

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Trastorno del espectro del autismo:
¿inventar individuos para medicalizar lo normal?

Antonella Da Fonseca
Tutora: Elizabeth Ortega

2015

A mi familia

AGRADECIMIENTOS

Fueron muchas las personas que hicieron posible completar este proyecto. Por eso, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para ser consecuente con ellas, expresándoles mis agradecimientos.

En primera instancia debo agradecer de manera especial y sincera a la Prof. Dra. Elizabeth Ortega por su orientación para la realización de esta Monografía Final de Grado. Su apoyo, dedicación y confianza en mi trabajo ha sido un aporte invaluable, y su paciencia una virtud extraordinaria para aquellos momentos donde la ansiedad era la protagonista.

En segundo lugar, el agradecimiento para todos mis compañeros de trabajo que han acompañado mi trayectoria académica siendo fieles colaboradores y un soporte emocional importante con los cuales compartí día a día las satisfacciones y angustias de este proceso.

Quiero extender un agradecimiento especial a la “Familia Piazza”, un grupo de amigos y vecinos que han compartido conmigo los “ires y venires” académicos y de la vida, aportando siempre la cuota de humor justa para llevar a cabo esta dura empresa.

Pero todo esto hubiese sido imposible sin el apoyo incondicional en dosis extraordinarias de mi familia. A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por la libertad y comprensión cuando tuve que tomar mis propias decisiones, por creer en mí y por el sacrificio que implica la distancia en todos sus términos para los que venimos desde el interior del país.

Por ellos y para ellos.

RESUMEN

El trabajo estuvo dirigido en problematizar sobre los procesos de producción social de las etiquetas y clasificaciones creadas por los expertos encargados de “producir verdad” y “fabricar” un individuo que se ajuste al sistema de categorización construido desde el saber de los especialistas y respaldado por el conjunto de instituciones que lo legitiman.

El estudio tuvo como objetivos describir y analizar los aspectos centrales de las nuevas configuraciones del abordaje al Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) referidos a los procesos de creciente medicalización de los aspectos comportamentales del individuo en la contemporaneidad, a partir de analizar la clasificación de los trastornos mentales (específicamente el TEA) que se establece en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

En la medida que surgen nuevas formas de percepción de la realidad social, se configura un terreno fértil para la emergencia y desarrollo de algunas profesiones y sus competencias, con este sentido, se explora el surgimiento del Acompañante Terapéutico en tanto disciplina que se institucionaliza en el marco del abordaje del TEA.

La constante reorganización del saber de la psiquiatría conduce al imperialismo de diagnósticos mentales y sistemas de categorización que construyen nuevos formatos institucionales y prácticas profesionales que conforman un conjunto institucional que se configura alrededor del TEA para el caso.

El objetivo fue demostrar que en la medida que la medicina psiquiátrica amplía su campo de intervención, contribuye a la medicalización de más aspectos comportamentales de los individuos construyendo nuevas formas institucionales y prácticas profesionales.

El enfoque metodológico adoptado se apoya en un estudio exploratorio-descriptivo de corte cualitativo recurriendo al análisis del discurso perteneciente al campo del análisis de contenido, incorporando la idea de poder (en el sentido de Foucault) como un instrumento clave de la producción de saber en el contexto de la vida moderna.

Palabras claves: medicalización, saber/poder, categorización

TABLA DE CONTENIDO

Agradecimientos.....	
Resumen.....	
Introducción.....	6
CAPÍTULO I: La medicalización / psiquiatrización en tiempos modernos.....	12
1.1 Medicalización de la vida social.....	12
1.2 El saber de la medicina psiquiátrica: una estrategia biopolítica y de poder.....	15
CAPÍTULO II: Clasificación y clasificado: de la construcción de un diagnóstico a la invención de un individuo.....	19
2.1 ¿Clasificar primero, medicalizar después?.....	19
2.2 Inventar individuos para patologizar lo normal.....	22
CAPÍTULO III: La psiquiatría ampliada y la articulación de dispositivos para el abordaje del TEA.....	25
3.1 Evolución histórica del DSM: ¿Un dispositivo biopolítico o un instrumento para inventar individuos?.....	25
3.2 La noción de Trastorno Mental y el caso del TEA.....	28
3.3 La emergencia del Acompañante Terapéutico: una disciplina que se institucionaliza para el abordaje del TEA.....	32
CONSIDERACIONES FINALES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo constituye la Monografía Final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social (Plan 2009) en el marco del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

El estudio tiene por cometido contribuir a la reflexión desde las ciencias sociales sobre el área de la salud mental, en particular sobre el diagnóstico de las enfermedades mentales, específicamente se aborda el “Trastorno de Espectro del Autismo: ¿inventar individuos para medicalizar lo normal”?

La selección del tema responde a un interés personal impulsado por la realización de las prácticas pre-profesionales en el área de la salud, procurando trascender la mirada bio-médica hacia el trastorno como un acontecimiento biológico que se produce en el organismo humano, incorporando determinadas categorías analíticas a los efectos de estimular la reflexión y profundizar en el conocimiento de los aspectos sociales e institucionales que se organizan en torno al definido Trastorno de Espectro del Autismo (en adelante TEA).

El estudio tuvo como objetivos describir y analizar los aspectos centrales de las nuevas configuraciones del abordaje al TEA referidos a los procesos de creciente medicalización de aspectos comportamentales del individuo en la contemporaneidad, a partir de analizar la clasificación de los trastornos mentales (específicamente el TEA) que se establece en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en adelante DSM).

Asimismo, nuevas formas de percepción de la realidad social configuran el espacio para la emergencia, desarrollo e institucionalización de algunas profesiones y sus competencias, lo que se encuentra relacionado con transformaciones institucionales ocurridas en la sociedad (Ortega, 2011), al respecto interesa señalar las funciones sociales que se atribuyen socialmente a las profesiones o a los colectivos, en este sentido otro de los objetivos está dirigido a explorar el surgimiento del Acompañante Terapéutico (en adelante AT) en tanto disciplina que se institucionaliza en el marco del abordaje del TEA.

En cuanto al enfoque teórico-metodológico adoptado, el siguiente trabajo pretende ser un estudio exploratorio-descriptivo de corte cualitativo, se recurre al

análisis del discurso¹ perteneciente al campo del análisis de contenido², incorporando la idea de poder (en el sentido de Foucault) como un instrumento clave de la producción de saber en el contexto de la vida moderna.³ En la medida que el discurso opera sobre la realidad de la vida cotidiana, es una forma de desplegar la ideología y establecer el orden social acorde a las distintas formaciones discursivas presentes en un determinado momento histórico. (Bardin, 1986).

Existe hoy una constante preocupación por definir y clasificar en términos del par normal-anormal los comportamientos de los individuos mediante diagnósticos médicos. Cada vez más presenciamos la emergencia de nuevos discursos sobre trastornos y diagnósticos legitimados por el saber de la medicina en general y la medicina psiquiátrica en particular que comienza a configurar en la segunda mitad del siglo XIX un nuevo modo de intervención sobre el comportamiento de los individuos. (Caponi, 2009).

En la medida que la vida humana se convierte en objeto de intervención, control, medicalización y conocimiento de la práctica médica, la proliferación de trastornos mentales legitimados por ese saber científico, hacen del mundo en el que vivimos un mundo de clasificaciones y distinciones entre el binomio normal/anormal.

Anticipar y prevenir cualquier tipo de anomalía, va a ser la nueva modalidad de intervención de la medicina psiquiátrica que expande su campo de acción impulsado por una ambición clasificatoria consolidando nuevas estrategias de poder y control social.

Desde una perspectiva histórica, a partir de 1857⁴ y en los años posteriores, la preocupación de la sociedad moderna por el control de los individuos generó la

¹ “(...) Un discurso (o conjunto de discursos) está determinado por: condiciones de producción, un sistema lingüístico. Conociendo las condiciones de producción y el sistema lingüístico se puede poner a punto, por el análisis de la superficie semántica y sintáctica del discurso (o conjunto de discursos), la estructura que lo organiza, o proceso de producción”. (Bardin, 1986:168-169).

² Bardin (1986:6) expresa que: “Estas técnicas catalogan, miden, descubren el procedimiento mediante el cual, en cada relato comunicativo se relacionan dichos objetos de referencia con las normas y valores vigentes en cada momento de la historia y en el seno de cada cultura, explicando con una base empírica, cómo se consolidan los estereotipos y los mitos que subyacen a los relatos producidos en una sociedad”.

³ “El discurso es el espacio en que saber y poder se articulan, pues quien habla, habla de algún lugar, a partir de un derecho reconocido institucionalmente. Ese discurso, que pasa por verdadero, que vehiculiza saber (el saber institucional) es generador de poder. La producción de ese discurso generador de poder es controlada, seleccionada, organizada y redistribuida por ciertos procedimientos que tienen por función eliminar toda y cualquier amenaza a la permanencia de ese poder”. (Brandao apud Ortega 2011:27).

⁴ “Apareceram novas estratégias de intervenção e de gestão biopolítica dos corpos e das populações diretamente vinculadas à teoria da degeneração proposta por Benedict August Morel (1857) em seu *Traité des Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l'Espèce Humaine*. A partir desse

aparición de nuevas estrategias de intervención vinculada a la noción foucaultiana de biopolítica. Concepto central para discutir la proliferación de trastornos y patologías psiquiátricas que recaen sobre aquellos individuos que se consideran “desviados” de la norma socialmente establecida que pasan a tener un “estado anormal”.

