



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social

Monografía Licenciatura en Trabajo Social

Procesos de medicalización y actos de medicar con psicofármacos y/o
psicoestimulantes a las infancias y adolescencias de Uruguay.

Una mirada desde el Trabajo Social

Maria Emilia Rios

Tutora: Maria Noel Míguez

2023

Agradecimientos:

Mi mayor agradecimiento es para mi papá, mi sostén durante la carrera y en la vida misma, sin su apoyo y amor incondicional nada de esto hubiera sido posible.

A mis abuelas y abuelos, sin importar donde estén siempre me guiarán.

A mi mamá, a mis hermanos y a toda mi familia, que en cada uno de sus mensajes y llamadas a distancia siempre me dieron fuerza y aliento para continuar.

A mis personas mágicas; mis amigas y amigos, por hacerme disfrutar el camino, por creer siempre en mí y nunca soltarme.

A las personas que se quedaron en el camino de mi vida, pero que sin importar las razones fueron importantes para lograr esta meta.

A mis compañeras y compañeros socialeras/os y futuras/os colegas, que el apoyo mutuo nunca falte.

A las personas tan maravillosas que tuve el placer de entrevistar para la investigación, gracias por colaborar y ser tan amables conmigo.

Y sobre todo a memé, a quien admiro y le estoy agradecida por darme la oportunidad de transitar juntas esta última etapa y hacerla sin dudas inolvidable.

Índice

Introducción.....	2
Capítulo 1: “Todos frente al peligro, sobreviviendo”.....	10
Capítulo 2: “La conquista de ayer”.....	24
Capítulo 3: “Tomar impulso y llegar más alto”.....	42
Reflexiones Finales: “Ayer no es hoy, que hoy es hoy, y que no soy actor de lo que fui”	50
Referencias bibliográficas.....	53

Introducción

El presente documento constituye la Monografía Final de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social, dictada en la Facultad de Ciencias Sociales (FCS), Universidad de la República (UDELAR), Plan 2009.

La temática abordada en la investigación será estudiar los procesos de medicalización y los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes a las infancias y adolescencias de Uruguay. Siguiendo a Míguez et al. (2019), quienes retoman los aportes del Fórum sobre Medicalização da Educação e Saude, comprenderemos por medicalización al proceso en el cual aspectos de la vida social que se vinculan directamente con normas sociales del “deber ser”¹, se reducen en patologías cuando las/os sujetas/os no se comportan como la norma espera. En este proceso, se omite el contexto (social, histórico, familiar, educativo, emocional, ambiental, entre otros) que atraviesa a las/os sujetas/os cosificando sus conductas en hechos biologicistas, desconociéndose las historias complejas de niñas, niños y adolescentes, apelando a la medicación por “desviarse” de las conductas previstas como correctas. Esto sería, responsabilizar a las/os sujetas/os con un problema como si fuese único e individual, en vez de un problema social y complejo. Tal como lo plantean las autoras, “problemas no-médicos” pasan a ser definidos y tratados como “problemas médicos”, ya sea bajo la forma de “enfermedades” o de “desórdenes” (p. 18).

La elección del tema surgió principalmente de mi historia personal. Cuando uno de mis tres hermanos cursaba el jardín, las/os referentes en el centro educativo manifestaban a su madre y a mi padre que desordenaba la clase cuando terminaba rápido las tareas. Luego de reiteradas veces esta situación, comenzaron a llevarlo al médico. Fue así, que se hizo una junta de psicólogas/os y médicas/os psiquiatras, llamado “comité de recepción”² (CdeR), momento a partir del cual fue medicado con gotas llamadas “risperidona”³. Cuando empezó a aumentar de peso le cambiaron esa medicación, pasando a tomar pastillas, una de ellas es

¹ Desde el lenguaje colonial-moderno.

² Según el Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay, el “comité de recepción” es una metodología con efectos integradores para las prestaciones en salud mental desde septiembre de 2011. Los/as técnicos/as que las brindan deben tener título universitario de psicólogo/a o psiquiatra y formación de grado en medicina, psicología, servicio social, entre otros (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2011).

³ Según el prospecto, Risperidona es un “antipsicótico atípico. Para tratamiento de varias condiciones” (Roemmers, 2023, p.1).

“rubifen”⁴, otra “valcote”⁵ y una llamada “normopresín”⁶. Todas estas situaciones devinieron en una realidad que afectó la vida de mi hermano y la de su entorno familiar y social. Sin embargo, en mi familia nunca nos cuestionamos durante todo ese tiempo que no seguir el tratamiento médico era también una posible opción, no lo hicimos porque históricamente el saber médico ha sido incuestionable. Este relato personal es plasmado para dar cuenta no solo de la elección del tema, sino también de la importancia del mismo, puesto que se tienen naturalizados los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes a las infancias y adolescencias. Por lo general, esto “deviene” en colocarles “etiquetas” que sin dudas marcarán el resto de sus vidas, y no se esperará de ellas/os otra cosa que no sea lo que la etiqueta defina, cargando a niñas/os y adolescentes con el peso de estas categorías como si fueran problemas individuales cuando en realidad son problemas sociales y complejos. Por ello, en la investigación pretendo articular la perspectiva dialéctica, entendiendo a las/os sujetas/os como procesos donde lo actual deviene del pasado.

Fue entonces, durante mis prácticas pre-profesionales enmarcadas en el proyecto integral *“Infancia, Adolescencia y Trabajo Social. Sujetos, políticas y ejercicio profesional”*, que comencé a tomar contacto directo con materiales académicos respecto a la temática, y fue en ese punto que comenzó a resonar el relato anterior (dado que yo misma lo tenía naturalizado). Y comprendí, en ese momento, que mi historia personal y la de mi hermano respecto a los procesos de medicalización no era la única, ni era una situación que se tenía que aceptar y seguir adelante sin cuestionar(se). Dado que detrás de ello hay discursos hegemónicos sobre cómo “deberían” de comportarse las/os niñas/os y adolescentes, y si no lo hacen tal como la “norma” lo determina, probablemente sean medicadas/os. Por último, la elección del tema surge también por el aumento obstinado de infancias y adolescencias medicadas en nuestro país.

Algunas de las interrogantes movilizadoras para realizar la investigación fueron las siguientes: ¿Cuál es la justificación de los actos de medicar con psicofármacos y/o

⁴ Rubifen es una de las marcas conocidas en Uruguay, al igual que la Ritalina, del psicoestimulante metilfenidato, medicamento utilizado para el tratamiento del trastorno de déficit atencional e hiperactividad (Plá et al., 2017).

⁵ Según el prospecto, el Valcote se usa para “el tratamiento de episodios maníacos asociados con el trastorno bipolar. Un episodio maníaco se caracteriza por un claro período de humor anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Los síntomas típicos de manía incluyen logorrea, hiperactividad motora, necesidad reducida de sueño, vuelo de ideas, delirios de grandeza, pobreza de juicio, agresividad y posible hostilidad” (Abbott, 2023, p.1).

⁶ Según el prospecto, el Normopresín se usa para la “hipertensión arterial en monoterapia o en combinación con otros antihipertensivos. Hipertensión severa considerada una urgencia hipertensiva por vía oral. Crisis hipertensiva por vía parenteral. También se usa en el tratamiento de la dependencia a la nicotina, heroína, alcohol, dolor severo, trastornos vasomotores del climaterio, TDAH, síndrome de Tourette e insomnio en niños” (Dispert, 2023, p.1).

psicoestimulantes a las niñeces y adolescencias? ¿Hay un abuso de estos actos? ¿Las instituciones medulares para la reproducción de los procesos de sociabilidad, como lo son la educación y la salud, producen y reproducen la temática? ¿Los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes buscan mantener un comportamiento del “deber ser” para hacer funcionar un sistema estructural, funcional y hegemónico? ¿Cómo le afecta a las niñeces y adolescencias esta temática? ¿Cómo actúa el Trabajo Social en este campo?

La postura teórico-metodológica utilizada en la presente investigación será desde la dialéctica del método⁷ progresivo-regresivo, desde esta perspectiva las cuestiones no son lineales, ni tienen una relación causa-efecto, sino que, por el contrario, son comprendidas como procesos. El mismo fue planteado por Jean-Paul Sartre en su libro “Crítica de la razón dialéctica” (1963), como un método del existencialismo que pretende “mantenerse heurístico. No tendrá más remedio que el vaivén: determinará progresivamente la biografía (por ejemplo) profundizando en la época, y la época profundizando en la biografía” (p. 119). Es decir, es progresivo y regresivo al mismo tiempo, entre el presente y la historia, y es en el interior de ese movimiento que se ubica a las/os sujetas/os, comprendidas/os dentro del conjunto histórico y social. Puesto que, contienen significaciones externas que interiorizaron en su subjetividad y el entramado social contiene categorías como la economía, la sociedad y la cultura a la vez que a las/os sujetas/os singular, por lo cual, el método busca comprender el vaivén entre lo universal, particular y singular, propone para ello, este método que va a guiar el ejercicio de la razón desde la dialéctica. En este sentido, como expresa De Martino (2020) “Sartre propone pensar al ser humano como universal y singular al mismo tiempo” (p. 592).

Siguiendo los aportes del autor existencialista, comprendemos que “la existencia precede a la esencia” (Sartre, 1973, p. 2), por lo tanto, el “hombre”⁸ surge en el mundo y luego va conformando su singularidad. Así pues, los seres humanos no tenemos una naturaleza preestablecida, sino que somos libres de crear nuestra existencia. Por acción o por omisión siempre estamos eligiendo y tomando decisiones que van marcando nuestra singularidad; por lo tanto, todas/os las/os sujetas/os somos distintas/os y vamos produciendo nuestras formas de ser, hacer y sentir, la cual nos es propia.

Para Sartre, la existencia es lo que nos define como seres humanos, existir es el hecho de estar vivos. Incluye, por lo tanto, nuestro pasado, nuestro presente y nos da las

⁷Es relevante dejar plasmado que este método no es de intervención, es un proceso dentro de la razón dialéctica, los movimientos que él mismo propone se realizan en nuestro pensamiento a medida que vamos investigando y/o interviniendo.

⁸ Jean- Paul Sartre en su época habla de “hombre” en genérico, razón por la cual, cada vez que aparece “hombre” es haciendo referencia a la forma de expresarse de dicho autor.

posibilidades del porvenir. Somos seres conscientes que tenemos la posibilidad y que somos libres de crear nuestra existencia; sin embargo, somos al mismo tiempo responsable de ella y de las consecuencias que puedan tener nuestras acciones u omisiones sobre el resto de la humanidad.

Asimismo, el entorno y el contexto en el cual nos encontramos y desplazamos como seres vivos y conscientes ya está organizado, tiene normas prefijadas, pautas de comportamientos y conductas consideradas como “normales”, formas instauradas de ser y estar en sociedad, que forman parte un “deber ser” y que tensionan nuestros cursos de vida, dado que van incidiendo e inculcando sus saberes en cada una/o de nosotras/os. En palabras de Sartre (1973), “el hombre se encuentra en una situación organizada, donde está él mismo comprometido, compromete con su elección a la humanidad entera, y no puede evitar elegir” (p. 11). En este aspecto, los seres humanos quedamos atrapadas/os en esta contradicción entre ser particular y ser genérico al mismo tiempo: por un lado, cada sujeta/o en su singularidad es libre de apropiarse del mundo (ya estructurado) y de tomar sus propias decisiones; por otra parte, cada sujeta/o no puede evitar elegir, ya que no elegir también es una elección. En cambio, puede elegir conscientemente y con responsabilidad, ya que esas decisiones tienen consecuencias sobre el resto y sobre el mundo. Es decir, vivimos en la tensión de ser libres (ser particular) a la vez que somos responsables de nuestras decisiones u omisiones que impactan sobre el resto de la humanidad, por desplazarnos dentro de un contexto histórico-social (ser genérico).

Desde esta perspectiva, estudiaré los procesos de medicalización y los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes a las infancias y adolescencias de Uruguay, desde la mirada del Trabajo Social. No como un hecho aislado, sino analizándolo en un entramado societal e histórico, asumiendo el trabajo de trascender aquello que aparece a primera vista. Para ello, me propongo los siguientes objetivos específicos: por un lado, analizar los entramados teóricos en torno a los procesos de medicalización y actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes a las infancias y adolescencias, por otra parte, conocer los procesos de producción y reproducción de la temática a nivel institucional y por último, estudiar cómo el Trabajo Social se posiciona ante esta temática a través de las voces de profesionales de nuestra disciplina.

Estos objetivos guiarán mi proceso investigativo. De esta manera, me llevarán a la realización de entrevistas en profundidad a referentes institucionales en torno a la temática desde la salud y la educación. Para lo cual, realizaré, como base, dos (2) entrevistas a referentes de la Psiquiatría Infantil en el Uruguay de hoy, así como dos (2) entrevistas a

referentes de la Psicología, dos (2) referentes de Magisterio y dos (2) referentes de Trabajo Social. Con esta base, y a través de la técnica de “bola de nieve”, accederé a otros/as referentes de estas disciplinas hasta saturar la muestra. El método bola de nieve es útil para “elegir determinadas personas que presentan características muy especiales, una vez identificados, con la información disponible, se les pide que ubiquen a otros miembros de la misma población de estudio (...) resultado de que cada sujeto proponga otras personas que conozcan” (Mejía Navarrete citado en Scribano, 2008, p. 37).

En el presente análisis, estudiaré el fenómeno en su procesualidad para entender cómo devino en lo que se nos presenta actualmente. Para ello, investigaré su historia para tratar de comprender el presente y pensar estrategias a futuro. Sartre (1963) lo plantea de esa manera:

La totalización dialéctica tiene que contener los actos, las pasiones, el trabajo y la necesidad tanto como las categorías económicas, y tiene que colocar a la vez al agente o al acontecimiento en el conjunto histórico, definiéndolo en relación con la orientación del porvenir y determinando exactamente el sentido del presente en tanto que tal (Sartre, 1963, p. 118).

El método progresivo-regresivo sartreano plantea tres movimientos, cada uno de ellos será un capítulo en esta Monografía Final de Grado. Estos tres movimientos van a buscar comprender el vaivén dialéctico entre la universalidad de los entramados teóricos en torno a los procesos de medicalización y los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes a las infancias y adolescencias de Uruguay; como una categoría abstracta que se nos presenta en un principio como verdadera, que deja de serlo cuando se particulariza en la sociedad uruguaya “en el devenir de la barbarie a la civilización” (Míguez, 2011, p. 22), en este sentido, en la producción y reproducción de procesos de disciplinamiento, por parte de aquellas instituciones propias de la modernidad, a la vez que se singulariza en diferentes posiciones desde la disciplina de las/os profesionales en Trabajo Social.

El primer capítulo, denominado “*Todos frente al peligro, sobreviviendo*” denota las líneas de la investigación respecto al primer movimiento progresivo, donde examinaré la realidad actual, el “aquí y ahora” de los entramados teóricos en torno a los procesos de medicalización y actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes en Uruguay (universal), además de conocer cómo se produce y reproduce en la actualidad la temática

desde las instituciones (particular) e incluso explorar hoy por hoy la situación en la cual se encuentra el Trabajo Social ante esta temática, a partir de las voces de referentes de la disciplina (singular). En este apartado “deben analizarse profundamente y a-históricamente el hecho o situación particular” (De Martino, 2020, p. 595).

