por los que se caracteriza un TAG son los siguientes: se preocupan demasiado por las actividades de cada día, tienen problemas para controlar sus preocupaciones constantes, hasta el punto de llegar a obsesionarse con ellas. Son conscientes de que se preocupan mucho más de lo que deberían pero no se pueden relejar, eso hace que tengas problemas para concentrarse y se sobresaltan con mucha facilidad. En muchas ocasiones también presentan problemas para dormir o permanecer dormidos durante toda la noche y se sienten cansados gran parte del tiempo. En algunos casos, tienen fuertes dolores de cabeza, dolores musculares, dolores estomacales o dolores inexplicables. En ocasiones el trastorno es hereditario, pero no se sabe con seguridad cuál es su origen. Algunos estudios revelan que el miedo y la ansiedad hacen que se involucren varias partes del cerebro, las mismas que podrían estar implicadas en el desarrollo de un TAG. Existen varios tipos de psicoterapias para tratar un TAG, a cada paciente se le asigna una terapia en función de las características que se le presente su trastorno (Bados López, 2015).

5.4 Trastorno del Espectro Autista (TEA)

El autismo es un trastorno neurológico que aparece durante los tres primeros años de vida, y puede estar asociado a otro tipo de patologías o trastornos, aunque no es algo que siempre vaya interrelacionado. Las personas con autismo se caracterizan por que desvían la velocidad y la secuencia de desarrollo de los hechos, así como las relaciones sociales, el lenguaje y la comunicación. Sus intereses están muy delimitados y presentan una fuerte resistencia al cambio. Todos estos aspectos interfieren en su interacción social con las otras personas. No existe un tratamiento definido para el TEA, ya que depende de la manera en la que se comporte el joven que lo padezca. (Cristóforo, 2013).

Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD)

El Trastorno de Oposicionista Desafiante (TOD), en ocasiones también se denomina como el Trastorno Negativista Desafiante, aparece aproximadamente hacia los 8 años de edad, en

contadas ocasiones se muestre antes, y es más frecuente que se manifieste en los niños que en las niñas. Aunque existan estudios que demuestren que afecta al 20% de los niños, muchos expertos creen que esta cifra tan elevada es debido a las definiciones culturalmente cambiantes del comportamiento infantil normal, además de los sesgos culturales y raciales.

5.5 Fracaso escolar

En el trabajo titulado “La medicalización del fracaso escolar”, obra del médico Juan Gervas y de la profesora, Paula González-Vallinas (2010), analiza cuales son los factores que llevan a los niños/as a no adquirir las competencias básicas del curso.

El fracaso escolar es un tema de gran relevancia en la sociedad actual, muchos son los padres que se preocupan por el futuro bienestar de sus hijos y para ello quieren darles las herramientas necesarias para que puedan asegurarse el mejor porvenir posible. El proceso de aprendizaje y formación forma parte de esas herramientas. En el artículo se afirma que aproximadamente un 40% de los estudiantes de los países occidentales, no termina su proceso de escolarización de manera satisfactoria (Gervas & P. González-Vallinas).

Los padres confían en que el sistema educativo y en que los profesionales serán capaces de guiar y fomentar el conocimiento de sus hijos/as, y aunque los niños/as tiene deseos naturales para aprender, los datos no son los esperados. Cuando un niño no adquiere los conocimientos básicos que se le piden al finalizar el curso son ellos quienes han de asumir la culpa. Pero la verdad es que entra en juego otros factores que influyen en el rendimiento del niño/a como es el sistema educativo, los recursos, el profesorado y los padres. Desde que son pequeños, los niños muestran curiosidad y deseo por aprender nuevos conocimientos, es en este punto donde surgen los siguientes debates: ¿Qué está pasando para que un porcentaje tan elevado de niños/as, no consigan superar sus estudios de manera satisfactoria? o ¿Qué pasa con los niños que no se adaptan al sistema académico y organizacional tradicional? (Gervas & P. González-Vallinas).

Y cito textualmente el siguiente párrafo del artículo de Gervas y González-Vanillas “*Las peculiaridades devienen enfermedades, cuando en realidad lo enfermizo es pretender a todos los niños iguales pues no hay niño que no tenga en algún momento una variación de la conducta.*”

Cuando no se tiene en cuenta el papel de la sociedad, del profesorado, de la organización escolar, de los padres y de las relaciones sociales de los niños, la culpa de los resultados académicos del niño/a recae en los niños/as. Cuando el alumnado no responde de manera homogénea a los objetivos que deben cumplir a lo largo del curso académico, el sector sanitario, considera cualquier variación de conducta no controlable como un problema de carácter médico (Gervas & P. González-Vallinas)..

Otra de las citas textuales del texto dice lo siguiente: *“Los docentes tienen que responder a situaciones que no controlan frente a un alumnado desinteresado y cabe la tentación de pasar las propias responsabilidades a otros sectores, como el sanitario. Es decir, cabe el transformar en problema de salud toda anormalidad vivida como tal por el sistema educativo. Así, el fracaso escolar y las dificultades escolares devienen problemas sanitarios y requieren métodos preventivos y curativos médicos.”*

Como ya se ha comentado anteriormente, existe una epidemia relacionada con los nuevos diagnósticos de hiperactividad y trastornos de atención y de desarrollo, donde la solución que se propone es un tratamiento basado en la medicación para “solucionar” el problema, cuando en realidad, el problema no se debe solventar mediante los fármacos. Entendiendo como trastorno toda aquella conducta que no respete la norma social, definir el concepto normalidad presenta varias dificultades ya que es un término muy subjetivo debido a su variabilidad. Cada niño es diferente y no se puede generalizar la misma solución para todos. El niño no debe adaptarse al diagnóstico, al contrario, el diagnóstico debe adaptarse al niño sean cuales sean sus particularidades y aplicar el tratamiento según las necesidades específicas de cada niño. Cuando el sistema se enfoca en lograr que los niños estén sentados y callados en clase, donde el proceso de aprendizaje es meramente memorístico más que vivencial, los niños muestran desinterés además de desatención durante las clases. Aunque los resultados de los niños no sean los esperados por parte del sistema educativo, no se pueden clasificar como personas que no tienen la capacidad de aprender los conocimientos fundamentales debido a un trastorno sin tener en cuenta los otros factores.

La medicalización del fracaso escolar, es decir, considerar que los niños que no se adaptan a la norma del sistema educativo tienen un trastorno, no resuelve el problema de fracaso escolar. Se debe actuar de manera autocrítica para ver cuál es la raíz del problema, teniendo en cuenta todas las variables que influyen a que un niño no progrese de la manera que se espera (Cristóforo, 2013).