En este marco, se propone estudiar la evolución histórica de la categoría diagnóstica TEA en el campo de la psiquiatría contemporánea en tanto concepto nosológico que reafirma los procesos de medicalización de la vida social. Se analiza la noción de trastorno vinculado a la ampliación del universo de objetos sociales medicalizados por la psiquiatría en términos de estrategia biopolítica y de poder. (Caponi, 2009).

Para ello se examinan las dos últimas ediciones publicadas del DSM de la *American Psychiatric Association*⁵, su propósito es establecer una clasificación de los trastornos mentales así como describir las categorías diagnósticas que sirven de guía a los profesionales de la salud como otros especialistas.

Específicamente se describen y analizan las secciones destinadas a “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” en el DSM IV⁶ y “Trastornos del desarrollo neurológico” en la quinta edición (DSM V)⁷ que es la vigente en la actualidad publicada con fecha 18 de mayo de 2013.

La propuesta consiste en estudiar los formatos que constituyen el diagnóstico psiquiátrico que encierra una manera de clasificar al individuo portador del TEA y se visualiza en las nomenclaturas oficiales institucionalizadas en los DSM IV (1995) y DSM V (2013) que les son de utilidad a una amplia gama de profesionales de la salud

momento, começa um novo modo de classificar os desvios e as anomalias e, conseqüentemente, um novo modo de intervenção sobre os indivíduos. Surge um novo espaço classificatório de doenças e anomalias que permitirá a proliferação, na segunda metade do século XIX, de um conjunto de doenças relacionadas a comportamentos.” (Caponi, 2009:530).

⁵ La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA en inglés) fundada en 1844 constituye la principal organización de profesionales de la psiquiatría en Estados Unidos y el mundo. Entre sus publicaciones se encuentra el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Disponible en: <http://psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> [Fecha de consulta: 12 de setiembre de 2015].

⁶ “El propósito del DSM-IV es proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.” (DSM IV, 1995:XXVI).

⁷ “El objetivo principal del DSM-5 consiste en ayudar a profesionales de la salud en el diagnóstico de los trastornos mentales de los pacientes, como parte de la valoración de un caso que permita elaborar un plan de tratamiento perfectamente documentado para cada individuo.” (DSM V, 2013:3).

así como otros especialistas, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, entre otros.

Se pretende problematizar sobre los procesos de producción social de las etiquetas y clasificaciones creadas por los expertos encargados de “producir verdad” al respecto y “fabricar” un individuo que se ajuste al sistema de categorización construido desde el saber de los especialistas y respaldado por el conjunto de instituciones que lo legitiman.

En cuanto a la lógica de exposición, el documento se organiza en un primer capítulo destinado a los principales aspectos del proceso de medicalización en el marco de la vida moderna y el rol que comienza a asumir la profesión médica que con su carácter de “autoridad experta” se transforma en el agente encargado de señalar líneas demarcatorias entre el par normal-anormal en función de las exigencias en términos de salud del sistema económico que se consolida.

En lo que sigue se presenta la noción de biopoder expresado mediante el desarrollo de dos formas de poder (anátomo-política del cuerpo y biopolítica de la población) para comprender el pasaje de la vida y el cuerpo en objetos de saber e intervención, en la medida que la medicina psiquiátrica reorganiza el saber expandiendo su campo de acción y consolidando nuevas estrategias de poder en pos de la sociedad de la “normalización”.

El segundo capítulo presenta en líneas generales como Ian Hacking enuncia las interacciones entre clasificado y clasificación a partir de la distinción entre tipo indiferente e interactivo que realiza el autor, a los efectos de discutir de qué manera los individuos diagnosticados con un TEA integran e interactúan con ese mundo de clasificaciones y etiquetas del que nos habla Hacking.

Por otra parte, desde este mismo autor y su interés por describir el mundo se examina la noción “inventar/construir personas” a la luz de los nuevos sistemas de clasificación que emergen y el concepto de “anomalía” es un aspecto importante en base al cual se clasifican los comportamientos humanos a partir de la invención de nuevas categorías diagnósticas que ingresan en el campo de las intervenciones psiquiátricas.

El tercero y último capítulo comienza exponiendo la evolución histórica de los manuales de psiquiatría que han sido objeto de análisis, con el cometido de describir y analizar la clasificación de los trastornos mentales (específicamente el TEA) que se establece en los DSM IV y DSM V.

Desde el artículo publicado por el psiquiatra americano Allen Frances, quien presidía el grupo de trabajo encargado de la elaboración del DSM IV y DSM IV-R, se suman elementos para la discusión sobre la proliferación de trastornos mentales ocurridos en las últimas décadas.

En este sentido, se analiza la noción de trastorno vinculado a la ampliación del universo de objetos sociales medicalizados por la psiquiatría en tanto categoría nosológica y elemento central de los procesos de medicalización del espacio social. Se examinan las definiciones establecidas en los DSM IV y DSM V considerando al TEA una entidad privilegiada para reflexionar sobre la explosión de trastornos psiquiátricos, articular conceptos y procesos históricos.

Asimismo, se reflexiona sobre las formas de arribar al diagnóstico del TEA: el proceso de observación acompañado del análisis del comportamiento del niño son los principales elementos que tienen en cuenta los especialistas (pediatra, neuropediatra, psicólogo o psiquiatra infantil) para realizar la valoración y el diagnóstico de dicho trastorno.

Si bien, por las fuentes a que hemos tenido acceso no existiría a la fecha un tratamiento farmacológico específico, en la gran mayoría de los casos los profesionales que realizan la evaluación apuestan a programas educativos personalizados y terapias psicosociales como un medio de tratamiento.

En este sentido, se realiza una revisión sobre los nuevos formatos de profesionalización que se han construido para dar respuesta a esta problemática: el Acompañamiento Terapéutico (en adelante AT), sus antecedentes históricos, objetivos, funciones atribuidas y su articulación con la definición de dispositivo presentada por Foucault.

Se estudiará el papel que le es asignado socialmente al AT como un nuevo profesional que se inserta en el campo con el objetivo de ser capaz de estimular desde lo terapéutico las potencialidades de la persona que “acompaña” para que ésta desarrolle su proyecto de vida.

La hipótesis que guía el presente estudio plantea que, en la medida que la medicina psiquiátrica amplía su campo de intervención, contribuye a la medicalización de más aspectos comportamentales de los individuos construyendo nuevas formas institucionales y prácticas profesionales.

El trabajo que se propone intenta aportar elementos que permitan generar una mirada más amplia y reflexiva del discurso psiquiátrico sobre el diagnóstico de las

enfermedades mentales y asimismo sirva a las distintas profesiones que se desempeñan en el área de la salud.

La medicalización / psiquiatización en tiempos modernos

1.1 Medicalización de la vida social

En la medida que se fue consolidando la vida moderna, los procesos de medicalización⁸ constituyen un elemento clave para la vida social que se configura en el marco de la modernidad.

La vida humana se convierte en objeto de intervención, control y conocimiento de la práctica médica, que con su carácter de autoridad experta clasifica, evalúa y caracteriza lo que a su entender necesita ser medicalizado en términos de normalidad-anormalidad. Así,

(...) la conciencia moderna tiende a otorgar a la distinción entre lo normal y lo patológico el poder de delimitar lo irregular, lo desviado, lo poco razonable, lo ilícito y también lo criminal. Todo lo que se considera extraño recibe, en virtud de esta conciencia, el estatuto de la exclusión cuando se trata de juzgar y de la inclusión cuando se trata de explicar. (Foucault, 1990:14).

El proyecto moderno coloca el énfasis en la búsqueda de un orden “perfecto”, en una creciente racionalización que permita intervenir y controlar las “conductas socialmente desviadas”, y pasa a quedar en el ámbito de la medicina:

“(...) los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos de conducta que corresponden a la medicina, suscitan su intervención y le exigen una práctica específicamente adaptada. En último término no existe un ámbito que pertenezca de pleno derecho y de modo universal a la medicina.” (Foucault, 1990:25).

Con el ingreso de la salud al sistema económico, la tarea de la medicina consiste en brindarle a la sociedad individuos fuertes, capaces de asegurar el mantenimiento y la

⁸ “(...) las ciencias sociales suelen referirse a los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios. (Menéndez apud Mitjavila, 1998 p.2).

reproducción de la fuerza de trabajo mediante el desarrollo de una “*función normalizadora*” del saber médico. Siendo medicalizado aquello que en una época concreta y para una determinada sociedad se considera como enfermedad. (Mitjavila, 1998).

Para Freidson (1978), el carácter de “autoridad experta” que la sociedad le confirió a la profesión médica al momento de tratar y diagnosticar las enfermedades, así como su relación con la tecnología y la ciencia moderna le permitió a esta disciplina generar una compleja división del trabajo que se traduce en un aumento del número de especialistas y técnicos poseedores de un conocimiento autorizado y definitivo en términos de salud-enfermedad. De esta manera,

“(…) la medicina se transforma en una ciencia de la normalidad. Un cuerpo que ha dejado de ser espeso para comenzar a volverse transparente a partir del desarrollo de los conocimientos de anatomía, pero que no ha dejado de ser indócil y que exige sobre él una serie de procedimientos que lo tornen productivo, acorde a las exigencias de la producción capitalista (...). El profesional de la medicina se convierte en el experto consejero familiar, que instala prescripciones morales y médicas en torno a la organización de lo cotidiano y el principio de salud se instala como ley fundamental de los lazos familiares. Todo ello contribuye a que la autoridad médica sea, a la vez, una autoridad social.” (Foucault apud Rosato y Angelino et all, 2009:56-57).