El segundo capítulo se titula “*La conquista de ayer*”. En este apartado expongo el segundo movimiento, denominado por Sartre movimiento regresivo; “se trata de un viaje a través de la época donde el analista debe relacionar al individuo singular, no solo con su entorno sino con su sociedad fundamentalmente” (De Martino, 2020, p. 595). Esto es, investigar la historia, el pasado de aquello que se nos presentó a simple vista, para poder comprenderlo y analizarlo no como un hecho aislado, sino en su entramado societal e histórico. En este segundo movimiento analizaré la procesualidad de los entramados teóricos en torno a los procesos de medicalización y actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes a las infancias y adolescencias (universal), así como el devenir de los procesos de producción y reproducción de la temática a nivel institucional (particular), además de estudiar qué lugar se le dió en el pasado a la disciplina en Trabajo Social respecto a la presente temática (singular).

Por último, el tercer capítulo, titulado “*Tomar impulso y llegar más alto*”, comprende al tercer momento; es decir, el segundo movimiento progresivo, denominado por Sartre como “fuga y salto adelante”, es “el impulso por superar condiciones objetivas dadas” (De Martino, 2020, p. 596). Cuando llegamos a este momento del “espiral dialéctico, el analista retorna sobre el mismo camino volviendo a los hechos actuales para dejar en claro el proceso de interiorización y exteriorización de tales condicionamientos estructurales” (p. 595); esto es, comprendiendo a las/os sujetas/os como proyecto, que nunca termina de definirse, no es lo que fue en un pasado, no es lo que es en el presente y todavía no es lo que será en un futuro, debido a que está todo el tiempo superando situaciones. Éstas son situaciones que las/os sujetas/os interiorizamos, las subjetivamos desde nuestras significaciones, las negamos, y las exteriorizamos objetivándolas en aquello que Sartre denomina como: “objetivación exterioriza la interioridad del proyecto como subjetividad objetivada” (Sartre, 1963, p. 91). En este apartado intento comprender aquello que se nos presentó a simple vista, luego de haber estudiado y analizado su historia, para pensar estrategias en el presente y a futuro.

En suma, en la presente Monografía las/os invito a ustedes lectoras/es a problematizar, desnaturalizar y reflexionar críticamente sobre los procesos de medicalización y los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes. En el entendido de que estos fenómenos son preocupantes, ya que se patologiza el propio ser de las/os sujetas/os, como

consecuencia de tener una conducta fuera de aquella estipulada como “normal”. Con la afirmación precedente no estoy desconociendo que existan patologías que requieran medicación y un tratamiento con especialistas de la salud, sino que el punto aquí se encuentra en el uso abusivo de las sustancias.

Finalmente, se desarrollan las reflexiones finales sobre lo analizado durante la presente investigación, incitando a pensar y problematizar los procesos de medicalización y los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes a las infancias y adolescencias, desde la mirada del Trabajo Social, no como algo inamovible, sino como un proceso que no acaba. Con ello, pretendo dejar las puertas abiertas para continuar reflexionando frente a un problema que es social, por ende, que nos compete a todas y todos.

Capítulo 1: “Todos frente al peligro, sobreviviendo”

Este primer capítulo pretende captarlas/os a ustedes, las/os lectores, con la pura realidad, con el mundo tal y como lo vemos actualmente, como forma de introducirlos/os a la temática abordada en la presente investigación: los procesos de medicalización y los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes a las infancias y adolescencias, como un hecho en primer lugar “universal y abstracta” (Sartre, 1963, p. 94).

En este sentido, se realizará el apartado siguiendo el primer movimiento de Sartre (1963), el cual plantea como “progresivo (hacia el resultado objetivo)” (p. 134); esto es, analizando y reconociendo a este fenómeno a partir de lo que aparece a primera vista en la actualidad, que será luego profundizado en su procesualidad.

Para Sartre, en la existencia “hay que hacer entrar (...) a nuestra propia infancia” (Sartre, 1963, p. 93), dado que las infancias son parte fundamental de cómo nos vamos conformando como seres en sociedad, en tanto desde que nacemos vamos conformando nuestra singularidad. En consecuencia, siguiendo los aportes del existencialismo sartreano, comprenderemos a las infancias, no desde una visión tradicional donde las/os niñas/os eran entendidos como seres pasivos y dependientes; por el contrario, implica que las/os niñas/os tienen la libertad de elegir y la posibilidad de crear sus existencias a partir de sus acciones u omisiones, a la vez que son responsables de las mismas. Esto es, si bien somos “producto de su propio producto” (p. 82), es decir, somos lo que han hecho de nosotras/os, a la vez somos capaces de construir nuestros cursos de vida. En la especificidad de esta investigación, esto se torna relevante, ya que nuestras existencias están transversalizadas por líneas demarcatorias entre lo “normal” y lo “anormal”, lo cual va interpelando nuestras formas de habitar el mundo.

Es desde las infancias, tal como lo plantea el existencialismo, que comenzamos la “interiorización de lo exterior y de la exteriorización de lo interior” (Sartre, 1963, p. 90). La interiorización y exteriorización es nuestro transitar por la vida, en ese vaivén constante entre el ser particular y el ser genérico, es ir aprehendiendo del espacio histórico-social en el cual nos encontramos. En este sentido, cada una/o de nosotras/os incorporamos pautas, comportamientos, formas de estar y ser en la sociedad que son externas a nosotras/os, particularidades que se encuentran en el marco societal (como son estas líneas demarcatorias entre “normalidad- anormalidad”, “ser- deber ser”), y que a partir de nuestra subjetividad (de nuestras propias experiencias), las exteriorizamos y tienen un impacto en el mundo. Este proceso es, en palabras de Sartre (1963), “un paso de lo objetivo a lo objetivo por la

interiorización” (p. 90). En esto último se presenta incluso la tensión entre ser condicionado y ser condicionante, porque somos condicionadas/os en el sentido que interiorizamos pautas preestablecidas externas a nosotras/os y somos seres condicionantes porque exteriorizamos esas pautas internas a partir de nuestra subjetividad dentro de un campo social y nuestros actos repercuten, por ende, sobre las/os otras/os y sobre el mundo.

Para poder comprender la libertad de elección dentro del contexto social en el cuál nos encontramos, resulta fundamental analizar a las infancias como una etapa de la vida que es compleja, dado que son los primeros años de sociabilidad en el cual nos imponen valores, significados, formas de actuar, de ser, de estar y de sentir que vamos interiorizando y que de un modo u otro nos condicionan. Como expresa Sartre (1963) cuando alude a Flaubert, “hizo, pues, oscuramente, el aprendizaje de su clase en la particularidad de una historia, a través de las contradicciones propias de esta familia (...) el niño se convierte en tal o cual porque ha vivido lo universal como particular” (p. 59). Es decir, las infancias están influenciadas y moldeadas no solo por sus familias, sino por su clase social y el contexto, todo lo cual incide y tensiona el curso de vida de cada una/o de nosotras/os.

En este sentido, Sartre menciona que “Flaubert vivió todo esto entre tinieblas, es decir, sin una toma de conciencia real” (Sartre, 1963, p. 59). Así pues, el aprendizaje en esta etapa de la vida es oscuro, puesto que las/os niñas/os muchas veces no son conscientes de lo que se les impone desde el exterior, y esto puede influir en sus decisiones a futuro. A partir de los aportes del autor las/os niñas/os podrían comprenderse como “animales adiestrados” (p. 60), preparados para actuar como se les enseñó, perdiendo su libertad consciente de elección y su capacidad de reflexionar, actuando simplemente en base a condicionamientos aprendidos.

Dicho espacio societal, para los fines presentes, lo encontramos con claridad en los aportes de Foucault (1975, 1978, 1979 y 1996), quien nos permite comprender cómo desde la modernidad se fueron construyendo “normas” como parámetros entre “lo correcto” y “lo incorrecto”, que actualmente nos siguen clasificando, que producen y reproducen categorías que recaen sobre aquellas/os que no sigan esta normatividad. Asimismo, el disciplinamiento naciente en la modernidad pretende controlar conductas y pensamientos a través de un poder/saber, que es cada vez más silencioso y minucioso, dado que las propias instituciones ya no necesitan controlar comportamientos a través de mecanismos de vigilancia y encierro, sino que actualmente existe un autocontrol y una autovigilancia por parte de nosotras/os mismas/os. Sin embargo, estas instituciones y sus formas de disciplinamiento no desaparecen. En este sentido, veremos algunas pinceladas de cómo la medicina occidental moderna

(biomedicina⁹) adquiere un poder hegemónico en la sociedad con una manera específica de dar “soluciones”.

La modernidad y el sistema capitalista con sus procesos disciplinarios y su necesidad de crear cuerpos productivos y útiles practican un poder sobre las formas de actuar de las/os sujetas/os, donde no solo es ejercido entre dominantes y dominados y de forma vertical y jerárquica (desde arriba hacia abajo), sino que el poder se ejerce en una red de relaciones sociales propia en la vida cotidiana y se filtra en nuestras subjetividades, controlando conductas, movimientos, formas de actuar y hasta pensamientos. Para el autor, el poder no es fijo, se ejerce según la situación y/o relación, es lo que denomina la “microfísica del poder” (Foucault, 1975, p. 33). Considerando que el poder es complejo y se penetra en las conductas y pensamientos de las/os sujetas/os, es imprescindible tener presente que estas/os logran dar respuesta a ese control que es ejercido sobre ellas/os, a partir de demandas, reclamos y exigencias. En palabras del autor: “la ocupación del cuerpo por el poder (...) Pero desde el momento en que el poder ha producido este efecto (...) emerge inevitablemente la reivindicación del cuerpo contra el poder, la salud contra la economía” (Foucault, 1979, p. 104). A saber, se puede producir una “resistencia al poder” (p. 171), precisamente porque el poder es una relación que se ejerce en todo el entramado social.

A partir de este escenario, podemos analizar que una forma de poder sobre el cuerpo humano son los procesos de medicalización y patologización, influenciados por la imposición del saber científico de la medicina occidental moderna (biomedicina), conocimiento que transversaliza la vida cotidiana de cada una/o de nosotras/os.

El hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se incorporarán a partir del siglo XVIII en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina. La investigación médica, cada vez más penetrante y minuciosa, y la ampliación de las instituciones de salud también merecen ser estudiadas (Foucault, 1978, p. 37).

⁹ Me refiero con Biomedicina a la particularización de las formas de sanar de la medicina moderna colonial, esto es, una manera de curar los dolores que se impone como hegemónica por sobre otras. En el “Fuga y salto adelante” (capítulo 3), lo que voy a llamar como Biomedicina va a dar cuenta de la medicina occidental moderna.

En este sentido, los procesos de medicalización como una forma de disciplinamiento, en donde la medicina ejerce su poder mediante un determinado poder/saber experto. Un poder que históricamente ha sido incuestionable; un saber que no es imparcial, sino que busca que estas/os sujetas/os sigan normas y comportamientos determinados. Siguiendo esta línea, la sociedad pretende ordenar y controlar especialmente a aquellas/os que sus conductas son consideradas como inapropiadas. En términos del autor, se etiqueta a estas/os sujetas/os como “anormales”, “desviados”, “enfermos mentales”, entre otras categorías: “la gran familia indefinida y confusa de los anormales (...) constituye un fenómeno que está íntimamente relacionado con todo un conjunto de instituciones de control, con toda una serie de mecanismos de vigilancia y de distribución del orden” (Foucault, 1996, p. 39).

Al definir estas categorías como conductas inapropiadas se está marcando al mismo tiempo que existen conductas que son correctas y aceptables, produciendo y reproduciendo límites entre “lo normal” - “lo anormal”, “lo aceptable” - “lo inaceptable”, “lo sano” - “lo patológico”, etc., que sin dudas vamos interiorizando y naturalizando como “verdades absolutas”, sin cuestionar(nos) que son construcciones sociales. Lejos de ser naturales, se han ido construyendo como mecanismos de poder/saber que intentan mantener el orden social impuesto y hegemónico propio de las sociedades occidentales modernas.

En la actualidad, hay distintas maneras en que el poder puede tomar forma. Una de ellas sería la temática de la presente investigación, a través de los procesos de medicalización y su concreción en los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes a las infancias y adolescencias, que convertirían a estas/os sujetas/os dóciles para que sean controlables y puedan actuar según los criterios de “normalidad” de estas sociedades. Tal como veremos más adelante, estos procesos de medicalización de las infancias y adolescencias no hacen más que individualizar los problemas, recayendo las (ir)responsabilidades sobre cada niña, niño y adolescente (y sus familias), cuando se consideran como “anormales” por “desviarse” de conductas y comportamientos esperados por una sociedad que pretende ser homogénea y funcional para un sistema productivo. Entonces, sería necesario preguntar(nos): ¿qué es ser “normal”? O, ¿qué es lo “normal”?

Siguiendo las consideraciones precedentes es que profundizaré particularmente en Uruguay. Para ello, utilizaré los aportes de Untoiglich (2013), en conjunto con los discursos de las/os referentes institucionales de la salud y la educación entrevistadas/os para la presente investigación.

Primeramente, considero relevante cristalizar la disimilitud entre medicalización y patologización, a fin de que se comprenda a qué me refiero teóricamente durante la

Monografía cuando utilizo estos términos, puesto que en los discursos de las/os entrevistadas/os suelen utilizarlos muchas veces como sinónimos. La medicalización hace referencia a “cuando problemáticas del orden social, educativo, político, económico e incluso emocional son abordadas como si fuera problemas biológicos” (Untoiglich, 2013, p. 26), mientras que patologización refiere a “cuándo características como la tristeza, la inquietud infantil, la timidez, la rebeldía adolescente, que son inherentes a lo humano se trastornan en patología” (p. 29). La medicalización de la vida es comprender los problemas en su totalidad desde una mirada médica, mientras que, la patologización es etiquetar comportamientos y sentimientos naturales inherentes de las/os sujetas/os en enfermedades. Ambos fenómenos, por lo general y en la actualidad, tienden a encontrar una misma "cura": la medicación. Ello reduce a las/los sujetas/os a su sola condición biológica, olvidando que estamos insertas/os en sociedad y que, por lo tanto, es necesario considerar el contexto y abordar las situaciones en su complejidad.

La temática en la actualidad está siendo abordada y problematizada desde distintas disciplinas. En los discursos de las/os profesionales entrevistadas/os se constata el reconocimiento de estos procesos de medicalización y patologización sobre las infancias y adolescencias en nuestro país, así como su creciente y alarmante preocupación.

Hoy cada vez más vemos que los niños están medicados (...) todos los que tienen atención psicológica y psiquiátrica están medicados (...). Tengo 17 niños y de ellos, 14 niños están medicados. (...). No siempre la medicación es la primera opción, los niños y adolescentes de hoy no son los mismos que los de antes (Entrevista a Maestra 3).

Lo que se ve hoy en día es el tema de la ritalina en trastornos de conducta y de comportamiento, que apenas hay cómo algún problema, un poco como que llama la atención y enseguida se resuelve tratando de cambiar la conducta con un medicamento (Entrevista a Psiquiatra 2).