Gisela Untoiglich, doctora en psicología, María Aparecida Affonso, doctora en medicina y Lima Cecilia Collares, doctora en educación, en el artículo: “La medicalización de los niños y los adolescentes. Los preconceptos en el cotidiano escolar”, exponen su estudio que tiene como objetivo principal conocer cuáles son las concepciones y los mecanismos que conforman y mantienen el proceso de medicalización del aprendizaje y del comportamiento. Mediante una metodología de carácter cuantitativo (estudio de casos en diferentes países, entre ellos Argentina y España), se obtuvieron los siguientes resultados:

En todos los casos que se analizaron, los problemas de aprendizaje y/o comportamiento se categorizaron como una enfermedad o un trastorno inherente al niño y que por lo tanto se debía de establecer un diagnóstico y un tratamiento. En algunos de los casos, además del

trastorno que afectaba al comportamiento y/o al aprendizaje otro de los factores que se destacaba de manera adicional eran los problemas familiares. Los resultados de los “diagnósticos” fueron bastante homogéneos, los trastornos más detectados fueron los siguientes: trastornos neurológicos o psiquiátricos, destacando en primer lugar el Trastorno por Déficit de Atención, con o sin Hiperactividad, la dislexia y el déficit intelectual, aunque ninguno de los diagnósticos pudo ser confirmado.

Exceptuando los diagnósticos que nombraban los problemas familiares como un posible factor influyente en el fracaso escolar del niño/a, en los otros casos, no se mencionó ninguna otra variable ajena al niño/a. Se dejó de lado los posibles problemas que presentaba la pedagogía utilizada o las políticas educativas, la formación docente, las condiciones de trabajo, la valorización social del rol del docente... y otras muchas variables que pueden ser determinantes en el proceso de aprendizaje.

El actual discurso médico categoriza las enfermedades individuales como la principal causa de los problemas de aprendizaje y comportamiento sin tener en cuenta las variables de carácter social que influyen en el proceso. Cuando se formula un diagnóstico la científicidad que presenta parece inflexible, y con incapacidad para complementarse con el mundo real y social en el que transcurre la vida del niño/a.

El discurso medicalizador referente a la dislexia, al TDA-H o al Trastorno Oposicionista Desafiante, no tiene en cuenta que no se pueden designar como enfermedades neurológicas que influyen de manera negativa en el aprendizaje o en el comportamiento porque nunca han estado comprobadas además de ser un punto de crítica muy importante desde la propia medicina. “Dogma e intolerancia a cuestionamientos pertenecen al terreno de la fe y los preconceptos, son elementos extraños al mundo de los saberes y conocimientos, que se apoyan en la razón” (Moisés y Collares, 2012). En ocasiones, los preconceptos que han quedado obsoletos debido a que no se pueden afirmar ni desmentir por falta de conocimiento sobre ellos, no desaparecen sino que quedan encubiertos por otros conceptos más recientes pero que parten de la misma base.

Los problemas de aprendizaje y de comportamiento deben dejar de ser inherentes del individuo para poder ser entendidos como un producto social que propicia a un modo de vida cada vez más competitivo y productivista que está direccionado al consumo. Comprender en vínculo entre el niño y su entorno social desde la perspectiva relacional permite que se tengan en cuenta todas las posibles variables que tienen un papel determinante frente al problema del fracaso escolar.

Aceptar el proceso de medicalización permite que la medicina y la psicología adopten una concepción positivista frente a cualquier anomalía que presente un niño/a, incluyendo su

rendimiento escolar. Los niños/as que en un principio se designan como “normales” se transforman en enfermos que debe de ser tratados porque presentan unas carencias o un comportamiento que no es el debido, al no tener en cuenta nada más que las supuestas deficiencias de los niños se les expropia de su situación y se les trata como enfermos.

6. Alimentación

El desarrollo de la normalización dietética se ha producido en los contextos sociales donde hay abundancia de alimentos. La normalización de la dieta está estrechamente interrelacionada con el comer sano y la dieta equilibrada, un patrón de alimentación que se rige por la restricción y la promoción del consumo de alimentos y nutrientes específicos, además de la regulación de las cantidades de cada uno de ellos, en otras palabras, saber qué y cuánto hay que comer. El papel de las pautas y normas sociales que dictaminan cómo, cuándo y con quién se debe comer, ha establecido un orden social y ético frente a la alimentación, además de regular los excesos y la salud de la persona(Gracia-Arnaiz, 2007).

Cualquier constructo social acerca de la alimentación y la regulación del peso de un individuo, ofrecen información sobre el origen y los efectos de las prácticas de carácter médico que se centran en intentar cambiar el estilo de vida de las personas para que esta se adapte a aquellos procesos que llevan a “progreso” y a la “civilización”, además de producir y promover nuevos patrones de salud, que a pesar de la cultura o la economía de la región, dichos procesos son muy similares a nivel global. El proceso de medicalización alimentaria plantea una de las paradojas de las sociedades industrializadas, y es que por un lado se divulga en mensaje de la dieta sana y equilibrada, que ha llegado a todo el entramado social e incluso ha formulado discursos profanos sobre el significado de comer bien, y por otro lado, no consigue modificar mejorar las prácticas alimentarias, y un claro ejemplo de ello es el progresivo aumento de enfermedades crónicas relacionadas con el sobrepeso y la obesidad. Está contradicción entre lo que es el conocimiento normativo aceptado socialmente como positivo y las prácticas alimentarias de la población, hace que se cuestiona la eficacia del modelo de prevención de trastornos del comportamiento alimentario y de la nutrición. Los factores que conllevan a que se produzca un Trastorno del Comportamiento Alimentario no están suficientemente estudiados, se habla de obesidad, de anorexia y de bulimia, pero aunque el discurso que se ha establecido a nivel global, promocióne e incentive la buena alimentación y la dieta equilibrada, los motivos por los cuales las enfermedades relacionadas con los malos hábitos alimenticios son muy difíciles de detectar. Sí que es cierto, que la desigualdad social, la baja calidad nutricional de algunos productos alimenticios y la promoción por un consumo barato e indiscriminado provocan que los buenos hábitos alimenticios se desvanezcan, aunque este tipo de producto no

aporte ningún beneficio. Los tratamientos que se utilizan para abordar los trastornos del comportamiento alimentario, o, la mala alimentación, por lo general se deben adaptar a las particularidades y características biopsicosociales de la persona a la que están dirigidas. El tratamiento para este tipo de trastornos está dirigido desde un enfoque psicoterapéutico en el que se analizan los “estilos de vida” de los pacientes, a través del seguimiento de las dietas y el ejercicio físico regular(Gracia-Arnaiz, 2007).

Cuando se habla del comportamiento alimentario en niños, no se debe olvidar el papel que juegan los padres, y en los casos correspondientes, los comedores de los colegios para que el niño desarrolle buenos hábitos alimenticios y se familiarice con una dieta sana y equilibrada y una vida activa. Ofrecer a los niños unos hábitos de vida saludables los previene de las posibles enfermedades relacionadas con la dieta(Gracia-Arnaiz, 2007).

