

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

Infancias silenciadas: procesos de medicalización en
niños y niñas con Trastorno de Déficit Atencional e
Hiperactividad en Juan Lacaze, Colonia

Sofía Tabó Jaurena
Tutora: Teresa Dornell

2021

Día tras día, se niega a los niños el
derecho a ser niños. Los hechos,
que se burlan de ese derecho,
imparten sus enseñanzas en la
vida cotidiana. El mundo trata a los
niños ricos como si fueran dinero,
para que se acostumbren a actuar
como el dinero actúa. El mundo
trata a los niños pobres como si
fueran basura. Y a los del medio, a
los niños que no son ricos ni
pobres, los tiene atados a la pata
del televisor, para que desde muy
temprano acepten, como destino,
la vida prisionera. Mucha magia y
mucho suerte tienen los niños que
consiguen ser niños.

Eduardo galeano

Agradecimientos

Es muy difícil lograr poner en palabras lo que estos cuatro años de facultad han sido para mí. Sin dudas ha sido una gran montaña rusa de emociones: desde las más hermosas hasta las más tristes. Pero cada una fue parte fundamental de mi proceso y agradezco cada momento.

Empezar agradeciendo a mi tutora Teresa, tere para mí, que sin dudas ha sido parte fundamental de mi formación como profesional. Quien, sin conocer sobre la temática, se lanzó al agua conmigo y logramos concluir este hermoso trabajo luego de varios meses.

Profundamente agradecida con las entrevistadas, quienes me permitieron conocer sus experiencias personales y lograr ingresar en huecos que, en muchas ocasiones, movieron fuertes emociones.

A mi familia, que desde el momento cero me siguieron con mis locuras a todos lados: me apoyaron, me bancaron, me retaron, lloraron y rieron conmigo en cada logro y en cada caída. Sin dudas han sido un pilar fundamental en la construcción de mi carrera. Gracias mamá, papá, Martín, Agus, a mi padrino, a mi madrina, a mi abuela, a mi pareja y a mi querida Laura. GRACIAS INFINITAS.

A mis amigas/os, que día tras día me escuchaban hablar con emoción sobre mi carrera y mis logros, apoyándome en cada pasito que daba. A los que están y a los que quedaron en el camino. Gracias por cada aporte.

A mis compañeras y compañeros de la FCS, con quienes hemos logrado construir un camino hermoso de aprendizajes, con mañanas, tardes, noches y madrugadas de estudio: colmados en llanto, en alegría o en estrés. Gracias por construirnos juntos/as

A mi perrita Floppy, que luego de 16 años partió y que la extraño como el primer día, pero me ha fortalecido. Ojalá pudiera expresar todo lo que he vivido con ella.

A quienes se fueron, a quienes están y a quienes vendrán, gracias: sin ustedes esto hubiese sido solo un loco sueño.

Abrazo, Sofi.

Si bien se reconoce, y se destaca desde la disciplina la importancia de la utilización del lenguaje inclusivo para comenzar a elucidar desigualdades de género, en este trabajo monográfico, a efectos prácticos y operativos, y en el entendido de que el discurso y la lucha feminista, exige una discusión más profunda que va más allá del “todas y todos”, se decidió no utilizar el lenguaje inclusivo y/o sexista para no dificultar la lectura.

Índice

Introducción.	7
Objeto de Análisis.	9
Objetivos de la Monografía.	10
Metodología.	10
Capítulo 1: Discapacidad y Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad	12
1.1 El Modelo Rehabilitador.	13
1.2 El Modelo Social de Discapacidad	16
1.3 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).	21
Capítulo 2: La Educación y la Medicina Como Agentes Disciplinarios.	24
2.1 Educación Inclusiva	25
2.2 Procesos de Medicalización.	29
Capítulo 3: La Familia Como Agente Socializador.	31
3.1 El Papel de la Familia en el Desarrollo de los Niños y Niñas con TDAH.	32
Análisis De Resultados	35
Prácticas Disciplinarias: La Educación y El Poder Médico.	36
Conclusiones y reflexiones finales.	43
Referencias bibliográficas	45
Anexo, pauta de entrevista a madre/padre	49

Introducción.

En el marco de la Licenciatura en Trabajo Social se realizará la siguiente monografía final de grado con el propósito de profundizar y analizar sobre un fenómeno que surge a partir de un interés personal de quien escribe a modo de ahondar a fondo sobre un tema de especial relevancia para su vida cotidiana. En los últimos años la farmacologización en niños ha ido en un aumento preocupante que lleva a replantear las formas de afrontar las presiones del sistema por sobre las infancias. En este aspecto, en el presente documento se estudiarán los impactos que los procesos de medicalización de la modernidad ha tenido sobre los niños con Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH) en la ciudad de Juan Lacaze, Colonia. Por consiguiente, se pretendió realizar un estudio sobre el impacto de la medicación sobre los niños a partir de la perspectiva de la familia mediante entrevistas realizadas a madres y padres de niños con TDAH como forma de conocer, a partir de sus vivencias, cómo se han llevado a cabo los procesos de medicalización de sus hijos. Considerando a sus padres como los principales agentes en los procesos de socialización de los niños, y por tanto, los primeros en comprender el efecto de estos procedimientos sobre sus hijos. Ante esto, se parte de la base de que, la farmacologización en niños y niñas es un proceso de silenciamiento a la niñez como forma de producir cuerpos dóciles, funcionales a las lógicas educativas que acompañan la naturaleza propia de los parámetros de normalidad-anormalidad de la sociedad capitalista (Foucault, 1976).

Como se mencionó anteriormente, se busca profundizar sobre una temática que personalmente transversaliza a la estudiante desde varias aristas. De esta forma, el lograr posicionarse desde una mirada crítica hacia la realidad, genera también una auto revisión de las construcciones subjetivas a las que estaba arraigada. Por su parte, la motivación por el área discapacidad ha surgido desde hace varios años a partir del cúmulo de experiencias dada por la práctica pre-profesional realizada en el año 2019-2020 en el Proyecto Integral

“Cuidado Humano, Derechos e Inclusión Social” en el área Discapacidad y Educación, generando una aproximación a las diversas perspectivas existentes entorno al respecto.

Por contraste, se entiende que a nivel académico el tema toma especial relevancia debido a la limitada literatura en torno a la farmacologización en niños con TDAH como una problemática con miradas hegemónicas y adultocéntricas. Asimismo, existe actualmente un aumento en el diagnóstico de niños con TDAH debido al mayor reconocimiento y precisión en los diagnósticos (KHN, 2018) por lo que, un mayor aumento de diagnósticos implica una mayor necesidad de estudio y reconocimiento del trastorno para visualizarlo desde una mirada que no sentencie y juzgue al individuo. De la misma manera, el uso de psicofármacos y/o psicoestimulantes en niños y niñas ha ido en aumento en los últimos años, donde, alrededor del 30% de los niños y niñas del país están medicados con psicofármacos (Miguez, 2012). Esto ha generado nula preocupación en la sociedad debido a la normalización de estas prácticas de disciplinamiento; es debido a esto que, exponer las consecuencias de la exposición a estos procesos en las infancias es de importante relevancia como forma de buscar romper la institución de estas prácticas invasivas en las infancias.

Objeto de Análisis.

La investigación de la presente monografía se centrará en la población con TDAH, cuyas edades estarán comprendidas entre los 5 y 12 años que tengan residencia en la ciudad de Juan L. Lacaze, Colonia. La selección de este objeto tiene como base a la edad en la que los niños se encuentran en la educación primaria, siendo esta, en muchos casos, el primer agente que recibe a niños con TDAH ya diagnosticado que reciben medicación con psicofármacos “miles de uruguayos y uruguayas entre 4 y 14 años que están siendo medicados con psicofármacos, con cifras de un 30%” (Miguez, 2012, p. 272) siendo uruguay uno de los primeros países en la liga de la medicación infantil con psicofármacos.

Antecedentemente se tomarán los aportes de María Noel Miguez (2012), como base fundamental para esta monografía, sobre la medicación tiránica en las infancias, teniendo un especial énfasis en las formas que la sociedad normaliza y reproduce estos procesos como parte de la cotidianidad de la normalidad. Sumado a esto, el silenciamiento que se realiza sobre los niños quienes son avasallados por las olas de la normalidad y el disciplinamiento donde sus formas de sentir y ser son acalladas. De esta forma, junto con los aportes de Miguez, se tornará de vital importancia la concepción de cuerpos dóciles y disciplinamiento traída por Foucault (1976) como forma de explicar la normalización de estas prácticas en las sociedades actuales.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) en todas sus versiones han ayudado a la selección del objeto de estudio puesto que, las constantes cambiantes en los criterios de diagnóstico de lo que ahora se denomina como Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad, contribuyen a entender los procesos que hoy en día se llevan a cabo como forma de tratamiento y detección del trastorno. Sumado a esto, el manual describe con detalle los criterios de diagnóstico que, como se ha mencionado, ha contribuido a una mejor detección del TDAH y con ello la posibilidad de mejores tratamientos para una mejor calidad de vida de los niños.

Objetivos de la Monografía.

Como objetivo general, se pretende analizar los procesos de medicalización y actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes a las infancias diagnosticadas con Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad en Juan Lacaze, Colonia.