Esta epidemia de dar fármacos a los chicos tiene que ver con un paradigma esquemático, cortoplacista, biologicista sobre los modos de expresión del sufrimiento en la infancia, con una mirada patologizante y esquemática sobre lo que le pasa a los niños y a los adolescentes, como una solución fácil y rápida (...) veo la temática muy grave, la veo en una altera roja (Entrevista a Psicóloga 3).

Evidentemente, las/os entrevistadas/os de las distintas profesiones (psiquiatras infantiles, maestras/os y psicólogos/os) observan un incremento en la cantidad de niñas/os y adolescentes que están siendo medicadas/os con psicofármacos y/o psicoestimulantes. Sin embargo, independientemente de que reconozcan este aumento, no todas/os tienen una visión crítica-reflexiva respecto a la irrupción de estos fenómenos en edades tempranas. Ante todo, considero necesario esclarecer que no pretendo culpabilizar a ningún profesional, ni recaer la responsabilidad de los fenómenos en una sola disciplina. Asimismo, aclarar que no desconozco la existencia de situaciones en la que los psicofármacos y/o psicoestimulantes sean necesarios y que evidencien una mejora en la calidad de vida de algunas/os niñas/os y adolescentes. Lo que pretendo es problematizar el uso abusivo de estos fármacos. En definitiva, anhelo desnaturalizar que las conductas y comportamientos de las niñas/os y adolescentes se aborden únicamente desde una mirada biológica que encasilla y etiqueta en categorías patológicas a las infancias y adolescencias, y que los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes no se utilicen como un camino hacia la docilidad.

Los discursos de las referentes institucionales de la educación que expondré seguidamente parecerían sostener una lógica medicalizadora y patologizadora. Por lo cuál, podríamos pensar que en algún sentido la institución educativa uruguaya continúa produciendo y reproduciendo estas lógicas en la actualidad al momento de abordar las problemáticas de nuestras infancias y adolescencias.

Te dabas cuenta clarito del nenito cuando estaba medicado y cuando no, porque cuando estaba medicado se dormía arriba de la mesita de él (...) era de primer año, chiquitito. Y cuando la madre no lo medicaba, que eso está mal porque si vos haces el tratamiento tiene que ser constante, el nenito andaba saltando de un lado para otro (Entrevista a Maestra 1).

La medicación les ayuda a concentrarse (...) a tener una mejor vivencia en la escuela, socializar mejor con los compañeros también, porque hay veces que se tornan agresivos. (...). Cuando no se medicaban te dabas cuenta enseguida porque era como ver a otro niño totalmente diferente y enseguida al frustrarse se tornaba impulsivo. Cuando nos dábamos cuenta que no estaba medicado llamábamos a la madre. (...). Uno piensa capaz que cuando están medicados queda como medio bobo, como que no se concentra, como que está todo el tiempo en una nube, pero en realidad no, al contrario, ellos se re concentraban, eran niños bien (Entrevista a Maestra 4).

Creo que hay muchos niños que no son medicados, que no son tratados. (...). El ser medicado no es nada malo para mí, pues, yo creo que es un plus para la educación también porque ellos están más tranquilos en el caso de la hiperactividad (Entrevista a Maestra 5).

En este sentido, se ve reflejado en los discursos de las profesionales de la educación que los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes a las/os niñas/os y adolescentes son un factor “positivo” para poder trabajar en clase, que “tranquiliza” a aquellas/os que sean “inquietas/os”, “distráidas/os”, entre otros. En estas entrevistas pareciera que aún existe vigorosamente la relación poder/saber respecto a la medicina, buscando en ésta la solución “final”, y que los problemas de las infancias y adolescencias fueran únicamente médicos, puesto que plantean seguir “al pie de la letra”, asumiendo acríticamente lo que la medicina plantea. De este modo, se estarían reduciendo los comportamientos que se consideran “inapropiados” y los diversos modos de aprender como si fueran problemas individuales y biológicos propios de cada sujeta/o, responsabilizando a cada una/o y, al mismo tiempo, trasladan su “solución” a las/os profesionales de la salud.

Retomando los aportes de Untoiglich (2013), expone que la institución escolar lo que hace es “centrar el problema en el niño [ocultando] las dificultades que podrían estar existiendo, por ejemplo, en el proceso de enseñanza- aprendizaje, la estructura de la escuela o las condiciones concretas del trabajo docente” (p. 27). Así pues, no cuestionar(se) la estructura y el dispositivo educativo, las prácticas pedagógicas, ni la posición que tome la/el docente y aun así buscar las “soluciones” fuera de la institución, podrían ser entre tantas otras, lo que genera que los problemas recaigan sobre las/os niñas/os y adolescentes, cuando sería necesario preguntar(nos) “si existe alguna relación entre la creciente cantidad de niños con -supuestos trastornos- y la inadecuación de un sistema escolar que intenta educar con modelos y referencias del siglo XIX a niños del siglo XXI” (p. 28).

Por otra parte, otras profesionales de la educación mostraron una posición crítica-reflexiva sobre estos dos fenómenos y sobre los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes a las infancias y adolescencias.

Lo que se observa son formas de ser y estar, de habitar los espacios que a los y las adultas nos molestan y a veces en vez de generar modificaciones en los espacios, o en nuestra forma de vincularnos con los gurises, o en la forma en la que dedicamos tiempo, o en las formas de crianza, o en el generar redes de cuidado que nos permitan

pensar en las formas de vincularnos con las niñas y los niños, vamos como a la pastilla, pensando además que va a generar el cambio mágico, y después no, cuando no ocurre, aparecen más pastillas y más angustias, y ese niño, esa niñas se convierte en el chivo expiatorio de una situación que no se está sabiendo manejar con responsabilidad desde el mundo adulto (Entrevista a Maestra 2).

Nosotros queremos niños que jueguen, que sean felices, que rindan en la escuela, que puedan tener sus aprendizajes en tiempo y forma, necesitamos niños que puedan estar con todas sus capacidades (Entrevista a Maestra 3).

Estos discursos distan de los anteriores, en estos se abre la posibilidad de pensar otras alternativas desde la instituciones educativas a la hora de enfrentar las complejidades que atraviesan las/os niñas/os y adolescentes. Alternativas donde la medicación no sea la primera ni única opción; por el contrario, plantean una mirada integral entre diversas disciplinas, donde haya otras estrategias pedagógicas fuera y dentro del salón de clases, donde se tome en consideración que somos sujetas/os insertas/os en un contexto con vínculos sociales y familiares, que pueden estar sucediendo cuestiones que afectan y repercuten en el comportamiento de esa/e niña/o y adolescente, y que no necesariamente sea una enfermedad neurobiológica que necesite de un químico. Plantean una mirada compleja hacia las infancias y adolescencias en la cual se busquen otros caminos para trabajar en conjunto con ellas/os.

De igual manera, desde la salud hay profesionales que parecerían continuar produciendo y reproduciendo la lógica medicalizadora y patologizadora en las infancias y las adolescencias de nuestro país, y que optan por los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes antes de recorrer otras alternativas.

La patología TDAH es neurobiológica y del neurodesarrollo, viene desde la panza, no nace en el nacimiento, ya el niño tiene una huella, que bueno, si accede a terapias tempranas puede tener un menor daño (...). Hablaron hace poco en una charla de que no había una edad específica para medicar, puede ser en relación cercana a los 4, 5 o 6 años (Entrevista a residente de Psiquiatría 4).

Si el entorno tolera y se puede integrar y puede generar estrategias de sostén a este niño puedes aguantar y capaz que no medicarlo, pero si no hay un entorno que acompañe a veces uno recurre a la medicación para ayudarlo a que se integre o si es

patológico para tratar la patología. (...). Algunos servicios como las consultas son muy espaciados y no sabes cuando vuelves a ver al paciente. A veces uno termina interviniendo un poquito más incisivo con los fármacos, porque no sabes cuándo lo vuelves a ver y sabes que le va a ayudar a largo plazo, uno se da cuenta (Entrevista a Psiquiatra 5).

Entonces, ¿la medicación sirve para todo?. Así, en estos discursos quedan evidenciados ambos fenómenos: los procesos de medicalización y de patologización. Manifiestan una reducción de las/os sujetas/os a su sola condición biológica, etiquetando comportamientos y conductas como patologías, incluso antes del nacimiento, condenando a las infancias y adolescencias a un destino prefijado. En este sentido, pareciera ser que se justifica muchas veces la medicación por problemas que se generan en el contexto y en las vicisitudes de la vida de las/os propias/os sujetas/os, quedando al descubierto en los discursos la necesidad que tiene la sociedad y las lógicas modernas del sistema capitalista de que nos integremos de una determinada manera, cuando eso no sucede, se individualizan los problemas. Así pues, la medicina ejerce su poder/saber experto que naturalizamos y reproducimos acríticamente sobre niñas/os y adolescentes.

Por otra parte, fueron entrevistadas/os profesionales en la especialidad que tienen una postura crítica- reflexiva respecto a la temática.

Me parece que hay prácticas que hay que vigilar, por ejemplo, el uso combinado, el uso a edades tempranas, el uso a largo plazo con una escasa monitorización, la no retirada de los psicofármacos. (...). Otro aspecto importante tiene que ver con el encasillar todo en una patología, cuando en realidad mucho de los trastornos comportamentales o las respuestas psicoemocionales de los chicos tiene que ver más bien con entornos desfavorables. (...). Lo veo como un problema importante y más en la infancia, porque se supone que los problemas surgen y a veces se cronifica. Es ahí donde se establece el futuro, entonces es complicado (Entrevista a especialista en Psiquiatría y Farmacología 1).

El aumento de la cantidad de infancias y adolescencias medicadas es por un conjunto de factores. Se toleran menos las conductas de los niños, no se aceptan momentos de rebeldía, todo tiene que ser como de resolverse rápido (...). (Es como) que todo pasa

por el cerebro o por los neurotransmisores y que se arregla con productos químicos (Entrevista a Psiquiatra 2).

La medicación es como el último paso. Antes tienes que pasar por la evaluación de la situación, y para eso necesitas mucho más que un informe. (...). (La medicación es) como una herramienta más (...), hay que manejarlo con cuidado y sobre todo en niños (...). En realidad, a edades muy tempranas, yo diría que es prácticamente nulo. (...). De los psicoestimulantes, el más indicado es el metilfenidato. Tiene una indicación específica que es el TDAH, que hay que llegar a ese diagnóstico, descartar otras cosas. No sirve medicar la desatención, es un error (Entrevista a Psiquiatra 3).

Considero importante contemplar y exponer las distintas perspectivas que existen al momento de pensar la temática, dado que si bien hay profesionales que tienen un punto de vista crítico. De la misma manera, hay profesionales que se encuentran inmersos en la interiorización de las lógicas del sistema y parecerían continuar produciendo y reproduciendo de forma acrítica las acciones y los valores tradicionales que se les imponen desde las instituciones a sus roles como profesionales. En este sentido, comprendiendo que nos encontramos insertas/os en el sistema y en un contexto socio-histórico, sería necesario desnaturalizar(nos) cuestiones que interiorizamos del “deber ser”, y pensar otras maneras de posicionarnos frente a infancias y adolescencias distintas, donde hay una pluriversidad de formas de ser y estar.

Asimismo, la mirada desde la psicología que demostraron las/os profesionales entrevistadas/os fue a partir de una posición crítica- reflexiva respecto a la temática.

Frente a una situación compleja de un niño o un adolescente, hay que preguntarse antes que nada “¿por qué?”. Me parece que la medicalización simplifica el problema, ese “¿por qué?” nadie se lo pregunta y la culpa la pasa a tener el niño. (...). El problema de nuestro sistema sanitario, es que todo pasa por la medicina, incluso, los famosos “comité de recepción”, un altísimo porcentaje está conformado por médicos, no hay trabajadores sociales, no hay psicólogos, y no hay porqué las mutualistas no los han incorporado (Entrevista a Psicóloga 2).

Acá valoramos si es necesaria una derivación o no con médico psiquiatra. (...). Se ve como este aumento quizá en el mal manejo de información respecto a la medicación,

más que nada en el ámbito educativo. (...). En realidad si viene derivado de la maestra nos gustaría saber “¿por qué?”. A veces la mamá o el papá vienen y me dicen “no tengo ni idea”, la maestra lo derivó, “no sé por qué, en casa se porta bien”. (...). Yo siempre en comité aclaro a los padres, que muchas veces pasa esto que quizás no se agoten las estrategias, como uno trata de hacer también acá. (...). La maestra no tiene que estar en todas, sabemos que tienen un montón de cosas, pero en realidad poder ver al niño desde lo biopsicosocial, que es un niño inserto en una familia, que le pasó tal cosa, niños con los padres separados que comporte distintas maneras de funcionar con el papá, con la mamá, distintas rutinas, horarios, abandono, maltrato (Entrevista a Psicóloga 4).

Cualquier persona que no esté especializada en el tema dan diagnósticos, quiere decir que los utilizamos banalmente, categorías psicopatológicas para describir características normales de los niños, habla del éxito de estos discursos medicalizadores. (...). Esas formas de pensar las infancias en categorías patologizadoras han tenido mucho éxito (Entrevista a Psicóloga 3).

En estos discursos se enfatiza la necesidad y la importancia de preguntarse “¿por qué?”, debido a que, estos procesos de medicalización y patologización pareciera que se interiorizan y naturalizan de forma tal en cada una/o de nosotras/os que es posible que ignoremos dicha pregunta al enfrentarnos a situaciones complejas de niñas/os y adolescentes. Por su parte, manifiestan que nuestras vidas están medicalizadas y entre tantas otras razones, quedaría en evidencia esto en los “comité de recepción”, que generalmente se constituyen por médicas/os. En este sentido, esto podría sesgar la mirada al momento de pensar a las infancias y adolescencias, y que prevalezcan los actos de medicar de forma compulsiva.

Este es un problema que excede ampliamente la cuestión de por qué un niño no aprende, no se comporta, o no se queda quieto en la escuela y tampoco es una cuestión que atañe sólo a las políticas en salud y/o educación de un único país. Lo que preocupa especialmente es la banalización y generalización del consumo de psicofármacos en la infancia y los intentos de simplificación de problemáticas tan complejas (Untoiglich, 2013, p. 33).

Ahora bien, me introduciré en la singularidad de las voces de las/os profesionales de Trabajo Social, para estudiar la realidad actual sobre la situación en la cual se encuentra nuestra disciplina ante esta temática, a partir de los discursos de las referentes entrevistadas.

Vale aclarar que en el presente análisis no pretendo sesgar la existencia de las voces de otras/os profesionales de la disciplina, ni la multiplicidad de posiciones respecto a la temática; menos aún llegar a una conclusión final, puesto que no hay una generalidad posible. Mi interés se halla en recoger las perspectivas de las entrevistadas para poder estudiar y continuar reflexionando sobre estos fenómenos desde la mirada del Trabajo Social

De tal manera, las profesionales entrevistadas mantienen una perspectiva crítica-reflexiva sobre los procesos de medicalización y patologización, al igual que sobre los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes a las infancias y adolescencias.

