



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



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

**Rol del trabajador social en los procesos de
medicalización y patologización de las infancias de la
ciudad de Pando, Canelones**

Lorena Paola Fabbrini Poo
Tutora: Maestranda Ma. Andrea Medina

2025

Agradecimientos:

A mis padres, Oscar y Nahir, agradezco con todo mi Ser porque sin lugar a dudas este logro jamás hubiera sido posible sin su apoyo y ayuda constantes. GRACIAS porque siempre estuvieron presentes para darme el ánimo que necesitaba cuando creía estar vencida, porque con su ejemplo y amor me motivaron a continuar y siempre creyeron en mí. Este logro también es suyo.

A mi pequeña hija Vanina, por enseñarme a crecer como mamá y como persona, por ser mi gran maestra y por el tiempo que de alguna manera le quité en sus primeros años de vida porque tuve que repartirlo entre su crianza y la dedicación a la tesis.

A mi hermano Franco, por darme aliento y estar pendiente de mí.

A mis amigas, por estar siempre dándome ánimo y preguntando cómo voy, por los momentos en los que me ausenté y no pude estar completamente disponible, por alegrarse con mis avances y motivarme cuando más lo necesitaba.

A mi tutora Andrea, por compartir conmigo sus conocimientos y por acompañarme en este arduo camino siempre comprometida con mi proceso, aun cuando atravesaba momentos personales desafiantes.

A mi lugar actual de trabajo, Aldeas Infantiles, a mi coordinadora Cindy y mis compañeros por siempre alentarme, escucharme, apoyarme y permitirme dedicar el tiempo necesario a esta investigación.

“No puede haber una revelación más intensa del alma de una sociedad que la forma en la que trata a sus niños”

Nelson Mandela

Índice

Introducción.....	1
Capítulo 1. Medicalización y patologización de las infancias en la modernidad: disciplinamiento y vínculos con el Trabajo Social.....	8
Capítulo 2. Procesos medicalizadores en Uruguay y su relación con el origen y devenir del Trabajo Social en nuestro país.....	22
Capítulo 3. Estrategias de intervención desde el Trabajo Social en centros de salud de Pando	37
Capítulo 4. Reflexiones finales.....	64
Referencias bibliográficas.....	68

Introducción

El trabajo que se presenta a continuación se encuadra en la Monografía Final de Grado correspondiente a la Licenciatura en Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de la República, Plan 2009.

El tema seleccionado trata acerca del rol del trabajador social en los procesos de medicalización y patologización de las infancias de la ciudad de Pando, departamento de Canelones. La elección de este tema surge a partir de la inquietud de la estudiante desde su propia experiencia laboral en un programa del Ministerio de Desarrollo Social, Servicio de Orientación, Consulta y Articulación Territorial (SOCAT)¹ en la ciudad de Pando, a través del cual tenía contacto directo con personas que realizaban consultas por diversos temas (documentación, vivienda, trabajo, salud) o que podían ser derivadas para que se las orientara y/o acompañara para un pleno ejercicio de sus derechos.

Allí nace el interés por este tema dado que se percibió a través de las diversas intervenciones en la atención a las personas y en coordinaciones con organizaciones educativas y de la salud, la tendencia cada vez mayor a medicar niños², y a nivel más general, la tendencia cada vez mayor a tratar problemáticas que éstos manifiestan, desde un punto de vista médico. Por ello, se pretende estudiar los procesos de medicalización y patologización de las infancias en Pando y su correlato con la intervención del trabajador social, cuya disciplina podría adquirir posibilidades de proponer y promover otras formas que trasciendan los instituidos hegemónicos sobre cómo abordar diversas situaciones que presentan las infancias.

¹ Cabe aclarar que dicho servicio dejó de funcionar en noviembre de 2021.

² Este documento utiliza el masculino genérico, evitando así la sobrecarga gramatical y la recarga en la lectura producto del uso reiterado de “o/a”, “as/os”, “los/las” para finalizar palabras que puedan referir al género femenino o masculino, sin que por ello deba interpretarse que se hace un uso sexista del lenguaje.

Por otra parte, se considera importante la realización de esta investigación en Pando ya que a partir de la búsqueda que realiza la estudiante de antecedentes sobre el tema en dicha ciudad, se evidencia la inexistencia de estudios en la zona que den cuenta de cuál es el rol del trabajador social en los procesos de medicalización y patologización en las infancias de la ciudad seleccionada; por lo que es fundamental para la estudiante poder generar información respecto a sus pareceres, posturas, puntos de vista y las singularidades que adquiere la profesión en el marco de dichos procesos.

La presente investigación toma a la medicalización, patologización y a las infancias como mediaciones, entendiéndolas como

aquellas determinaciones que en un momento dado adquieren tal relevancia que transversalizan el objeto en proceso de delimitación. Son los constructos medulares en un momento dado (ya sean en la lógica de investigación como en la de exposición), que dan cuenta de elecciones singulares del investigador según el proceso de delimitación del objeto. (Miguez, 2014, p.10)

Es importante en este punto mencionar que a partir de la noción denominada por Amador (2012) de condición infantil contemporánea, se entiende el pasaje de la infancia en singular (noción moderna), a las infancias, como la multiplicidad de mundos de vida de niños y niñas hoy en día. El tomar a las infancias como mediación implica abarcar esta pluralidad de realidades que contextualizan su situación en la actualidad.