Objetivos Específicos

- Presentar los procesos medicalizadores de la modernidad actual y su relación con las infancias.
- Comprender cómo se despliegan las lógicas medicalizadoras en las infancias diagnosticadas con Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad en Juan Lacaze, Colonia.
- Conocer las sensaciones, percepciones y opiniones de las familias con hijos e hijas diagnosticadas/os con Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad y su consecuente medicación con psicofármacos y/o psicoestimulantes en Juan Lacaze, Colonia.

Metodología.

En concordancia con los objetivos planteados se llevó adelante una metodología de carácter cualitativo puesto que se considera que ésta es la más indicada para recabar datos de forma más precisa y abocada hacia la población objetivo. Para de esta manera, construir el conocimiento y reflexionar en base a lo observado y vivenciado a lo largo de la investigación. Primeramente se llevó a cabo un llamado de sensibilización como forma de conocer el mayor caudal de falencias sobre el cuál trabajar, esto a través de encuestas donde los padres y madres pudieran responder cuáles eran el problema que más los aquejaba como padres de niños con TDAH: dando como resultado la necesidad de ahondar sobre los procesos de medicalización sobre sus hijos. Posteriormente se llevó a cabo la recopilación de datos se dio a partir de 10 entrevistas realizadas a familiares de los niños con TDAH con diversas edades, comprendidas entre 5 y 12 años en la ciudad de Juan Lacaze, Colonia. Se decide realizar entrevista a familiares cercanos (principalmente madres) debido a su cercanía con el niño y los procesos farmacológicos a los que es sometido, sumado a esto, son específicamente los padres quienes solicitan medicación

para su hijo como el camino menos tortuoso para lograr solucionar los problemas de conducta de sus hijos, sin tener en cuenta sus perspectivas, por tanto, dañando sus subjetividades (UdelaR, 2020)

Se decide usar un enfoque cualitativo debido a que este tipo de metodología se centra particularmente en cómo las personas perciben y explican el mundo. Por esta razón los conceptos no son tan sintéticos y rígidos, ya que se intenta captar la realidad social tal cual la relatan los actores sociales. Esto, permite centrarse en las subjetividades de los individuos a partir de comprender las vivencias que han atravesado: “Los investigadores cualitativos postulan que la realidad es subjetiva e intersubjetiva, y ellos mismos, en tanto actores sociales intervinientes contribuyen a producir y reproducir el contexto de interacción que desean investigar” (Sautu et al, 2005, p. 46, 47)

Capítulo 1: Discapacidad y Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad

En este primer capítulo se desarrollarán las diversas definiciones en torno a la discapacidad a partir de la reconstrucción de los varios debates actuales en torno a la temática. De esta manera, se enunciarán concepciones teóricas sobre la discapacidad a modo de exponer los aspectos sobre ésta que influyen en la vida cotidiana de los sujetos.

Por su parte, se desarrollará el Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH), haciendo especial énfasis en los criterios de diagnóstico y el desarrollo del término a lo largo de los años. Entendiendo que, durante los últimos años ha habido un aumento significativo en los diagnósticos.

1.1 El Modelo Rehabilitador.

Se denota que ha existido a lo largo del tiempo una evolución en materia de derechos de las personas en situación de discapacidad; y junto a esto, un avance en las perspectivas teóricas que dan explicación a la posición que se encuentran éstas dentro de la sociedad. Tradicionalmente, las personas en situación de discapacidad han estado al margen de la sociedad, siendo excluidas de la mayor parte de los espacios donde se realiza la reproducción social; llevando, además, a la carga de por vida de etiquetas y estigmatización tras ser colocados en una situación de inferioridad por sobre las personas que no están en situación de discapacidad.

Para comenzar el desarrollo del siguiente capítulo y la orientación de la investigación en su totalidad, se considera necesario analizar las diversas concepciones que se contemplan cuando se decide abordar la discapacidad. En este recorrido teórico se tomarán principalmente los aportes de Palacios (2008) y Miguez (2014), quienes en sus textos realizan un exhaustivo análisis y exposición sobre la posición de las personas en situación de discapacidad en la sociedad a través de los años.

A partir de esto, surge la pregunta ¿qué es la discapacidad? Y ante esta interrogante se realizará un rodeo siguiendo los aportes de Agustina Palacios (2008), quien expone en su trabajo dos modelos de discapacidad que entrarán en debate en este documento: el modelo Rehabilitador y el modelo social.

En su texto se encuentran modelos históricos sobre el tratamiento de la discapacidad que subyacen, por un lado el modelo Rehabilitador, que considera que las deficiencias que tienen las personas son modificables a partir de que las mismas sean normalizadas o rehabilitadas. Es decir, este modelo logra una comprensión sobre el significado de integración social, produciéndose así el fenómeno de la institucionalización, por ende: “en este modelo se busca la recuperación de la persona” y por tanto “la educación especial se convierte en una herramienta ineludible en dicho camino de recuperación o rehabilitación” (Agustina Palacios, 2008, p. 67).

Continuando con tal modelo, el mismo busca explicar la discapacidad a través del déficit y la falta, situaciones que son consideradas como modificables y, por tanto, deben ser curadas y rehabilitadas para inducir a la persona en el mundo de la normalidad, pero, ¿qué es la normalidad? En otras palabras, ante qué nos encontramos cuando se expresa que un sujeto debe ser normalizado. Esta construcción social de anormal-normal, hacen referencia a la ausencia de unos sujetos, es decir se genera una alteridad a partir de la delimitación normal/anormal (Miguez, 2014)

A partir de esto se desenvuelven determinadas cuestiones, fundamentalmente la existencia de personas que se encuentran por fuera de la norma y lo socialmente aceptado: los anormales; principalmente el hecho de que la sociedad en su totalidad es construída a partir de la dicotomía anormal-normal como consecuencia del orden hegemónico instituido. La construcción de la discapacidad en base a la deficiencia la posiciona desde esta ideología de normalidad: “En el plano del ser, de las representaciones caóticas, en el plano del entendimiento puro e intuitivo, normalidad se asocia directamente con la media y,

contrariamente, aquel que no encuentre su espacio en la media no sería normal.” (Miguez, 2014, p. 65)

Ante este modelo, se expondrá la Ley N° 16.095 de “personas discapacitadas” publicada en 1989. Esta ley es el vivo ejemplo del modelo rehabilitador y la posición en la que eran colocadas las personas en situación de discapacidad hace 30 años. Definiendo en su segundo artículo a la discapacidad como “Se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”

Dicho lo anterior, es clara la posición social en la que eran y son ubicadas, puesto que hoy en día en la cotidianeidad, las personas en situación de discapacidad siguen siendo colocadas en espacios donde no pueden desarrollar a pleno sus capacidades, sino que se siguen reproduciendo las etiquetas y la estigmatización. Tomando los aportes de Suárez Do Canto (2013) se citará una entrevista realizada a la Inspectora Nacional de Escuelas Especiales, quien, en su discurso, asienta más estos parámetros de normalidad

La discapacidad es una desventaja, en realidad es así, es una condición del sujeto que se encuentra en desventaja de alguna índole, no solamente de aprendizaje, porque algún chico con discapacidad motriz y estar en Escuela Común porque se encuentra bien para aprender, pero si es una desventaja porque requiere de apoyo. Cuando se habla de discapacidad se prefiere pensar en las barreras, pero es una desventaja, un déficit (Citado en: Suárez Do Canto, 2013, p. 49)

En estos discursos se deja entrever la posición de deshumanización en la que se encuentran, es decir, desde el momento que en la ley se hace énfasis en el déficit y no en su integridad como sujeto se crea el principal problema. Buscar una pseudo solución intentando borrar lo que categorizan como anormal solo concreta estos discursos irracionales. Esta perspectiva sólo tiene en cuenta los aspectos médicos, en ningún

momento se hace referencia a consideraciones sociales o psicológicas, descuidando “los demás aspectos sociales e integrales que también conforman a los sujetos.” (Suárez Do Canto, 2013, p. 50)

Las concepciones anteriormente expuestas remiten los conceptos que colocaba Foucault (1990) sobre la mesa de discusión acerca del ejercicio del control, donde se instaure un discurso establecido por la clase hegemónica donde, como se menciona en párrafos anteriores, la desviación de la norma es visto como atroz y necesario de rehabilitar. En palabras de Foucault (1990):

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. (p. 14)

1.2 El Modelo Social de Discapacidad

El modelo social se distingue ampliamente del primer modelo por dos características. Primeramente, las causas de la discapacidad no se remiten a explicaciones científicas ni religiosas; sino que se entiende que la discapacidad son las barreras impuestas por la propia sociedad que impiden el pleno desarrollo de las potencialidades, es decir: “la discapacidad es el resultado de una sociedad que no se encuentra preparada ni diseñada para hacer frente a las necesidades de todos y todas, sino sólo de determinadas personas” (Palacios, 2008, p. 32). Por otro lado, la persona en situación de discapacidad es considerada como sujeto de derecho, y por tanto son personas que pueden aportar a la sociedad tanto como el resto.

Con este cambio de paradigma, se logra visualizar un cambio respecto a las personas en situación de discapacidad, aquí no se responsabiliza a la persona por su

condición de “déficit” ante una “normalidad”, aquí el “responsable” es el encuentro entre la particularidad de la persona y el contexto, un contexto que no está preparado para recibir a una población diversa, con múltiples singularidades, que hacen que un único sistema educativo quede sin contemplarlas.