Yo lo que me posicionó es trabajar con salud mental en el entendido de que no todo se medica, pero no somos quienes tampoco tomamos las decisiones de medicar. Pero sí podemos entender que hay otras causas, que no es solamente que el niño tenga algún problema, alguna dificultad o esté diagnosticado como una hiperactividad, sino comprender que ese niño tiene una historia de vida. (...). Como trabajadores sociales lo que hacemos es trabajar en esa historia de vida, en hacer una reconstrucción para poder dar como un diagnóstico social que no es médico, y que no refiere a la medicación. (...). Actuamos de forma multidisciplinaria con otros profesionales (Entrevista a Trabajadora Social 3).

Muchas veces los comité de recepción están previamente coordinados con el centro educativo y nos han tocado clases enteras de chiquitos que la maestra deriva porque se portan mal, “¿se porta mal toda la clase?” entonces vos ahí te cuestionas, “¿serán los chiquilines o será el adulto?” que capaz el adulto no tiene las herramientas para poder estar más incorporado. (...). Veo un aumento en el tipo de derivaciones, también tenemos la otra gran “pata” que es lo judicial, nos “llueven” oficios. (...). Es necesario pensar estrategias alternativas, trabajar en red, con otras disciplinas, con los sujetos (Entrevista a Trabajadora Social 5).

Hoy en día no hay tiempo para esperar, para los procesos, ni la reflexión, todo tiene que ser ya. En este escenario no podemos pensar los procesos desligados del contexto sino al contexto como producto y productor de estas situaciones. (...). Hay estructuras

donde se sigue pensando un tipo ideal de alumno, entonces, es más fácil adaptar a esos niños a la representación de escuela, que adaptar la escuela a las infancias de hoy en día. (...). Como profesional me posiciono desde una vigilancia permanente, todas/os tenemos como internalizado un tipo ideal de infancia, entonces, necesitamos esta vigilancia como profesionales. Y una problematización constante de la práctica, justamente para no reproducir aquellas acciones que teóricamente no compartimos desde una postura crítica-reflexiva. El trabajo en equipo y todo lo que tiene que ver con la capacitación y la formación profesional. (...). En realidad en la práctica concreta está la mirada más patologizante, medicalizante más allá que teóricamente uno pueda establecer ciertos parámetros (Entrevista a Trabajadora Social 6).

En los discursos las profesionales consideran que hay un aumento de los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes a las infancias y adolescencias. Del mismo modo, observan un incremento en las derivaciones desde las escuelas y juzgados, donde como profesionales apuntan a la necesidad de comprender a las/os sujetas/os insertas/os en el contexto socio-histórico y no tener una mirada únicamente biologicista, que encasilla a las infancias y adolescencias en categorías patológicas. Así, desde su posicionamiento, apuestan al trabajo en equipos interdisciplinarios, a capacitarse y formarse constantemente, además, de tener una “vigilancia permanente” en el ejercicio profesional para reconocer, desnaturalizar y problematizar cuestiones del “deber ser” que se interiorizan en el transcurso de la vida.

Sin embargo, en algunos de los discursos se presentan contradicciones, puesto que expresan reconocer la existencia de estos fenómenos y tener una postura crítica respecto a la temática, y en ciertos relatos parecieran dejar al descubierto una mirada medicalizadora y patologizadora sobre las infancias y adolescencias.

En algunos niños el uso de psicofármacos es pertinente, de hecho con los déficit atencional ayuda y se ve incluso que el niño mejora. Si bien te digo eso, no es un área que nos compete a nosotros, es más que nada a la psiquiatría. También creo que este uso de psicofármacos tiene que ver con otras cuestiones que no acompañan a estas nuevas infancias. (...). Las infancias hoy reciben otros estímulos, están invadidos, por ejemplo, con el uso de las tecnologías, que la escuela no ha acompañado. Creo que muchas veces esta medicalización es necesaria para que el niño se pueda adaptar a las propuestas educativas y a la institución educativa tal cual está planteada hoy (Entrevista a Trabajadora Social 2).

Siendo así, ¿las infancias tendrían que adaptarse a la institución educativa? Entonces, ¿el problema sería de aquellas/os niñas/os que reciben muchos estímulos y que luego se pretende que estén como mínimo cinco horas quietas/os mirando un pizarrón?

Las entrevistadas dicen posicionarse desde una perspectiva crítica-reflexiva respecto a la temática; no obstante, en los relatos parecieran tener también una mirada medicalizadora y patologizadora sobre las infancias y adolescencias. Esta ambigüedad en sus relatos puede ser por diversos motivos, y en este análisis se abren numerosas puertas y cuestiones en las cuales pensar, puesto que hay múltiples factores que atraviesan estos procesos.

Más allá de que nuestra formación profesional haya sido crítica- reflexiva, continuamos insertas/os dentro del contexto socio-histórico, en el que vamos incorporando pautas del “deber ser” que nos van interpelando y que nos pueden encauzar en esta ambigüedad. Además, estamos insertas/os en instituciones (encargadas de la reproducción de los procesos de sociabilidad) con sus lógicas clásicas y conservadoras, que podríamos quedar tergiversadas/os, incluso sin notarlo, dado que en estos procesos disciplinadores el poder es complejo, se cuele en todas las relaciones sociales de manera minuciosa. Por ello, sería imprescindible poder tener una vigilancia persistente, atenta y una “resistencia al poder” (Foucault, 1979, p. 171), para no caer en lo que estas lógicas institucionales pretenden.

Capítulo 2: “La conquista de ayer”

En este segundo capítulo transitaremos por un somero devenir de los procesos de medicalización y veremos cómo se fue desarrollando la sociedad disciplinaria, continuando de este modo con el segundo movimiento del método progresivo-regresivo sartreano denominado “regresivo (me elevo hacia la condición original)” (Sartre, 1963, p. 134). Así pues, considerando que las/os sujetas/os estamos insertas/os en la sociedad que vivimos, es necesario comprender el devenir y para ello debemos analizar cómo las disciplinas propias de la modernidad fueron moldeando nuestras formas de ser, estar, pensar y sentir.

En este apartado analizaremos cómo hay pautas disciplinadoras que tensionan nuestro constante proceso de “interiorización de lo exterior y de la exteriorización de lo interior” (Sartre, 1963, p. 90), puesto que van incidiendo en cada una/o de nosotras/os, con saberes que nos pretenden conducir hacia lo que “se debe” o “no se debe hacer”, hacia lo que “está bien” o “está mal”. Así, cada sujeta/o va a exteriorizar a partir de conductas, hechos y opiniones estas pautas que va interiorizando según su vivencias internas. Y aquí se encuentra el punto que nos interesa: ¿Qué sucede cuando las conductas y comportamientos de las/os sujetas/os se distancian de lo considerado como “normal”? ¿Cómo se crean las sociedades disciplinarias que pretenden controlar detalladamente estas conductas y comportamientos? ¿Cuál es la finalidad de controlar y regular? Y, sobre todo, ¿cómo responde la institución social a través de la particularización de la biomedicina?

Se retomarán los aportes de Foucault (1975, 1978) y Donzelot (2008) para analizar el devenir histórico de estos procesos de disciplinamiento, y sobre todo para comprender las interrogantes planteadas anteriormente.

En primer lugar, la modernidad fue un punto de quiebre histórico, en el que se transforman e imponen nuevas formas de organización no solo económicas sino también sociales y culturales. Para Foucault (1975), en esta etapa se altera el sistema de castigo en occidente¹⁰, ya que “el sufrimiento físico, el dolor del cuerpo mismo, no son ya los elementos constitutivos de la pena. El castigo ha pasado de un arte de las sensaciones insoportables a una economía de los derechos suspendidos” (p. 18). Esto es, anteriormente a la modernidad¹¹ el castigo se ejercía sobre el cuerpo físico a partir de la violencia, en espectáculos abiertos a todo público, con la intención de desmotivar al resto de la sociedad a cometer crímenes

¹⁰ Se refiere a las sociedades que se han desarrollado en Europa y a las sociedades que han sido colonizadas por estos, como lo fue América, influenciada por prácticas culturales propias de europeos.

¹¹ Es necesario dejar plasmado que la transformación del castigo en las sociedades occidentales no es un proceso lineal.

similares. Luego, el castigo se modificó y se centró en la privación de los derechos y libertades de las/os sujetas/os. Esta “economía de los derechos suspendidos” (p. 18) se ejerce incluso desde otras instituciones modernas, tal como los hospitales psiquiátricos a partir de la medicina moderna colonial (biomedicina).

En esta línea, comprendemos que “ya no es el cuerpo, es el alma” (Foucault, 1975, p. 24). El sistema de castigo ya no se ejerce a partir de la tortura, sino que la modernidad se enfoca cada vez más en controlar/regular la mente y alma de las/os sujetas/os, basándose en “la división entre lo permitido y lo prohibido” (p. 24), donde se instalan discursos hegemónicos sobre lo que es aceptable y lo que no lo es, sobre las normas y reglas que deben seguirse, y es allí que las/os sujetas/os que se “desvíen” de la “norma” son controladas/os, castigadas/os y moldeadas/os, con el fin de homogeneizar a toda la sociedad para mantener un orden social determinado.

Para Foucault (1975), el poder está estrechamente relacionado con el saber, puesto que el conocimiento es una forma de poder. Para el autor, el poder es una red de relaciones que se da en toda la sociedad, y se ejerce también de manera sutil a través del conocimiento que atraviesa las relaciones sociales. Sin embargo, este conocimiento no es neutro (se encuentra ligado a estas relaciones de poder), va a establecer determinadas formas como “verdades absolutas” y universales, que todas/os deberíamos de seguir. Por lo tanto, esta relación entre poder/saber es necesaria para comprender cómo se difunden las prácticas normalizadoras que regulan minuciosa y sutilmente nuestros cuerpos y movimientos.

En este sentido, es relevante traer la idea que plantea Foucault (1975) respecto a “la tecnología política del cuerpo” (p. 33); esto es, cómo estas prácticas disciplinadoras propias de la modernidad buscan controlar y moldear nuestros comportamientos y, por ende, nuestras formas de actuar. El cuerpo físico en sí, es visto como un objeto manipulable que tiene que ser funcional, eficiente y productivo, pero para ello debe ser dócil. Se procura ajustar los cuerpos a las normas impuestas bajo el nombre de “civilización”.

Siguiendo con los aportes del autor, “estos métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad- utilidad, es lo que se puede llamar las -disciplinas” (Foucault, 1975, p. 141). Por lo tanto, estas sociedades disciplinarias lo van a intentar abarcar todo, hasta el último detalle; por ende, el poder se va a practicar de forma sutil y silenciosa, no sólo en relaciones entre dominantes y dominados, sino justamente en cada gesto y conducta. Estas nuevas formas de organización de las sociedades disciplinarias necesitan sujetas/os productivas/os debido a:

El capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada (Foucault, 1978, p. 38).

Al mismo tiempo, la medicina adquiere un papel central, en tanto se vuelve una disciplina hegemónica de control social en el marco de estas sociedades modernas y disciplinadoras, así “nace de la disciplina un espacio médicamente útil” (Foucault, 1975, p. 148). Comprenderemos, en este sentido, cómo la medicina occidental moderna (biomedicina) a través de su conocimiento puede ejercer esta relación de saber/poder y controlar los cuerpos, de manera de tornarlos dóciles y adaptables a las lógicas hegemónicas.

Continuando con los aportes de Foucault (1978) distinguiremos que la “medicina no estaba interesada en el cuerpo (...) como instrumento laboral. No fue hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando se planteó el problema del cuerpo, de la salud y del nivel de la fuerza productiva de los individuos” (p. 39), con las transformaciones que ocasionó la industrialización y el modelo capitalista se comenzó a necesitar una eficacia y productividad de las/os sujetas/os y la medicina logra un papel clave en la regulación de estos cuerpos. Se utiliza el saber médico como una forma de poder para crear un conocimiento que se difunda como “saludable” y “normal”. De modo que, el cuerpo se transformó, en términos del autor, en “una realidad biopolítica” (p. 38) y la medicina, por ende, en “una estrategia biopolítica” (p. 38). El cuerpo biológico fue quedando atravesado por relaciones de poder que lo fueron disciplinando, siendo la medicina una de estas estrategias.

En síntesis, comprendemos la transformación hacia una sociedad disciplinaria, donde el poder que se convierte en hegemónico es el poder disciplinario, ya no es el de la violencia física y la tortura. Este nuevo poder es el que busca corregir los cuerpos que no cumplen con lo esperado. Esta transformación es propia de Occidente, y termina por colonizar de alguna manera a nuestras sociedades.

De este modo, tomamos los aportes de Donzelot (2008), el cual sostiene una perspectiva foucaultiana respecto a cómo la modernidad a partir de sus instituciones

desarrolla técnicas de control y vigilancia para disciplinar los comportamientos y las conductas de las/os sujetas/os. La pregunta a la cual nos podrían guiar estos dos autores, va en dirección a ¿cómo la modernidad logró controlar socialmente a las/os sujetas/os sin ejercer formas explícitas de violencia y represión?

Para Donzelot (2008), a fines del S.XIX surge un fenómeno que al igual que las instituciones disciplinarias propias de la modernidad que analiza Foucault (1975, 1978), refleja un cambio histórico en las sociedades (en conjunto con las instituciones modernas);

Aparece una nueva serie de profesiones: las asistentes sociales, los educadores especializados, los animadores. Todos ellos se reúnen bajo una misma bandera: el trabajo social. (...). Bastante marginal a principios de ese siglo, poco a poco el trabajador social va tomando el lugar del maestro en la misión civilizadora del cuerpo social (Donzelot, 2008, p. 95).

En este sentido, el Trabajo Social¹² aparece en la sociedad para ocupar el lugar de las/os maestras/os, a lo largo del tiempo cada vez más, puesto que son profesiones que a principios del S.XX adquieren aún más relevancia. Emergen con la peculiar tarea de educar, formar y disciplinar a las/os sujetas/os (sobre todo a las personas “vulnerables”), con la finalidad de homogeneizarlas/os y ajustarlas/os a una sociedad “civilizada”, que necesita sujetas/os útiles y productivas/os.

Siguiendo los aportes de Donzelot (2008), nos referimos a la intervención de las profesiones asistenciales de Trabajo Social especialmente en la matriz de protección social del Estado sobre las infancias en peligro y las infancias peligrosas. En palabras del autor: “toda la novedad del trabajo social, toda su modernidad está (...) en ese incremento de la atención dedicada a los problemas de la infancia” (p. 95).

En esta matriz de protección social sobre las infancias y sus familias, intervienen distintas disciplinas (desde el saber judicial, criminológico/psiquiátrico y socioeducativo), siendo varias de ellas las profesiones socioeducativas que producen un saber experto sobre esta población dentro del “complejo tutelar” (Donzelot, 2008, p. 95), respecto a los

¹² Es relevante dejar plasmado que el “Trabajo Social” o “los trabajadores sociales” en Francia abarca otras profesiones como pueden ser las/os maestras/os, médicas/os, psicólogas/os, psiquiatras, entre otras profesiones asistenciales.

mecanismos de “prevención” de peligros, ya sea que sufre la infancia o que provoca la infancia peligrosa. Sin embargo, el autor se plantea tres preguntas sobre estas profesiones:

¿Qué es el trabajo social? ¿Una estocada a la brutalidad de las sanciones judiciales centrales, mediante intervenciones locales, a través de la suavidad de las técnicas educativas? ¿O bien entraña el desarrollo descontrolado de un aparato estatal que, con el pretexto de prevenir, extendería su poder sobre los ciudadanos hasta en su vida privada, y marcaría con un hierro discreto pero no menos estigmatizante a menores que ni siquiera han cometido un delito? (Donzelot, 2008, p. 97).