En cuanto al Trabajo Social, esta investigación no puede omitir el hecho de que su origen está vinculado a la profesión médica, subordinado técnicamente al

campo médico-sanitario³. Es sabido que entre 1940 y 1960 se dieron en nuestro país una serie de transformaciones institucionales, producto de un proceso medicalizador, que dieron lugar al nacimiento del Servicio Social como profesión, asociado a estrategias disciplinadoras que enmarcaban dicho proceso.

La medicalización y patologización de las infancias han sido objeto en los últimos años de creciente preocupación y análisis. Tal es así que:

El fenómeno de la medicalización y patologización de las infancias y adolescencias en Uruguay ha merecido en los años 2005, 2010 y 2015 diversas observaciones y recomendaciones de organismos internacionales. Estas se han centrado, fundamentalmente, en el aumento de diagnósticos de Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (tdah) y la indicación del metilfenidato (Ritalina según su nombre comercial más conocido) para su tratamiento. (Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo [INDDHH y Defensoría del Pueblo], 2019, p. 9)

Como antecedentes de este trabajo, se toma la tesis doctoral de la investigadora María Noel Míguez, “La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya”, el informe final del grupo de trabajo “Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias” generado por la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, y el libro “Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar”.

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

El periodo de tiempo en el cual se desarrolló la presente investigación va desde fines del año 2023 hasta la actualidad. En lo que respecta al lugar donde se llevó a cabo la investigación, como se estableció con anterioridad, se seleccionó la ciudad de Pando.

La población objetivo son los trabajadores y trabajadoras sociales pertenecientes a los centros de salud elegidos, quienes se entiende que tienen un acervo en la temática por su propia labor cotidiana.

Por todo lo anteriormente expuesto, se plantea como pregunta problema, qué rol despliega el trabajador social en los procesos de medicalización y patologización en las infancias de la ciudad de Pando. Se propone a partir de esta interrogante, algunas preguntas guías que orientan el enfoque de este trabajo: ¿Es posible desde el Trabajo Social promover alternativas a la medicalización y contribuir en la no patologización de las infancias? La intervención desde el Trabajo Social con las familias a partir de una perspectiva de fortalecimiento de sus capacidades, ¿podría favorecer a una disminución de la medicalización y patologización en las infancias de Pando? ¿El trabajador social refuerza o desestimula con su intervención dichos procesos?

Como objetivo general del trabajo se propone analizar el rol de los trabajadores sociales que se desempeñan en centros de salud públicos y privados de la ciudad de Pando, en relación a los procesos de medicalización y patologización de las infancias.

Respecto a los objetivos específicos, se plantea:

- 1) Analizar los principales aspectos teóricos en torno a los procesos de medicalización y patologización de las infancias en la modernidad, relacionándolos con el desarrollo del Trabajo Social en el marco del disciplinamiento.

2) Conocer algunas de las principales características que adquiere el proceso de medicalización de las infancias en nuestro país, vinculándolas con el origen, procesualidad y devenir del Trabajo Social en Uruguay.

3) Analizar cuáles son las estrategias de intervención que despliegan los trabajadores sociales en los centros de salud públicos y privados en la ciudad de Pando, para abordar los procesos de medicalización y patologización de las infancias.

En relación a la metodología de trabajo se propone una investigación exploratoria de corte cualitativo mediante la cual se indague sobre las características de los procesos de medicalización y patologización en las infancias de la ciudad de Pando, y acerca del rol del trabajador social de cara a dichos fenómenos. Es posible entender este tipo de investigación a través de las características que mencionan Batthyány y Cabrera en el libro *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales* (2011), en donde destacan de dicho enfoque: el contexto natural (el investigador recoge la información en el mismo lugar donde los participantes viven los fenómenos), el investigador como protagonista en la recolección de datos, las fuentes múltiples y la importancia de las significaciones que el fenómeno tiene para los participantes, entre otros. Más allá del corte cualitativo de la investigación, se van a tomar datos cuantitativos para profundizar algunos aspectos de la información que surge.

Se establece el trabajo con fuentes primarias conformadas por entrevistas a tres trabajadoras sociales que se desempeñan en tres centros de salud a nivel público, y a dos trabajadoras sociales que lo hacen en un centro de salud privado; todos ubicados en la ciudad de Pando. Asimismo, se utilizan fuentes secundarias (libros, artículos y material audiovisual).

En cuanto a la elección de los centros de salud, tiene que ver con la posibilidad de acceder a la visión de los trabajadores sociales que se encuentran inmersos en su quehacer cotidiano en esta temática y el número de entrevistados corresponde a la totalidad de trabajadores sociales que se desempeñan en el área de la salud en Pando.⁴

Se propone como técnica de relevamiento de información la entrevista semi estructurada, la cual se basa en “una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (Hernández et al., 2014, p. 403).

De los contenidos y mediaciones planteadas, surgen interrogantes que guían el proceso de investigación en este trabajo en relación a qué papel juega el trabajador social en los procesos de medicalización y patologización de las infancias en Pando; lo cual se analiza a partir de los discursos de las entrevistadas.

El análisis de los discursos es una práctica de investigación “cuyo objetivo no es solamente conocer los mecanismos lingüísticos utilizados por el emisor, sino también el contexto social en que se inscribe el discurso y sus mecanismos de reproducción” (Karam, 2005, p. 5).