Desde esta perspectiva, el saber se transforma en un instrumento de control que señala líneas demarcatorias entre lo “normal”, aquello que está disciplinado, que es funcional al orden hegemónico y se encuentra legitimado por el conocimiento científico y el desarrollo de las instituciones modernas, a diferencia de lo “patológico”, lo “desviado” de las normas establecidas por la sociedad capitalista de inicios del siglo XIX donde:

“(…) el control de la sociedad sobre los individuos no opera simplemente por la consciencia o por la ideología, pero comienza en el cuerpo, con el cuerpo. Fue en lo biológico, en lo somático, en lo corporal que, antes de todo, invistió la sociedad capitalista. El cuerpo es una realidad biopolítica.” (Foucault, 1989:82).

El cuerpo fue el primero de los objetos socializados por el sistema de producción capitalista, pero recién en la segunda mitad del siglo XIX se comenzó a pensar al cuerpo en términos de salud y fuerza productiva, donde el control de la salud de la población comienza a ser una de las funciones del Estado Moderno. Los pobres y trabajadores se

transforman en objeto de medicalización en la medida que se desarrolló la medicina de la fuerza laboral. (Murillo, 1997).

Ante la necesidad de la sociedad capitalista de ejercer el control sobre los individuos en el cuerpo, con el cuerpo, la medicina configura una estrategia biopolítica dirá Foucault, convirtiéndose primero en *“un mecanismo facilitador de la reproducción social de la fuerza de trabajo.”* (Mitjavila, 1998:8). En segundo lugar, *“la normalización medicalizadora es un pilar de la economía política de la medicina, en la medida que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros.”* (Foucault apud Mitjavila, 1998:8).

Finalmente, *“la medicalización a través del saber médico representa un campo propiamente socializador, en términos de legitimación de elementos de los universos simbólicos que integran un sistema de dominación.”* (Berger y Luckmann apud Mitjavila, 1998:8-9).

De este modo, la práctica médica se instaló en los distintos espacios de la sociedad desarrollando y expandiendo estrategias medicalizadoras tendientes al control social en el contexto de la vida moderna, logrando establecer un *“campo médico-sanitario”*⁹ en el que se conjugan distintas disciplinas que le otorgan heterogeneidad al mismo, en la medida que el saber médico con su carácter monopólico y la creciente complejización de la medicina moderna crearon las condiciones para el desarrollo de la identidad y autonomía profesional. (Mitjavila, 1998).

Efectivamente, conocimiento y poder son dos propiedades que denota la medicina en tanto “profesión erudita” dueña de un saber absoluto. Asimismo, *“El saber individualiza porque convierte a los individuos en casos, los cuales son simultáneamente objetos de estudio y de poder; son examinados, medidos, descritos, comparados, clasificados y juzgados.”* (Foucault apud Mitjavila, 1998:29).

En la medida que las formas de poder se institucionalizan, la vida moderna pasa a estar regulada y administrada por el desarrollo de dos formas de poder que buscan *“(…) penetrar os corpos de maneira cada vez mais detalhada e controlar as populações de maneira cada vez mais global.”* (Foucault, 1991:130).

⁹ “Se entiende por tal al espacio social conformado por las esferas de conocimiento experto (medicina clínica, epidemiológica, salud pública, medicina social, y otras disciplinas biomédicas y sociales) que organizan los discursos y las prácticas de agentes socialmente legítimos en los niveles científico, técnico, político y administrativo de la gestión de segmentos problemáticos de la vida social en términos de salud y enfermedad.” (Mitjavila, 1998:16-17).

La preocupación de la sociedad moderna por el control del cuerpo individual y social generó la aparición de nuevas modalidades de intervención, donde la práctica psiquiátrica en particular, expande su campo de acción impulsado por una ambición clasificatoria consolidando nuevas estrategias de poder y control social lo que será objeto de estudio en lo que sigue.

1.2 El saber de la medicina psiquiátrica: una estrategia biopolítica y de poder

Cuando la vida y el cuerpo pasaron a ser objeto de saber y de intervención, estamos frente a lo que en términos foucaultianos se conoce como biopoder que se expresa mediante el desarrollo de dos técnicas de poder que emergen en los siglos XVII y XVIII.

Por un lado, la *anatomopolítica del cuerpo*¹⁰ caracterizada por ser una tecnología individualizante del poder basada en la disciplina como instrumento de control del cuerpo social, mientras que la segunda técnica se dirige a las poblaciones humanas entendida como *biopolítica de la población* y refiere al registro de acontecimientos biológicos por la esfera política. (Foucault, 2001).

El concepto de biopolítica fue introducido por Foucault en 1974 en una conferencia llevada a cabo en la Universidad de Río de Janeiro, publicada tres años después bajo el título de “El nacimiento de la medicina social”. En este sentido,

“(…) deberíamos hablar de biopolítica para designar lo que hace que la vida y sus mecanismos puedan entrar en el dominio de cálculos explícitos y lo que transforma saber-poder en un agente de transformación de la vida humana.” (Foucault, 1978:170).

No obstante, esta novedad que se produce en el mundo moderno presenta dos fases de un mismo proceso. Por un lado y como fue mencionado anteriormente, las cuestiones biológicas (natalidad, reproducción, mortalidad) ingresan en el registro de la política. Y en segundo término, con el propósito de mejorar la población en general, se

¹⁰ “Todos esos procedimientos mediante los cuales se aseguraba la distribución espacial de los cuerpos individuales (su separación, su alineamiento, su puesta en serie y bajo vigilancia) y la organización, a su alrededor, de todo un campo de visibilidad. Se trataba también de las técnicas por las que esos cuerpos quedaban bajo supervisión y se intentaba incrementar su fuerza útil mediante el ejercicio, el adiestramiento, etcétera”. (Foucault, 2001:219).

desarrollan en el siglo XVIII políticas higiénicas, psiquiátricas y eugénicas, que clasifican determinadas conductas bajo el supuesto de “anormalidad” las cuales comienzan a ser controladas por la práctica médica. (Caponi, 2009). En el mismo sentido, Foucault (2001:228) sostiene que “*la medicina es un saber/poder que se aplica, a la vez, sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos; que va a tener, en consecuencia, efectos disciplinarios y regulizadores.*”

Los teóricos de la degeneración¹¹ coinciden en que fue a partir del trabajo de Benedict August Morel en su *Traité des Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l'Espèce Humaine* (1857), que se generó un nuevo espacio para clasificar los desvíos y anomalías así como también se desarrollan nuevas estrategias de intervención sobre el cuerpo social.

“A partir da publicação do *Tratado* de Morel (1857), será configurado um novo modo de pensar as doenças mentais que inclui, junto com os delírios e as alucinações, um conjunto de comportamentos e de características físicas consideradas como desvio patológico da normalidade. É o início de uma nova representação das patologias que dará lugar a um conjunto de trabalhos e de estudos que se inscrevem dentro da chamada *teoria da degeneração*.” (Caponi 2009:537).

Comprender lo anterior es una cuestión fundamental para analizar los aspectos centrales de las nuevas configuraciones del abordaje del TEA referidos a los procesos de creciente medicalización de aspectos comportamentales del individuo en la contemporaneidad.

Con la obsesión de marcar los límites entre el desvío y la normalidad, el biopoder se define en base al establecimiento de una norma la que los individuos de una sociedad deben de apuntar. Como lo entiende Foucault, “*o elemento que circula do disciplinar ao regulador, que se aplica ao corpo e às populações e que permite controlar, ao mesmo tempo, a ordem do corpo e os fatos de uma multiplicidade humana é a norma.*” (Foucault apud Caponi, 2009:535).

De este modo, el concepto de norma se vuelve central para comprender las estrategias biopolíticas destinadas a intervenir sobre los sujetos considerados

¹¹ “A categoria “degeneração” refere-se a um duplo desvio: por um lado, desvio da frequência estatística desejada em relação a características físicas, tais como altura, peso, formato do rosto, das orelhas, etc. - os chamados *estigmatas* (CARTRON, 2000); por outro, desvio das normas ou valores que a sociedade europeia do século XIX considerava como invioláveis e universais.” (Caponi 2009:537).

“anormales”, quienes se distancian de lo que determinada sociedad establece como lo “normal”.

El concepto de “anormal” emerge en el siglo XVIII con la “normalización” de la sociedad y aún hoy las nociones de normalidad/anormalidad cumplen funciones de demarcación social en la construcción de la vida moderna.

En este contexto, la psiquiatría traza una nueva estrategia de intervención que se traduce en anticipar y prevenir cualquier tipo de anomalía, es decir, “(...) *todo lo que es desorden, indisciplina, agitación, indocilidad, carácter reactivo, falta de afecto, etc., todo, de aquí en adelante, podrá ser psiquiatrizado.*” (Foucault apud Caponi 2009:540).