Entonces, estas profesiones ¿surgen para frenar la mirada estigmatizante que puedan tener la/el jueza/juez al momento de decretar algo sobre las situaciones de niñas, niños o adolescentes? O, por el contrario, ¿surgen para controlar y etiquetar a las infancias y adolescencias?

Siguiendo esta línea, otro saber experto que interviene en este “circuito tutelar” (Donzelot, 2008) es el saber psiquiátrico, que adquiere un gran poder en la toma de decisiones que realiza la/el jueza/juez sobre las infancias y adolescencias.

En ese mismo período, se esbozan las formas modernas de intervención médica sobre el medio (...) el nuevo mercado busca sus métodos en el ámbito de la medicina, de la psiquiatría, de la pedagogía: procura aprovisionarse más directamente por sus propios medios, la selección escolar, la prospección por los trabajadores sociales (Donzelot, 2008, p. 103).

Así pues, las familias y las infancias quedan “colonizadas” (Donzelot, 2008, p. 101) por las intervenciones socioeducativas, pero también por lo que el autor va a llamar los saberes “psi” (psiquiatría y psicología). Este nuevo mercado utiliza los discursos de expertas/os para controlar y disciplinar a las/os sujetas/os, a partir de “justificar” de manera profesional las conductas y comportamientos que deberían de seguirse en una sociedad

civilizada, disciplinada y “normal”. Donzelot (2008) específicamente lo analiza a partir de cómo estas profesiones son utilizadas dentro del “circuito tutelar” para juzgar y evaluar a las infancias y adolescencias, y, si ello no es posible, prevenir educando. Este punto resulta sustancial, ya que, la presente investigación intenta conocer, entre otros aspectos, cómo los saberes expertos comienzan a “colonizar” la vida en sociedad, imponiendo determinadas pautas de comportamiento.

La intervención del saber psiquiátrico sobre las infancias y las familias ha cambiado a lo largo de su devenir. Tal como expresa el autor: “el psiquiatra deja de ser rival del juez y se convierte en su aliado más indispensable, el relevo necesario para controlar por medio de un código homogéneo la infinita deriva de las prácticas de prevención” (Donzelot, 2008, p. 141). En este sentido, los informes psiquiátricos toman una centralidad respecto a las decisiones que tome la/el jueza/juez sobre la niña, niño o adolescente, a partir de identificar si los “delitos” cometidos fueron conscientes o no. Por lo cual, se busca en ellas/os rasgos de carácter y personalidad. Entonces, sería necesario preguntar(nos) ¿se estaría juzgando la singularidad de esa/e sujeta/o y no el “delito” en sí mismo?

Lo que generaría esto sería una patologización propia de esa/e sujeta/o, no un delito en sí mismo. Sería una justificación en un comportamiento singular, que individualiza y responsabiliza a la/el sujeta/o en su sola condición. Sin embargo, esas conductas que se criminalizan anteriormente existían, más aún, formaban parte del desarrollo de la/el niña/o. En cambio, cuando estas conductas comienzan a estar en disconformidad con el “código homogéneo” de normas a seguir como si fueran correctas, únicas y verdaderas es que recaen sobre las infancias y adolescencias etiquetas. Cómo una forma de control alternativo al encierro físico, surge la prevención que cumplen estas profesiones, que buscan identificar “desvíos” que puedan acabar en problemas más grandes para la sociedad.

En este nuevo paradigma, el saber psiquiátrico obtiene poder para controlar a través de prácticas “preventivas”, procurando evitar futuros comportamientos que puedan desregularizar a la sociedad. Por el contrario, pretende un “código homogéneo”; es decir, que se homogenice la sociedad siguiendo un conjunto de normas y pautas determinadas. En este sentido, la psiquiatría sería entonces una de las disciplinas encargadas de identificar “desviaciones” de conductas y comportamientos desde edades tempranas, para corregirlas y ajustarlas a este código normativo a partir de medidas correctivas que tome la/el jueza/juez o a partir de pautas disciplinadoras desde estas lógicas médicas. Al igual que los otros saberes (como son las profesiones dentro del Trabajo Social) adquieren un poder/saber que pretende controlar minuciosa y sutilmente los cuerpos.

Del mismo modo, con Foucault (1975) vimos cómo a partir de la modernidad se transformó la forma de castigo en la sociedad, donde surgen instituciones como la escuela, la cárcel, el hospital psiquiátrico, entre otras. Para disciplinar a las/os sujetas/os, ya no a través del castigo físico, sino a través de prácticas disciplinadoras que se cuelan minuciosamente en todas las relaciones sociales y en las subjetividades de cada una/o, donde moldean los cuerpos sobre todo aquellos que no cumplen con las normas establecidas como “correctas”, a través de mecanismos de normalización. En correspondencia con Donzelot (2008), estas profesiones tienen la misma tarea, la de moldear a las/os sujetas/os hacia una productividad necesaria para las sociedades “civilizadas”. De modo que, complementando ambos autores, comprenderemos someramente el devenir de cómo el saber experto adquirió un poder central dentro de la sociedad, para disciplinar a las/os sujetas/os. Por lo tanto, este análisis nos ayuda a conocer cómo surgieron las relaciones de poder/saber que buscan corregir a aquellas/os que se salen de la “norma”, y que crean un discurso sobre el “deber ser” que es visto como único y verdadero. Y que, en nuestro transitar por la vida vamos a estar tensionadas/os por estos saberes disciplinares que vamos a ir aprendiendo por encontrarnos dentro del espacio socio-histórico.

En suma, no tenemos forma de saber en la actualidad la efectividad que tienen las instituciones y profesiones disciplinarias nacientes en la modernidad sobre las/os sujetas/os; es decir, no tenemos manera de ver explícitamente cómo se ejerce el control (por ser meticuloso y discreto). Anteriormente, mediante el uso de la fuerza, la tortura, la violencia física, ese control estaba totalmente explícito. Ahora, a partir del poder/saber que atraviesa a toda la sociedad a través del control, la vigilancia, el disciplinamiento, la regulación y ajuste de los cuerpos queda totalmente implícito. Sin embargo, ese poder está presente en todas partes aunque no se vea expresamente... esta idea queda evidente en la pregunta que se realiza Donzelot (2008) “¿cómo dar cuenta de la eficacia de esas "disciplinas" cuando la coerción no es uno de sus principales rasgos, puesto que se desarrollan en un contexto de progresiva liberalización de los comportamientos?” (p. 9).

En tal sentido, pretendo particularizar este análisis en Uruguay, para entender someramente como las instituciones medulares para la reproducción de los procesos de sociabilidad (como lo son la educación y la salud) fueron las encargadas implícita y explícitamente de transmitir e imponer pautas disciplinadoras en nuestro país a fin de una sociedad civilizada. Del mismo modo, procuro conocer los procesos de producción y reproducción a nivel institucional de los procesos de medicalización y los actos de medicar

con psicofármacos y/o psicoestimulantes a nuestras infancias y adolescencias. Y para ello, utilizaré los aportes teóricos de Barrán (2011), donde expone que:

La historia de la sensibilidad advierte que hacia 1900 está en presencia de sentimientos, conductas y valores diferentes a los que había moldeado la vida de los hombres en el Uruguay hasta por lo menos 1860. Una nueva sensibilidad aparece definitivamente ya instalada en las primeras décadas del S.XX aunque perviven -tal vez hasta hoy- rasgos de la anterior -barbarie- (p. 215).

Influenciada por prácticas disciplinadoras propias de la modernidad occidental, la sociedad uruguaya también transformó el modo de castigo en este pasaje de la sensibilidad bárbara a la civilizada. En la sensibilidad bárbara “la fuerza física parece ser consustancial” (Barrán, 2011, p. 56), el castigo se ejecutaba a través de la coerción física y violenta, incluso “la policía debía antes que nada controlar físicamente el cuerpo de los vagos” (p. 57). Se creía más eficaz este tipo de castigo antes que el del alma. Sin embargo, en la sensibilidad civilizada esto cambia y se centra el castigo en el alma, en el encierro del cuerpo, en aquellas instituciones simbólicas de la modernidad como son las escuelas, hospitales psiquiátricos, cárceles, familias, etc., donde las/os sujetas/os pasaron a ser vigiladas/os y culpabilizadas/os.

En este sentido, “la sensibilidad -civilizada-, como contrapartida de la represión del alma que aceptó y vivió casi sin culpa, se horrorizó ante el castigo del cuerpo” (Barrán, 2011, p. 286). Esto es, el castigo físico ya no va a ser la principal forma de control frente a esta sociedad disciplinaria, sino que la sujeción del alma sería un control más eficiente, en donde las/os sujetas/os pudieran internalizar las prácticas que deberían de seguirse y si no lo hacen ellas/os se culpabilizan a sí mismas/os. El control pasa de ser explícito a través de la violencia física, ser un control implícito y minucioso que se cuele en todas las instituciones y en todas las relaciones sociales, donde cada sujeta/o pasa a autocontrolarse y autovigilarse a partir de los parámetros que impone el orden social hegemónico del “deber ser”.

Para Barrán (2011) esta nueva sensibilidad que atravesaba al Uruguay del 900, lo que buscaba era “convencer al hombre de su culpa, convencerlo antes que vencerlo” (p. 202). A partir del castigo físico se podía llegar a vencer a la/el sujeta/o, sin embargo, en esta época de nada servía un cuerpo que no cumpla con su función productiva. Por ello, es que se busca convencerlo de su culpa, para que estas/os internalicen las prácticas propias del orden social

establecido, que las obedezcan y cuando no lo hagan puedan culparse (y regularse) a sí mismas/os. En este sentido, “la represión del alma pareció al hombre -civilizado- el camino ideal para ejercer -influencias- por cuanto sus efectos eran más permanentes que los del castigo físico” (p. 278).

La modernidad en nuestro país estuvo acompañada de la idea de progreso social con el propósito de una sociedad civilizada, y con ella la de instalar prácticas europeas. En palabras de Barrán (2011) “para los dirigentes de la sociedad -bárbara-, el cambio de sensibilidad fue uno de los requisitos ineludibles del -progreso- (...) que en su óptica equivalió siempre a diferentes maneras de imponer la europeización” (p. 198).

Siguiendo esta línea, la modernidad y la nueva sensibilidad traen aparejado valores que son inherentes al sistema económico y social capitalista, y desde las instituciones emblemáticas de la modernidad lo que se pretende es moldear a las/os sujetas/os para que internalicen estos valores y los respeten, para que a la hora del descanso sientan culpa, puesto que el valor primordial en el afán del progreso social es ser productivo (estudiar y trabajar), dejando de lado el ocio, el juego y las distintas formas de ser y estar de los/as sujetos/as.

Maestros, curas, y médicos, cuando buscaban convencer o imponer conductas y sensibilidades acordes con el nuevo Uruguay burgués despreciador del ocio y adorador del trabajo, partían de la base de que esos valores eran indiscutibles. (...). Por lo que alumnos, fieles y enfermos, solo debían describirlos en su interior, es decir, internalizarlos para respetarlos (Barrán, 2011, p. 221).

La sensibilidad civilizada controla a las/os sujetas/os a través pautas disciplinadoras, la “-disciplina era la base necesaria de la enseñanza- y que debía reinar en la escuela y el hogar -el orden, el orden ante todo, la asistencia puntual y la constancia en el trabajo-” (Barrán, 2011, p. 237), se busca homogeneizar a toda la sociedad. Son las instituciones como la escuela y las familias las encargadas de educar, transmitir e inculcar (y controlar), procurando de este modo, que todas/os se comporten de acuerdo al orden preestablecido, respeten sus normas y reglas, todo ello, en función del sistema capitalista.

Sin embargo, estas dos no fueron las únicas instituciones encargadas de producir y reproducir estas pautas disciplinadoras en nuestro país. Otra institución que tomó gran relevancia fue la medicina dentro del campo de la salud. Del mismo modo, ambas

sensibilidades utilizaron a la policía, la familia, la escuela, la Iglesia. En este escenario, la sensibilidad bárbara apostó por el vigilante y el soldado; en cambio; la civilizada apostó por un control más inadvertido a través del padre, el maestro y el médico. La clave de esta nueva sensibilidad y de estas instituciones no sólo fue que éstas/os internalicen y busquen obedecer las normas que se les imponen, como si estuvieran obligadas/os a ello, procuran que el dominado se sienta feliz obedeciendo y ame a sus dominadores, esta sería la forma más efectiva y civilizada del control (Barrán, 2011).

Para Duffau (2013), “la medicina se transformó, desde el último cuarto del S.XIX, en el centro de un conjunto de nociones asociadas con la civilización y el progreso y se convirtió en una de las piezas claves del proyecto modernizador” (p. 110). Como parte del orden disciplinador la medicina fue una de las instituciones encargadas de controlar a partir de su saber hegemónico, y dentro de ese poder médico se encontró la psiquiatría, la cual se transformó en “parte del repertorio de instituciones con que contaba el Estado para controlar y disciplinar a la población no normalizada” (p. 111).

De esta manera, lo que pretendía la medicina en general y la psiquiatría en particular en esta nueva sensibilidad moderna y civilizada era normalizar a las/os sujetas/os, trascendiendo los discursos disciplinadores, y sumando otras estrategias a partir de su mirada medicalizadora, con el propósito de sostener el orden social preestablecido. Puesto que “esta cultura de origen médico fue la que estableció la asociación entre normalidad y productividad, ya que lo anormal -y por ende inútil- chocaba con los fundamentos ideológicos de los nuevos valores dominantes: trabajo, ahorro, propiedad privada” (Duffau, 2013, p. 116). Por ende, serían “locos”, “desenfrenados” y “anormales” aquellas/os que se salieran de la norma, de lo considerado como normal.

En este sentido, siguiendo los aportes de Ortega (2003), comprendemos que la sociedad uruguaya, hacia fines del S.XIX y comienzos del S.XX comienza a instalar su modelo higienista, impulsado por los procesos de medicalización del 1900, en el cual se continúan clasificando y jerarquizando las conductas y comportamientos de las/os sujetas/os en “salud”- “enfermedad”. A partir de pautas higienistas de “prevención” sobre cómo deberían de comportarse para “ser sanos”, se procura evitar posibles “desvíos” de lo considerado como “normal” y la desregularización de la sociedad. Así, se continuaron abordando los problemas sociales desde las lógicas sanitarias, en donde “los campos de la educación y la salud compartían un lugar preponderante como vías de disciplinamiento de la población” (p. 29).

En este marco, analizaré los discursos de las profesionales de la educación entrevistadas acerca de cómo devino esta situación de los procesos de medicalización y patologización en las infancias y adolescencias en Uruguay, para continuar reflexionando.