En tal sentido, se analiza el proceso a partir del cual se conjugan diversos fenómenos que derivan en tal o cual discurso, cuál es el contexto que genera determinadas condiciones sociales e históricas para la fabricación del mismo, considerando la característica de práctica social del discurso (Riba Campos, 2017).

El enfoque teórico-metodológico del presente trabajo se basa en el método histórico-crítico, en el marco del método dialéctico⁵ planteado por Karel Kosik (1967).

⁴ Cabe aclarar que en Pando existen cinco centros de salud privados pero sólo uno de ellos cuenta con trabajador social en sus equipos.

⁵ “La dialéctica no es el método de la reducción, sino el método de la reproducción espiritual e intelectual de la realidad, el método del desarrollo, o explicación, de los fenómenos sociales partiendo de la actividad práctica objetiva del hombre histórico” (Kosik, 1967, p. 37).

El autor plantea que la realidad no es una suma de hechos aislados sino una estructura compleja de partes interconectadas. Desde esta perspectiva, la esencia de las cosas no se muestra inmediatamente, sino que la realidad muestra lo superficial, lo fenoménico. La forma de ir más allá de lo que se aprecia a simple vista y llegar a una aproximación de la esencia de las cosas es a través de lo que el autor llama “rodeos”: “el hombre da un rodeo y se esfuerza en la búsqueda de la verdad sólo porque presupone de alguna manera su existencia, y posee una conciencia firme de la existencia de la ‘cosa misma’” (Kosik, 1967, p. 18).

En ese sentido, el autor propone entender la historia como una unidad de teoría y praxis y comprender que la realidad está en constante transformación. La misma se presenta en el mundo de lo pseudoconcreto, y requiere superar las contradicciones que en él se presentan para acceder a las estructuras esenciales.

En la presente investigación, se intentará superar el fenómeno en sí que constituye la medicalización y patologización de las infancias en la ciudad de Pando, para trascender lo aparente e intentar una aproximación a la esencia del fenómeno.

La lógica de exposición que se utilizará en la investigación es la propuesta por René Lourau (2001), la cual consta de tres momentos: universal, particular y singular.⁶

En el primer capítulo (universal) se desarrollan los conceptos de medicalización y patologización y se los vincula con los procesos de disciplinamiento en las sociedades modernas, haciendo alusión a la relación con las infancias. Se analiza la construcción del par normal/patológico y los aspectos que hacen a la constitución

⁶ El universal: “es la unidad positiva del concepto. Dentro de ese momento el concepto es plenamente verdadero, vale decir, verdadero de manera abstracta y general.” El particular: “expresa la negación del momento precedente. (...) Toda verdad deja de serlo plenamente tan pronto como se encarna, se aplica en condiciones particulares, circunstanciales y determinadas”. El singular: “es el momento de la unidad negativa, resultante de la acción de la negatividad sobre la unidad positiva de la norma universal” (Lourau, 2001, p. 10).

del Trabajo Social como estrategia de control social. Asimismo, se desarrollan las características de las actuales condiciones de subjetivación de las infancias.

En el segundo capítulo (particular) se presentan las principales características de la medicalización y patologización en nuestro país, sus orígenes y vínculo con la génesis y devenir del Trabajo Social en Uruguay. Asimismo, se exponen estudios y datos generados en nuestro país en torno a la temática.

Posteriormente, se desarrolla un tercer capítulo (singular) en el cual se presentan las posturas de las trabajadoras sociales de los centros de salud públicos y privados de la ciudad de Pando en torno a la temática y se analizan las estrategias de intervención que utilizan.

Finalmente, se expone un cuarto capítulo que refiere a las reflexiones finales en torno al desarrollo realizado.

Como cierre de este apartado, es oportuno aclarar que la presente investigación no intenta brindar respuestas acabadas respecto al tema, sino dar los rodeos teóricos pertinentes para abordar las mediaciones seleccionadas y la complejidad de esos procesos en su devenir y en la actualidad en la ciudad de Pando.

1. Medicalización y patologización de las infancias en la modernidad: disciplinamiento y vínculos con el Trabajo Social.

Para introducir al lector en la temática propuesta, es preciso comenzar explicando qué se entiende por medicalización y patologización. El primer término alude a

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

Es decir que se trata de un fenómeno por medio del cual asuntos no médicos pasan a ser tratados como objetos pasibles de ser comprendidos por el saber médico.

También es posible entender la medicalización como

la ampliación del espectro de problemas sociales que son codificados en términos de salud y enfermedad. Se destaca aquí el carácter de norma invasora que los mismos representan para la vida cotidiana de los individuos, a medida que la mayor parte de las facetas de la misma (alimentación, ocio, trabajo, etc.) pasan a ser juzgadas desde ese ángulo. (Crawford, citado en Mitjavila, 1998, p. 7)

Por otro lado, como un fenómeno asociado a la medicalización, pero de más reciente manifestación, la patologización refiere a que se signifiquen “como enfermedades o expresión de patologías, fenómenos o conductas que son sólo expresión de fenómenos familiares, sociales, económicos o culturales” (INDDHH y Defensoría del Pueblo, 2019, p. 19). Según lo expresado por Alicia Muniz (doctora en Psicología) en UNIRadio (2019), cuando se habla de patologización de la infancia se alude a estas prácticas por las que niños, niñas y adolescentes cuyas conductas salen de lo esperado, son ubicados del lado de la enfermedad. Se trata de procesos que colocan a las infancias como problemáticas, sin considerar los factores familiares, sociales, económicos y culturales que contextualizan su situación; siguiendo una necesidad de codificar en términos de una categoría diagnóstica las conductas que manifiestan.