Esta reorganización del saber, genera la ampliación del campo de intervención de la nueva psiquiatría estimulando la consolidación de nuevas estrategias de poder.

“Con efecto, a partir del momento en que la psiquiatría adquiere la posibilidad de relacionar cualquier desvío, irregularidad, retardo, a un estado de degeneración, de ahí en adelante conquistará una posibilidad de injerencia indefinida sobre los comportamientos humanos.” (Foucault apud Caponi 2009:542).

Partiendo de ese marco de análisis, el DSM entendido como un manual que establece una clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales, expresa la preocupación por controlar el riesgo y anticipar el peligro en la medida que clasifica aspectos propios de la condición humana a partir de la distinción entre lo normal/patológico. Transformándose en una estrategia de poder y dispositivo biopolítico. (Caponi, 2012).

La distinción entre lo que es normalidad y anormalidad se construye desde el saber científico que tiene potestad para ordenar y clasificar a los sujetos, generando formas de dominación bajo la combinación de estructuras de conocimiento entendidas como verdaderas y modalidades de ejercicio de poder que fabrican al individuo. En este sentido,

“La verdad no puede ser considerada, según esta perspectiva, como la posibilidad de aprehensión por parte del sujeto de las características esenciales del objeto, pues todo conocimiento es en perspectiva y por ende, está hecho desde una cierta ubicación en una relación de fuerzas. La verdad es una construcción social y conlleva efectos de poder. Ser el sujeto de un discurso verdadero, implica siempre una posición en una relación de fuerzas.” (Murillo, 1997:109).

Toda relación social supone una relación de fuerza que moldea el cuerpo individual y colectivo en base a los hábitos, reglas y normas funcionales al orden

hegemónico legitimado por las instituciones modernas que generan “*situaciones estratégicas de poder*” que desembocan en lo que Foucault (1990b) denomina “*relaciones de poder*”.

Para el autor, el poder “*no es una institución y no es una estructura, no es cierta potencia de la que algunos estarían dotados; es el hombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada.*” (Foucault, 1990b:113).

Así planteado, el poder es una relación donde unos pocos toman decisiones que organizan, regulan y controlan todo el tejido social determinando la conducta de la mayoría. Es decir, si se concibe al discurso como el espacio en el cual saber y poder se articulan, la producción de ese discurso dotado de saber institucional es generador de poder en la medida que se despliegan procedimientos con el objetivo de mantener ese poder. (Brandao apud Ortega 2011).

Dicho de esta manera y como se verá en el capítulo que sigue, la construcción de clasificaciones, etiquetas y los nuevos discursos sobre el diagnóstico de los trastornos mentales constituyen un procedimiento dirigido a aquellos individuos considerados portadores de un “estado anormal” que se transforman en objeto de medicalización, saber y poder, eliminando las amenazas a la permanencia del orden social deseado.

A continuación se profundizará en el estudio de la interacción que se produce entre la clasificación y las personas que son clasificadas tomando como sustrato las ideas que nos presenta Hacking.

Clasificación y clasificado: de la construcción de un diagnóstico a la invención de un individuo

2.1 ¿Clasificar primero, medicalizar después?

El filósofo de la ciencia Ian Hacking, afirma que vivimos en un mundo de clasificaciones y sobre todo cuando se trata de los comportamientos humanos, donde cada vez que se caracterizan personas, se construyen individuos y se demarcan espacios de normalidad/anormalidad, es decir:

“Las reglas, los límites, las categorías y todo tipo de sistemas de clasificación cognitiva y moral, crean líneas que se cruzan y categorías de cosas para las cuales hay excepciones. No todo se adecua, y lo que no lo hace se vuelve desviado, raro, extraño o delictivo.” (Wuthnow apud Ortega 2011:40).

Existen clasificaciones de carácter “oficial” que se encuentran institucionalizadas y legitimadas por el conjunto de la sociedad, en este sentido el diagnóstico del TEA forma parte de las nomenclaturas oficiales institucionalizadas en los DSM que será objeto de estudio en el próximo capítulo.

En lo que sigue desde los aportes de Hacking se pretende discutir de qué manera los individuos diagnosticados con un TEA integran ese mundo de clasificaciones y etiquetas que se colocan desde el ámbito institucional y construye personas. Interesa puntualizar también en cómo interactúan esas clasificaciones realizadas por la ciencia con los individuos clasificados y sus comportamientos, a partir de la idea de *façonner les gens*¹² que presenta el autor.

En la medida que la medicina psiquiátrica construye nuevos discursos sobre el diagnóstico de los trastornos mentales más aspectos comportamentales dejan de ser considerados “normales” para transformarse en objeto de medicalización, saber y poder.

¹² “La idea de *façonner les gens* “es de hecho un intento por expresar en francés no “hacer gente” (*making people*) sino “inventar/construir gente” (*making up people*)” (Alvarez, 2002:8). Se refiere a la existencia de grupos humanos que fueron contruidos por las atribuciones que a ellos fueron dirigidas, en el sentido de modelar, producir un cierto tipo de sujeto: cada vez que se caracterizan personas, se construyen personas.” (Ortega, 2011:45).

A partir del momento que se diagnostica una enfermedad mental, el individuo portador de la misma forma parte de un sistema de categorización legitimado por el conocimiento científico que construye clasificaciones las cuales provocan una transformación en los clasificados. Sobre esto, es interesante revisar la distinción entre tipos indiferentes y tipos interactivos que presenta el autor a los efectos de comprender la relación que se genera entre la clasificación y el clasificado.

“Os tipos naturais “clássicos” (formas geométricas, espécies químicas, biológicas e geológicas), de acordo com Hacking, são tipos indiferentes, na medida em que não interagem com a classificação que recebem. Para as baleias, nada mudou quando foram classificadas como mamíferos, e não peixes. Os tipos humanos, ou tipos de pessoas, por sua vez, reagem às classificações que lhes são impostas, e o fazem, argumenta Hacking (2006), estando ou não conscientes de las.” (Brzozowski et all. 2010:893).

Cuando las palabras anteriores se trasladan al campo de la medicina y se aplica a individuos, se vuelven necesarias determinadas instituciones que establecen los criterios para la clasificación a partir de discriminar entre “normal” o “patológico” las conductas humanas permitiendo agrupar en diferentes categorías a los individuos acorde a las características comportamentales identificadas.

El diagnóstico médico al mismo tiempo que coloca una etiqueta e indica el procedimiento a seguir, permite diferenciar los tipos humanos de aquellos entendidos como naturales, cumpliendo un rol central en la bifurcación entre la indiferencia y la interacción. (Brzozowski et all. 2010). Sin embargo, el TEA presenta ambos componentes, es decir,

“O componente indiferente da doença são suas causas biológicas, enquanto o componente interativo é o estereótipo do portador daquela doença, que, na perspectiva biomédica, se refere ao conjunto de sintomas. Más o estereótipo do portador da doença assume ainda um aspecto social, quando encarnado no comportamento do próprio paciente.” (Brzozowski et all. 2010:894).

Asimismo, la interacción entre el componente indiferente e interactivo se construye a partir de tres elementos: lo biomédico que se expresa en causas biológicas, el conjunto de síntomas, y finalmente el aspecto social relacionado al comportamiento del paciente. “*No caso de haver essa interação, ocorre o que Hacking chama de efeito de arco [looping effect]. As pessoas e sua classificação estão numa situação de plena interação e evolução bilateral.*” (Brzozowski et all. 2010:894).

Pensar lo anterior en clave del TEA, supone entender primeramente a qué tipo de trastorno nos referimos, su evolución histórica y los criterios empleados para su diagnóstico, lo que será objeto de análisis en el capítulo que sigue.

Acorde al material consultado, los individuos portadores del TEA presentan serias limitaciones en términos de interacción social y déficit en la comunicación, lo que genera incertidumbre y no permite saber con exactitud qué grado de consciencia sobre su diagnóstico y clasificación presentan. No obstante, Hacking sostiene que el “efecto arco” engloba unidades más amplias como por ejemplo la familia, la cual modifica su comportamiento en función del diagnóstico que recibe el individuo, que al percibir dicho cambio se produce el “efecto arco” del que habla el autor.

Asimismo, la integración al mundo y prácticas institucionales pedagógicas de los individuos diagnosticados con el TEA permite la interacción de estos y el “efecto arco” ocurre en el nivel institucional, donde las interacciones y sus efectos se producen y reproducen.

“La invención de una clasificación (y su aplicación), afecta tanto cómo los demás piensan, tratan y controlan a quienes son así clasificados, como la manera en que las personas se ven a sí mismas. El conocimiento interactúa con ellas y con un extenso cuerpo de prácticas e instituciones, generando combinaciones socialmente permisibles de síntomas y enfermedades, y generando también la reacción de los clasificados. En este sentido, hay una diferencia crucial, según Hacking, entre las clases naturales y las clases humanas.” (Martínez, 2005:167).

Continuando con el planteo de Hacking, cada clasificación presenta una estructura que encierra cinco aspectos primarios. El primero de ellos es la clasificación propiamente dicha que a su vez genera el segundo aspecto, individuos que comparten la misma clasificación. Seguido de las instituciones que aprueban la existencia y legitiman la clasificación, el DSM IV y DSM V son un ejemplo de institución que justifica el diagnóstico de los trastornos mentales, a partir del conocimiento técnico de los especialistas, encargados de “producir verdad” desde el lugar de poder y de saber deciden quién es “normal” y quién presenta el TEA por ejemplo. (Brzozowski et al. 2010).