Por una parte, una de las perspectivas que sostuvieron las profesionales de la educación se dio en relación al “descubrimiento” de la medicina sobre patologías en las infancias y adolescencias, lo cual parecería ser un punto clave en relación a la presencia de cada vez más niñas/os y adolescentes medicadas/os con psicofármacos y/o psicoestimulantes. Momento en el cual, la existencia de una especialidad médica (psiquiatría) que se dedique a estos “trastornos” y las características diagnósticas que “alertan” sobre estas patologías, serían un “soporte” para que las/os docentes puedan “identificar” esas conductas y comportamientos en el aula.

Antes no se veía mucho este tema de casos porque en realidad no había gente que se dedicase a estudiar realmente el tema. Antes tal vez existían diferentes trastornos en los niños y yo he escuchado que dicen que “con un chancletazo se solucionaba todo”. (...). Yo creo que es porque al descubrir que existen distintos trastornos y a su vez dentro de cada trastorno distintos grados, los docentes empezaron a prestar más atención para poder contar con el apoyo de especialistas, porque nosotros somos docentes pero no somos médicos. Si bien convivimos con los niños y vemos las distintas actitudes, ahora podemos contar con el apoyo; por eso es que ahora está todo más relacionado. Ahora hay diagnósticos, antes no había, ahora está el TDAH, autistas, tenes definitivo tal cosa y sus características (Entrevista a Maestra 1).

Esta perspectiva parecería dejar al descubierto cómo los procesos de medicalización y patologización se interiorizan en nosotras/os de forma acrítica, y observamos las conductas y comportamientos que se salen de la “norma”, desde una lógica medicalizadora, encasillando a niñas/os y adolescentes en patologías. Es así, que las/os sujetas/os que se “desvían” de los parámetros de “normalidad” pretender ser moldeadas/os, a partir de las estrategias de “curar” que tiene la biomedicina para “solucionar” los “problemas” de las infancias y adolescencias. De ese modo, se estaría desconociendo el devenir complejo de las situaciones que atraviesan las/os sujetas/os, dado que estamos insertas/os en un contexto socio-histórico.

Sin embargo, otras profesionales entrevistadas mantuvieron una perspectiva contrapuesta a la anterior. Donde manifiestan que las/os docentes no tienen tiempo, ni espacios para problematizar las temáticas, razón por la cual podrían acabar produciendo y

reproduciendo acríticamente estos fenómenos, expresando además que el sistema educativo uruguayo está colapsado y que esto pareciera ser adrede.

Hay falta de tiempo para pensar y yo creo que eso es adrede, creo que el sistema nos pone a las maestras en el lugar de ejecutoras, nos atosiga con cosas, nos llena de gurises y de situaciones para no darnos tiempo a pensar, crear y transformar, porque somos la primera línea de acción, ahí con los niños tendríamos un montón de poder. Una maestra empoderada que tiene poder de transformación con 20 botijas a disposición, 20 familias, todos los días; de lunes a viernes es mucho, entonces, a veces hay como una necesidad de aplicar, de callar (Entrevista a Maestra 2).

En cuanto a este punto, parecería que la sociedad uruguaya fue adoptando como propios los valores de la expansión capitalista en el marco de la modernidad occidental, reproduciendo formas de control sobre su población, de la mano del “biopoder” (Foucault, 1996), minuciosa y silenciosamente desde instituciones medulares para la reproducción de los procesos de sociabilidad (como lo son la educación y la salud). En este este escenario, la educación queda remitida a transmitir e inculcar, como si fuera una “máquina” disciplinadora donde todas/os deberíamos pasar y aprender lo mismo. Por tanto, tiene que cumplir con su cometido, y si permitiera el espacio para reflexionar, el orden social hegemónico perdería fuerza y poder, en una de sus instituciones primordiales de disciplinamiento.

Por otra parte, respecto a los discursos de las/os profesionales de la salud, contestaron solo aquellos/as que manifiestan una posición crítica sobre la temática. Desde sus voces expresaron cómo la medicina fue monopolizando su saber experto, “descubriendo” patologías que podían ser identificadas a partir de ciertos diagnósticos. Si bien no niegan la existencia de que tales patologías existen, expresan que comenzaron a encasillarse conductas y comportamientos que siempre estuvieron presente en niñas/os y adolescentes por ser pensadas únicamente cómo características propias de estas patologías, reconociendo además que frecuentemente se descontextualiza a las/os sujetas/os cómo un ser integral.

Desde hace mucho tiempo en la medicina se descubrieron chicos que tenían sobre todo lesiones del sistema nervioso central, anatómicas, con ciertos comportamientos hiperactivos que son desajustes conductuales, el problema está en que eso son expresiones de un trastorno, y la forma que tenemos de evaluarlo son los diagnósticos, y estos son subjetivos y con escalas, y depende de quien los aplica, como los aplica.

(...). A veces el chiquilín es hiperactivo en un escenario, en unas condiciones, pero no en todas lo es, eso hace a la necesidad de un abordaje más integral, y no simplemente llenar una escala (Entrevista a psiquiatra infantil 1).

A medida que sabemos más cosas de la medicina, estamos menos sanos, estamos todos enfermos, todos tenemos algo. Es como una cosa de categorías, de patologías, de encontrar que todo el mundo tiene alguna cosa (Entrevista a psiquiatra infantil 2).

Además, en otros discursos queda en evidencia la paradoja entre el reconocimiento de niñas/os y adolescentes como sujetas/os de derecho, con sentimientos propios y formas diversas de expresarlos. Mientras que, al mismo tiempo, son esas mismas formas las que se encasillan en estos procesos de medicalización y patologización. Así, pues, conductas y comportamientos que son considerados “anormales” o que se “desvían” de “lo esperado” son los que se buscan disciplinar y moldear, con intención de que todas/os nos comportemos del mismo modo.

Hay como dos cosas contradictorias, por un lado, hubo toda una época anterior en donde era muy difícil visualizar algunos problemas de los niños, era como que bueno “el niño no se deprime”, esas cosas no estaban consideradas, por un lado se empezó a ver que el niño tenía a su forma, porque obviamente no es la expresión del adulto, pero que sí le podían pasar estas cosas, poder reconocerlos y empezar a estudiar estuvo bueno. El problema es cuando se extiende demasiado el encajonar todos los problemas de los niños en patología psiquiátricas, ahí le erramos. (...). En los años fue un avance poder darle importancia a esas cosas, y después hubo un quiebre, donde se extendió como a “todos los niños que no atienden resulta que toman ritalina y empiezan atender”, bueno no, no es así. Creo que en los últimos años se ha puesto foco en decir, a ver ojo “¿qué está pasando?” no venimos bien, y poder empezar a dar marcha atrás (Entrevista a Psiquiatra 3).

La perspectiva que demostraron las psiquiatras entrevistadas respecto al devenir de la temática, surge a partir de una postura crítica. Por ende, parecieran reconocer que la salud como institución produce y reproduce estos fenómenos que atraviesan a las infancias y adolescencias. Y que, a su vez, con el afán de “curar” los “problemas” de la sociedad desde la biomedicina, pasó a ser una disciplina imprescindible de control, en función de su saber

hegemónico y pautas disciplinadoras. Sin embargo, esta forma de control es implícita, ya que no necesariamente somos conscientes de estar encasillando conductas que son absolutamente naturales. Por ello, estos procesos de medicalización y patologización desconocen las diversas formas de ser y estar de las infancias y adolescencias.

Del mismo modo, la perspectiva que mantuvieron las/os psicólogas/os entrevistadas/os es una postura crítica- reflexiva en relación al tema. No obstante, hacen alusión a divergentes puntos de quiebre respecto a cómo devino este fenómeno de la medicalización y de dar “solución” a los “problemas” de las infancias y adolescencias con psicofármacos y/o psicoestimulantes en Uruguay.

Para algunas/os de las/os entrevistadas/os un momento crítico en nuestro país en el cual se comenzaron a contemplar a niñas/os y adolescentes medicadas/os con psicofármacos y/o psicoestimulantes fue la gran abundancia de medicamentos disponibles en el mercado.

Antes era muy raro ver que un niño o adolescente estuviera medicado, hubo un quiebre, hay que ver por qué empezó a verse una abundancia de medicamentos, que justamente al haber una cantidad lo que hace es que se empiecen a utilizar, antes casi no existían los medicamentos para niños, hoy tenes un abanico enorme, sin embargo, hay que ver si realmente es necesario o es un tema comercial. (...). Si ves a un niño inquieto ¿qué es más fácil? doparlo, antes eso no existía y con ese niño se trabajaba de forma natural (Entrevista a Psicólogo 1).

La medicina como disciplina está irrumpida por las lógicas mercantilistas de la industria, y si bien esto podría ser una de los puntos que desencadenan estos procesos de medicalización y patologización, también está en juego la postura que tomen las/os profesionales de la salud, en optar por otros caminos antes de llegar al fármaco como una “solución” a los “problemas” o “síntomas” que se presentan cuando se enfrentan a situaciones complejas de niñas, niños y adolescentes.

Otro punto fue la aparición del DSM¹³, donde se crean categorías diagnósticas con características concretas para “evaluar” la “aparición de trastornos” en lo que corresponde a la salud. Sin embargo, atraviesa de la misma manera a niñas/os y adolescentes. Estos discursos manifiestan que sería éste un momento clave en donde se comienzan a categorizar y clasificar las conductas de las infancias y adolescencias. En relación a esto, parecería ser que

¹³ Es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, que hoy día ya está en su versión V.

muchas veces se asocian los “problemas atencionales” en relación al “no quedarse quieto”. Esto es, cuando conductas que se “desvían” de “lo esperado” son relacionadas con síntomas que refieren a diferentes trastornos.

Desde el año 50 se introduce esta denominación con los DSM, incidiendo en que se denomine todo de esta manera. (...). Hay muchos niños que sí tienen problemas atencionales y los maestros no lo ven, y, hay niños que no tienen problemas atencionales y los maestros lo designan como con problemas atencionales, porque la sociedad le pone el nombre a las cosas, entonces, socialmente se designa de esta manera. Lo que pasa es que estamos atravesados por la medicalización, además, nuestra educación tiene una lógica bastante embromada a mi modo de ver, que en lugar de pensarse distintos, de ver qué hacer con esos niños, los deriva a la medicina, entonces si el problema es medicinal, el tratamiento también, en esa trampa (Entrevista a psicóloga 2).

Así, se vislumbra como se va medicalizando y patologizando la vida y cómo estos procesos se dirigen a que ocurra una tendencia a querer explicar todo desde la medicina. Entonces, los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes parecerían ser la “solución” hegemónica a los “síntomas”, y que en el afán de moldear y normalizar, los procesos de medicalización serían una forma de control y disciplinamiento.

Otro de los componentes que expresan en el devenir de estos procesos se relaciona con una expansión de la medicina y del acceso a sus avances en nuestro país. Donde a pesar de la falta de recursos que mantiene el sistema de salud, la población uruguaya tiene acceso a ella en su gran mayoría. El punto de quiebre lo encuentran en no “solucionar” los “problemas” en el primer nivel de atención (acciones preventivas); es decir, contemplar qué sucede, realizar seguimientos y/o acompañamientos, llevar a cabo un proceso complejo en conjunto con las/os sujetas/os en cuestión. Sin embargo, pareciera que se saltean los diagnósticos profundos y se circula directamente por un camino más rápido, corto, fácil, que son los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes. Estas/os profesionales entrevistadas/os se preguntan: ¿a qué costo?

En los años 70 empiezan los nuevos paradigmas de la medicina, comienza a dar la gente que se ajustaba y que no se ajustaba, la medicina empieza a tener éxito y a expandirse como sistema. Uruguay es un país que tiene muchos avances, tiene más

allá de sus defectos, una expansión en todo el territorio de alguna rama, eso trae aparejado todo lo que tiene que ver con acciones preventivas, en realidad, muchas situaciones se tendrían que solucionar en el primer nivel de atención, lo que pasa es que acá se saltea todo eso y se pasa a la acción terapéutica. Entonces, donde haya un médico que recibe a niños con esta dificultad, se corre el riesgo de que rápidamente se lo medique, porque bueno “como tiene que funcional le vamos a dar la droga que lo hace funcionar”. Pero la verdad es que hay una carencia de diagnósticos profundos, teniendo en cuenta múltiples factores. (...) Hay una forma de ejercer la medicina que es de solución inmediata. (...). No es que haya un momento en que esto empieza, son discursos que van permeando las prácticas con una fuerte incidencia de las empresas farmacéuticas (Entrevista a psicóloga 3).

Partiendo de lo desarrollado con anterioridad, la medicina como disciplina introduce esta dualidad entre “lo sano” - “lo patológico”, “lo normal” - “lo anormal”. En este sentido, los discursos médicos se interiorizan implícitamente como una forma de “ajustarnos” al “deber ser”. Así, la salud como institución parecería ser al mismo tiempo (que la educación) la encargada de controlar y “normalizar” a la sociedad. Puesto que, un cuerpo sano es productivo, y esto es lo que necesita el sistema, que funcione la farmacéutica y que todas/os estemos en capacidad para producir, moviéndonos a su propio beneficio. En este sentido, sería necesario desnaturalizar estos parámetros normalizadores para poder comprender a las/os sujetas/os en su complejidad.

En relación a lo anteriormente expuesto, examinaré someramente cómo actuaba históricamente el Trabajo Social ante esta temática, a partir de los relatos de las entrevistadas.

En este sentido, los discursos de las profesionales en relación a cómo el Trabajo Social procedía en este campo, reflejan que el origen de la profesión comenzó ligado a los procesos de medicalización, como una disciplina subordinada al saber médico, donde éramos reconocidas como “Visitadoras sociales” y nuestro rol era entendido como “ayudantes”, “asistentes” de la/él médica/o, primando la dimensión asistencialista. Además, enfatizan que en el devenir de estos procesos de medicalización, el Trabajo Social encontró su origen en el proceso de higienismo en el Uruguay. Esto, en contraposición al Trabajo Social actual, donde expresan una profesión que interviene en clave de procesos.

El Trabajo Social es muy asistencialista, antes había otro tipo de asistencialismo que hoy día no lo hay, porque hoy se trabaja en clave de procesos, de generar autonomía,

de poder fortalecer a esa persona para que pueda salir adelante, anteriormente era estar todo el tiempo asistiendo una causa que no permite el aprender de herramientas para que después cuando vos no estés esa persona pueda hacerlo por sí misma (Entrevista a Trabajadora Social 3).

Al rol lo fuimos construyendo, yo cuando inicié mi trabajo en al área de la salud a mi me veían como la “visitadora social”, tenía que pararme en la puerta del consultorio del psiquiatra y cuando ella tenía tiempo para atenderme me escuchaba. (...). Es un área que no está reconocida en la salud desde hace décadas. (...). Yo atendía a la gente en la vereda, en la escalera. (...). Y es un área tan importante como lo son las otras especialidades. (...). La psiquiatra tenía incorporado lo médico, lo clínico y de ahí no salía, ella te veía como tu secretaria (Entrevista a Trabajadora Social 5).

Ha sido una profesión que nace vinculada a estos procesos de medicalización de la vida, subsidiaria también a un saber médico que es un saber experto/legitimado, que éramos como las visitadoras de esos médicos que daban la voz, los ojos. (...). Si hablamos de la medicalización en el origen del Trabajo Social los procesos de medicalización no iban de la mano de los psicofármacos, hablamos de otro tipo de medicalización, de lo que implicaba todo el proceso de civilización y tenía que ver con el proceso de higienismo (Entrevista a Trabajadora Social 6).