Para contextualizar estos procesos, es preciso iniciar ubicando a la medicalización a finales del siglo XVIII. La misma emerge como un fenómeno clave en las sociedades modernas, vinculada a la transformación de la medicina en una medicina social orientada a la prevención de enfermedades y el bienestar poblacional.

Este proceso se enmarca en un contexto de disciplinamiento social, donde la medicina moderna se convierte en un mecanismo para alcanzar la hegemonía en el proceso de modernización de las sociedades occidentales (Miguez, 2011). Según Foucault (1996): “el cuerpo es una realidad biopolítica, la medicina es una estrategia biopolítica” (p. 87), lo que refleja su rol en la categorización de los individuos como normales o patológicos.

Con la consolidación del estado burgués, desde fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, tiene lugar la que Foucault denominó sociedad disciplinaria. Este autor analizó cómo se ejercía el poder en dicha sociedad a través de las instituciones modernas mediante técnicas y prácticas disciplinarias que se aplicaban a la población en las escuelas, fábricas, hospitales y prisiones. “Las disciplinas han llegado a ser en el transcurso de los siglos XVII y XVIII unas fórmulas generales de dominación” (Foucault, 2002, p. 126).

La consolidación de la medicina moderna, científica, sirvió a la sociedad disciplinaria a los efectos de apoyar en la categorización y clasificación de los individuos en normales o patológicos y en el control de los mismos.

Lo que se buscaba era producir individuos homogéneos en el contexto de una sociedad industrial en desarrollo que requería habitantes disciplinados y funcionales al orden socio-económico imperante, el capitalismo.

El cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone. Una “anatomía política”, que es igualmente una “mecánica del poder”, está naciendo; define cómo se puede hacer presa en el cuerpo de los demás, no simplemente para que ellos hagan lo que se desea, sino para que operen como se quiere, con las técnicas, según la rapidez y la

eficacia que se determina. La disciplina fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos “dóciles”. (Foucault, 2002, p. 126)

Foucault describe esta “anatomía política” que se inmiscuye en los espacios cotidianos fabricando “cuerpos dóciles” sometidos y funcionales al orden capitalista.

La normalización, como parte de este disciplinamiento, establece lo que es socialmente aceptado, permitiendo el control de los individuos (Foucault, 2000).

Foucault (2000) alude a la idea de normalización mencionada en el texto de Canguilhem *Le Normal et le pathologique*, y señala que existe

un proceso general de normalización social, política y técnica que se desarrolla en el siglo XVIII y que tiene efectos en el ámbito de la educación, con las escuelas normales; de la medicina, con la organización hospitalaria; y también en el de la producción industrial. [Destaca asimismo que], la norma (...) es un elemento a partir del cual puede fundarse y legitimarse cierto ejercicio del poder. (p. 56)

Las instituciones disciplinarias modernas son las encargadas de controlar y corregir en caso de ser necesario, las conductas que se alejen de los parámetros deseables (Díaz, 2013). Con tal fin, se generan una serie de mecanismos de control social que detectan las conductas “anormales”, es decir, las que resultan alejadas de lo deseable y por lo tanto representan un riesgo para el orden social. De esta manera, lo patológico se vuelve una construcción social que se utiliza para preservar el orden y ejercer control sobre las personas. Se aprecia que los conceptos normal y patológico son interdependientes y no son fijos sino que varían en función de cada sociedad y momento histórico. Normalizar implica “proponer modelos controlados de conducta frente a la enfermedad, pero también respecto a la salud (...) supone la inducción a

practicar y concebir las relaciones sociales con el propio cuerpo a partir de fundamentos médicos” (Menéndez, 1984, p. 164).

Al entender que el proceso de normalización es parte de una estrategia disciplinadora y que pretende delimitar a los individuos, categorizarlos, clasificarlos para un óptimo funcionamiento del orden socio-económico, es posible plantear las ideas de Diaz (2013) en cuanto a que “el surgimiento en el siglo XIX del par normal/patológico debe entenderse entonces, como el resultado de las intervenciones producidas sobre la población en aras de convertirla en un todo sano y productivo” (p. 9).

En tanto las normas varían en tiempo y lugar, lo que se considera como enfermedad adquiere un carácter relativo dado que lo normal y lo patológico no responden a propiedades de las cosas en sí.

En esa línea, Untoiglich (2011) afirma que

cada época histórica construye sus propias clasificaciones acerca de lo sano y lo enfermo, de lo normal y lo patológico y oferta un menú limitado de categorías nosológicas en las cuales incluirse. Por lo tanto, ninguna tipificación es “natural” y los llamados “observables” no son categorizaciones objetivas de la realidad. (p. 113)

Lo normal y lo patológico pasan a delimitar condiciones que en otras épocas se podían apreciar bajo la esfera de la religión o del Derecho, pero que en la Modernidad se retraducen en términos médicos. Como afirma Foucault (1996) la conciencia moderna le asigna a la distinción entre lo normal y lo patológico la capacidad de delimitar lo irregular, lo ilícito y lo criminal.