6.1 Medicalización del hambre

En la primera mitad del siglo XX, el hambre era una de las principales preocupaciones a nivel político, ciudadano y científico. La ciencia moderna, experimento sobre cuáles eran las funciones de los nutrientes y delimitó las categorías de la malnutrición. La crisis que vino después de la Gran Guerra, la reorganización de las colonias, los conflictos bélicos internacionales, el desplome de la economía debido al crack del 1929 y la gran recesión de la década de los años treinta fueron las causas por las que la alimentación se convirtió en una de las cuestiones más importantes del momento. Los avances científicos estuvieron relacionados con nuevas políticas agrícolas y de salud pública, responsables de impulsar la industrialización y una nueva cultura alimentaria(Gracia-Arnaiz, 2014).

La actual crisis que afecta a Europa y especialmente a los países del sur, entre ellos España, aparecen nuevas víctimas del hambre y de la malnutrición que no se reflejan en la agenda política. Cuando estas víctimas son niños, la problemática aumenta de manera exponencial. La malnutrición de los niños es resultado de varios procesos que están entrelazados entre ellos, desde la economía política de carácter global que coordina la producción de alimentos, hasta el comercio y el precio de los productos de primera necesidad. El sistema capitalista presenta serias dificultades para abarcar el problema del hambre en la infancia, tanto a nivel global como a nivel local. El problema necesita abordarse mediante la colaboración de tres actores: la tecno-ciencia, la producción agrícola y el Estado, quién debe de regular la producción para que ningún niño se queda sin comer(Gracia-Arnaiz, 2014).

Los profesionales sanitarios, intentan regular cualquier desorden alimentario mediante las campañas de prevención de los malos hábitos. El argumento que se utiliza para defender la educación nutricional, tanto a niños/as como a personas adultas, tiene dos facetas: es posible vivir mejor si se respeta y cumple una dieta equilibrada, se hace alguna actividad que

requiera movimiento físico y se abandonen los hábitos de vida sedentarios(Gracia-Arnaiz, 2014).

Es conveniente formular algunas cuestiones que se plantean en la bibliografía, como por ejemplo: ¿es cierto que las personas no saben comer de manera correcta?, ¿es verdad que los comportamientos alimentarios están más desestructurados que en épocas anteriores y que dicha desestructuración afecta a todos por igual?(Gracia-Arnaiz, 2007).

6.2 Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA)

La medicalización alimentaria procede instaurando la normalización alimentaria. En el modelo medicalizado y medicalizador de la alimentación, la norma se basa en la buena salud y en el bienestar.

Según el Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA), los trastornos del comportamiento alimentarios son muy complejos y detrás de ellos no solo existe una única explicación. Aunque haya una fuerte crítica sobre cuáles son los estándares de belleza y la manera en las que estos pueden influir en la percepción de los jóvenes sobre la perfección humana, lo cierto es que el principal determinante en el inicio de un TCA es la convicción de empezar una dieta que tenga como finalidad mejorar la imagen que uno tiene de sí mismo y poder sentirse mejor. El principal factor que determina la aparición de un TCA es la relación entre la fragilidad que tiene un individuo para exponerse sumisamente a los mensajes de los medios de comunicación y del grupo al que pertenece e imitando sus comportamiento sin tener las propias necesidades. Todos los trastornos de TCA se pueden categorizar en tres grupos; En primer lugar, los factores de predisposición al trastorno, aquellos que se relacionan con la vulnerabilidad que tiene un individuo para padecer el trastorno. En segundo lugar, los factores desencadenantes o de precipitación, recoge todas aquellas situaciones de estrés y ansiedad que inducen a la aparición del trastorno en un momento específico. En tercer y último lugar, los factores de mantenimiento, son aquellas situaciones o vulnerabilidades que favorecen a que el trastorno se perpetúe(Zafra Aparici, 2007).

En la cultura occidental, se ha asociado la delgadez a valores como la riqueza y el éxito profesional, familiar y personal. La trasmisión de valores (de padres a hijos) ha llevado a que la autoestima de las persona se mida en base a la satisfacción que esta siente por su cuerpo. La satisfacción personal es una emoción inestable porque se construye a partir de un objetivo patológico, de una etapa de la vida, del estado físico ideal... En la mayoría de las ocasiones, el yo se construye sobre unos pilares frágiles ya que los valores son efímeros y por ello la autoestima de un individuo está sujeta al fracaso. En las relaciones familiares, cualquier problema en la ejecución del rol de cada uno de los miembros de la familia puede afectar a que un niño/a sea más vulnerable a ser afectado por un TCA. Conforme ITA,

algunos de los factores para que se de dicha situación son: la falta de individualidad y el aprendizaje de límites de los niños/as, el exceso de protección por parte de los padres para evitar cualquier sufrimiento emocional de sus hijos, una autonomía excesiva a los niños/as que no tengan capacidad de razonamiento, aquellas familias que tiene dificultad para expresar emociones y siempre intentan evitar cualquier conflicto, las familias que no otorgan importancia a las necesidades físicas y emocionales de sus hijos/as, aquellos niños que presentan dificultades en el proceso de individualización y autonomía y por último, las negligencias físicas o afectivas por parte de un miembro de la familia hacia el niño/a(Villarejo, 2012).

Los principales factores desencadenantes son la presión para adelgazar por parte de un colectivo exterior, ya sea la familia o los compañeros y las situaciones vitales de estrés que pueda padecer un niño/a, cualquier cambio vital, aunque esta sea favorable, puede ser un determinante en la aparición de un TCA(Villarejo, 2012).

Los factores perpetuadores del mantenimiento de un TCA son unas pautas alimentarias inadecuadas. Cuando la dieta no es la óptima los cambios biológicos y psicológicos que se padecen interfieren en el buen funcionamiento mental y corporal. Por estos motivos el individuo sigue negando la situación ya que no tiene conciencia de la enfermedad y por lo tanto no tiene capacidad para cambiar lo que piensa. A medida que aumentan las restricciones en la dieta también aumenta el descontrol alimentario y el miedo de la persona a ganar peso(Díaz, 2008).

Dependiendo de las manifestaciones clínicas se destacan cinco tipos de TCA según el Instituto de Trastornos Alimentarios:

6.2.1 Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa se caracteriza por una preocupación obsesiva sobre la manera de alimentarse, además de una fobia extrema para ganar peso y el control exhaustivo del mismo. La Federación Española por la Ayuda y la Lucha Contra la Anorexia y Bulimia, advierte que la detección del inicio de un trastorno de anorexia o bulimia cada vez se produce a edades más tempranas, entre los 9 y los 10 años. Si se realiza una distinción por sexos, la FEALCAB constata que la relación es de 10 a 1 a favor del femenino(Castro Betancourt, 2008).