En este sentido, la medicina surge como una disciplina que adquiere gran relevancia en la nueva sensibilidad civilizada del Uruguay de 1900. A partir del saber médico se comienzan a imponer pautas disciplinadoras que las/os sujetas/os deberían interiorizar, y ello a través de agentes no médicos. Fue en este contexto en el cual nació el Trabajo Social¹⁴, como una profesión subordinada a la medicina, ligada a los procesos de medicalización, siendo estos impulsados por el modelo higienista establecido a comienzos del siglo XX en nuestro país (Ortega, 2003).

El Servicio Social nace en Uruguay asociado a estrategias disciplinadoras que se construyeron como parte del proceso de medicalización de la sociedad. En este

¹⁴ En ese entonces “Visitadora social”, denominación que antecede al de “Asistente social”.

sentido se puede sostener que el espacio profesional del Servicio Social en el Uruguay estaría genéticamente ligado al área de la salud (Ortega, 2003, p. 14).

Siguiendo los aportes de Ortega (2003), en el marco de este disciplinamiento aparece la figura de la “Visitadora social” cumpliendo el nexo entre las instituciones médicas y las familias. Su rol fue diverso al igual que el espacio donde debía realizar dichas labores (escuela, hogares, fábricas, etc.). Por un lado, asistir a la/el médica/o y lograr generar un ambiente de confianza entre ella/él y las familias, para que éstas sigan sus indicaciones médicas; además, promoviendo pautas de higiene, alimentarias, entre otras, a las familias, para prevenir enfermedades.

La visitadora representa la tendencia más moderna de la medicina preventiva, y es la encargada de la vigilancia de los sanos, la que debe despistar los peligros que a la salud amenazan, para poder evitarlos; la divulgadora de los conceptos higiénicos (Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia citado en Ortega, 2003, p. 48).

En definitiva, es relevante comprender el devenir de nuestro rol para la presente investigación, dado que en los relatos de las profesionales manifiestan que aún en la actualidad es complejo que las instituciones médicas se desprendan de la figura de las “Visitadoras sociales”.

Capítulo 3: “Tomar impulso y llegar más alto”

En este apartado retomaremos el tercer movimiento del método progresivo-regresivo sartreano, el cual alude al segundo movimiento progresivo; esto es, luego de profundizar en la historia de la temática investigada volvemos al presente a través de un “fuga y salto adelante”. Aquí intentaremos “encontrar el movimiento de enriquecimiento totalizador que engendra a cada momento a partir del momento anterior, el impulso que parte de las oscuridades vividas para llegar a la objetivación final, en una palabra, el proyecto” (Sartre, 1963, p. 128).

En la totalización dialéctica entendida por Sartre (1963), nosotras/os como seres humanos nos encontramos condicionadas/os, puesto que somos “producto de nuestros productos”, al mismo tiempo que condicionamos al resto de la humanidad al ser “productores de nuestra historia”. Por lo tanto, al ser libres tenemos la posibilidad de transformarnos a nosotras/os mismas/os y transformar a la sociedad en la cual nos encontramos, porque somos seres de “pura proyección” (Sartre, 1963). En este sentido, el proyecto “es al mismo tiempo fuga y salto adelante, negativa y realización, mantiene y muestra a la realidad superada, negada por el mismo movimiento que la supera; así resulta que el conocimiento es un momento de la praxis” (p. 87). Con la idea de “proyecto” comprendemos que no hay un futuro preestablecido, que la realidad no es universal y abstracta, que no hay cosas únicas y verdaderas, que podemos proyectarnos hacia adelante, hacia un futuro que no sea esperado por categorías que nos encasillan, que podemos ser diferentes a lo que somos hoy y que el mundo se puede transformar. El proyecto humano nos permite negar la realidad existente, escapar de ella (“fuga”) y proyectarnos hacia una nueva realidad (“salto adelante”). Es decir, de pensar algo que todavía no ha pasado, pero que lo proyectamos a fin de superar lo que negamos.

Al superar la realidad presente, la estamos negando, de ahí que es negada por el movimiento que la supera; sin embargo, esta no deja de existir, puesto que nos proyectamos dentro de un “campo de lo posible”. Por lo tanto, “esa superación no es concebible sino como una relación de la existencia con sus posibles” (Sartre, 1963, p. 87). Dado que nos desenvolvemos en la tensión entre la capacidad de elección y las influencias del mundo en el cual vivimos, la “existencia de los posibles” se amplía o constriñe según nuestras decisiones personales (singular), así como por el contexto socio-histórico (colectivo). Esto no quiere decir que no haya posibilidades, por más mínimas que sean, el campo siempre existe y también la posibilidad de constreñir o ampliarlo. En palabras de Sartre (1963): “por muy

reducido que sea (...) existe siempre y no debemos imaginarlo como una zona de indeterminación, sino, por el contrario, como una región fuertemente estructurada que depende de la historia entera y que envuelve a sus propias contradicciones” (p. 87). En suma, es nuestra capacidad activa y transformadora y nuestras posibilidades las que nos permiten superar la realidad que negamos, y proyectarnos hacia nuevas formas de ser y estar.

Continuando con el tercer momento, el cual plantea el autor como “proyecto” (segundo movimiento progresivo), retomaremos otros aportes realizados por Sartre (1973) respecto a nosotros/as como sujetos/as que nos “proyectamos” hacia el porvenir.

En este sentido, la filosofía existencialista de Sartre comprende que nos proyectamos cuando somos conscientes de nuestras posibilidades de tomar decisiones y que éstas van a ir formando nuestra existencia en el mundo. Es la libertad la que permite la realización hacia lo que todavía no pasó y hacia lo que aún no somos; sin embargo, somos al mismo tiempo responsables, de nosotras/os mismas/os y del mundo en general, nuestras elecciones y acciones van a repercutir en las/os demás y en la historia misma, ser libre implica también ser responsable.

El hombre que se compromete y que se da cuenta de que es no sólo el que elige ser, sino también un legislador, que elige al mismo tiempo que a sí mismo a la humanidad entera, no puede escapar al sentimiento de su total y profunda responsabilidad. Ciertamente hay muchos que no están angustiados (...) hay que preguntarse siempre: ¿qué sucedería si todo el mundo hiciera lo mismo? (Sartre, 1973, p. 4).

Esta pregunta que se realiza el autor va en dirección a la responsabilidad que tenemos como seres particulares dentro de un entramado socio-histórico, y en relación a las consecuencias que pueden tener nuestros actos u omisiones sobre el resto de la humanidad. Por ello, es relevante comprender la libertad de elección y nuestra capacidad de realización.

Tomando en consideración las líneas analizadas anteriormente respecto a las posibilidades de “proyección” que tenemos como seres humanos y el movimiento de “fuga y salto adelante”. Además, teniendo en cuenta las relaciones de poder/saber que controlan, inmovilizan y disciplinan nuestros cuerpos y pensamientos, desde las lógicas propias de la biomedicina. Las/os invito a realizar este movimiento de superación hacia un proyecto

transformador que nos permita cuestionarlas, desnaturalizarlas y permitir(nos) crear nuestra propia singularidad y realidad, hacia otras formas de ser y estar.

En las líneas que prosiguen analizaré los discursos de las/os profesionales entrevistadas/os del área de la salud y la educación, en relación a cómo se imaginan a futuro esta situación sobre los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes a las infancias y adolescencias de Uruguay, así como cuáles creen que son las distintas “soluciones” cuando nos enfrentamos a situaciones complejas de niñas/os y adolescentes pensando en el porvenir.

En este sentido, hay profesionales de la educación que pensando la situación a futuro mantienen su posición medicalizadora, y queda en evidencia en sus discursos, a través de los cuales sostienen que se va a continuar medicando a las infancias y adolescencias, comprendiendo este fenómeno como si fuera positivo, favorable y que ayuda a las/os niñas/os y adolescentes en su desarrollo. Además, manifiestan que con el paso del tiempo va a “sorprender” menos la medicación a temprana edad porque será “normalizada”.

Yo pienso que va a seguir, pero que va a dar buenos resultados, porque así como me pasó hace 21 años atrás que ese nene se dormía, ahora como que le están agarrando la vueltita a darle la medicación más justa y exacta. (...). Pienso que con el paso del tiempo lo van a tomar dentro de todo más normal y eso va ayudar, porque además son niños re inteligentes los que tienen esos problemas (Entrevista a Maestra 1).

Para mí se van a seguir viendo un montón de niños con estos trastornos de hiperactividad y que los van a seguir medicando. (...). En mi experiencia vi que ayudaba mucho al niño, no creo que sea algo malo para él, lo ayuda a desarrollarse en la vida, en que sea más independiente (Entrevista a Maestra 4).

Por otra parte, en contraposición a los discursos anteriores, hay referentes institucionales de la educación que mantienen y promueven una posición crítica respecto a la temática. Manifiestan la importancia de trabajar con la/el otra/o en conjunto, y no trabajar para la/el otra/o, como una alternativa a los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes. Con ello, incentivan a reflexionar la existencia de otras estrategias donde no se encuentre únicamente la necesidad de medicar sin criterios.

Gurises y gurisas que vivieron en situación de calle, entonces no toman medicación porque casi ninguno pisó un médico en su vida, se ven avances preciosos sin ningún tipo de medicación, porque lo que hay es un trabajo sistemático de sentarnos juntos, de mirarnos a los ojos, de pensar las estrategias de trabajo, de hablar con la familia, de trabajar en comunidad, de ir a la casa (Entrevista a Maestra 2).

Uno trabaja para que las infancias sean cada vez más felices y libres, sean más autónomas y que puedan disfrutar de la infancia. No quiero niños robot, niños que no puedan discernir y disfrutar, porque para eso está la infancia. (...). No quiero imaginarme un futuro de niños con más cantidad de medicación, trabajo para que no pase (Entrevista a Maestra 3).

Del mismo modo, los discursos de las/os profesionales de la salud demuestran dos posturas que se oponen: por un lado, aquellas/os que reproducen estas lógicas medicalizadoras y patologizadoras; por otro lado, aquellas/os que apuestan por un futuro donde existan menos infancias y adolescencias medicadas y etiquetadas, y que se utilicen los fármacos como una herramienta más, de forma consciente y responsable.

El crecimiento del TDAH puede tener relación también con la sensibilidad de los médicos también de darse cuenta, y los profesores, los maestros, la familia, porque hay mucha más información ahora. (...). La gente está más sensible al tema, o sea, si ven un niño que es hiperactivo, que le cuesta aprender, o sentarse y no termina el plato, lo llevan más temprano, va a depender mucho del contexto social que tenga y el interés de los padres sobre el niño (Entrevista a residente de Psiquiatría 4).

Necesitamos poner mucho más énfasis en la formación y particularmente de los psiquiatras infantiles, y desde la formación enseñar que la psicofarmacología es una herramienta más y que la consulta no se puede reducir a la repetición de medicamentos (Entrevista a Psiquiatra 3).

Por otra parte, la mirada desde la psicología es desde una posición crítica- reflexiva, respecto a que se cuestionan las (sus) formas de abordar estas situaciones. Plantean la falta de trabajar de forma integrada, entre los distintos espacios en los que transitan las infancias y adolescencias. Además, una vigilancia en la formación profesional para que no continúen

produciendo y reproduciendo estos procesos de medicalización y patologización, que terminan por etiquetar y encasillar a niñas/os y adolescentes, quienes a futuro parecieran tener un destino prefijado. A su vez, al imaginar la situación a futuro expresan que no solo va a depender de la formación profesional y de la desnaturalización de estos fenómenos, puesto que, la mercantilización de fármacos crea la “necesidad” de utilizarlos, a beneficio propio.

Yo creo que el futuro tiene que ver con los recursos profesionales, tenemos que afinar mucho la formación de los maestros, de los psicólogos; hay que trabajar mucho por la despatologización en la formación de los profesionales. (...). Todo el sistema educativo tendría que tener una mayor tolerancia a la verdadera integración de las singularidades de cada uno. (...). Mientras sigamos teniendo estos gurises tan marcados por la patología, estamos comprometiendo el futuro, con gente que va a crecer convencida de que tiene un trastorno psiquiátrico. Hay otros que dicen “yo soy TDAH” “yo soy TEA”, les come la identidad, y eso la verdad es una macana, preferible decir "yo soy bailarín" (Entrevista a Psicóloga 3).

Ya en la parte oriental hay muchos fármacos que se están dejando de lado, que se está volviendo más bien a lo antiguo, a la terapia, a los procesos más naturales, yo creo que la salud va a empezar a evolucionar por ahí. Claramente va a ser difícil porque del otro lado tener todo un mercado, que es muy pesado, estamos hablando de un mercado que mueve a millones en el mundo (Entrevista a Psicólogo 1).

A partir de lo reflexionado con los discursos de las/os profesionales entrevistadas/os observamos dos perspectivas al momento de pensar la temática, una medicalizadora y otra crítica-reflexiva. De este modo, hay profesionales que parecieran quedar embretadas/os en las lógicas institucionales y en su rol dentro de la misma, así como en los parámetros de “normalidad” establecidos desde la biomedicina (una manera de “curar” los “dolores” como hegemónica), patologizando aquellos comportamientos que se “desvíen” del “deber ser”. Por otro lado, hay profesionales que se objetivan de estos parámetros que muchas veces naturalizamos, posicionándose desde una perspectiva crítica, cuestionando(se) las formas de abordar las situaciones, y reflexionando sobre estrategias para trabajar con las/os niñas/os y adolescentes, que no sean los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes.

En la presente investigación pretendo problematizar sobre estos fenómenos y apostar por un futuro donde exista una pluriversidad de formas de ser, estar, pensar y sentir de las

infancias y adolescencias. En este sentido, las/os profesionales entrevistadas/os en su mayoría se objetivan respecto a los procesos de medicalización y patologización, así como de la “necesidad” de medicar como respuesta a los “problemas” de las situaciones complejas que atraviesan niñas/os y adolescentes, tomando una postura crítica-reflexiva. Donde se cuestionan las relaciones de poder/saber, las lógicas modernas coloniales y biomédicas (como un saber “verdadero”) que interiorizamos y naturalizamos en el transitar de nuestras vidas (“fuga”). Lo que les permite pensar en otras estrategias y abordajes para trabajar con las infancias y adolescencias, donde se comprendan las complejidades de sus situaciones y se reconozca la pluriversidad de formas de ser y estar en el mundo (“salto adelante”).

En definitiva, con la idea de “proyecto” podemos realizar este movimiento de “fuga y salto adelante” y pensar en estrategias a futuro. Aunque estemos condicionadas/os por lógicas que interiorizamos en el devenir de nuestras vidas, tenemos la posibilidad de transformarnos. Por ello, las/os invito a cuestionar(nos) y problematizar estos fenómenos y el uso abusivo de psicofármacos y/o psicoestimulantes. En virtud de comprendernos como seres de “pura proyección” sería necesario pensar en abordajes que no encasillen en una patología a niñas/os y adolescentes por conductas que se “desvían” del “deber ser”, puesto que estamos todo el tiempo superando situaciones, por ende, no tenemos un futuro preestablecido.