En este período, “la Infancia (...) comienza a ser reconocida como construcción social en el marco de la razón moderna y los procesos mercantilizadores propios del

sistema capitalista de fines del siglo XVIII” (Miguez y Sánchez, 2015, p. 35). Los niños dejan de ser vistos como “adultos en miniatura” y pasan a ser considerados sujetos en formación, susceptibles de disciplinamiento.

Al respecto Barrán (1992) señala:

el niño fue objeto de una particular atención por su naturaleza “bárbara” primero, y luego porque si se lograba inculcar en él el control del cuerpo, se obtendría un adulto disciplinado y respetuoso (...). Otra vez médico y maestro, cura y policía fueron los vigilantes de la niñez y adolescencia (p. 213).

Médicos, maestros y religiosos actúan como vigilantes de la niñez, marcando el inicio de la medicalización de la infancia. Mitjavila (2020) ubica cuatro fases de dicho proceso, las cuales no son lineales sino que coexisten. En este momento de apogeo del disciplinamiento la autora coloca la fase pre-medicalizadora (siglos XIX y principios del XX), centrada en la observación de anomalías cognitivas en la infancia.

En el marco de esta sociedad disciplinaria descrita anteriormente, surge el Trabajo Social, vinculado según Netto (1992)

con las carencias propias al orden burgués, con las secuelas necesarias de los procesos que se presentan en la constitución y en el desarrollo del capitalismo, en especial aquellos concernientes al binomio industrialización/urbanización, tal como éste se reveló en el transcurso del siglo XIX. (p. 5)

En la época del capitalismo monopolista, la llamada “cuestión social”⁷ pasó a ser objeto de la intervención estatal, a través de las políticas sociales. De este modo,

⁷ “Por ‘cuestión social’ en el sentido universal del término, queremos significar el conjunto de problemas políticos, sociales y económicos que el surgimiento de la clase obrera impuso en la constitución de la sociedad capitalista. Así, la ‘cuestión social’ está fundamentalmente vinculada al conflicto entre el capital y el trabajo” (Cerqueira Filho, citado en Netto, 1992, p. 5).

tuvo lugar un momento histórico social particular que demandó la figura de un nuevo agente profesional -el trabajador social- quien, inscripto en una relación de asalariamiento, pasó a ocupar un lugar fundamental en la reproducción de las relaciones sociales (Netto, 1992).

En este sentido, Donzelot (2008) sostiene que en los siglos XVIII y XIX, las instituciones comenzaron a intervenir en la vida familiar alegando la protección y educación de los sectores más vulnerables, pero en realidad a través de mecanismos como la educación, la higiene y la asistencia social, el Estado buscaba disciplinar a dichos sectores según los valores burgueses, promoviendo la obediencia y el orden ante la emergencia de la industrialización; tal como se describió anteriormente.

Es entonces clave comprender que la génesis del Trabajo Social está ligada al papel que tomó el Estado en esta fase del capitalismo ya que, como plantea Netto (1992) “en el capitalismo monopolista, la *preservación y el control continuos* de la fuerza de trabajo, ocupada y excedente, *es una función estatal de primer orden*” (p. 15).

A partir de lo planteado, se podría arribar a la idea de que el Trabajo Social en este contexto, se erigió como una herramienta de vigilancia y normalización de los comportamientos. Donzelot (2008) expresa cómo el Estado y sus instituciones comenzaron a ejercer un papel de “policía de las familias”, un término que usa para describir la forma en que el Estado reguló la vida privada en nombre del bienestar social.

En esta línea de razonamiento, Lasch (1996) analiza la transformación de la familia en el marco de la sociedad capitalista moderna y realiza una crítica a la

tendencia de las instituciones y profesionales a medicalizar y burocratizar los problemas familiares, reemplazando la autoridad tradicional de los padres por una dependencia de expertos.

Con el surgimiento de las “profesiones asistenciales” durante las primeras tres décadas del siglo XX, la sociedad invadió a la familia a modo de “madre nutricia”, y tomó a su cargo muchas de sus funciones, siendo la familia el bastión de aquellos derechos privados. (Lasch, 1996, p. 41)

Dicho autor (1996) establece que la "profesionalización" de la crianza y los vínculos familiares despoja a la familia de su autonomía y competencia para cumplir con sus funciones pedagógicas y morales, delegándolas a especialistas externos.

Es interesante también apreciar lo que expresa Donzelot (2008) en torno a los asistentes sociales en sus orígenes:

No están vinculados con una sola institución, sino que por el contrario se insertan como un apéndice en los aparatos preexistentes: judicial, asistencial, educativo. Pese a estar diseminados por múltiples espacios de inscripción, están unificados gracias a su ámbito de intervención, el cual abarca los contornos de las clases “menos favorecidas”. En el interior de esas capas sociales, apuntan a un objetivo privilegiado, a saber, la patología de la infancia en su aspecto doble: la infancia en peligro, aquella que no gozó del beneficio de todos los cuidados de la crianza y de la educación deseables, y la infancia peligrosa, la de la delincuencia. (p. 95)

De esta manera, se observa en los orígenes de la profesión la relación con el disciplinamiento, especialmente de las infancias.