6.2.2 Bulimia Nerviosa

La bulimia nerviosa es otro trastorno vinculado al malestar con el propio cuerpo después de efectuar el atracón, aunque la necesidad de realizarlo sea imperiosa. Se caracteriza por la pérdida de control de la persona ante el manejo de problemas emocionales. Se presenta un

deseo obsesivo para bajar de peso. Sus inicios se detectan en las mismas edades que la Anorexia Nerviosa.(Castro Betancourt, 2008)

6.2.3 Trastornos de Conducta Alimentaria No Especificados

Los Trastornos de Conducta Alimentaria No Especificados (TCANEs), no cumplen los criterios de clasificación habituales y tampoco se los ha designado como un nuevo tipo de trastorno específico ya que son formas mixtas, parciales o incompletas de los principales trastornos. Para ITA, en la actualidad, los TCANEs son los más frecuentes y también pueden ser los casos más graves. La gravedad de estos trastornos viene determinada por la clínica alimentaria, por factores psicopatológicos, conductuales, relacionales... Igual que los trastornos de anorexia o bulimia la identificación de casos se inicia a los 9-10 años aunque es un trastorno que puede aparecer a lo largo de la adolescencia y también durante la edad adulta(Gracia-Arnaiz, 2014).

6.2.4 Trastorno por Atracón o Sobreingesta

El trastorno por Atracón o Sobreingesta Compulsiva, se caracteriza por la presencia de un atracón cada cierto período de tiempo, pero se diferencia de la bulimia porque no hay ningún tipo de conducta compensatoria para reducir los efectos del atracón. También es habitual que la persona que tiene este trastorno presente síntomas depresivos. Una de las consecuencias más habituales del trastorno por atracón es sufrir sobrepeso u obesidad, con los riesgos que ello conlleva para la salud: diabetes, hipertensión, colesterol, etc. Este tipo de trastorno normalmente se detecta a lo largo de la etapa de la adolescencia(estudio, Salud, & Especialidad, 2008).

6.2.5 Obesidad

La obesidad, su principal característica es el exceso de grasa corporal del individuo. Dicho exceso altera a la salud y en la gran mayoría de los casos es el factor por el que se desarrolla una enfermedad crónica. La obesidad infantil es una enfermedad compleja y multifactorial, aparece debido entre un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. La obesidad puede desarrollarse a lo largo de la vida de una persona indiferentemente de su edad, intervienen tanto factores genéticos como factores ambientales, y para su tratamiento, la intervención frente a estas variables es fundamental, aunque no son las únicas, porque la familia y el círculo de relaciones más cercana al niño influyen directamente en su alimentación. Cuando el trastorno alimentario por obesidad aparece en la infancia, suele diagnosticarse a los 6 años, la edad en la que comienzan la mayoría de los tratamientos contra la obesidad infantil(Villarejo, 2012)

7. Adolescencia, cambios y medicalización

7.1 Cambios hormonales durante la adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el período de la adolescencia se divide en dos etapas. La primera etapa se sitúa entre los 10 y los 14 años, y la segunda etapa entre los 15 y los 19. El término juventud se sitúa entre las dos etapas, desde los 10 hasta los 19 años. Durante el período de adolescencia se producen varios cambios hormonales a nivel físico además de un crecimiento social y emocional, que varía según la persona, a nivel psicológico.

Los cambios anatómicos y fisiológicos que se producen durante la etapa de la pubertad suelen ser progresivos hasta que finaliza el período de la adolescencia. En las chicas, los primeros cambios suelen darse entre los 10 y 11 años, a diferencia de los chicos, que suelen aparecer entre los 12 y 13 años. La pubertad se define como aquella etapa de la vida en la que los cambios corporales se producen debido al aumento de las hormonas sexuales, aunque otros factores que también influyen son la genética individual de la persona y los hábitos alimenticios. En ambos sexos, la pubertad dura aproximadamente cuatro años, aunque las chicas se empiezan a desarrollar dos años antes que los chicos. El final de la adolescencia se basa en factores sociales, una persona deja atrás su adolescencia cuando es reconocido y admitido como adulto dentro de su comunidad.

Des de la sociología, cualquier persona sigue madurando a lo largo de su vida, ya que va mejorando su conocimiento personal y aprende a delimitar los deseos y necesidades individuales. Durante el período de la adolescencia aparecen cambios biofisiológicos, psicológicos, intelectuales y sociales, cada persona los vive de una manera persona y se plantean como una nueva forma de vivenciarse.

7.2 Cambios biofisiológicos

Los cambios biofisiológicos se diferencian entre chicos y chicas. Los cambios biofisiológicos masculinos son los siguientes: posible acné (debido a las hormonas), la voz falla y se hace más grave, aparece vello facial (bigote y barba), los hombros se ensanchan, aparece el vello púbico, crece el vello en el pecho y la espalda, el cuerpo transpira más, aparece el vello en las axilas, los testículos y el pene aumentan de tamaño, el cabello y la piel se vuelven más grasos, aumenta el peso y la altura, las manos y los pies aumentan de tamaño, aumenta el vello en los brazos, crece el vello en las piernas, se inicia la capacidad reproductora y la eyaculación. Los cambios biofisiológicos que se producen en las chicas son los siguientes: la piel se vuelve más grasa, aumenta el peso y la altura, aumenta el sudor, posible acné (debido a las hormonas), los brazos engordan, aparece el vello en las axilas, se destacan los pezones, crece el vello púbico, los genitales se engrosan y oscurecen, aumenta el vello en los brazos,

los muslos y las nalgas engordan, las caderas se ensanchan, crece el vello en las piernas, se inicia la capacidad reproductora y les aparece la menstruación. No todos los cambios que se producen en el cuerpo de los jóvenes se medicalizan, pero cuando alguno de ellos no se manifiesta durante el período que debería de hacerlo o sus características no están dentro de los márgenes de la normalidad, el cambio fisiológico se trata como un problema médico, y por lo tanto se intenta normalizar mediante un diagnóstico y posteriormente un tratamiento(Dávila León, 2004).

Las principales hormonas implicadas en la sexualidad son tres: la progesterona, los estrógenos y la testosterona. Los tres tipos de hormonas se encuentran en ambos sexos, pero sus niveles de concentración son distintos. En los chicos, el nivel de testosterona es mayor, a diferencia de las chicas que presentan niveles superiores de estrógenos y progesterona. El nivel hormonal puede variar en la misma persona según el momento.

A partir de la pubertad, la producción de estrógenos en las chicas aumenta. El nivel de estrógenos de un individuo está relacionado con el deseo sexual y el desarrollo de los caracteres sexuales del cuerpo. La secreción de la hormona aumenta durante el tiempo de ovulación. La progesterona, es la hormona que tiene la función de proteger y promover la gestación de la mujer. La testosterona, hormona categorizada como masculina, mayormente se produce en los testículos. Igual que los estrógenos, durante el período de pubertad, se incrementa su producción. La testosterona también está relacionada con el deseo sexual y con el desarrollo de los caracteres sexuales del cuerpo de los hombres.