Se entiende que una sociedad que reconoce la diversidad hasta en el sentido más amplio del término debe generar espacios de aprendizaje que reconozcan las singularidades y las potencian como fuerza exteriorizada de sujetos concretos que hacen al colectivo social. El reconocimiento de la diversidad amplía a las sociedades en la construcción de libertades, derechos y ciudadanía. La educación es uno de los espacios fundamentales para la producción y reproducción de este reconocimiento. (GEDIS, 2015, p. 25)

En este modelo se incluye otra dimensión que posteriormente no se había mencionado, aquí se induce el término de deficiencia o diversidad funcional, “es la pérdida o limitación total o parcial de un miembro, órgano o mecanismo del cuerpo.” (Palacios, 2008, p. 123). Pudiendo ser también adquirida, congénita, definitiva, recuperable o compensable (Miguez, 2009). Creando un abismo entre la discapacidad como construcción social y la denominada deficiencia, como cuestión biológica.

Para enriquecer aún más los aportes realizados por Palacios (2008), se percibe fundamental traer al debate la definición de “handicap” que realiza Miguez (2014), este término es empleado en Francia para lograr despejar del vocabulario la palabra discapacidad. Este concepto alude a la desigualdad que se encuentra en los puntos de partida de cada sujeto, pero que, al momento del acceso a los espacios sociales, se debe asegurar la igualdad plena. En palabras de la autora, “La palabra handicap fue introducida para contribuir a una igualdad de oportunidades entre las personas, en este caso, aquellas que parten de condiciones de base diferentes” (Míguez, 2014, p. 62, 63)

Este modelo alude a una forma de pensar la discapacidad que escapa de la

dicotomía anormal-normal, sino que entiende que existe una sociedad, que, a través de las barreras que impone, es capaz de inmovilizar al otro y privarlo de los derechos básicos. De igual forma, no se deja de lado que existe una sociedad que sigue moviéndose por los parámetros de la normalidad, por lo que la exclusión (consciente o no) que muchas veces se realiza en diversos ámbitos, es consecuencia propia de las concepciones hegemónicas instauradas en la sociedad.

Bajo esta concepción es que los mandatos legales comienzan a cambiar. En el año 2010 es publicada la Ley N° 18.651 “Ley de protección integral de personas con discapacidad” , donde las concepciones teóricas que predominan son claramente diferentes con la promulgada en el año 1989. En su primer Artículo expresa que:

Establécese un sistema de protección integral a las personas con discapacidad, tendiente a asegurarles su atención médica, su educación, su rehabilitación física, psíquica, social, económica y profesional y su cobertura de seguridad social, así como otorgarles los beneficios, las prestaciones y estímulos que permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca y les dé oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las demás personas

Se comienza a situar a la persona en situación de discapacidad como sujeto de derecho: promulgando una atención integral hacia la persona, buscando humanizarlas y darles el espacio necesario para su potencial desarrollo. En otras palabras, se empiezan a proteger sus derechos al igual que el resto de los ciudadanos que no se encuentran en situación de discapacidad. Aquí, el Estado comienza a ser un actor fundamental para el desarrollo pleno de las personas en situación de discapacidad; esto es expuesto en el Artículo 6 “El Estado prestará a las personas con discapacidad el amparo de sus derechos en la medida necesaria y suficiente que permita su más amplia promoción y desarrollo individual y social” (Ley de protección integral de las personas con discapacidad, 2010, Artículo 6)

Sumado a esta Ley, en el año 2011 promulgan la Ley N° 18.776 “Aprobación del protocolo facultativo de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad” creada en Nueva York en el año 2006, y publicada (pero no aprobado su protocolo) en Uruguay en el año 2008, siendo esta la Ley N° 18.418. La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad expresa el compromiso de los países a “asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad.” (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2007, Artículo 4)

Asimismo, en el primer Artículo se expresa el propósito de la convención, siendo este “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.” (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2007, Artículo 1)

Sumado a las dos leyes anteriormente descritas, se contarán como importantes: la Ley N° 19.133 “Fijación de normas sobre el fomento del empleo juvenil y derogación de la ley de empleo juvenil” en su Artículo 23 se expresa “El 50% (cincuenta por ciento) del total de contrataciones de primera experiencia laboral beneficiará . . . el 4% (cuatro por ciento) a personas jóvenes con discapacidad”. La Ley N° 19.262 “Aprobación del tratado de Marrakech para facilitar el acceso a las obras publicadas a personas ciegas, con discapacidad visual o con otras dificultades”. La Ley N° 19.691 “Aprobación de normas sobre la promoción del trabajo para personas con discapacidad”, expresando en el Artículo 1 que:

Los empleadores de la actividad privada que cuenten con 25 (veinticinco) o más trabajadores permanentes, en todo nuevo ingreso de personal que se produzca a partir de la vigencia de la presente ley, deberán emplear a personas con discapacidad . . . que reúnan condiciones y la idoneidad para el cargo.

Por último, la que será de amplia utilidad para la presente investigación, el Decreto N° 72/017 “Aprobación del protocolo de actuación para la inclusión de personas con discapacidad en los centro educativos”

la "Comisión honoraria para la continuidad educativa y socio-profesional para la discapacidad" creada por Decreto 76/015 de 26 de febrero de 2015, ha manifestado la necesidad de que los centros educativos que integran el Sistema Nacional de Educación (público y privado), así como los Centros de Educación Infantil Privados y los Centros de Educación No Formal habilitados por la Dirección Nacional de Educación del Ministerio de Educación y Cultura, cuenten con una guía de referencia y de consulta en relación a las buenas prácticas y los estándares de atención a las personas con discapacidad.

Ante las leyes expuestas hay varias preocupaciones que me conciernen plantear, preguntas que a lo largo del encuentro con los actores sociales involucrados, se irán resolviendo. Primeramente, la creación de leyes claramente no garantiza la aplicación en su totalidad, y este es un punto de partida primordial. Esto lleva a plantear ¿Qué peso tienen las leyes que promueven el desarrollo pleno de las personas en situación de discapacidad? ¿Cuál es la consecuencia por dejar al margen de la sociedad a las personas en situación de discapacidad aún cuando hay leyes que las protegen?

Por sobre los siguientes planteamientos, es necesario especificar la interposición constante que existe entre el modelo rehabilitador o médico y el modelo social de discapacidad. Puesto que la sociedad no se encuentra preparada para la inclusión, pero al mismo tiempo, se comienza a entender la importancia de ampliar las posibilidades para su pleno desarrollo. En otras palabras, existen leyes que amparan y garantizan el empleo, la educación, la accesibilidad; pero no son tomadas y aplicadas con la seriedad que se

necesita. Principalmente por una importante falta de recursos que logren sostener los cambios necesarios para la búsqueda de una verdadera inclusión

Sobre esta idea, se retoman los aportes de Axel Honneth (1997), quien menciona que el mal reconocimiento constituye un daño a la subjetividad de los sujetos, este reconocimiento implica tres esferas: Amor, Derecho y Solidaridad. Es decir, desde el momento en que los derechos de las personas en situación de discapacidad se ven vulnerados hay una negación del reconocimiento, ya que “la vida social se cumple bajo el imperativo de un reconocimiento recíproco, ya que los sujetos sólo pueden acceder a una autorrelación práctica si aprenden a concebirse a partir de la perspectiva normativa de sus compañeros de interacción, en tanto que sus destinatarios sociales.” (Hegel, 1988, p. 128)

1.3 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) tiene su inicio a edades tempranas, la detección y el tratamiento a tiempo es el mejor reparador para apaciguar sus consecuencias. Este trastorno es permanente y afecta en la cotidianidad de los sujetos: en su vida familiar, social o escolar.

Para Pelayo et al. (2012), las primeras apariciones de lo que hoy se conoce como TDAH fueron en el 1798 a manos del médico Alexander Crichton, quien describió ciertas alteraciones en la atención, incluyendo la falta de esta y la inquietud que presentaban los niños a los que había estudiado. Ante esto, añadió las consecuencias directas que tenía sobre la educación, afirmando que eran incapaces de prestar atención en un aula. A esta la denominó como “la incapacidad de atender a cualquier objeto con el grado necesario de constancia” (Pelayo et al., 2012, p. 12), sumado a esto, incluyó en su descripción “la evidencia de un inicio temprano en la vida del sujeto.” (Pelayo et al., 2012, p. 12)

A inicios del 1900 el pediatra George Still, realizó varias conferencias denominadas Goulstonian. Allí describe su trabajo con niños que eran “. . . agresivos, desafiantes, resistente a la disciplina y excesivamente emocionales o pasionales” (Pelayo et al., 2012, p.

12) al que denominó como “Morbid Defect of Moral Control” (Still, 1902, p. 20). Este déficit causó controversias puesto que describe la presencia de lesiones cerebrales que clínicamente no habían sido comprobadas, en palabras de Tubert (2010) “desde el comienzo se le atribuye un fundamento neurológico sin prueba científica alguna y con una absoluta desconsideración por la clínica” (p. 2).

Binet y Simon publican en 1914 tres (3) grupos de niños: “aquellos que no aprenden por deficiencias mentales, un grupo de desequilibrados y uno mixto que incluye a los que presentan ambas desviaciones” (Barceló, 2016, p. 5) ante esto, distingue la falta de atención como característica principal, cuestiones que en la actualidad siguen estando presentes en los manuales de psiquiatría. (Janin et al., 2004).