Otro aporte interesante para comprender esta génesis del Trabajo Social lo da Iamamoto (1997) quien expresa que

el Servicio Social es parte de una estrategia más amplia del bloque dominante, en el sentido de crear un tipo de socialización del obrero adecuado a las condiciones de la nueva vida industrial, al ritmo y organización del trabajo, que fortalezca por lo tanto las bases de legitimidad para el ejercicio del poder de clase: la dominación político-ideológica, así como la apropiación económica. (p. 184)

A principios del siglo XX, se presenta la segunda fase que menciona Mitjavila (2020) en torno a la medicalización de las infancias. Tiene lugar entonces la biopolitización medicalizadora (décadas de 1920-1930), influida por el higienismo, que valora la infancia como un capital biopolítico crucial para el orden social.

La infancia se consolida como objeto de control, con una creciente medicalización de los comportamientos disruptivos. La influencia del psicoanálisis en la tercera fase de medicalización de las infancias (preventivismo sanitarista, siglo XX) reorienta la atención hacia la familia como factor etiológico de las conductas infantiles (Mitjavila, 2020). La infancia es vista como una etapa clave para la interiorización de normas sociales, pero también como un riesgo si no se disciplina adecuadamente.

El disciplinamiento se sofisticaba, con la medicalización y el trabajo social trabajando conjuntamente para controlar tanto a las infancias como a sus familias. La infancia, ahora plenamente diferenciada, es objeto de intervenciones médicas y

sociales que buscan prevenir desviaciones, mientras el trabajo social refuerza – como ya se vio- la normalización a través de la educación y la asistencia.

Paulatinamente, hacia mediados del siglo XX se evidencia la necesidad de un Estado más activo en cuanto a la garantía de los derechos sociales, influenciado esto por sucesos en el contexto socio-político mundial como la crisis de 1929 y la Segunda Guerra Mundial. En este momento, se consolida el modelo del Estado de Bienestar el cual implica que intervenga en las tensiones y conflictos sociales a través de políticas sociales para lo cual “se requieren agentes técnicos especializados - nuevos profesionales, que se insertan en espacios que amplían y complejizan la división social (y técnica) del trabajo. Entre estos nuevos actores se encuentran los asistentes sociales” (Netto, 1992, p. 76). Se aprecia en este momento una consolidación de la profesionalización de los asistentes sociales, estableciéndose como mediadores entre el Estado y la ciudadanía.

En cuanto a la infancia en este momento, hacia finales del siglo XX es reconocida como sujeto de derechos por marcos normativos nacionales e internacionales como la Convención de los Derechos del Niño de la ONU en 1989.

Sin embargo, especialmente en este siglo XXI al decir de Miguez (2015), la infancia es por un lado protegida desde las normas, pero por otro lado está siendo sobreexigida institucionalmente para alcanzar un deber ser hegemónico en la adultez.

A propósito de ello, en el Informe Final del INDDHH y Defensoría del Pueblo (2019) se expresa que

si bien en la época actual existe un reconocimiento de los derechos del niño y una ampliación del saber sobre la infancia, tales avances no se tradujeron en

una mejora de las condiciones de vida y menos aún de la salud de los niños.
(p. 15).

Desde finales del siglo XX, la medicalización de las infancias entra en una cuarta fase, centrada en la gestión de riesgos sociales mediante diagnósticos como TDAH y TOD (Mitjavila, 2020). La autora establece que la incorporación actual del término “trastorno” ha ampliado las posibilidades de patologizar los comportamientos (Mitjavila, 2020).

Estos procesos se dan en el marco de un nuevo reordenamiento global caracterizado por un capitalismo mundial integrado que cambia las antiguas formas de acumulación del capital. En este contexto, se da

ingreso en una nueva fase del desarrollo del biopoder producido por la gubernamentalidad neoliberal, lo cual supondrá la emergencia de una refinada tecnología de autogobierno de los sujetos, así como un nuevo modo de delimitación de los potenciales “peligros sociales” sancionados ahora desde la racionalidad del mercado (Díaz, 2013, p. 10).

Se trata ya no de un disciplinamiento directo sobre los individuos sino de una “acción a distancia” que promueve el autocuidado y el autogobierno. El parámetro normal/patológico se redefine, considerando al ciudadano indisciplinado como aquel incapaz de gestionarse a sí mismo (Díaz, 2013).

Las condiciones actuales marcadas por la sociedad de consumo y el mundo digital, hacen que la conformación de las subjetividades infantiles se vea afectada. Las infancias son responsabilizadas por lo que les sucede sin cuestionar sus condiciones de vida, siendo individualizadas sus posibilidades.

Al decir de Muniz (2015):

padres e hijos se han producido en torno a condiciones diversas que presionan por ajustarse a lo establecido considerando como falla (déficit) todo lo que se aparte de ese esperable. Se crean necesidades que se confunden con el deseo, que no van a poder satisfacerse nunca porque siempre asoma una nueva propuesta a la que aspirar. Se confunde el ser con el tener, se accede más a obtener cosas pero para ello hay que trabajar más y por ende apartarse más de los afectos en busca de una mayor producción. (p.22)

Esta tensión que se presenta altera las actuales condiciones de subjetivación de las infancias y dificulta el papel que pueden desempeñar los adultos al momento de contenerlas. Hoy en día la infancia que presenta un comportamiento fuera de lo considerado normal, se transforma en un riesgo para que la población adulta a la que involucra se pueda dedicar a sus funciones de trabajadora y consumidora (Mitjavila, 2020).