7.3 Evolución de la psicología de una persona, el paso de la infancia a la adolescencia

7.3.1 Cambios psicológicos e intelectuales:

A los adolescentes les aumenta la curiosidad por aprender nuevos aspectos sobre el mundo que les rodea. Al llegar a la adolescencia, el individuo empieza su proceso de maduración y adquiere una nueva forma de pensamiento, inestable, pero que le permite formular hipótesis, razonar y extraer sus propias conclusiones. Cuando una persona empieza a crear su opinión propia y crítica a todo aquello que le rodea empieza a poner en juicio todos aquellos aspectos de la vida que hasta el momento habían sido inamovibles. Durante este proceso de maduración psicológica e intelectual los individuos piensan sobre sus propias ideas y valores para a posteriori poder comprometerse con ellos. Pero cabe decir que muchos adolescentes construyen un pensamiento adquiriendo las creencias e ideologías ya existentes en su entorno social más próximo. A lo largo de esta etapa, los adolescentes empiezan a plantearse de manera profunda el dilema de que es la vida y que es la muerte.

Cuando empiezan la adolescencia, el niño deja a un lado su mundo de relaciones que hasta el momento estaba muy limitado por los padres, y empieza a construir otro mundo en el que se prime la autonomía y las relaciones sociales con otras personas. El rol de los padres también debe de evolucionar igual que su conducta protectora y afectiva.

Se conoce la adolescencia como una etapa de conflictos, ya que las relaciones familiares cambian y en la mayoría de los casos, los amigos ocupan un papel muy importante en sus vidas. Se conforman grupos de personas de la misma edad que actúan como los principales medios de socialización. En estos grupos la función de socialización debería ser complementaria y no opuesta al entorno familiar.

Cuando el adolescente asume roles y enfrenta situaciones sociales, asume la responsabilidad de decidir entre lo que debe y lo que no debe hacer. La escuela es otro medio de socialización muy importante, ya que favorece el aprendizaje y la formación de los jóvenes además del funcionamiento de los grupos de amigos.

7.3.2 Cambios sociales:

Los adolescentes empiezan a descubrir el mundo social y conforman grupos en los que pueden compartir ideas y gustos. Aumenta la capacidad de integración social de los jóvenes en el grupo de iguales y aparecen nuevos valores y una serie de normas.

Se conforma la identidad sexual y afectiva, aunque nunca está plenamente desarrollada ya que a lo largo de la vida se sigue consolidando. Pero durante la etapa de la adolescencia empieza el proceso de la formación de parejas.

Otro de los posibles cambios sociales que aparecen durante la adolescencia es el primer contacto con el mundo laboral.

Después de la pubertad, los adolescentes se encuentran con la atracción física hacia otra persona, no es un deseo puramente sexual ya que tiene la voluntad de disfrutar de la compañía de la otra persona, con la novedad de añadir sentimientos, deseos y conductas sexuales en la relación, sentir placer sexual consigo mismo y con otras personas. Es durante este período cuando la persona va definiendo su orientación sexual, sus gustos y las preferencias personales.

Capítulo II. Discusión

Mediante el análisis exploratorio de la revisión bibliográfica se han mostrado cuales son los principales procesos de medicalización que intervienen en los períodos de la infancia y adolescencia. En este apartado, se van a exponer los elementos de discusión cuando se

habla de medicalización de la infancia y/o adolescencia, para ello, se deben presentar las controversias entre los distintos actores responsables de los procesos.

En el marco teórico se citaron los tres actores que intervienen de manera directa en los procesos de medicalización que se han investigado: el entorno familiar más próximo a los jóvenes, el sistema educativo, en concreto, los profesores y el sistema sanitario. Como se ha podido ver en los resultados, en algunos de los tratamientos referentes a trastornos en la conducta o trastornos alimentarios, el psicólogo conforma parte del tratamiento. En ocasiones, un proceso de medicalización no implica un tratamiento farmacológico, puede implicar un tratamiento alternativo o no puede implicar ningún tratamiento. Cuando se realizan los diagnósticos, ya sea desde el campo educativo, médico o desde la familia, y se clasifica a los jóvenes como desviados a la norma social, se inicia el proceso medicalizador.

En la literatura, se han encontrado otros dos actores que influyen en el proceso medicalizador, la industria farmacéutica y los medios de comunicación. Aunque sí que es cierto que estos dos actores se han encontrado durante la revisión bibliográfica, no se han citado como principales actores influyentes en el proceso de medicalización de la infancia y adolescencia porque intervienen de manera indirecta, es decir, lo hacen a través de como mínimo uno de los principales actores, ya sea desde la escuela, los padres o el colectivo médico.

A medida que avanzaba el trabajo, se pensó que podría ser interesante contrastar la bibliografía escogida con cuatro entrevistas: en primer lugar, a un médico y a una enfermera pediátricos, en segundo lugar, a una farmacéutica trabajadora en una farmacia, en tercer lugar, a la directora y maestra de un colegio de educación primaria y educación secundaria obligatoria, y por último, a la asociación de padres y madres del mismo colegio. El principal objetivo de las entrevistas no era hacer un análisis cualitativo de ellas, ya que la metodología del trabajo se basa en la revisión bibliográfica de artículos científicos, pero obtener información de manera directa por parte de los actores que están implicados en el proceso de medicalización de un niño/a y compararla con los hallazgos científicos era una buena manera de corroborar a todos los autores expuestos anteriormente, y en caso necesario, exponer otras ideas que nos permitirían abrir un debate.

Las discordancia en las opiniones de los actores que intervienen en los procesos de medicalización sobre si es un aspecto positivo o negativo en la vida diaria de los niños/as y adolescentes hace que el debate científico sobre el tema este en pleno auge. Los procesos de medicalización no son estables, es decir, evolucionan dependiendo del momento y del lugar en el que se analicen. Un proceso de medicalización puede desaparecer o quedar enmascarado por otro, y a medida que el conocimiento médico se amplía aparecen nuevos procesos.

El modelo sanitario biomédico es clave para entender el debate que se plantea alrededor de los procesos medicalizadores. En la mayoría de las sociedades desarrolladas este tipo de modelo es el predominante y ello imposibilita optar por alternativas de curación, prevención y cuidados que no estén por regulados por el sistema médico vigente.

Cuando se trata la medicalización del embarazo y del parto, la crítica está dirigida en dos sentidos distintos. En primer lugar, se plantea hasta qué punto es necesario el control y supervisión del embarazo y posteriormente del parto cuando la mayoría de partos funcionan avanzan con normalidad y no presentan complicaciones. Se destaca que desde finales de los años ochenta, debido a artículos que publicó la OMS, en los que se destacó la innecesaria medicalización del parto, muchos sistemas sanitarios de países de Europa Occidental optaron por adoptar medidas alternativas para tratar el parto, como el parto domiciliario con la atención de una comadrona o de una doula. En el caso español, la gran mayoría de partos siguen estando hospitalizados y optar por un parto domiciliario bajo el control de una doula no está financiado por el sistema sanitario. Cabe destacar que esta crítica no corresponde con la opinión de los padres frente al embarazo, ya que según la revisión bibliográfica, la crítica parte de visiones científicas y no de vivencias personales. La posición paternalista del médico y la confianza hacia él por parte de muchos de los pacientes hace que el parto hospitalario siga siendo el escogido por la mayoría de las madres. Sigue habiendo un tabú social para el parto domiciliario, ya que no se concibe como una madre puede preferir dar a luz en su casa en vez de en un hospital donde el médico le guía el parto y es atendida en todo momento. Cuando se le preguntó a la madre miembro de la AMPA, cuál era su opinión sobre el seguimiento que se lleva del parto y el parto hospitalario frente al parto en casa, comentó la necesidad de seguridad por parte de una madre para llevar sus hijos al mundo. Otro de los aspectos que destaco es la capacidad de intervención médica que puede ofrecer un hospital en el caso de que se presente alguna complicación durante el nacimiento.