Años más tarde, en 1932 Franz Kramer y Hans Pollnow describieron un “hyperkinetic syndrome in children” (Neumärker, 2005, p.10) en español, un síndrome hipercinético de la infancia. Se caracterizaba principalmente por una gran inquietud “imposibilidad de permanecer sentado estar continuamente moviéndose o en marcha” (Pelayo et al., 2012, p. 12) sumado a esto, un humor inestable, tendencia a la agresividad y la dificultad para concretar tareas. Básicamente, los síntomas descritos coinciden con lo que hoy en día se considera trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Por su parte, Ramos (1987) afirma que en los años 1960 surgieron una serie de seminarios y conferencias debido a “La confusión terminológica que existía en el campo de los trastornos infantiles, al igual que la polémica suscitada en torno al tema del daño cerebral” (p.53), llevando a generar cambios importantes en la denominación de los trastornos.

Es así que en 1962 se realiza una conferencia a manos del Oxford International Study Group on Child Neurology para discutir acerca de la redefinición del trastorno y su diagnóstico. Dentro de lo pautado allí se “destaca el acuerdo general en que la existencia de daño cerebral no debe deducirse solamente a partir de signos comportamentales y se recomienda sustituir el término «daño cerebral mínimo» por el de «disfunción cerebral mínima»” (Ramos, 1987, p. 53) Los indicios principales de este trastorno eran fuertemente

explicados debido a una lesión como consecuencia de estados de ansiedad, trayendo consigo niños hiperactivos, impulsivos y dispersos.

En 1968 en el DSM-II (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales aparece por primera vez este trastorno, denominado igual que como lo habían hecho, en 1932, Kramer y Pollnow: síndrome hiperkinético de la infancia.

Las doctoras Virginia Douglas y Susan Campbell, en los años 1970 establecieron la falta de concentración, de atención e impulsividad verbal, física y cognitiva. como las principales características del trastorno.

A finales de 1990, se realiza el criterio de diagnóstico y se comienza a denominar el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, cambiando lo promulgado por el DSM-III donde se consideraba que la falta de atención y la hiperactividad podían o no estar incluidas en los criterios de diagnóstico. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (2002) lo describe como:

La característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (Criterio A). Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad. Sin embargo, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años (Criterio B). Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (p. ej., en casa y en la escuela o en el trabajo) (Criterio C). Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo (Criterio D) El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de

otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad) (Criterio E). (p. 82)

En el año 2014 es publicado el DSM-V con grandes diferencias con respecto al manual publicado en el año 2002. Primeramente, se toma en consideración que el TDAH continúa e incluso puede ser descubierto en edad adulta, por lo que se hace a un lado la exclusividad del TDAH como un trastorno de la infancia y se incluyen criterios de diagnóstico para las edades adultas. De igual forma, existe un atraso en la edad de aparición de los signos, cambiando de 7 a 12 años para poder diagnosticar, además, pueden incluso ser mínimos (o nulos) los signos si el individuo se encuentra con actividades que de verdad le interesen o le recompensen. Los síntomas de TDAH presentan repercusiones negativas en el desarrollo cognitivo, personal y social, suponiendo una barrera para el aprendizaje escolar y la adaptación general del sujeto a su entorno (Miranda y Soriano, 2010).

Por último, en el DSM-V el TDAH fue apartado de los trastornos de conducta perturbadora, y colocados en grupos específicos de TDAH dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo, incluyendo: “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; Otro Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad no especificado.” (Barceló, 2016, p. 7)

En la actualidad los diagnósticos han aumentado, y no es por un aumento de personas con TDAH, sino por un mayor reconocimiento y especificación en los diagnósticos del trastorno (KHN, 2018). El DSM-V trae consigo características más definidas que facilitan a los profesionales a identificar debidamente el diagnóstico, además, un estudio realizado en 2016 por University of Iowa College of Public Health advierte que los aumentos en los diagnósticos también se debe por un mayor acceso al sistema de salud por parte de la población.

Capítulo 2: La Educación y la Medicina Como Agentes Disciplinarios.

El presente capítulo se remonta a explicar el peso del sistema educativo, donde se generan pautas de disciplinamiento a forma de que el individuo entre en los parámetros de normalidad; además, se expondrán las prácticas de medicalización como procesos silenciadores.

Se desarrollará sobre la educación inclusiva y la necesidad de la adaptación de formas educativas más amplias, sumado a esto, las leyes que amparan a los individuos en caso de ser vulnerado su derecho a la educación.

Por su parte, se expondrán las consecuencias que tienen los procesos de medicalización sobre los individuos en la etapa de la niñez, explicitando porqué estos métodos de disciplinamiento llegan a vulnerar los derechos del niño y silenciar sus infancias.

2.1 Educación Inclusiva

Según Pablo Martinis (2015) el concepto educación responde al “proceso educativo moderno” con ideales hegemónicos, basándose en una noción de homogeneización de la sociedad, pero sostenida en la utopía de que era posible que todos los miembros de una nueva generación, más allá de diferencias sociales o económicas, lograran el acceso a los saberes definidos como socialmente valiosos.

Con relación a lo anterior, se tratará como parte fundamental la Ley General de Educación [LGE]— Ley N°18.437 — considerando a la educación como un derecho fundamental y de calidad, obligando a las instituciones a garantizar en su totalidad a todos los estudiantes. En su Artículo 25 afirma que la educación primaria tendrá el propósito de brindar los conocimientos básicos así como también desarrollar principalmente la comunicación y el razonamiento que permitan la convivencia responsable en la comunidad, siendo esta uno de los principales agentes de socialización para los estudiantes. Por último,

se ve necesario citar su Artículo 2 reconociéndose “el goce y el ejercicio del derecho a la educación, como un bien público y social que tiene como fin el pleno desarrollo físico, psíquico, ético, intelectual y social de todas las personas sin discriminación alguna.” (LGE, 2009).

Refiriendo a niños o niñas con TDAH se ve necesario traer a debate el término de educación inclusiva y su evolución en Uruguay, teniendo en cuenta la importancia que el término inclusión ha adoptado en los últimos años y la necesidad de ésta para que los sujetos puedan construir una identidad en base a la no negación de derechos, siendo de esta forma reconocidos en diversas formas (Arrese, 2009). El término inclusión es referido para dar cuenta del derecho por un trato justo e igualitario garantizando el sentido de pertenencia y de participación dentro de la sociedad en su conjunto, concibiendo las diferencias como parte fundamental de la pluralidad. Según palabras de Cedeño, 2008 (citado en Valbuena, 2017), la inclusión es

una actitud que engloba el escuchar, dialogar, participar, cooperar, preguntar, confiar, aceptar y acoger las necesidades de la diversidad. Concretamente, tiene que ver con las personas, en este caso, las personas con discapacidad, pero se refiere a las personas en toda su diversidad (p. 215)

Continuando con los aportes de Pablo Martinis (2006) se ve necesario entender que la definición de educación, en cierto modo caduca, y por tanto se trae a debate un “concepto que se instaló en los discursos sobre lo educativo asociados a esta perspectiva fue el de equidad” (Martinis, 2006, p.13), donde el discurso de la “reforma educativa” impulsada en la década del 90, introduce el cambio en bases de carencia que es lo opuesto a posibilidad. Por tanto, la reforma educativa es llevada a cabo en base a que el “niño no puede aprender porque es carente, porta el síndrome de la carencia cultural” (Martinis, 2006, p.13) y por ello es necesario modificarla.

En el escenario uruguayo la inclusión educativa de personas en situación de discapacidad se da en 1985 con el regreso de la democracia, teniendo como principal antecedente el Plan de Integración (puesto en marcha en 1987). Este último buscaba la integración de alumnos y alumnas en la Educación Especial hacia la escuela común: buscando un ingreso directo a educación especial de los niños o niñas en situación de discapacidad que comenzaban su trayectoria educativa (Viera y Zeballos, 2014).

En el año 1994 se reconoce mundialmente la educación inclusiva a través de la Declaración de Salamanca, proclamando la inclusión como el medio más eficaz para educar a niños, niñas y jóvenes en el sistema educativo, independientemente de sus individualidades. Promoviendo los cambios necesarios para favorecer el enfoque educativo a nivel legal a través de la capacitación de escuelas a modo de atender de forma igualitaria a niños y niñas, además, promulgando leyes que respalden y amparen a los individuos.

Por su parte, “Uruguay tiene aún vigente el desafío de garantizar el cumplimiento de estrategias de educación de personas con discapacidad” (Viera y Zeballos, 2014). Los maestros y maestras deben intentar lograr los fines académicos y sociales del proceso educativo, deben ayudar al niño y niña y sus familias a aceptar la discapacidad y las limitaciones que ella imponga, y deben reconocer y satisfacer las necesidades del niño y niña.

Sin embargo, tras esta idea la noción de igualdad existe, si bien se muestra como subsumida en una perspectiva de homogeneización social y cultural, se tiende a cumplir este principio. Entendiéndose que para que se produzca realmente una acción educativa justa, se requiere la construcción de un marco de igualdad de oportunidades y derechos en la relación educativa, deconstruyendo las relaciones de asimetría y poder, pero mantiene “igualdad que aquí esbozamos toma distancia del ideal homogeneizador que circuló en la pedagogía tradicional.” (Martinis, 2015, p. 124). En efecto, siguiendo a Míguez (2017) bajo estas líneas normativas se haya un entramado que comienza a confluir en las “líneas

demarcatorias entre “lo normal” y “lo anormal”, el vaivén entre razón, sujeción y potenciación queda radicado en el “buen saber” de aquéllos/as que llevan adelante las prácticas educativas” (p. 2).