La tensión que sufren las infancias entre lo que se espera de ellas y lo que pueden manifestar, se exterioriza en el cuerpo. En este sentido, Miguez y Sánchez (2017) introducen la idea del cuerpo como espacio de inscripción de las pautas de vida que dominan una sociedad, y plantean que las formas en las que se expresa tienen que ver con un devenir propio que da cuenta de que no es un objeto pasivo, sino que en él se imprimen los procesos de sociabilidad y, al mismo tiempo, en él se exteriorizan de un modo particular dichas impresiones. En relación a estas ideas, las autoras sostienen que “pretender una infancia homogénea, que responda de forma ‘ideal’ a lo establecido legítima e históricamente por el mundo adulto a través de sus instituciones medulares (...) hace a desconocer el contexto y aprehensión singular de cada niño y niña” (Miguez y Sánchez, 2017, p. 200).

El cuerpo se vuelve un eje central sobre el cual se ejerce el poder, y la medicación con psicofármacos, entendiendo los mismos como aquellos “fármacos que modifican el comportamiento y la función mental a través de su acción sobre el sistema neuroendocrino” (Torres y Escarabajal, 2005, p. 200), cobra un papel fundamental.

En la actualidad se discute ampliamente acerca del uso de psicofármacos en infancias y adolescencias. Por ejemplo, Miguez (2012) señala que se está ante un fenómeno de medicación abusiva en la niñez, y que esto se trata de una forma de disciplinamiento de la sociedad capitalista por la cual las corporalidades son arrastradas hacia una homogeneidad funcional a sus pautas de funcionamiento.

Muchas de las conductas que podrían parecer naturales o esperables en la infancia, de alguna manera en nuestra sociedad actual tienden a ser reprimidas. Es el “chaleco químico” del que habla Untoiglich (2017) al referirse a la imposición que se establece mediante los psicofármacos sobre las infancias para aquietarlas.

En este marco se asiste a procesos en los cuales los adultos se encuentran desbordados por los requerimientos de la actual sociedad de consumo, por la necesidad de ser eficientes y de cumplir con lo establecido para no quedar por fuera de la norma, y esto se traslada a las infancias ya que se produce una frustración en los adultos que no es gestionada.

En relación a estas ideas, Alicia Muniz (2013) sostiene que cada vez más el sufrimiento inherente a la vida cotidiana se percibe como una patología que debe ser tratada. En tal sentido, expresa que se promueve una vida anestesiada en la que el dolor y el cansancio deben ser evitados. La conexión con el presente solo se valida cuando es placentera, y la felicidad se condiciona a la obtención de logros materiales.

En este sentido, es importante comprender lo que menciona Muniz en UNIRadio (2019) respecto a que “cada época produce imaginarios, produce

representaciones, produce valores, produce ideologías que ayudan o inciden a que aparezcan de una u otra forma las manifestaciones infantiles o adolescentes”, por lo cual es imprescindible pensar a cada infancia en el contexto del lugar y época en el que está inserta. En relación a esta idea, se presenta un reduccionismo que hace que las situaciones de vida de las personas sean traducidas y argumentadas por características individuales donde la realidad en las que están insertas no parece influir (INDDHH y Defensoría del Pueblo, 2019).

Las nuevas angustias que se generan en las infancias frente a la tecnificación de la vida cotidiana y a la exigencia de un deber ser hegemónico, representan un desafío para el mundo adulto que exige de éstas una conducta pasiva, que se alinee a sus parámetros de un modo eficiente y sin expresar su singularidad.

En tal sentido, tanto Alicia Muniz como Adriana Cristóforo hablan en UNIRadio (2019) del sufrimiento del niño y no de patología, como algo inherente a la vida misma, y explican que la patologización ocurre en buena medida por la baja tolerancia de la sociedad actual a la falla y a la frustración.

Para concluir este capítulo, es posible destacar la influencia que ha tenido el disciplinamiento en las sociedades modernas, teniendo como una de sus principales aristas a la medicalización, y cómo continúa operando en la actualidad bajo nuevas formas. Asimismo, se aprecian algunas características de los orígenes del Trabajo Social como estrategia de control social y se observa cómo la infancia como mediación se ha vinculado a las estrategias de disciplinamiento a partir de su tratamiento desde el saber/poder médico.

Finalmente, se brinda un panorama de las actuales condiciones de subjetivación de las infancias y cómo éstas influyen en los procesos de medicalización y patologización de las mismas hoy en día.

Capítulo 2. Procesos medicalizadores en Uruguay y su relación con el origen y devenir del Trabajo Social en nuestro país

A lo largo del primer capítulo se pudo apreciar el desarrollo de las mediaciones medicalización, patologización e infancias, vinculadas a los orígenes del Trabajo Social en el marco de los procesos de disciplinamiento en la Modernidad. A partir de este universal, tal como se explicitó en la introducción, se pasa en este segundo capítulo (particular) a desarrollar las particularidades que dichas mediaciones adquieren en nuestro país y cómo se expresan hoy en día sus principales características; comprendiendo las vinculaciones existentes con la génesis y posterior evolución del Trabajo Social en Uruguay.

Para poder contextualizar los orígenes del fenómeno de la medicalización en nuestro país, es preciso mencionar las ideas de Barrán -historiador uruguayo- quien describe el pasaje de la “cultura bárbara” comprendida en el período 1800-1860, a la época del “disciplinamiento” comprendido entre 1860-1920.