A continuación, retomaré los discursos de las profesionales de Trabajo Social entrevistadas, para analizar cómo consideran que la profesión va a continuar interviniendo a futuro en esta situación sobre los procesos de medicalización y patologización, y sobre los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes a las infancias y adolescencias en nuestro país. Además, para reflexionar cómo se piensa seguir posicionando nuestra disciplina.

En este marco, las profesionales mantienen sus posturas críticas- reflexivas respecto a la temática, y además, plantean diversos puntos. En base a estos últimos, no imaginan un horizonte en donde la situación sea optimista, plantean estrategias y posibles cambios.

Por una parte, sostienen que no ven una transformación inmediata sobre la situación de las infancias y adolescencias medicadas con psicofármacos y/o psicoestimulantes, porque las exigencias del sistema capitalista son cada vez más contundentes, al igual que las políticas que dan respuesta a estas situaciones, como un punto primordial. Sumado a ello, consideran que deberíamos replantearnos las lógicas educativas y del mundo adulto, para dar respuesta a esta temática, puesto que parecieran producir y reproducir muchas veces estos procesos de medicalización y patologización, culpabilizando a las infancias y adolescencias.

Por otro lado, plantean que la profesión de Trabajo Social continúa subordinada al saber médico, y que dentro de la profesión hay una fragmentación de temáticas, que nos

podría llevar a perder la mirada integral de las/os sujetas/os. Sin embargo, en sus discursos proponen que cada profesional es libre de posicionarse ante las adversidades que presenta el sistema, las instituciones y la vida misma. Por tanto, encuentran posibilidades de cambios sobre la situación si se generarían equipos interdisciplinarios, en los cuales se pongan en debate y problematicen diversos temas, para reconocer en primer lugar, estos fenómenos y pensar estrategias que den respuestas desde la complejidad de las situaciones.

Yo planteo a los colegas, la necesidad de establecer una mesa para pensar todos estos temas, donde estén todas las instituciones, y pensar otras estrategias, donde se encuentre un representante de cada institución para pensar situaciones complejas. (...). Esta necesidad es porque muchas veces los informes sociales no son acompañados de un informe médico. Entonces, la visión para el juez cambia cuando va la firma de un médico, es lamentable, pero es así. (...). Ha costado ganarse el lugar, por ejemplo, en la puerta de emergencia la parte social no tenemos guardia y situaciones hay todos los días, hay para las especialidades de pediatría, de psiquiatría, pero lo social no es tomado en cuenta, bueno y ahí es de cada colega y de nuestro rol hacer que lo reconozcan (Entrevista a trabajadora social 5).

No tengo una mirada optimista, no hay un abordaje real del tema, las brechas de desigualdad se acentúan, así como las exigencias de esta sociedad neoliberal, capitalista están cada vez más fuertes. Las políticas son de corte neoliberal. Entiendo que implicaría un abordaje enorme, repensar el sistema educativo, atender a los adultos que están criando cansados a los niños, repensar desde una complejidad que no veo en agenda. Las urgencias mandan y comandan y es muy difícil darnos los tiempos nosotros mismos para pensar y reflexionar. Además, desde el Trabajo Social hay miradas también bastante fragmentadas, y hasta que no pensamos desde la interseccionalidad. (...). No podemos pensar respuestas para niñas/os si no pensamos también en los adultos, no podemos pensar que las/os niñas/os sean felices en el sistema educativo, si no cambiamos el sistema educativo. La mirada optimista está en las nuevas generaciones, cuando uno ve la cantidad de Monografías que están pensando y contribuyendo a la temática, después lo que tenes que hacer es tener esa vigilancia permanente (Entrevista a trabajadora social 6).

En contraposición, se presentan ambigüedades en los discursos, ya que parecerían dejar al descubierto una mirada medicalizadora y patologizadora. Sostienen que se va a continuar medicando a las infancias y adolescencias a futuro, porque estas presentan “cada vez más patologías”, en este sentido, la medicación sería “la mejor opción” para el bienestar de esa/e niñas/o o adolescentes.

Va a ser cada vez peor, y que cada vez más va a haber situaciones de dependencia de los fármacos, no solo en los niños sino también en los adolescentes. Se presentan cada vez más enfermedades y dificultades a las personas que generan que los niños tengan que ser dependientes de un medicamento para poder generar una calidad de vida mejor. (...) va a seguir así o peor (Entrevista a trabajadora social 4).

Entonces, ¿hay más enfermedades y dificultades en las infancias y adolescencias? o ¿hay más categorías patológicas para clasificar ciertos comportamientos?

Partiendo de los discursos y analizando cómo se piensa seguir posicionando la disciplina, pareciera que tienen una posición crítica respecto a la temática. No obstante, en sus relatos presentan contradicciones al momento de considerar los actos de medicar con psicofármacos, como una “solución” a los “problemas” de las infancias y adolescencias.

En ese movimiento de superación hacia un futuro que aún no es, comprendemos a las/os sujetas/os como seres de “pura proyección”, en donde tenemos las posibilidades de transformarnos. Por ello, sería necesario hacer el ejercicio constante para superarnos (aquello que las entrevistadas llaman “vigilancia constante”) y no caer en estas ambigüedades que se nos presentan cotidianamente. En este sentido, las profesionales entrevistadas toman una postura crítica sobre estos fenómenos, se objetivan de las lógicas modernas coloniales y biomédicas, y se cuestionan su rol dentro de las instituciones, así como los recursos disponibles al momento de enfrentar estas situaciones (“fuga”), lo que les posibilita reflexionar sobre diversas estrategias para pensar y abordar las situaciones complejas de las infancias y adolescencias, como alternativas a los actos de medicar (“salto adelante”).

Por tanto, sería necesario (re)pensarnos el lugar desde el cuál nos posicionamos como profesionales ante esta temática, y además preguntar(nos) ¿Qué pasa con las adolescencias de hoy siendo las infancias medicadas del ayer? ¿Qué sucederá con las infancias medicadas? ¿Qué consecuencias dejan los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes a las infancias y adolescencias de nuestro país?

Reflexiones Finales: “Ayer no es hoy, que hoy es hoy, y que no soy actor de lo que fui”

Este apartado alude al cierre de mi Monografía Final de Grado, donde desplegaré mis reflexiones finales sobre la investigación. Sin intención de generar una conclusión final como si hubiera verdades únicas, absolutas y universales, sino como un aporte más a la temática, donde las/os invito a ustedes a continuar reflexionando y problematizando estos procesos.

En este marco, el método progresivo-regresivo sartreano nos ayuda a comprender que el análisis sobre los procesos de medicalización y patologización no debe ser cosificado; esto es, no debemos convertir categorías abstractas en etiquetas concretas que cargan a las/os sujetas/os como si llegáramos al mundo a ser algo estático, al contrario, dado que nuestras existencias son complejas al igual que la realidad, y existe siempre un “campo de lo posible” y la potencialidad de ampliarlo, somos “proyecto” y podemos ser otra cosa que aún no somos.

Si bien somos “producto de nuestros productos”, también somos productores de nuestra historia y transformadores de la sociedad, ya que podemos hacer algo con lo que han hecho de nosotras/os. Somos seres de “pura proyección” que vamos superando situaciones a lo largo de nuestras vidas, por ende superamos las vivencias de las infancias.

Así, las infancias etiquetadas podrían entonces ser otra cosa que aún no son. En este sentido, nosotras/os también tenemos la posibilidad de transformarnos y transformar la sociedad en la cual estamos insertas/os. Podemos hacer el ejercicio (desde la razón dialéctica) de reconocer estos fenómenos y el uso abusivo de los psicofármacos y/o psicoestimulantes en las infancias y adolescencias, para desnaturalizar los actos de medicar incluso a edades tan tempranas (“fuga”), para pensar estrategias y abordajes que no continúen produciendo y reproduciendo estos procesos de medicalización y patologización (“salto adelante”).

En este análisis son invitadas/os a cuestionar(se) estos procesos que encasillan a las infancias y adolescencias, que les marca un destino, en el cual la sociedad espera que se comporten como la etiqueta lo indica. Incluso, las/os propias/os sujetas/os involucradas/os en la temática creen que deberían comportarse de tal forma. Sin embargo, desde el existencialismo sartreano, “el cobarde se hace cobarde, el héroe se hace héroe; hay siempre para el cobarde una posibilidad de no ser más cobarde y para el héroe de dejar de ser héroe” (Sartre, 1973, p. 9). Entonces, no se es TDAH, se hace TDAH (por la razón que sea), existe siempre la posibilidad de transformarnos, por tanto, de dejar de hacerse TDAH. Siguiendo los aportes de Sartre (1973), los comportamientos y conductas de las/os sujetas/os no están

predeterminados por el destino, no hay una esencia predefinida, sino que, somos libres de crear nuestra existencia y somos al mismo tiempo responsables de ella.

Por otra parte, a partir de lo analizado con las/os profesionales entrevistadas/os del área de la salud y la educación, parecería constatar el reconocimiento de estos procesos de medicalización y patologización, y el aumento de niñas/os y adolescentes medicada/os con psicofármacos y/o psicoestimulantes en nuestro país, así como la preocupación por el uso abusivo de los mismos. Si bien hay distintas perspectivas al momento de pensar la temática, sería necesario cuestionar(nos) las lógicas del sistema capitalista y de las instituciones medulares para la reproducción de los procesos de sociabilidad (así como nuestro rol dentro de ellas). Al igual que los parámetros de normalización y biomédicos, que interiorizamos muchas veces de forma acrítica. Y así, apostar por un futuro donde exista una pluriversidad de formas de ser y estar de las infancias y adolescencias. Para ello, sería necesario pensar otras estrategias, como alternativas a los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes.

En este sentido, la institución educativa parecería continuar siendo un dispositivo pedagógico tradicional, donde se utiliza una forma de aprendizaje como si todas/os las/os niñas/os fueran iguales y aprendieran del mismo modo. De la misma manera que la educación, la medicina parecería ser una institución orientada a disciplinar a las/os sujetas/os, a partir de abordar las situaciones de las infancias y adolescencias únicamente desde la biomedicina.

En cuanto a lo analizado con las profesionales de Trabajo Social, estas se posicionan desde una perspectiva crítica- reflexiva respecto a la temática. Donde se objetivan de las lógicas disciplinadoras y biomédicas, y problematizan su rol ante esta temática, pensando en otras estrategias para abordar las situaciones de las infancias y adolescencias en su complejidad. Además, comprendiendo que estamos insertas/os en un contexto socio-histórico, y que nuestras existencias están transversalizadas por parámetros disciplinarios y normalizadores, por lógicas biomédicas y por líneas demarcatorias entre lo “normal” y lo “anormal”, sería necesario una “vigilancia constante” de nuestras prácticas profesionales, para no reproducir acríticamente estas lógicas que interiorizamos en el transitar de nuestras vidas.

Por otro lado, Uruguay es un país históricamente medicalizado y medicalizador. Lo que hay, es un efecto de la colonialidad moderna, una manera de “curar” dolores que se impone hegemónicamente, en donde las únicas “soluciones” parecerían ser a partir de los actos de medicar.

En este aspecto, los procesos de medicalización y patologización parecieran surgir como una forma de control sobre nuestros cuerpos, donde implica tomarlos como un objeto propio de la medicina, en el cual se etiquetan conductas que siempre existieron, pero que son consideradas como “desviadas” de las normas y quedan reducidas a una patología. Así también, los actos de medicar con psicofármacos y/o psicoestimulantes parecerían ser una forma de disciplinamiento que tienen estos fenómenos sobre las infancias y adolescencias. Más allá de que hay situaciones en las que la medicación podría mejorar la calidad de vida de niñas/os y adolescentes, sería necesario reflexionar y continuar problematizando sobre estos procesos que muchas veces naturalizamos.

Para continuar pensando... ¿Por qué encasillar a las infancias y adolescencias en categorías patológicas? ¿Por qué individualizar problemas que son sociales? ¿Por qué culpabilizar y etiquetar? ¿Por qué cargar a las infancias y adolescencias a un destino prefijado? ¿Qué infancias queremos? ¿Cómo revertir esta situación?

Referencias bibliográficas

- Brancciarri, E. (2022). *No hay dolor*. [Este Fuerte Viento Que Sopla]. Santiago de Chile: Bizarro Records.
- Barrán, J. P. (2011). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. La cultura bárbara (1800-1860). El disciplinamiento (1860-1920)*. Montevideo: Ediciones Banda Oriental.
- De Martino, M. (2020). Sobre el método progresivo- regresivo sartreano: una perspectiva para el trabajo social. *Revista Katálysis*, 23(3), 590-600.
<https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n3p590>
- Divididos. (2000). *Spaghetti del rock*. [Narigón del siglo]. Londres: Abbey Road Studios.
- Donzelot, J. (2008). *La policía de las familias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Duffau, N. (2013). *El tratamiento de la “locura” en la obra de José Pedro Barrán a través del análisis de Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Buenos Aires: Culturas psi.
https://www.academia.edu/22334410/El_tratamiento_de_la_locura_en_la_obra_de_Jos%C3%A9_Pedro_Barr%C3%A1n_a_trav%C3%A9s_del_an%C3%A1lisis_de_Medicina_y_sociedad_en_el_Uruguay_del_Novecientos
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1978). Historia de la medicalización. En OPS, *Medicina e historia* (pp. 36-59). Washington D.C., OMS.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39029/10077.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
<https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina39453.pdf>
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. La plata: Altamira.

- Heredia, V. (1984). *Sobreviviendo*. [Solo quiero la vida]. Buenos Aires: Phillips.
- Míguez, M. N. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos.
- Míguez, M. N., Sánchez, L. y Cristóforo, A. (2019). *Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias*.
https://www.researchgate.net/publication/343426466_Medicalizacion_de_las_infancias_en_Uruguay
- Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de salud*.
<https://www.gub.uy/sites/gubuy/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental%20%281%29.pdf>
- Normopresín. (2023). *Prospecto*. Montevideo: Dispert.
- Ortega, E. (2003). *El servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Montevideo: FCS.
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/7647>
- Plá, A., García, A., González, H., Ferrari, C., Olmedo, M., Rodríguez, J., Castellano, L., Demassi, P., Furtado, F., Couture, E. (2017). *Caracterización del consumo de Metilfenidato en Uruguay*.
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/2014-2016%20-%20Informe%20%20Metilfenidato%20-%20accesible_0_0.pdf
- Pastorutti, S. (2000). *Amutuy Soledad*. [Propiedad privada]. Buenos Aires: Sony Music.
- Risperidona. (2023). *Prospecto*. Montevideo: Roemmers.
- Sartre, J. P. (1963). *Crítica de la razón dialéctica*. Buenos Aires: Losada.
https://proletarios.org/books/Sartre-Critica_de_la_razon_dialectica_I.pdf

Sartre, J. P. (1973). *El existencialismo es un humanismo*. Buenos Aires: Sur.

Scribano, A. (2008). *El proceso de investigación social cualitativo*. Buenos Aires: Prometeo.

<https://books.google.com.co/books?id=YR0tjqk8my4C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz*. Buenos Aires:

Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

<https://www.dgeip.edu.uy/documentos/2021/privada/materiales/EnInfanciaDiagnosticosEscribenLapiz.pdf>

Valcote. (2023). *Prospecto*. Montevideo: Abbott.