En todo momento se puede notar la necesidad imperiosa por la homogeneización de los estudiantes a partir del marco de la normalidad, donde se disciplinan los cuerpos buscando la funcionalidad dentro del sistema capitalista hegemónico. A partir de los aportes de Foucault (1976) se entiende a la educación como el inicio de los procesos disciplinarios que llevan a generar cuerpos dóciles, maleables y funcionales; generando sujetos que, al no estar dentro de los parámetros, deben ser excluidos. Cuando se le niega el derecho a la educación ordinaria a un individuo se está generando una exclusión por parte del sistema sobre ese sujeto hegemónicamente diferente. Ante esto, se vulnera de manera prepotente la esfera de la solidaridad donde, el niño es visto negativamente ante la sociedad a partir de sus facultades y las cualidades que éste posee, por tanto, desvalorizando su forma de vida: generando una fuerte debilitación de su autoestima y su autopercepción conforme el mundo (Arrese, 2009). De igual forma, se generan leyes que logran integrar a todos los sujetos pero que en la práctica no son llevadas a cabo y no hacen más que reproducir la desigualdad.

Al llevar los conceptos de inclusión, integración o igualdad a la vida cotidiana queda visible que ésta no se desarrolla de manera total dentro de la sociedad, existiendo grandes diferencias a la hora del acceso a la educación, colocando al sujeto en una posición de vulnerabilidad donde se quebrantan los derechos básicos. Ante esto, se remonta al incumplimiento por parte del Estado de ser cuidado, siendo este una “entidad reguladora y garante de los derechos de la población” (Dornell, 2015, p.132). Es así que, desde la esfera universal del derecho, propuesta por Honneth (1997) esta negación produce un daño que es concebido como “el no reconocimiento de la capacidad moral del sujeto de hacerse cargo de sus actos como sujeto autónomo digno de derechos y deberes” (Navarro, 2011, p. 48), aquí la concepción dañada es la de autorrespeto dado que, al existir leyes, como las ya

nombradas, que amparen los derechos y estos se vean negados se ve vulnerado un derecho fundamental como el derecho a pertenecer y ser. Asimismo, cuando se habla de la educación especial para niños o niñas por fuera de los parámetros de hegemonía también se está incluyendo el derecho a la educación y a elegir. Desde el momento en que las infancias con TDAH se perciben como molestas por la necesidad de atención personalizada o especial y se colocan en manifiesto las incapacidades de los niños y niñas con TDAH para afrontar retos dentro de la educación (Casajús, 2005) se genera una vulneración total que termina, en la mayor parte de las ocasiones, en alternativas dañinas hacia los infantes para que puedan permanecer en la educación y ser funcionales a un sistema que explota y disciplina.

2.2 Procesos de Medicalización.

Se comprende a los procesos de medicalización como una construcción social producto de la modernidad a forma de cuidar de los cuerpos. Ante esto, Ilich (1975) lo denomina como “la invasión de la medicina y su aparato tecnológico a un número creciente de personas y condiciones” (citado en Cristóforo, 2012, p.2). Es decir, la apropiación por parte de la medicina por el creciente desarrollo de la ciencia, en espacios que no corresponden a forma de afianzar su rol como normalizador de la sociedad, invadiendo “asuntos que son de orden social, económico o político, y que pertenecen a campos no médicos, como la educación, la ley y la religión” (Cristóforo, 2012, p.2).

De esta forma, el uso de psicofármacos y/o psicoestimulantes en niños y niñas ha ido en aumento en los últimos años, llevando a una inexistente preocupación en la población en general, quienes no visualizan la gravedad de que alrededor del 30% de los niños y niñas del país estén medicados con psicofármacos (Miguez, 2012). La interiorización de estos procesos son consecuencia de la modernidad y la constante necesidad de disciplinar cuerpos desde los primeros inicios en la socialización, siendo así funcionales al sistema capitalista.

Como ya se trajo a colación en el apartado anterior, los discursos relacionados a la incapacidad de los infantes con TDAH justifica aún más el porqué la población no percibe el riesgo en este porcentaje alto, donde los procesos de medicalización en niños y niñas son en su mayoría la salida de las familias para poder inducirlos en la educación ordinaria y lograr un comportamiento esperado en el aula, capaces de relacionarse de forma adecuada con el resto: “Cuando un niño empieza con la medicación esperamos que pueda tener conductas más tranquilas desde el punto de vista social, con sus compañeros, que se puedan notar avances en el aprendizaje.” (Miguez, 2012, p. 264).

Estos discursos respecto a la farmacologización en niños y niñas se vuelve en varios puntos cruel y adultocéntrico patologizando el mundo infantil a través de “conductas que fueron interiorizadas por las exteriorizaciones aprendidas de los primeros” (Miguez, 2012, p.263). Específicamente en lo respectivo al TDAH, se tiende a justificar estos comportamientos o discursos a través de un déficit de dopamina propio del infante, y por tanto, la necesidad de tratamientos con psicofármacos/psicoestimulantes para equilibrar al niño. O, en otras palabras, la justificación de la farmacologización a través de la invasión de la medicina en ámbitos no convencionales, donde, desde el momento que se encasilla al sujeto en un diagnóstico (colocado dentro del DSM) se internaliza la enfermedad (en términos médicos de salud-enfermedad) y se crea en las personas la necesidad del cambio desde la enfermedad hacia la salud a través de tratamientos creados por los mismos médicos, en este caso, la inclusión de psicofármacos/psicoestimulantes. Se silencian infancias y se silencian cuerpos a partir de falsas enfermedades con falsos tratamientos efectivos, que no hacen más que sedar al niño o niña y llevarlos a un estado donde son otra persona. A consecuencia de la medicina, su invasión y la interiorización de la educación y familias sobre la administración de psicofármacos/psicoestimulantes en niños es que hay una silenciación de su infancia y un constante disciplinamiento que ayude a colocar al sujeto dentro de los parámetros hegemónicos de normalidad.

Ante esto, los aportes de Honneth (1997) en la esfera de la solidaridad como forma

de reconocimiento se torna esencial. Desde el momento que el los logros se ven menospreciados y se transforman en cuestiones a cambiar del niño con TDAH se lleva al no reconocimiento. Es decir, si el niño o niña debe estar medicado para ser tenido en cuenta en las prácticas sociales y tener logros valiosos, responde a una clara negación de la naturaleza propia del niño, ya que, el horizonte de la solidaridad es amplio y permite la heterogeneidad de individualidades: por tanto, están silenciando "(...) una valoración social que permite referirse positivamente a sus cualidades y facultades concretas." (Arrese, 2009, p.5). Es decir, omiten su horizonte a través del control y el disciplinamiento. Generando nuevamente un falso reconocimiento ante la sociedad y sobre todo, ante él mismo desde el momento que no se le reconocen sus logros como tal, siendo menospreciados y excluidos.

A medida que la formación discursiva hace posible la existencia del TDAH como enfermedad necesaria de tratamiento psicofarmacológico lleva a que se siga reproduciendo en ámbitos educativos, de la salud e incluso familiares; ya que principalmente en las familias es donde estos discursos de normalidad toman especial importancia y son agentes de cambio hacia el futuro del niño, reproduciendo conductas patológicas interiorizadas. Por último, "En la medida que la medicalización produce conductas normativas . . . y que rige no sólo en el ámbito de la salud, tiene efectos sobre la relación cotidiana entre las personas" (Cristóforo, 2012, p.3)

Capítulo 3: La Familia Como Agente Socializador.

El tercer y último capítulo tendrá como objetivo explicitar el rol que tienen las familias a la hora del tratamiento de niños y niñas con TDAH. Específicamente, se centrará en las consecuencias que este trastorno llega a tener sobre sus vidas personales donde varios autores consideran que la presencia de un hijo o hija con TDAH es negativo para la vida familiar y todo lo que a ella respecta.

3.1 El Papel de la Familia en el Desarrollo de los Niños y Niñas con TDAH.

La familia es considerada como el primer agente socializador que brinda apoyo y contención a los individuos, más precisamente a aquellos que se encuentran en dependencia, como niños o niñas, jugando un rol primordial en el desarrollo de estos. En lo referente al TDAH, se tornan una fuente primordial en el tratamiento para estos niños a forma de buscar el pleno bienestar, definiendo en su totalidad el futuro de éstos. Donde no sólo representa un espacio de formación de conducta y de aprendizajes, sino que allí se forman los primeros acercamientos a la educación, denominada como “educación informal”.