En relación a ello, estos cinco elementos que surgen de la clasificación están presentes en el abordaje del TEA y de acuerdo con (Hacking apud Ortega, 2011:45): “(...) una vez que las personas y sus entornos entran en alguna forma de clasificación,

y una vez que ellas operan en alguna institución, esas clasificaciones modifican las maneras en que esas personas se sienten a sí mismas y se comportan¹³.

Como veremos en lo que sigue, la ambición de la medicina psiquiátrica por clasificar y prevenir los riesgos hace que un mayor número de individuos compartan el diagnóstico de un trastorno pasible de transformarse en objeto de medicalización.

2.2 Inventar individuos para patologizar lo normal

Todas las culturas poseen sistemas de clasificación, parámetros clasificadores que habilitan las intervenciones en la vida social, clasificar los hechos que las mismas personas construyen mediante un proceso de interacción social es un intento por ordenar el mundo. (Ortega, 2011).

Nuevos sistemas de clasificación emergen y se construyen por su interés en describir el mundo, las anomalías pasan a ser un elemento importante en la medida que se inventan categorías que sirven de etiqueta a diferentes clases de seres y acciones humanas.

Antes de remitirnos al concepto propuesto por Hacking en relación a “inventar/construir individuos” [*making up people*] es necesario hacer algunas puntualizaciones previas que permitan comprender su vinculación a los efectos del trabajo que se desarrolla.

A partir de la contribución del autor sobre la categoría de análisis “enfermedad mental transitoria”¹⁴ se agregaron elementos para pensar a los trastornos psiquiátricos como una elaboración cultural y/o construcción social que requiere tanto de expertos como de enfermos.

¹³ “Hacking (2006:426) no se ocupa de todos los tipos de personas, sino solamente de los tipos que son sujetos de las ciencias humanas, entendidas en un sentido muy general, y que incluye las ciencias sociales, la medicina, y la biología humana.” (Ortega, 2011:45).

¹⁴ “Hacking define la “enfermedad mental transitoria” [transient mental illness] no en términos individuales, no como un trastorno o dolencia que tenga una duración limitada, apareciendo y remitiendo durante la vida de un sujeto, sino en un sentido colectivo e histórico: aquella que aparece en un tiempo y un lugar determinado y, o bien desaparece sin dejar rastro o bien reaparece en otro lugar y en otras circunstancias, siempre por razones que tienen que ver con el ambiente cultural de la época y del país o contexto socio-geográfico en el que la enfermedad surge como tal.” (Huertas, 2011: 439-440).

La metáfora de “nicho ecológico” utilizada por Hacking hace referencia al lugar dotado de condiciones ambientales adecuadas que hace posible la aparición y desarrollo de la enfermedad, resultante de la actuación de una serie de vectores que se desenvuelven en el interior del mencionado nicho. (Huertas, 2011).

Dicho esto, pensar en el proceso denominado “inventar/construir personas” implica reconocer la actuación de dos vectores, por un lado, el vector del etiquetamiento por parte de los especialistas, encargados de “producir verdad” y crear una realidad en la que los individuos se reconocen y hacen suya. Por otro lado, el vector de la experiencia autónoma de la persona etiquetada, creando una realidad que el experto debe de encarar. (Huertas, 2011).

“Sabemos que el nombre que damos a los grupos humanos tiene, a diferencia del nombre que damos a agrupaciones de cosas, efectos sobre los sujetos clasificados. Cuando clasificamos personas, cuando les atribuimos un diagnóstico, inevitablemente habrá consecuencias para esos sujetos [...]” (Caponi apud Bentura, 2011:47).

Con la pretensión normalizadora de la medicina psiquiátrica se crean nuevos espacios en los que enumerar y clasificar a los individuos a partir de la ampliación de los diagnósticos y categorías psiquiátricas con la “*obseção por identificar pequenas anomalias, angústias cotidianas, pequenos desvios de conduta como indicadores de uma patologia psiquiátrica grave por vir.*” (Caponi, 2012:116-117).

“A ambição por identificar comportamentos de risco cada vez mais sutis, com a finalidade de construir uma psiquiatria preventiva, é central para compreender o modo como os pequenos desvios de conduta e as tristezas cotidianas ingressam no campo das intervenções psiquiátricas iniciando um verdadeiro processo de medicalização do não patológico.” (Caponi, 2012:117).

A lo largo de su historia la psiquiatría moderna se ha caracterizado por la ambición en detectar precozmente a los individuos con probabilidad de padecer una patología psiquiátrica, proceso que se intensifica si nos remitimos a la medicalización de la infancia.

Al respecto Bentura (2011) puntualiza sobre el hecho de asignar un diagnóstico al paciente iniciando un proceso de identificación que da lugar a un estereotipo social

estigmatizante¹⁵, y las conductas a él asociadas, generando como efecto secundario, segregación social.

Los discursos de la psiquiatría en torno al conjunto de comportamientos agrupados bajo la categoría diagnóstica TEA estarían experimentando algunas transformaciones que van más allá del proceso de formalización de conceptos. En términos generales,

“(…) essa transformação epistemológica que permitiu que a psiquiatria expandisse seu espaço de intervenção para a quase totalidade dos comportamentos humanos, permita-nos compreender o marco histórico que, ainda hoje, legitima a medicalização do não-patológico.” (Caponi, 2009:546).

Cuando las estadísticas muestran la proliferación de trastornos mentales ocurridos en los últimos 30 años, primeramente se debe puntualizar sobre la codificación de determinados valores considerados normales/anormales a partir de los cuales se clasifican a las personas e influye en el comportamiento de las mismas, con una pretensión hacia la normalización. Generando un vínculo con lo que Foucault denomina biopoder, en el sentido de que *“las relaciones de poder y de saber que se establecen en la vida social, y que son transportadas a la hora de categorizar individuos o situaciones, tienen en las instituciones y en las profesiones, agentes que propician su permanencia.”* (Foucault apud Ortega 2011:50).

Al respecto, en el próximo capítulo se estudia lo que ha ocurrido con la noción de trastorno para comprender la ampliación del universo de objetos medicalizados por la psiquiatría y el devenir de su ambición clasificatoria que legitima la intervención de nuevos formatos institucionales y práctica profesionales, en tanto agentes que aseguran la permanencia de los sistemas de categorización.

¹⁵ “Tomamos el concepto de estigma como “atributo profundamente desacreditador dentro de una interacción social particular” (Goffman, 1970) a partir de alguna característica que produce en quien la posee desvalorización por la asociación de ese rasgo con un estereotipo negativo, este concepto está profundamente relacionado con los procesos de categorización social.” (Bentura, 2011:47).

La psiquiatría ampliada y la articulación de dispositivos para el abordaje del TEA

3.1 Evolución histórica del DSM: ¿Un dispositivo biopolítico o un instrumento para inventar individuos?

En lo que sigue se presenta brevemente la evolución histórica del material empírico que viene siendo utilizado con el cometido de describir y analizar la clasificación de los trastornos mentales (específicamente el TEA) que se establece en los DSM IV y DSM V.

Con la intención de proporcionar un lenguaje común y criterios uniformes a la clasificación y descripción de los trastornos mentales se publica en los Estados Unidos en el año 1952 la primera edición del DSM I, según las fuentes consultadas este manual tenía 130 páginas y 106 era el número de trastornos mentales identificados.

La segunda edición, DSM II se publicó en 1968 y pretendía ser una revisión de la primera actualizando la información y criterios de confiabilidad sobre los trastornos mentales que aumentaron a 182, basado en el sistema contenido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)¹⁶.

Hacia la década del 80 el DSM III proporcionaba clasificaciones y definiciones concisas sobre cada trastorno, anunciado como una importante mejora sobre sus precedentes. Sin embargo, con la intención de continuar afinando los criterios diagnósticos se realizó en 1987 una revisión completa dando lugar al DSM III-R incluyendo 292 diagnósticos superando las 500 páginas.

Para la elaboración del DSM IV (1995) y DSM IV-R publicado en el 2000 se creó un grupo de trabajo presidido por el psiquiatra americano Allen Frances, quien aporta elementos para la discusión a partir del artículo que publicó en mayo de 2012 en

¹⁶ “La Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud' (también conocida como Clasificación Internacional de Enfermedades o por sus iniciales CIE, así como por las siglas ICD determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, circunstancias sociales y causas externas de enfermedades”. Disponible en: www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf [Fecha de consulta: 17 de octubre de 2015].

la Revista *Psiquiatric Time*. Finalmente, en el año 2013 se conoció la última y quinta edición publicada del DSM.

La propuesta que este trabajo presenta consiste en estudiar los formatos que constituyen el diagnóstico psiquiátrico que encierra una manera de clasificar al individuo portador del TEA y se visualiza en las nomenclaturas oficiales institucionalizadas en los DSM IV (1995) y DSM V (2013) que les son de utilidad a una amplia gama de profesionales de la salud así como otros especialistas, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, entre otros.

Como se adelantó en las líneas que preceden, Allen Frances advirtió que el DSM V anticipa “una pandemia de trastornos mentales”, afirmando que:

“O DSM-5 persiste em oferecer propostas que inadequadamente causam o rótulo de "transtorno mental" a milhões de pessoas agora consideradas "normais". Estas sugestões não encontram suporte científico e são fortemente combatidas por 51 associações de saúde mental, mas a APA continua a recusar pedidos de revisão externa independente.” (Frances apud Caponi 2012:114).