A lo que se refiere el tema de la vacunación, es uno de los más debatidos en el momento actual, tanto por el colectivo médico, como por los padres y también los medios de comunicación. La Asociación Española de Pediatría juntamente con la Asociación Española de Vacunología, recuerdan la importancia de vacunar a las nuevas generaciones, aunque muchas de las enfermedades por las que se vacuna a los recién nacidos están extinguidas. Defienden su discurso argumentando que las vacunas son un método de protección a los infantes e impiden que aparezcan nuevos brotes de alguna enfermedad. Ese discurso está criticado por otra parte del colectivo médico y puesto en duda por muchos padres. La falta de información que ofrecen muchos pediatras sobre cuáles son los tipos de vacunación, y qué modelos pueden ser perjudiciales para la salud del bebé hace que los movimientos sobre la libertad de la vacunación vayan en aumento en varias partes del mundo. Parece ser

que no hay alternativas frente a la vacunación, el calendario de vacunas que se debe seguir desde que la persona nace hasta la edad adulta es muy estricto y los padres del niño/a son los responsables de que a éste se le apliquen todas las vacunas. Por parte de los colectivos que están a favor de la libre vacunación, se reclama la posibilidad de alternativas, y que la decisión de si el niño se debe vacunar o no recaiga en los padres. Durante la entrevista al pediatra, explicó que uno de los principales motivos por los que atiende consultas, es el control rutinario de crecimiento del niño y la aplicación de las vacunas correspondientes.

Muchos son los padres que apoyan el discurso médico y vacunan a sus hijos para prevenir ciertas enfermedades, pero pocos son los que saben la manera en la que funcionan las vacunas, los efectos adversos que pueden tener o los tipos que hay. La madre de la AMPA nos comentó que tiene dos hijos, y que los dos hijos están vacunados, que ella lo prefiere, y de nuevo, nombra la importancia de la vacunación como un método de prevención y seguridad que salva muchas vidas.

Valorar los pros y contras del proceso de vacunación es algo que debe ser personal, cualquier padre, debe disponer toda la información necesaria para poder establecer cuáles son los riesgos a los que está expuesto su hijo/a si se decide aplicarle las vacunas recomendadas y qué riesgos supone no vacunarle.

Siguiendo con el comentario de los resultados del trabajo, otro de los aspectos más debatidos y en los que hay una bibliografía más extensa referente a los procesos de medicalización es el comportamiento o la conducta de los niños. En el apartado solo se han puesto los “trastornos” conductuales más referenciados en la bibliografía y también los más estudiados. Los procesos de medicalización de la conducta son los más habituales en la sociedad actual y también los más criticados. El debate se presenta cuando se debe definir el concepto “trastorno”, en muchas ocasiones el trastorno se designa como la desviación de la norma, ello hace que se plantee cuál es la norma social establecida en el tiempo y en el lugar en el que un “trastorno” es diagnosticado. Existen varios tipos de trastornos y cada uno de ellos se diagnostica mediante las características que presenta, el problema aparece cuando el niño/a se adapta a un diagnóstico ya establecido y no por el contrario, el diagnóstico se adapta a las particularidades que presenta el niño/a. El “trastorno” que más se ha estudiado y debatido es el Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad. Peter Conrad, en su libro “Medicalization of Society”, adopta el TDA/H como uno de los principales procesos de medicalización recurrentes por el colectivo médico para clasificar un comportamiento que se considera que no respeta la norma social.

Como actores secundarios durante el proceso de medicalización de la infancia y la adolescencia podríamos destacar tres: los psicólogos, la industria farmacéutica y los medios de comunicación. En las sociedades contemporáneas, el papel del psicólogo se ha vuelto

imprescindible para resolver algunos problemas sociales que se han diagnosticado y caracterizado como médicos. El psicólogo ejerce de “tratamiento” para “curar” o “tratar”, a muchos niños/as y adolescentes de sus dolencias de carácter social, como por ejemplo, la mayoría de trastornos del comportamiento.

10. Limitaciones

Los procesos de medicalización en la infancia y adolescencia y los actores que intervienen de manera directa en ellos, es un tema muy amplio y presenta varias limitaciones. Desde un primer momento, tuve conciencia de la complicación que representa abarcar una investigación de tal magnitud, pero pensé que tener una visión retrospectiva de los actuales procesos medicalizadores desde una perspectiva sociológica podría aportar una visión muy interesante sobre lo que representa la medicalización en las sociedades occidentales y qué rol tienen los actores dentro de ella.

Las principales limitaciones que me he encontrado en la realización del trabajo son las siguientes:

La gran cantidad de bibliografía encontrada referente a la investigación imposibilitaba su revisión y lectura dentro del período de tiempo establecido para la realización del trabajo. Debido a ello, los criterios de inclusión y exclusión de los artículos, nombrados en la metodología, fueron un aspecto clave para la selección de los artículos académicos. Con más tiempo, seguro que se hubieran identificados más procesos de medicalización.

El límite de páginas del trabajo, impedía que se explicará con profundidad ninguno de los principales procesos, sintetizar toda la información obtenida, además de las opiniones y los roles de cada uno de los agentes que interviene en los procesos es otra de las complicaciones que presenta el trabajo.

El gran debate que se presenta frente a la conceptualización del término medicalización, y la distinción entre aquellos procesos médicos que se consideran como medicalizadores y aquellas que no, impide exponer las ideas encontradas de manera totalmente clara y concisa.

Otro de los aspectos que ha dificultado la investigación, es la diversidad de estudios referente a un mismo tema y la metodología de cada uno de ellos, ya que muchos adquirían análisis cuantitativo. La diversidad de países que han publicado artículos que podían aportar perspectiva al trabajo era muy elevada, ello ha hecho que no se pudiera acotar la búsqueda por países o regiones.

La imposibilidad de establecer tratamiento farmacológico de algunos procesos debido a que no están mencionados en los artículos o varían según el país donde se haya realizado el estudio.

En un principio, se quería dimensionar el estudio mediante alguna variable común en todos los artículos, como por ejemplo: género, grado de medicalización, tratamiento, diagnóstico... pero debido a que la mayoría de los estudios presentan origen metodológicos muy distintos no se ha podido establecer ninguna comparación.