Este rol tan cercano e importante para la socialización de los individuos crea un apego hacia ellos que llega a causar grandes angustias cuando se remite a la detección de un determinado Trastorno, sobre todo, cuando los tratamiento correspondientes al diagnóstico no responden al individuo con su totalidad, sino que se remiten a su individualidad. En palabras de Schorn (2015):

Si nosotros los profesionales de la salud y de la educación solamente priorizamos la rehabilitación, lo psicológico o lo médico y no podemos pensar a ese sujeto como una persona, contribuiremos nuevamente a discapacitar más a esa familia y nos ubicamos en el lugar de los poseedores del saber, que es lo peor que nos puede suceder. (p.16)

De esta forma, el impacto del diagnóstico a nivel familiar es de gran shock emocional y psicológico (Cunningham y Davis, 1988). Sin embargo, si remonta específicamente al TDAH el motivo principal de la concepción negativa que se tiene sobre los niños y niñas, sumado a la gran frustración que genera; no se da explícitamente por los síntomas propios del diagnóstico, sino por los problemas de conducta que tienen: caracteres fuertes, con fácil frustración, de carácter no dócil, entre otros que se retomarán en párrafos siguientes (Roselló et al., 2003)

En consonancia con lo expuesto, no pueden comprenderse a la familia y al niño como fragmentos separados independientes uno de otro, ya que ésta debe ser parte activa de los tratamientos que se le realizan al niño; tanto en el ámbito educativo como el acompañamiento en todos los procesos médicos (psicológicos o psiquiátricos). Es por lo anterior que la familia debe garantizar un gran compromiso e integrarse a los procesos del niño “La familia tiene que tener participación, intervención y compromiso” (Schorn, 2015, p. 8). El tener en cuenta al individuo dentro de su entorno y no como sujeto aislado influye directamente en cómo los síntomas del TDAH son aprehendidos y conducidos no sólo por la familia, sino también por la institución educativa y la totalidad de la sociedad; es por esta razón que es necesario concientizar e involucrarse a nivel familiar en los tratamientos para sus hijos. Esto es debido a que “. . . en muchas ocasiones será la familia la encargada de implementar los tratamientos, como porque los cambios en la conducta del niño les afectarán directamente en el día a día.” (Roselló et al., 2003, p. s80)

En otro orden de ideas y siguiendo los aportes de Roselló et al. (2003) se afirma que el TDAH genera efectos negativos en los padres o madres quienes perciben altos niveles de estrés, discusiones y vidas sociales limitadas debido a las propias conductas de sus hijos con TDAH; por lo que muchas veces se encuentran en soledad para afrontar lo que conlleva un hijo con ese trastorno: viéndose necesaria la contención a nivel profesional y dentro de la interna de la familia. Por su parte, este estrés causado lleva a usar métodos autoritarios para educarlos donde se refuerzan aún más los síntomas del trastorno, y por tanto, mayores

dificultades entre los miembros de la familia; teniendo como consecuencia una imagen negativa sobre el niño y sus conductas. Además, las conductas que los padres tienen sobre sus hijos trae consecuencias directamente sobre el comportamiento de éstos (Roselló et al., 2003). Es por lo anterior, que el pensar una intervención a nivel familiar busca poder tener mejores resultados en la totalidad del tratamiento, ya que, las actitudes contraproducentes de los padres llevan a retrasar los avances: llevando incluso a trastornos graves en la conducta (ISEP, 2019). Además, afecta directamente a la percepción que los padres tienen sobre sí, es decir:

La sintomatología definitoria del TDAH - impulsividad, hiperactividad y desatención- dificulta la labor educativa de los padres, que suelen sufrir sentimientos de frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima e insatisfacción con su rol parental. Los padres de niños con TDAH se consideran menos competentes en el desempeño de su papel de padres y valoran que su calidad de vida es poco satisfactoria. (Presentación et al., 2009, p.3)

Estas actitudes llevan al menosprecio, viéndose vulnerado el sujeto quien pierde la confianza en sí y no se sienten seres necesarios; estas actitudes (en la mayoría de los casos inconsciente) lleva a una vulneración en la esfera del amor con un carácter aliento afectivo, donde no hay un reconocimiento mutuo de seres de necesidad: no existe reciprocidad y el niño es dependiente desde el momento que depende de cómo lo visualicen sus padre a nivel afectivo (si existe una negación hacia sus conductas y sienten grandes frustraciones que se exteriorizan hacia el niño, entonces están vulnerando su confianza) (Arrese, 2005, p.5) El vulnerar al niño por sus conductas trae grandes consecuencias a futuro, incluso, existe una sobrecarga en otros miembros de la familia quienes se ven envueltos por las negaciones de los padres. Principalmente los hermanos del niño quienes se ven afectados “como víctimas de sus abusos, porque se veían obligados por sus padres a ejercer de ‘cuidadores’ o ‘guardianes’ de su hermano, y por los sentimientos de tristeza y

derrota que experimentaban” (Roselló et al., 2003, p. s80). Por lo que, no sólo se vulnera al niño con TDAH, sino también a sus hermanos, y en cierto sentido a sus padres: quienes se ven envueltos por el propio sistema que busca normalizar las conductas en base a lo hegemonícamente pautado y se ven obligados a buscar soluciones para que el niño sea capaz de entrar en los parámetros de la normalidad y no sea afectado; por lo tanto, también hay ataques sobre su integridad psíquica.

Asimismo, en correlación con lo anteriormente expuesto, se ha constatado en investigaciones que cuando los niños comienzan a mejorar su comportamiento (sobre todo en la escuela) a consecuencia de los diversos tratamientos, los padres comienzan a tener una mejor imagen sobre sus hijos, asociándose directamente a cómo se comportan éstos en determinados ámbitos; pero “. . . esa asociación se daba en las familias que recibían el tratamiento combinado, pero no en las que recibían solamente el tratamiento conductual.” (Roselló et al., 2003, p. 81). Por lo que se siguen reforzando las perspectivas disciplinares de los padres hacia sus hijos, donde el más pequeño cambio respecto a su conducta dentro del ámbito educativo lleva a los padres a quitar los mecanismos de crianza disciplinares y autoritarios.

Análisis De Resultados

En el presente apartado se realizará el análisis de los resultados obtenidos a partir de las diversas entrevistas realizadas. Se utilizarán los aportes de Honneth -autor que ha transversalizado toda la investigación- como forma de abstraer las experiencias adquiridas a través de los relatos.

Se entenderá ante esto la importancia a nivel ético de conservar las identidades de los individuos debido a que los alcances han sido profundamente personales, transversalizando emociones, entendiendo pertinente mantenerlas en el anonimato. Ante esto, se hará referencia a los entrevistados como “Entrevistado N°n” y el parentesco que tengan con el niño. Además, se colocarán los relatos tal cual fueron transcritas sin omitir ningún detalle (tales como pausas, expresiones repetidas o gestos) a forma de lograr transmitir de la mejor manera lo vivenciado a través de las entrevistas.

Prácticas Disciplinarias: La Educación y El Poder Médico.

La existencia de una creciente y visible desigualdad en el ámbito educativo ante todos aquellos niños que no cumplen con los parámetros hegemónicamente esperados ha generado un gran aumento en la administración de psicofármacos/psicoestimulantes en las infancias; generando una negación de las pluralidades a través de la silenciación mediante procesos de disciplinamiento.

Los procesos disciplinarios son la manifestación más clara de las consecuencias que tiene el sistema capitalista sobre los sujetos desde sus primeros pasos por los procesos de reproducción social. En la misma línea, la educación es la primera institución donde se generan los procesos de socialización, de reproducción de la cultura, normas sociales, comportamientos, y pensamiento; por tanto, los procesos de medicalización llevados a cabo para acceder a la educación formal se transforman en lógicas capacitadas que “(...) hacen referencia a una situación de desigualdad educativa” (Ramos, 2018, p. 360).

Desde esta perspectiva la educación no es vista como una práctica liberadora y un canal de integración social, sino que se considera un privilegio obtenido únicamente por quienes son considerados socialmente “normales” y escapan las lógicas médico-jurídicas de normalización (Foucault, 2000). Y por tanto, se buscan pautas de normalización para lograr una pseudo inclusión.

Las prácticas de medicalización son las formas utilizadas para mantener a los niños en el eje de la normalidad a través de un modelo rehabilitador y excluyente; viéndose reflejado en las entrevistas cuando afirmaban que el uso de la medicación era administrada únicamente en el momento que iban a la escuela

y si... yo le doy la ritalina para ir a la escuela y nada más, allá es donde tiene muchos problemas y viste que no queremos, viste, tener otra llamada más de allá... de la directora que me dice que no se porta bien el nene... y ahí vas viste, esta es la única forma que me lo dejen entrar a la escuela y no tener que llevarlo a la 136, no quiero que esté... que lo trasladen porque, o sea, no tiene porqué ser obligado a ir, pero viste que... él tiene mucha hiperactividad, y es difícil... (Entrevista N°4, madre)

Ante esto, existe una gran responsabilidad por parte de los maestros que no es cumplida, el poder entender las individualidades es lo que hace la práctica de la diversidad, “(...) las prácticas educativas (...) están caracterizadas por una escasa flexibilidad, por un fuerte individualismo y diseñadas de manera excluyente (...)” (Carreres y Sánchez, 2010, p. 104); ante esto, el propósito principal es lograr generar sujetos partícipes y reconocidos en las diversas esferas. Las lógicas institucionales que caracterizan históricamente a la educación deben ser transformadas para lograr verdaderamente la inclusión, en el “(...) desarrollo de este camino la escuela ha tenido que vencer obstáculos provenientes de la arraigada y obsoleta pedagogía de la homogeneidad y de la exclusión” (Carreres & Sánchez, 2010, p. 97). El principal reto que deben afrontar las escuelas y la educación en su globalidad para la búsqueda de una efectiva inclusión es generar aportes para

problematizar y deconstruir las prácticas educativas instituidas en los centros escolares, y por tanto, lograr una formación para maestros que logre responder a estas lógicas.