El desarrollo de la noción de trastorno posibilitó la ampliación del universo de objetos de la psiquiatría asegurando la permanencia en el campo médico-sanitario de las nuevas categorías diagnósticas que se institucionalizan, al mismo tiempo que se actualizan los parámetros de normalidad mediante los cuales se clasifican los comportamientos que representan una amenaza a la vida social. (Mitjavila y Gómez, 2012). En este sentido,

“O DSM V poderia criar dezenas de milhões de novos mal identificados pacientes “falso positivos” exacerbando assim, em alto grau, os problemas causados por um já demasiado inclusivo DSM IV. Haveria excessivos tratamentos massivos com medicações desnecessárias, de alto custo e frequentemente bastante prejudiciais.” (Frances apud Caponi 2012:114).

Se evidencia una ambición exagerada de la medicina psiquiátrica por construir clasificaciones que buscan patologizar lo normal mediante “(...) a elasticidade dos critérios diagnósticos e a fronteiras difusas e imprecisas existentes entre o normal e o patológico.” (Caponi, 2012:115).

La explosión de nuevos discursos sobre los trastornos mentales en la población, es la resultante de la ambición clasificatoria de la psiquiatría. Asimismo, Frances expone algunas consideraciones que justifica el aumento del número de trastornos diagnosticados enfatizando que ese proceso ocurre de dos maneras:

“(…) pela criação de novos diagnósticos que transformam em patológicos comportamentos comuns na sociedade, e que a indústria farmacêutica se encarregará de popularizar (como a tristeza, os pequenos déficits de cognição, as explosões de raiva, os comportamentos sexuais, adições a certas condutas cotidianas como comprar, o uso de substâncias tóxicas etc.); e pelo estabelecendo de um umbral de diagnóstico mais baixo para muitas patologias já existentes.” (Frances apud Caponi 2012:115).

La identificación de aspectos comportamentales que representan un riesgo para el orden social se intensifica y desde el saber psiquiátrico se construyen nuevas categorías diagnósticas que “fabrican” un individuo poseedor de un “estado anormal” al cual clasificar, generando consecuencias sobre quien es clasificado.

En su artículo, Frances reflexiona sobre la expansión del número de diagnósticos y descarta los motivos clínicos, otorgándole preponderancia a la industria farmacéutica donde se esconde la ecuación costo-beneficio desde el plano económico. En este contexto, dirá:

“Tem sido minha experiência consistente (obtida trabalhando nos três prévios DSMs) que cada grupo de Trabalho tem sempre uma forte (frequentemente irresistível) ânsia de expandir os limites das desordens de sua seção. Esse previsível imperialismo de diagnóstico dos Grupos de Tarefa deve ser sempre reconhecido e resistido. Os expertos tem muita expectativa em reduzir os falsos negativos para seus transtornos favoritos e em anular a necessidade de recorrer à etiqueta “não especificado de outro modo.” (Frances apud Caponi 2012:118-119).

Por lo hasta aquí planteado, la psiquiatría moderna demuestra su preocupación por anticipar los riesgos independientemente de las consecuencias que ello genere sobre el cuerpo individual (el portador del trastorno) y el social (la población en general). La explosión de discursos sobre las patologías mentales en la infancia y los dispositivos que sobre ella se articulan es un ejemplo de cómo opera la biopolítica de los comportamientos cotidianos, *“Criase assim uma aliança indissociável entre um discurso de verdade (uma classificação diagnóstica cujos limites se expandem cada vez mais) e uma estratégia de poder (que opera com a lógica do dispositivo de segurança).* (Caponi, 2012:119).

Por consiguiente, este trabajo procura despertar en los profesionales que se desempeñen en el campo de la salud y otros una actitud reflexiva hacia los discursos sobre el diagnóstico de los trastornos mentales de los individuos, problematizando sobre las etiquetas, clasificaciones y sistemas de categorización realizados por los expertos

encargados de “producir verdad” al respecto y legitimado por un conjunto de instituciones que sirven al mantenimiento del orden hegemónico.

3.2 La noción de Trastorno Mental y el caso del TEA

Con el propósito de describir y analizar los aspectos centrales de las nuevas configuraciones de abordaje del TEA referidos a los procesos de creciente medicalización de aspectos comportamentales del individuo en la contemporaneidad, se propone estudiar la evolución histórica de la categoría diagnóstica TEA en el campo de la psiquiatría contemporánea en tanto concepto nosológico que reafirma los procesos de medicalización de la vida social.

Se analiza la noción de trastorno vinculado a la ampliación del universo de objetos sociales medicalizados por la psiquiatría en tanto categoría nosológica y elemento central de los procesos contemporáneos de medicalización del espacio social.

De esta forma, en la medicina psiquiátrica, el TEA

“(…) aglutinam um conjunto de anormalidades que geram bastante controvérsia, e revelam como a noção de transtorno não substitui, mas supera a noção de doença ou patologia, aumentando, dessa forma, o campo de objetos que se convertem, de maneira crescente, em alvo do olhar e a prática médicas.” (Mitjavila y Gomes, 2012:88).

Clasificación y conocimiento están estrechamente relacionados y son herramientas por excelencia al momento de diseñar estrategias de intervención cuando discriminar entre lo “normal” y lo “patológico” se trata. Así, los procesos de creciente medicalización de aspectos comportamentales referidos al TEA permiten reafirmar los sistemas de categorización y asegurar la permanencia de este trastorno como objeto de intervención de la psiquiatría.

El término trastorno, es definido con mayor precisión en el campo de la medicina psiquiátrica, en este sentido, el DSM IV (1995) conceptualiza al trastorno mental en particular como:

“(…) un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.” (DSM IV 1995:21).

La edición que le sigue, vigente en la actualidad publicada en el año 2013 define al trastorno mental como:

(...) un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. (DSM V, 2013:5).

Desde el campo de la medicina psiquiátrica la definición de trastorno denota una expansión en los límites de los desórdenes, más aspectos comportamentales son identificados bajo la denominación de un trastorno deviniendo en una medicalización innecesaria de los individuos sobre los que recae el diagnóstico de portadores de un “estado anormal” posible de ser medicalizado.

Así, el concepto de trastorno mental adquiere un elevado nivel de institucionalización en los diversos manuales y documentos oficiales que legitiman el saber y la práctica psiquiátrica donde cada vez más individuos comparten la categoría de “anormales” en tanto poseedores de anomalías.

De acuerdo con algunos estudiosos del tema asistimos a una proliferación en los discursos sobre los trastornos mentales que se puede apreciar en las nuevas clasificaciones que presenta el DSM tras una nueva edición acorde a las pautas de “normalización” que se establecen socialmente. La versatilidad de los criterios diagnósticos vuelve patológico lo que antes era considerado “normal” contribuyendo a la medicalización de más aspectos comportamentales de los individuos.

“En el caso de los diagnósticos psiquiátricos, también buscan discriminar lo “normal” de lo que se aleja de la “normalidad” identificando características, (rasgos de personalidad, padecimientos, etc.) que posibilitan agrupar y distinguir en diferentes categorías permitiendo construir “clases” o “tipos” de personas.” (Bentura, 2011:46).

Históricamente, para el TEA, fue con la psiquiatría del siglo XX que se conocen los primeros diagnósticos médicos que se identifican con lo que hoy denominamos: autismo.

“Es hacia la década de 1930 cuando la psiquiatría del niño entonces en fase de constitución comenzó a reconocer cuadros clínicos diferentes de trastornos

mentales caracterizados por trastornos mayores de la relación el lenguaje, una distorsión grave de la globalidad del desarrollo de la personalidad.” (Parquet y Glose 1992:1).

Sin embargo, alrededor del año 1943 determinadas conductas observadas en un mismo cuadro clínico comienzan a ser definidas y agrupadas como “autismo”.

Etimológicamente, autismo significa “uno mismo”, característico del individuo que vive en su propio mundo interior, ajeno a la realidad exterior. La sección destinada a los Trastornos de inicio de la Infancia, la Niñez o la Adolescencia del DSM IV (1995), se identifica bajo la categoría Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) una serie de trastornos que se caracterizan por déficit graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo.

“Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Los trastornos específicos incluidos en este apartado son trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.” (DSM IV, 1995:40).

La edición siguiente (DSM V, 2013) presenta la categoría Trastornos del Desarrollo Neurológico que engloba al TEA y se realiza la siguiente aclaración:

“A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo.” (DSM V, 2013:30).

La palabra “espectro” indica la variación que pueda existir entre las características de las personas diagnosticadas como portadoras de un TEA, si bien todas corresponden dentro del espectro autista por verse afectadas la capacidad de interactuar socialmente, el desarrollo del lenguaje y la comunicación, acorde a las características que el individuo presente se indican distintos niveles de gravedad y el tipo de trastorno al que está asociado. Este sistema de categorización amplía el número de aspectos comportamentales asociados a el diagnóstico de TEA, algunos de ellos:

“A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la integración social en diversos contextos [...] B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamientos, intereses o actividades [...] C. Los síntomas han de estar presentes en la primera fase del período de desarrollo [...] Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual. (DSM V, 2013:30).