Conclusiones

- A lo largo de la historia de la medicina han existido los procesos de medicalización, pero desde los años 70, la legitimidad y el control del cuerpo humano pertenece al colectivo médico.
- El concepto de medicalización presenta complicaciones para su definición debido a su subjetividad, muchos son los autores que han realizado aproximaciones para su definición. Peter Conrad, Ivan Illich y Michael Foucault son los principales autores que realizan una crítica a la intervención médica en la vida cotidiana de las personas. En la gran mayoría de los artículos elegidos durante la revisión bibliográfica están referenciados.
- Los procesos de medicalización son variantes, parten de la ciencia de la medicina y por lo tanto, se adaptan a los nuevos hallazgos y descubrimientos científicos.
- En las sociedades occidentales, predomina el sistema sanitario con un modelo biomédico en el que la enfermedad es una avería del cuerpo humano producida por un agente biológico. Los especialistas médicos son quien poseen los conocimientos especializados y proporcionan el único tratamiento válido para la enfermedad.
- En las últimas décadas, se ha pasado de un parto “normal”, familiar y domiciliario, al parto hospitalario o medicalizado, en el que el especialista es quien es el responsable de traer a la vida al niño/a.
- Aunque la mayoría de embarazos no presenten complicaciones, la mayoría de las madres se someten a un estricto calendario de visita al especialista para que sea este quien controle y evalúe como avanza el embarazo.
- Gracias a la crítica que realizó la OMS en el año 1985, sobre la medicalización del parto y del embarazo, cada vez el sistema sanitario de más países ofrece una alternativa al control del embarazo por parte del colectivo médico y al parto hospitalizado.
- La medicalización de la infancia y la adolescencia ha aumentado en las últimas décadas, la controversia y el debate sobre el tema es uno de los temas de actualidad debido a la diversidad de opiniones dentro del colectivo médico y también de los padres.
- Los principales actores que intervienen en la medicalización de la infancia son tres: los padres y las relaciones sociales más próximas del niño/a, el sistema sanitario y el sistema educativo. Ellos tres son quien detectan una posible desviación en el comportamiento e intervienen de manera directa en el proceso de desarrollo del niño.

- También se ha incluido la vacunación como un proceso de medicalización de la infancia. Aunque gran parte del colectivo médico se posiciona a favor de la vacunación, el debate sobre cuáles son las vacunas necesarias y cuales podrían abolirse sigue en pie. Por parte de la AEP, se defiende la vacunación como un método de seguridad, protección y prevención contra enfermedades infecciosas. Por parte de varias asociaciones internacionales, se denuncia la falta de información sobre que es una vacuna y los tipos de vacunación que existen y los efectos adversos que puede tener la vacunación sobre la salud de un niño/a. La queja también va dirigida al exhaustivo control sobre el niño/a que ejerce el calendario de vacunación a y también la escasez de alternativas que pueden optar los padres frente vacunar a sus hijos
- La medicalización del comportamiento y la conducta de los niños/as y de los adolescentes es el tema que más se ha estudiado científicamente. La disparidad de opiniones frente a que es una desviación y que no lo es, es el tema principal del debate. La mayoría de artículos están dirigidos a al Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad, donde se crítica la falta de estudios que constaten que el trastorno es real y se requiere un tratamiento para él. También se critica los tratamientos mediante fármacos que se le suministran a los niños.
- En muchas ocasiones se determina al niño/a como responsable de su rendimiento. En los últimos años, el fracaso escolar sigue siendo muy elevado, y las investigaciones sobre cuáles son los posibles factores que llevan al niño/a al bajo rendimiento académico. Se culpabiliza a los niños de sus resultados y cuando no progresan con normalidad, en muchos casos se les diagnostica un trastorno. En muchas ocasiones se relaciona el fracaso escolar con el TDA/H.
- El discurso medicalizante referente al comportamiento y a la conducta de los niños se refiere a la dislexia, Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDA/H), Trastorno del Espectro Autista (TEA) y trastorno de oposición desafiante (TOD), pero en menor medida se siguen diagnosticando otros tipos de trastorno como el del sueño, el Trastorno por Depresión, el Trastorno Disocial o el Trastorno Negativista Desafiante.
- La crisis actual desvela en Europa, y especialmente en España, el aumento de niños y niñas como víctimas del hambre y la malnutrición. Son resultado del fracaso de la economía política global para coordinar la producción de alimentos, el comercio, los precios de los productos alimenticios básicos y el consumo.
- El Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA), afirma que hay cinco tipos de trastornos: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, los Trastornos del Comportamiento Alimentario No

Especificados, El Trastorno por Atracón o SobreIngesta y la Obesidad, que afectan a niños y adolescentes cada vez en etapas más tempranas.

- En muchas ocasiones la medicalización hormonal no es considerada como un proceso de medicalización sino que se considera un tratamiento necesario para la salud del individuo. Cuando se los procesos hormonales no funcionan dentro de los parámetros establecidos por el colectivo médico, se habla de un “problema hormonal” que debe de ser tratado mediante fármacos, como es el acné, el crecimiento o la regulación de la menstruación.
- Los estudios que se han utilizado durante la investigación para identificar los procesos de medicalización de la infancia no presentan diferencias de género. Cuando se trata de la medicalización de los cambios psicológicos durante la adolescencia o de las adicciones se ve reflejado que los chicos son más propensos a sufrir depresión o ansiedad y también en caer en alguna adicción.
- En la mayoría de los trastornos ya sean conductuales o alimenticios el psicólogo juega un papel clave para su tratamiento. Pero el pediatra o médico de cabecera es quien decide cuales son los casos que se deben derivar a tratamiento psiquiátrico.

Para finalizar, comentar la opinión de los cuatro actores sociales que se entrevistaron para establecer una pequeña comparativa con los resultados obtenidos mediante el análisis bibliográfico:

- Cuando en las escuelas se detecta una conducta o un comportamiento inusual el niño es destinado al psicólogo del colegio, siempre que los padres estén de acuerdo con ello, mediante unas pruebas estándares el psicólogo determina si el niño sufre algún tipo de trastorno y si requiere ayuda externa a la que se puede aportar dentro del colegio como un psicólogo, un pedagogo o un psiquiatra. Por lo general, los profesores son quienes detectan las conductas inusuales.
- A una farmacéutica, trabajadora en una farmacia, afirmó que la mayoría de padres preguntan al farmacéutico que es el medicamento que les han recetado para sus hijos y que frente a un problema, como por ejemplo, niños con falta de memoria, prefieren utilizar productos de origen natural en vez de fármacos.
- Al pediatra de un Centro de Atención Primaria se le pregunto cuáles eran las causas por los que los niños iban al médico. Los motivos son varios, desde las revisiones anuales a las consultas sobre diagnósticos de comportamientos o conductas que se desvían de la normalidad. Este pediatra en particular considera que los diagnósticos son incompletos y generalizados sin tener en cuenta otros factores que pueden influir en la conducta del niño.

- La madre miembro del AMPA expresó su discordancia con el uso de fármacos para tratar el comportamiento de los niños y argumentó la falta de atención que sufren muchos niños por parte de sus padres.

Bibliografía

A.C., Laurells. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2 (1), 7–25.