En varias de las entrevistas realizadas se destacó la preocupación por la inexistente preparación de los maestros en lo que respecta al TDAH, afirmando la necesidad de profesionales formados adecuadamente en inclusión, y sobre todo, en empatía

bueno cuando entró por primera vez al colegio fue difícil porque nadie entendía por lo que pasaba mi hijo, fue como entrar por un agujero negro desconocido *hace una pausa* perdón, me duele mucho esto eeh, es mi... es mi hijo, bah, a mi me decían que el no podía estar en la clase con los otros porque los distraía... volvía llorando a casa porque lo dejaban sin recreo....eeh, no se, eeh, no se, no se (Entrevista N°2, madre)

Aunque, en otras ocasiones se notó una gran tranquilidad por el trato que tuvieron sus hijos en sus primeros pasos por la educación formal

la maestra que tuvo en 2019 fue una genia, a mi y a mi marido no nos entraba más felicidad porque M... se sentía a gusto. Ella hizo muchos cursos de esos, de integración en niños especiales y nos ayudó mucho (Entrevista N°7, madre)

Asimismo, es necesario comenzar derrumbando las lógicas de normalidad impuestas por la sociedad, para lograr comprender a los individuos en sus diversidades y sus diversos contextos para lograr garantizar su desarrollo pleno dentro y fuera del aula (Fernández, 2011)

En efecto, existe un constante miedo porque sus hijos sean excluidos de la educación por no cumplir con los parámetros de conducta esperados, y por tanto, generan un malestar generalizado en la familia que obliga a la administración de medicación que, al menos, lo ayude a mantener en el aula tranquilamente. Incrementando el nivel de estrés en

la familia que genera “el uso de estilos educativos autoritarios o permisivos, que refuerzan las conductas desadaptativas” (ISEP, 2019, s/d)

Siguiendo sobre esta línea, durante las diversas entrevistas se notó una homogeneidad de respuestas en lo que respecta a el desacuerdo, por parte de los padres, a usar medicación antes de que la no administración de ésta “generara efectos negativos en el aula”

nono, yo le doy la pastillita cuando él tiene que ir a la escuela porque no queda duda que a las maestras no les gusta lo diferente em... por eso cuando... no quiere tomar la medicación lo tengo que, como es estem, obligar porque sino lo echan de la escuela, ¿sofi vos entendes eso? él no puede ir porque es una queja tras otra y llega llorando, más que un gusto ha sido una obligación el darsela por su bien... porque el sufre, estem, mmm porque los amigos lo excluyen. (Entrevista N°3, madre)

La educación como institución normalizadora y disciplinar ha llevado a la construcción de individuos que son obligados a mantener determinadas pautas de comportamiento para permanecer en las aulas. En efecto, bajos estos lineamientos planteados existe un gran bache entre la práctica educativa, como aquella capaz de liberar a los individuos de la opresión y de transformar a los sujetos para poder enfrentarse al mundo en el que viven y eso queda a responsabilidad tanto del educador como del educando; sino que es concebida como “bancaria” puesto que no hay reciprocidad en la aprehensión de conocimientos: sino que el educando es oprimido por el educador, quien reproduce las prácticas tradicionales de etiquetamiento y exclusión, dejando por fuera las pluralidades existentes. Por lo que es necesario dar un verdadero giro que dé paso a una educación verdaderamente inclusiva, que sea capaz de abrazar a los niños dentro de sus individualidades, sin aplicar pautas normativas que los obliguen al uso de medicación como única salida para permanecer y ser incluido.

Ante esto, se reconoce una vulnerabilidad altamente visible en la esfera del derecho

la atribución al otro de la capacidad de cumplir con determinadas obligaciones, fundamental para la construcción de la dimensión normativa de la subjetividad. La vulneración de esta esfera genera “daños prototípicos de reconocimiento” (Fraser, s/d, p. 94), es decir, al obligar al niño a tomar medicación para ser aceptado en el ámbito educativo genera un daño sobre su autoimagen, donde se ve naturalmente sin capacidades y/o autoestima debido a la constante marginación por sus conducta hiperactiva, donde es etiquetado y colocado en un lugar de inferioridad por sobre el resto. (Arrese, 2009)

En este sentido, es relevante destacar un relato aportado por una de las entrevistadas

la realidad acá es que es mi salud o la de él, bueno, la de toda la familia em, nos arrastran sus conductas... que te iba a decir... la forma de ser de él nos ha cansado y bueno, es como sacarle las pilas a un robot em, por suerte se calma ta? no podemos seguir arruinándonos la vida porque la medicación nos soluciona... porque no quiero que me llamen más *silencio grande* es muy difícil (baja la voz sustancialmente y agacha la cabeza) (Entrevista N° 5, madre)

La realidad vivida en el centro educativo transversaliza directamente a las familias, las afecta de maneras significativas que trae como consecuencia un aumento de la negación hacia el diagnóstico de su hijo y por tanto, “El TDAH genera un impacto negativo en el sistema familiar, influyendo principalmente en una percepción negativa de los padres hacia sus hijos” (ISEP, 2019, s/d). Este relato en particular da a visualizar exactamente cómo la realidad del diagnóstico de los niños les genera una vulneración en sus derechos y daña su autopercepción (Arres, 2009)

Esta falta de reconocimiento es llevada a otros ámbitos de su vida cotidiana que escapan de la educación, sino que dentro del propio ámbito familiar es invisibilizado, silenciado y marginado el niño. Esto se dio a visibilizar en una de las entrevistas donde el niño es ignorado en su totalidad

mirá sofía, él está acá, te lo muestro *llama a su hijo* vos lo conoces a él, lo conoces del MAO a él, vos viste que yo le doy la medicación ¿verdad * nombra a su hijo*? él no tiene problema jaja sabe que si no la toma no va a ningún lado *se ríe y lo mira* esto es así, si no quiere calmarse entonces no puede salir porque es imposible (Entrevista N° 6, madre)

Este relato fue hecho mientras el niño veía y escuchaba todo lo que se comentaba, generando una clara vulneración a su reconocimiento, donde es invisibilizado y tratado como incapaz de entender de lo que se habla. Aquí se vio altamente vulnerada la esfera de la solidaridad “el reconocimiento y la valoración de las particularidades de los sujetos responden al marco interpretativo que cada sociedad entrega a determinadas características sociales.” (Tello, 2011, p. 50) En otras palabras, se ve dañada la autoestima del niño, donde no se concibe su identidad y por tanto, se vuelve altamente vulnerable ante el no reconocimiento de los demás, en el “quién soy yo ante los ojos de los otros” (Rocha, 2015, p.53). El no concebirse en un otro genera grandes debilidades en el niño, quien en este ámbito es tomado como un individuo sin capacidad de comprensión o participación; viéndolo involucrado en asuntos que son sumamente delicados sobre su vida personal.

En esta misma línea, no se puede dejar de lado que a lo largo de las entrevistas los relatos han sido todos a favor de administrar psicofármacos/psicoestimulantes a sus hijos, sobre todo porque ninguno de los 10 entrevistados mencionó algún tratamiento que realizara el niño por fuera de la medicación. En varias oportunidades se mencionó la incógnita sobre otros métodos para tratar el TDAH, por lo que se demuestra nuevamente el peso que tienen las normas impuestas por sobre los padres, donde es necesario buscar la solución más rápida y que más se adapte a las realidades del sistema educativo. Los argumentos utilizados fueron de diversa índole, desde un desconocimiento total sobre otros tratamientos hasta la imposibilidad de llevarlo a terapia.

El factor tiempo es clave en este tipo de trastornos, un diagnóstico temprano sumado a tratamientos de calidad llevarán, tanto al niño como a la familia nuclear, a lograr una mejor convivencia y formas de concebir a su hijo totalmente diferente a la que anteriormente se tenía en cuenta, puesto que “la familia tiene un claro efecto modulador en la evolución del trastorno por déficit de atención con hiperactividad” (ISEP, 2019, s/d). Por lo que, comprender los tratamientos por fuera del niño será de gran ayuda para su reconocimiento y mejora en su autoestima.

La familia es el principal soporte para estos niños, sobre todo cuando la medicación está transversalizando su vida cotidiana a puntos que eran inconcebibles. De esta forma, cuando se les preguntó si la medicación tenía efectos positivos sobre la socialización del niño no hubo respuestas que escaparan del aula, puesto que la medicación con psicofármacos/psicoestimulantes es concebida como el único medio para que su hijo logre avanzar por sobre las lógicas hegemónicas. En una de las entrevistas se afirmó que

cuando yo estoy aca en casa o salgo él no toma la medicación, solo es para la escuela entonces no se cuando le hace bien. Él juega con los primos acá que vienen a veces, se porta bien pero no sé, en la escuela tiene amigos y se lleva bien, hasta les comparte la merienda (Entrevista N°8, madre)

Quedarse con esta última frase es la imagen pura de lo que se ha sentido a lo largo de las entrevistas, una preocupación por el bienestar de sus hijos que no puede escapar de lo que las lógicas educativas imparten, por lo que, su libertad es relativa dentro de los parámetros que permitan las normas.

Conclusiones y reflexiones finales.

A través del presente trabajo se buscó dar visibilidad a las formas de disciplinamiento mediante procesos de medicalización donde hoy en día miles de niños en Uruguay se ven envueltos en esta gran problemática que azota hace ya varios años. Si bien el tema elegido posee gran relevancia a nivel social no se logró encontrar aportes en demasía sobre la problemática, por lo que resulta extraño la inexistencia de producción acerca del mismo.