Acorde a las definiciones anteriores, en la primera de ellas, se identifican ciertos aspectos, puntualmente -alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y comportamientos, intereses y actividades estereotipados- que responden a la denominación de TGD. Según su particularidad se distingue el tipo de trastorno sea: autismo, Rett, Asperger, desintegrativo infantil y no especificado, como también entre grave o severo acorde a los parámetros de “normalidad” que son establecidos por el DSM IV (1995).

La nueva categoría y clasificación bajo la denominación de TEA demuestra la influencia del saber psiquiátrico sobre los comportamientos socialmente considerados “desviados” que alcanzaron un alto grado de institucionalización a partir de la inscripción internacional del concepto trastorno mental, reafirmando su ingreso al campo nosológico de la medicina psiquiátrica y haciendo posible que un mayor número de individuos sean diagnosticados como portadores de un trastorno. (Mitjavila y Gómez, 2012).

“(…) el saber psiquiátrico foi firmando categorías e instrumentos que delineiam os contornos da ingêrência médica sobre o controle de um conjunto significativamente amplo de comportamentos socialmente considerados como transgressores ou desviados.” (Mitjavila y Gomes, 2012:90).

Conforme se ha ido consolidando la conciencia moderna, la práctica médica como discurso de poder y de saber ocupa un lugar privilegiado en el espacio social operando a través de dispositivos que indican “lo aceptado” y “lo rechazado”, “lo normal” y “lo anormal”, “lo excluido” y “lo incluido”, construyendo estrategias de intervención biopolítica tendientes la normalización de los cuerpos individuales y sociales.

“Así es como acaban por cambiarse los nombres y se vuelven a calibrar las gentes y las cosas para que encajen en las nuevas categorías. En primer lugar se tiente a la gente para que salgan de sus nichos ofreciéndoles nuevas posibilidades tanto de ejercer como de eludir el control. Luego construyen nuevas instituciones y éstas elaboran nuevas etiquetas, y la etiqueta fabrica nuevos tipos de gente.” (Douglas apud Ortega 2011:41).

En ese contexto, la atribución social de la medicina psiquiátrica se corresponde con la función de clasificar las conductas que se aparten de la norma, construyendo nuevas estrategias de intervención sobre los comportamientos humanos legitimando la emergencia de nuevos formatos institucionales y prácticas profesionales necesarias para

el abordaje del trastorno que se identifica. En ese sentido y en lo que sigue se explora la emergencia del AT en tanto disciplina que se institucionaliza en el marco del abordaje del TEA.

3.3 La emergencia del Acompañante Terapéutico: una disciplina que se institucionaliza para el abordaje del TEA

El proceso de observación acompañado del análisis de aspectos comportamentales del niño son los principales elementos que tienen en cuenta los especialistas (pediatra, neuropediatra, psicólogo o psiquiatra infantil) para realizar la valoración y reconocer si se está frente a un diagnóstico de TEA.

Acorde a las fuentes a las que hemos tenido acceso no existiría a la fecha un tratamiento farmacológico específico para el abordaje del TEA, en la gran mayoría de los casos los profesionales que realizan la evaluación apuestan a programas educativos personalizados y terapias psicosociales como un medio de tratamiento.

“O tratamento geralmente indicado pelos profissionais de saúde engloba intervenções psicossociais e/ou psicofarmacológicas. Em se tratando de intervenções psicossociais, recomendam uma abordagem educacional, prestando informações claras e precisas à família sobre o transtorno. Além disso, defendem também um suporte escolar, por meio de rotinas diárias consistentes, atividade física e atendimento individualizado, sempre que possível.” (Brzozowski et al. 2010:899).

Con el objetivo de explorar la emergencia del AT en tanto disciplina que se institucionaliza en el marco del abordaje del TEA, se realiza una revisión sobre los nuevos formatos de profesionalización que se han construido, los antecedentes históricos, sus funciones y el papel que le es asignado socialmente a este nuevo profesional que se inserta en el campo siendo capaz de estimular desde lo terapéutico las potencialidades de la persona que “acompaña”.

En el caso uruguayo, existe una única formación inaugurada en el año 2008 y aprobada por el Ministerio de Educación y Cultura, conocida como Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico de la Universidad Católica, dentro de su Facultad de Psicología, título que ha sido aprobado por el Ministerio de Salud Pública. La tecnicatura se propone formar técnicos que faciliten la recuperación y la reinserción a su

medio de pacientes afectados por diferentes patologías, mediante un plan de estudios de dos años de duración.

“(…) el programa tiene un fuerte enfoque teórico-práctico que garantiza al graduado la calificación necesaria para esta tarea tan delicada. Forma técnicos capacitados específicamente para acompañar a los pacientes de manera terapéutica, es decir, que pueden ser parte de un equipo que define un tratamiento, piensa y propone la forma de llevar a cabo el trabajo para el logro de los objetivos planteados.” Disponible en: <http://www.ucu.edu.uy/es/node/28778#.ViP5hX7nvIU> [Acceso: 10 de octubre de 2015].

En cuanto a la formación académica, el plan de estudios que se propone para el primer año comienza por analizar casos complejos, se introducen las bases en psicología, psicología del desarrollo, psiquiatría y farmacología, se estudia los fundamentos y técnicas de intervención priorizando en el rol del AT donde la ética es la materia de común denominador entre las disciplinas dirigidas a la intervención hacia el individuo.

En el segundo año comienza la introducción a la problemática del uso indebido de drogas, a las enfermedades degenerativas (Alzheimer), los trastornos de alimentación y los TGD. Posteriormente se supervisan las experiencias de prácticas pre-profesional realizadas desde cada una de las áreas problemáticas mencionadas y por último se aborda el trabajo en equipo multidisciplinario¹⁷.

En la medida que el AT forma parte de un dispositivo¹⁸, de un conjunto institucional que se configura alrededor del TEA, los discursos sobre esta disciplina indican que su tarea se desarrolla en forma articulada con el psicólogo, psiquiatra tratante, equipo terapéutico y el mismo paciente, cuyos objetivos colocan el acento en las capacidades de este último, acompañándolo en su cotidianeidad mientras se lleva a cabo el tratamiento planificado. Su inserción podría resultar relevante para la

¹⁷ Disponible en: <http://www.ucu.edu.uy/es/node/28778#.ViP5hX7nvIU> [Acceso: 10 de octubre de 2015].

¹⁸ “(…) en primer lugar, un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas [...] El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos. En segundo lugar, lo que querría situar en el dispositivo es precisamente la naturaleza del vínculo que puede existir entre estos elementos [...] En tercer lugar, por dispositivo entiendo una especie [...] de formación que, en un momento histórico dado, tuvo como función mayor la de responder a una urgencia. El dispositivo tiene pues una posición estratégica dominante”. (Foucault, 1991:128-129).

consolidación de una ideología y un campo de acciones éticas y humanizadas en salud mental. (Kuras y Resnizky, 2009).

En el marco del proceso de medicalización de la sociedad la medicina se volvió una estrategia biopolítica expandiendo su dominio a otros ámbitos que trascienden la enfermedad, con funciones de normalización y control social.

A partir del momento en el que se diagnostica un TEA el individuo se transforma en blanco de poder, objeto de saber y campo de intervención de dispositivos legitimados por el conocimiento del especialista y el nivel de institucionalización formal que alcanzó la clasificación en los DSM.

En este sentido, la misma sociedad crea las condiciones de existencia y legitima la emergencia de disciplinas -como la tecnicatura en AT- que contribuye a configurar el conjunto institucional que se crea alrededor del TEA, con el respaldo y conocimiento de los expertos que entienden que la intervención temprana por parte de equipos multidisciplinarios es fundamental para orientar a la familia en su convivencia con el trastorno y ayudar a los portadores del mismo a desarrollar herramientas que les permita lograr una mejor interacción con el mundo que le rodea.

El AT es un profesional muy demandado en la actualidad mayoritariamente desde el ámbito privado para la atención de la infancia en los casos de discapacidad y TEA, sobre todo en lo que concierne a los espacios de integración social y escolar. En relación a esto último, en nuestro país, existen solo dos escuelas específicas para niños con autismo. En Montevideo, está la Escuela N° 231, que está superpoblada y tiene a más de treinta niños en lista de espera, con carencia de personal y de infraestructura. En el departamento de Salto se ubica otra escuela específica para personas con autismo, según la información publicada por la Federación de Autismo del Uruguay (FAU)¹⁹.

La tecnicatura en AT es relativamente nueva en el tiempo y configura una forma institucional y práctica profesional que resulta de un proceso histórico de medicalización de la sociedad. La ampliación del campo de intervención de la medicina psiquiátrica crea las condiciones para la intervención de otras disciplinas legitimadas por la sociedad, que vienen a configurar un conjunto institucional que se crea para el abordaje del TEA.

¹⁹ Disponible en: <http://globosazules.com/> [Acceso: 17 de octubre de 2015].

CONSIDERACIONES FINALES

En el presente estudio se pretendió problematizar sobre los procesos de producción social de las etiquetas y clasificaciones creadas por los expertos encargados de “producir verdad” al respecto y “fabricar” un individuo que se ajuste al sistema de categorización construido desde el saber de los especialistas y respaldado por el conjunto de instituciones que lo legitiman, a partir de demostrar que en la medida que la medicina psiquiátrica amplía su campo de intervención, contribuye a la medicalización de más aspectos comportamentales de los individuos construyendo nuevas formas institucionales y prácticas profesionales.