Bados López, A. (2015, May 25). Trastorno de ansiedad generalizada: naturaleza, evaluación y tratamiento (2015).

Barros, J. A. C. (2008). Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 579–587.

Bianchi, E. (2009). Infancia Anormal, Medicalización, Psiquiatría Y. Tda/H: Aportes Conceptuales Para Una. Arqueología del “Niño Desatento.” *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*, 12.

Bianchi, Eugenia, & Faraone, S. A. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Technologies, social actors and the pharmaceutical industry. *Physis (Rio J.)*, 25(1), 75–98.

Calderón Garrido, C. (2003, June 23). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Evaluación y tratamiento psicológico. Universitat de Barcelona.

Camacho, J. G., Moral, E. G., & de Gracia, L. J. (2012). Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*, 8, 312-317.

Castro Betancourt, M. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria : los gramos que pesan en la mente. *Pontificia Universidad Javeriana*, 15.

Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*, 129-159.

Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 209-232.

Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of health and social behavior*, 46(1), 3-14.

Conrad, P. (2008). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*.

Cornide, M. A., Ruiz, S. A., Torres, C. M., & Alcaraz, L. G. (2002). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes. *Medicina de Familia (And)*, 2, 81-87.

Cristóforo, A. (2013). En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación. Untoiglich, Gisela, et al. /266 p. Buenos Aires: Noveduc. 2013. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 169 – 173.

Dávila León, O. (2004). ADOLESCENCIA Y JUVENTUD: DE LAS NOCIONES A LOS ABORDAJES. *Última década*, 12(21), 83–104.

Díaz Agea, J. L. (2008). Pain under medical treatment. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*. Universidad de Alicante.

Diaz, S. R. (2008). El proceso de medicalización y sus consecuencias. Entre la moral, el poder y el negocio. *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*.

Domínguez, J. P. S. (2015, March). Psicoanálisis, una lectura acerca de la subjetividad en el proceso de medicalización infantil escolar. In Congreso Virtual sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación en Iberoamérica (Vol. 1, No. 2).

Doyal, L. (1998). The New Obstetrics: Science or Social Control?. *Understanding health and social care: an introductory reader*. Sage, London, 123-129.

Entralgo, P. L. (2005). *La curación por la palabra en la antigüedad clásica* (Vol. 13). Anthropos Editorial.

Estudio, G. académico para el, Salud, la prevención y el tratamiento de la obesidad y el síndrome metabólico de la C. C. de los I. N. de, & Especialidad, H. F. de R. y H. de A. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud Pública de México*, 50(6), 530–547.

Faraone, S., Barcala, A., Bianchi, E., & Torricelli, F. (2009). La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (54), 1.

Faraone, S., Barcala, A., & Torricelli, F. (2009). EL DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LA INFANCIA COMO ANALIZADOR DE LOS PROCESOS DE MEDICALIZACIÓN. *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.

Francés, A. (2010). Abriendo la caja de Pandora: las 19 peores sugerencias del DSM-5. *Psychiatric Times*.

Goberna Tricas, J., Palacio Tauste, A., Banús Giménez, M. R., Linares Sancho, S., & Salas Casas, D. (2012, December 13). Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. Ediciones Mayo, S.A.

Gómez Pérez, D., & Palacios Ceña, D. (2009). Influencia del modelo hegemónico biomédico en la concepción y desarrollo de las terapias alternativas. *Cultura de los Cuidados*, 62–68.

Gracia-Arnaiz, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública de México*, 49(3), 236–242.

Gracia-Arnaiz, M. (2014). Comer o no comer ¿es esa la cuestión?: una aproximación antropológica al estudio de los trastornos alimentarios. *Política y Sociedad*, 51(1), 73–94. doi:10.5209/rev_POSO.2014.v51.n1.42486

Halfmann, D. (2012). Recognizing medicalization and demedicalization: discourses, practices, and identities. *Health (London, England : 1997)*, 16(2), 186–207. doi:10.1177/1363459311403947

Janin, B., Frizzera, O., Heuser, C., Rjojas, M. C., Tallis, J., & Untoiglich, G. (2004). Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, Novedades Educativas, Buenos Aires.

Juan, M. (1991). Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción on JSTOR. *Centro de Investigaciones Sociológicas*, 29–51.

Kishore, J.A. (2002). Dictionary of Public Health. New Delhi: Century Publications.

Mainetti, J. A. (2006). La medicalización de la vida. *Electroneurobiología*, 14(3), 71-89.

Márquez-Calderón, S. (2008). Los efectos negativos de las intervenciones preventivas basadas en el individuo. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22, 205–215.

Martín Alfonso, L., & Reyes Díaz, Z. (2011). Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia: Un enfoque integral de promoción de salud.

Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (2013). Medicalización y Patologización en la infancia: nuevas máscaras de la violencia.

Orueta Sánchez, R., Santos Rodríguez, C., González Hidalgo, E., Fagundo Becerra, E. M., Alejandro Lázaro, G., Carmona de la Morena, J., ... Butrón Gómez, T. (2011). Medicalización de la vida (I).

Para el Plan, D. D. G. (2006). Nacional sobre Drogas (2007). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias*.

- Partido, J. P. N. (2013). La medicalización de la educación. *Padres y Maestros. Publicación de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales*, (351), 40–44.
- Ribeiro, R. (2015). Patologización de la infancia cotidiana. *Teoría y Crítica de la Psicología*, (5), 148–156.
- Rumeu de Armas, A. (1940). La inoculación y la vacunación antivariólica en España. (Datos para la historia de la medicina española en los siglos XMII y XIX). *Med. Esp*, 4, 46-59.
- Stolkiner, A. (2012). Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta”. *Revista Propuesta Educativa N*, 37.
- Tizio, H. (2008). Síntomas actuales en la educación de los niños y adolescentes. *Psicología em Revista*, 13(1), 193–200.
- Uema, S., Vega, E. M., & Briñón, M. C. (2008). LA PROBLEMÁTICA DE LA PUBLICIDAD SOBRE LOS MEDICAMENTOS Y LA MEDICALIZACIÓN.
- Vara, A. M. (n.d.). Medicalizing people’s daily life, creating disease or disease mongering. *Evid. actual. práct. ambul*, 11(5), 130–132. D
- Vallinas, P. G., & Camacho, J. G. La medicalización del fracaso escolar.
- Vargas, M. G. El DSM-5, los Espejismos de la Psiquiatría y la Medicalización de la Vida Cotidiana.
- Villarejo, C. (2012, July 5). Factores de riesgo y variables clínicas asociadas a situaciones extremas de peso: Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Universitat de Barcelona.
- Zafra Aparici, E. (2007, December 14). Aprender a comer: Procesos de socialización y “Trastornos del Comportamiento Alimentario.” Universitat de Barcelona.
- Zola, I. (1999). La medicina como institución de control social. *Carmen de la Cuesta (comp.), Salud y enfermedad, lecturas básicas en sociología de la medicina, Universidad de Antioquia, Colombia*, 23-46.