Si bien el proceso ha sido largo, no cabe duda que ha sido un gran desafío el lograr poner en palabras todo el trabajo realizado en este tiempo. Sin dudas este tema tiene especial relevancia a nivel académico y social, puesto que darle la visibilidad necesaria invita a pensar y replantear las formas en las que se conciben las individualidades en la sociedad uruguaya.

La medicación abusiva en niños forma parte de una problemática social que atañe desde hace varios años, y que al día de hoy no se ha encontrado solución para lograr detener las avasalladoras fuerzas de las pautas de normalización por sobre quienes comienzan sus pasos por la educación formal. Si bien existen múltiples aspectos por lo que una madre o padre decide aceptar este tipo de medicación en sus hijos, dentro de los discursos el que más persiste es la obligatoriedad por parte del sistema educativo porque los niños logren adentrarse de la mejor manera al sistema, aunque esto sea a través de la farmacologización.

Por su parte, las lógicas imperantes en los discursos de las madres y padres ha sido la desesperación porque su hijo logre acceder a la educación sin ningún tipo de problemáticas, a pesar de que esto lleve a silenciar sus voces y debilitar su reconocimiento. De esta forma, el entender que los psicofármacos/psicoestimulantes son una gran problemática que entra en vigencia en la actualidad, lleva a los actores sociales involucrados a tomar con la seriedad pertinente este problema social.

Sumado a esto, el comprender y repensar la educación como libertaria llevará a posicionarse desde una mirada crítica sobre la realidad educativa actual, donde los niños son excluidos si no son medicalizados y rehabilitados; y por tanto, se precisa un replanteamiento de las leyes (nacionales e internacionales) vigentes en la actualidad que no dan respuesta a problemáticas como la que se evidenció en todo el trabajo.

A partir de las diversas entrevistas se logró generar un significativo acercamiento a la realidad emotiva de las familias, quienes deciden abrir su puerta para dar paso a preguntas que invaden su privacidad, pero responden a las mayores incógnitas sobre la problemática a estudiar. Se entiende además la importancia de generar un tratamiento en conjunto con la familia y que no se cargue al niño con la responsabilidad total (esto se genera desde el momento que sólo él debe verse en el embrollo por tomar medicación por una situación que aqueja a todo el núcleo familiar). Del mismo modo, estos tratamientos en conjunto ayudarán a mejorar las esferas de reconocimiento de los niños, las cuales se siguen viendo vulneradas como consecuencia de las diversas intervenciones sobre ellos.

La invisibilización de sus discursos y el menosprecio hacia su presencia son formas de no reconocer al niño como sujeto pleno de derechos, sino que es una vulneración total a su individualidad.

En concordancia con lo expuesto anteriormente, se entiende que los niños con TDAH deben poseer una educación que sea capaz de comprenderlo desde su heterogeneidad con una especialización sobre las necesidades que cada niño tiene. Además, los maestros deben brindar desafíos y oportunidades para que los niños desarrollen su pleno potencial y logren concebirse desde una intervención multidisciplinar.

Concluyendo, “La esperanza se constituye en horizonte de posibilidad de los cambios en la historia, en tanto permite desfatalizarla y resignificarla en su proyección hacia un mundo justo, donde quepan todos los mundos.” (Rebellato, 2000, p. 248)

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV.TR. Barcelona: Masson
- Arrese Igor, H. O. (2009). La teoría del reconocimiento de Axel Honneth como un enfoque alternativo al cartesianismo. In II Congreso Internacional de Investigación 2 al 14 de noviembre de 2019 La Plata, Argentina. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Psicología.
- Barceló, M. (2016). Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) en niños: problematizando supuestos.
- Carreres, A. L., & Sánchez, P. A. (2010). Evaluación de las prácticas educativas del profesorado de los centros escolares: indicadores de mejora desde la educación inclusiva. REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, 8(5), 96-109.
- Casajús, A.M., La resolución de problemas aritmético-verbales por alumnos con Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). (2005)
- Cristóforo, A. (2012). Medicalización y déficit atencional. Construcción social de la subjetividad desatenta. M. Muñiz y A. Kachinovsky (Eds.), Itinerarios de la psicología clínica: avances, notas y encuentros de norte a sur (p.), Ciudad de México, México: Tendencias.
- Decreto N° 72/017 “Aprobación del protocolo de actuación para la inclusión de personas con discapacidad en los centro educativos”
- Dornell Regueira, T. I. (2015). Ontología de la cultura del cuidado en la vejez y el envejecimiento. Rumbos TS, (12), 130-146.
- Fernández, M. (2011) De la escuela integradora a la escuela inclusiva. Innovación Educativa http://minerva.usc.es/bitstream/10347/6228/1/pg_121-134_in21_1.pdf
- Foucault, M. (1976). Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión por Michel Foucault.

Foucault, M. (2000) Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975). Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica. Clase del 8 de enero de 1975. pp. 15- 38. Clase del 15 de enero de 1975. pp. 39-59.

Fraser, N. (2000). Rethinking recognition. New left review, 3, 107.

Honneth, A. (1997). La lucha por el reconocimiento. Crítica: Barcelona, España.

ISEP. Instituto Superior de Estudios Psicológicos (2019) La familia como factor protector en la evolución del TDAH. Recuperado de: <https://www.isep.es/actualidad-educacion/la-familia-evolucion-tdah/#:~:text=El%20TDAH%20genera%20un%20impacto,el%20conflicto%20en%20las%20relaciones>

Janin, B. (2004). Niños desatentos e hiperactivos: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad:(AAD. Noveduc Libros.

KHN. (2018). En las últimas dos décadas casi se duplicó el número de niños con trastorno de atención By Rachel Bluth. En: <https://khn.org/news/en-las-ultimas-dos-decadas-casi-se-duplico-el-numero-de-ninos-con-trastorno-de-atencion/>

Ley N° 16.095 “Personas Discapacitadas”. Uruguay, 1989. En: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/accesoTextoLey.asp?=16095&Anchor=>

Ley N° 18.651 “Protección Integral a los Derechos de las personas con discapacidad”. Uruguay, 2010
En:<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/accesoTextoLey.asp?=18651&Anchor=>

Ley N° 18.776 “Aprobación del protocolo facultativo de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”

Ley N° 19.133 “Fijación de normas sobre el fomento del empleo juvenil y derogación de la ley de empleo juvenil”

Ley N° 19.262 “Aprobación del tratado de Marrakech para facilitar el acceso a las obras publicadas a personas ciegas, con discapacidad visual o con otras dificultades”

- Legislativo, P. (2009). Ley N° 18.437 Ley General de Educación.
- Ley N° 19.691 “Aprobación de normas sobre la promoción del trabajo para personas con discapacidad”
- Martinis, P. (2006). Educación, pobreza e igualdad: del “niño carente” al “sujeto de la educación”. P. Redondo, y P. Martinis (Comps.), Igualdad y educación: escrituras entre (dos) orillas, 13.
- Martinis, P. (2015). Infancia y educación: pensar la relación educativa. Espacios en Blanco. Revista de Educación (Serie Indagaciones).
- Míguez, M. N. (2012). La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya.
- Míguez, M. N. (2014) Discapacidad como construcción social en Francia y Uruguay. Revista Chilena de Terapia Ocupacional, vol 14, N°2. En:https://www.researchgate.net/publication/274295997_Discapacidad_como_construccion_social_en_Francia_y_Uruguay
- Navarro, F. H. T. (2011). Las esferas de reconocimiento en la teoría de Axel Honneth. Revista de sociología, (26).
- Neumärker, K. J. (2005). The Kramer-Pollnow syndrome: a contribution on the life and work of Franz Kramer and Hans Pollnow. History of psychiatry, 16(4), 435-451.
- Palacios, A. (2008) El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
- Presentación, M., Pinto, V., Meliá, A., & Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. Escritos de Psicología (Internet), 2(3), 18-26.
- Ramos Platón, M. J. (1987). Del síndrome de daño cerebral al trastorno de déficit de atención: revisión crítica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría., 7(20), 040-071.

- Roselló, B., García Castellar, R., Tárraga Mínguez, R., & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 2003, vol. 36, num. Supl. 1, p. 79-84.
- Schorn, M. (s.f.). Discapacidad. ¿De quién? ¿Mía, tuya, nuestra? Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/50191195/3-1-1-Schorn-Marta-Discapacidad-de-quien-ma-tuya-nuestra>. 21 de octubre de 2019
- Suárez do Canto, N. (2013). Discapacidad intelectual en la agenda educativa: ¿qué hacemos?.
- Still, G (1902). The Goulstonian Lectures on some abnormal psychical conditions in children: Lecture I. *The Lancet*, 159(4102), 1008-1012.
- Tello, F. (2011). Las esferas de reconocimiento en la teoría de Axel Honneth. *Revista de Sociología*, N° 26. (pp. 45-57). DOI 10.5354/0719-529X.2011.27487
- Terán, José María Pelayo, Pedro Trabajo Vega, and Yolanda Zapico Merayo. "Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Mitos y realidades." *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria* 11.2 (2012): 7-20.
- Tubert, S. (2010). Observaciones sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid*.
- Valbuena, W. Á. R. (2017). La inclusión: una historia de exclusión en el proceso de enseñanza aprendizaje. *Cuadernos de Lingüística Hispánica*, (30), 211-230.
- Viera, A., & Zeballos, Y. (2014). Inclusión educativa en Uruguay: Una revisión posible. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4 (2), 237–260.