El estudio del devenir histórico del proceso de medicalización de la vida social en su complejidad, permite identificar la construcción de dispositivos que combinan relaciones de poder y de saber que han atribuido a la medicina funciones de normalización con la posibilidad de construir líneas demarcatorias entre lo normal-patológico. Conforme se ha ido consolidando la conciencia moderna, la práctica médica como discurso de poder y de saber ocupa un lugar privilegiado en el espacio social operando a través de dispositivos que indican “lo aceptado” y “lo rechazado”, “lo normal” y “lo anormal”, “lo excluido” y “lo incluido”, construyendo estrategias de intervención biopolítica tendientes a la normalización de los cuerpos individuales y sociales.

En ese marco, la medicina psiquiátrica construye nuevas estrategias de intervención sobre los comportamientos humanos generando formas de intervención que combinan estructuras de conocimiento entendidas como verdaderas y relaciones de poder, que “fabrican” al individuo en función de las exigencias de las instituciones modernas.

Con la institucionalización de las formas de poder y de saber, la vida moderna pasa a estar regulada por estrategias biopolíticas que transforman a los individuos en objetos de estudio y de poder a la vez.

La emergencia de nuevos discursos sobre los trastornos mentales contribuye al proceso de ampliación del universo de objetos sociales medicalizados por la psiquiatría y el TEA en particular, es una entidad privilegiada para conocer e identificar algunas características de ese proceso. En este contexto, a partir del análisis de las nuevas configuraciones del abordaje al TEA que surgen en los discursos presentados por el

DSM IV y DSM V, se identifican cambios discursivos referidos a los aspectos comportamentales del individuo portador del trastorno.

La atribución social de la medicina psiquiátrica de la función de clasificar y prevenir los riesgos mediante el control de las “conductas socialmente desviadas” implicó la medicalización de más aspectos comportamentales de los individuos que se corresponden a la identificación con un diagnóstico psiquiátrico. En este marco es posible afirmar que la medicina psiquiátrica amplía su campo de intervención, en la medida que más aspectos comportamentales se transforman en objeto de medicalización legitimando la intervención de nuevas formas institucionales y prácticas profesionales necesarias para el abordaje del TEA para el caso.

El DSM entendido como un manual que establece una clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales, expresa la preocupación por controlar el riesgo y anticipar el peligro en la medida que clasifica aspectos propios de la condición humana a partir de la distinción entre lo normal/patológico, transformándose en una estrategia de poder y dispositivo biopolítico.

A partir de examinar los discursos institucionalizados en los DSM estudiados respecto al análisis de los aspectos centrales de las nuevas configuraciones para el abordaje del TEA, resulta lo siguiente:

Primero y acorde a los nuevos discursos sobre “normalidad” que se establecen, la elasticidad en los criterios diagnósticos contribuye a la medicalización de más aspectos comportamentales de los individuos. Es decir, lo que antes era considerado “normal” se transforma en patológico y por ende objeto de medicalización.

Otro punto que surge del análisis de los nuevos discursos institucionalizados en los DSM IV y DSM V sobre los criterios diagnósticos del TEA, entiende que las nuevas configuraciones que asume el trastorno reafirman su ingreso en el campo nosológico de la medicina psiquiátrica al mismo tiempo que se construye un sistema de clasificación que agrupa y distingue diferentes categorías permitiendo inventar “tipos” de individuos.

Por último, la constante reorganización del saber de la psiquiatría (el pasaje del TGD al TEA por ejemplo) conduce al imperialismo de diagnósticos mentales y sistemas de categorización que construye nuevos formatos institucionales y prácticas profesionales que conforman un conjunto institucional que se configura alrededor del trastorno. En este sentido, el AT forma parte del dispositivo que se crea para el abordaje del TEA y los discursos sobre esta disciplina legitiman la intervención

temprana de este nuevo profesional que estimula desde lo “terapéutico” las capacidades del individuo que “acompaña”.

Podría entenderse como una práctica profesional institucionalizada producto de un proceso histórico de medicalización de la sociedad y de ampliación del campo de intervención de la medicina psiquiátrica que crearía las condiciones para el desarrollo e intervención del AT que viene a configurar un conjunto institucional amplio en el marco del abordaje del TEA.

A partir del momento que pequeños desvíos de conductas se asocian con la posibilidad de padecer un trastorno mental e ingresan en el campo de intervención psiquiátrica, el diagnóstico implica iniciar un proceso de identificación que inevitablemente siempre genera consecuencias sobre las conductas humanas.

La medicalización de lo no patológico acompañada de la invención de clasificaciones combina la articulación de un extenso grupo de prácticas profesionales e instituciones que legitiman el hecho de “inventar individuos para medicalizar lo normal”.

En ese sentido y desde el aporte de diversos autores se articularon conceptos y procesos históricos para pensar los fenómenos contemporáneos y complejos que fueron expuestos, con el cometido de contribuir a la problematización del discurso imperialista sobre el diagnóstico de las enfermedades mentales en el marco de la sociedad en la contemporaneidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (1968) “Análisis de Contenido”. Akal S.A. España.
- Bentura, C. (2011) Algunas reflexiones sobre la “enfermedad mental” en la contemporaneidad. En Sociedade em Debate - Artigos v. 17, n. 2. Brasil.
- Brzozowski, F.; Brzozowski, J. y Caponi, S. (2010) “Clasificacoes interativas: o caso do Transtorno de Déficit de Atencao com Hiperatividade infantil”. Interface - Comunicacao, Saude y Educacao. V. 14, N° 35. Pp. 891-904.
- Caponi, S. (2009) “Biopolítica y medicalizacao dos anormais”. Physis Revista de Saúde Colectiva. Río de Janeiro. Pp.529-549.
- Caponi, S. (2012) “Clasificar y medicar: La gestión biopolítica de los sufrimientos psíquicos”. Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis. V. 09, N° 02. Pp. 100-122. Florianópolis, Brasil.
- Foucault, M. (1988) “Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión”. México, D.F: Siglo XXI.
- ----- (1987) “Historia de la sexualidad”. México : Siglo XXI.
- ----- (1990a) “La vida de los hombres infames”. Ediciones de La Piqueta, Madrid.
- ----- (1990b) La verdad y las formas jurídicas. Ed. Gedisa. España.
- ----- (1991) “Saber y verdad”. Edición, traducción y prólogo: Julia Varela y Fernando Alvarez-Uría. La piqueta, Madrid.
- ----- (1992) “Microfisica del poder”. Madrid : La Piqueta.

- ----- (1998) *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. Siglo XXI ed. Argentina 1º ed. 3º reimpr. Buenos Aires.
- ----- (2000) *Los anormales*. Curso en el Collège de France (1974-1975). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- ----- (2001) *Defender la sociedad*. Curso en el Collège de France (1975-1976). Clase del 17.03.1976. Bs. As., FCE, 2ª reimpr. (pp. 217-238)
- Fredison, E. (1978) *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Alianza.
- Huertas, R. (2011) “En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. Vol. 31 Nro. 3. Madrid. Pp.437-456.
- Kuras, S. y Resnizky, S. (2009) “Acompañantes terapéuticos: Actualización teórico-clínica”. Buenos Aires: Letra Viva.
- Martínez, María Laura (2005) *El realismo científico de Ian Hacking: de los electrones a las enfermedades mentales transitorias* Redes [en línea] [Fecha de consulta: 15 de octubre de 2015] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90702205>> ISSN 0328-3186
- Mitjavila, M. (1998) “El saber médico y la medicalización del espacio social”. Documento de Trabajo N° 33. UDELAR.FCS. Departamento de Sociología, Montevideo.
- Mitjavila, M. y Gomes, P. (2012) “La psiquiatría y la medicalización de los anormales: el papel de la noción de trastorno de personalidad antisocial”. *Revista Internacional Interdisciplinaria INTERthesis*. V. 09, N° 02. Pp. 84-100. Florianópolis, Brasil.

- Murillo, S. (1997) El discurso de Foucault: estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno. Oficina de Publicaciones del CBC. Universidad de Buenos Aires.
- Ortega, E. (2011) *Medicina, religión y gestión de lo social. Un análisis genealógico de las transformaciones del servicio social en el Uruguay (1955-1973)*. Ediciones Universitarias-CSIC. Colección Biblioteca Plural. Montevideo.
- Parquet, J. y Glose, B. (1992) “Autismo, Cuidados, Educación y Tratamiento”. Ed. MASSON, España.
- Rosato, A. y Angelino, M. (Coord) (2009) Discapacidad e Ideología de la Normalidad, Desnaturalizar el Déficit. Ed: Noveduc. Buenos Aires, Argentina.
- Rossi, G. (2007) Acompañamiento terapéutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores (1ª. Ed.). Buenos Aires, BS, Argentina: Polemos.

FUENTES DOCUMENTALES

- DSM IV (1995) “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”. MASSON S.A, España.
- DSM V (2013) “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”. MASSON S.A, España.
- Federación de Autismo del Uruguay: <http://globosazules.com/>
- Universidad Católica del Uruguay: <http://www.ucu.edu.uy/es/node/28778#.ViPye37nvIU>

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría:
<http://psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>