El fenómeno del disciplinamiento, tal como se explicó en el capítulo 1 de la mano de Foucault, tiene que ver con el desarrollo de estrategias de control de parte del Estado atravesando todos los ámbitos de la vida de las poblaciones en el marco de una racionalidad moderna, con el objetivo de homogeneizar y preservar a sus miembros como fuerza de trabajo. En tal sentido, la sociedad “civilizada”

impuso la gravedad y el “empaque” al cuerpo, el puritanismo a la sexualidad, el trabajo al “excesivo” ocio antiguo, ocultó la muerte alejándola y embelleciéndola, se horrorizó ante el castigo de niños, delincuentes y clases trabajadoras y prefirió reprimir sus almas, a menudo inconsciente del nuevo método de dominación elegido. (Barrán, 2014, p. 215)

Es posible afirmar que aproximadamente entre 1860 y 1890 se produce el pasaje en Uruguay de la llamada sociedad “bárbara” a la sociedad “civilizada” (Barrán, 2014). En ese entonces, se instala un modelo higienista, en el marco del Uruguay moderno, que establece la higiene pública como medio para prevenir enfermedades y mejorar las condiciones de vida de la población. Según Ortega (2003) se presentaba “una creciente tendencia a codificar un vasto conjunto de problemas sociales - principalmente los vinculados a las condiciones de vida de los sectores pobres urbanos- en términos sanitarios (p. 41).

Esto se relaciona directamente con lo desarrollado anteriormente en cuanto a que la medicina se transforma en un instrumento del poder disciplinario; de esta manera clasifica, ordena y controla a las poblaciones.

En el siglo XIX el poder de curar estaba repartido entre médicos, curas, barberos, curanderos, y era la familia un ámbito natural de tratamiento de las enfermedades. Sin embargo, en el Novecientos, la clase médica se autodesignó como tal y comenzó a conquistar espacios principalmente entre las clases altas, a partir de la formación de asociaciones médicas que poco a poco iban propagando la ciencia y la especificidad de su saber (Barrán, 1992). Hacia fines del siglo XIX y principios del XX los médicos se fueron afianzando en los cargos directivos de centros hospitalarios.

El desprestigio de los médicos, típico del siglo XIX, no tardó en desaparecer. Su profesionalismo, los éxitos terapéuticos debidos a Pasteur y Lister, fueron creando poco a poco en la sociedad una imagen similar a la que ellos decían tener de su misión, su saber y su poder. (Barrán, 1992, p. 169)

Como se mencionó anteriormente, se visualiza la emergencia de figuras que operaban como “policía de las familias”, tal como expresa Donzelot (2008) al referirse

a estos expertos que nacen en el marco de las sociedades disciplinarias para ejercer tareas de control sobre los sujetos.

Con respecto a la figura del niño, en la época “bárbara” como la denomina Barrán, éste no se diferenciaba del adulto sino que era considerado un hombre pequeño, por lo tanto, compartía todas las actividades de los adultos. Se estaría aquí en la fase pre-medicalizadora de la infancia, momento en el cual se observan los trastornos mentales como el idiotismo pero aún no se lo vincula a una posible futura peligrosidad social (Mitjavila, 2020). En la época “civilizada” esto cambia y el niño pasa a ser visto como un ser con derechos y deberes. Se lo separa en los hechos públicos, en los espectáculos, en la enseñanza, pero también a la interna del hogar, en los dormitorios. El castigo corporal en el niño dejó de ser aceptado socialmente para pasar a darle lugar a la afectividad en la crianza (Barrán, 2014).

La pedagogía “civilizada” abogaba por la supresión del juego y ociosidad que eran comunes en la sociedad “bárbara”, dado que se consideraba que corrompían la inocencia de los niños. Asimismo, se hizo énfasis en su vestimenta, la cual debía ser recatada. La vigilancia pasó de ser a través del castigo físico a estar regida por la mirada de la autoridad y, a su vez, se pretendió que el propio niño se juzgara a sí mismo y se culpabilizara: “pero el niño, aunque amado, debía ser vigilado y culpabilizado pues era un 'bárbaro' en estado de pureza” (Barrán, 2014, p. 310). Este aspecto se puede comprender como parte de la implementación de las disciplinas, como menciona Foucault, cuyo fin era transformar a las personas en sujetos dóciles y obedientes.

Podemos encontrar que, en el proceso de surgimiento del concepto de niño en la Modernidad, éste es por un lado considerado como “ángel” que debe ser mimado y

protegido, y al mismo tiempo, surge una visión que enfatiza en la necesidad de reprimirlo y vigilarlo, de disciplinarlo, con el fin de volverlo productivo como futura mano de obra para el capital. El niño, considerado en esta época como un ser con “características propias”, adquiere un nuevo lugar social en el que la infancia pasa a ser objeto de estudio de varias disciplinas, ya que se busca desarrollar sobre ésta estrategias de prevención que eviten los “males sociales” (Beltrán, 2018, 2022). Tal como se expresó anteriormente se da en este momento la segunda fase mencionada por Mitjavila (2020) en la cual la infancia adquiere relevancia biopolítica para el control de la sociedad.

La reorientación del campo médico-sanitario que tuvo lugar en dicha época, implicó la necesidad de formar nuevos recursos humanos que acompañaran estas transformaciones. Como bien se expresó en el capítulo 1, se requiere la incorporación de nuevos agentes profesionales que, integrados en la división social del trabajo, aporten a la normalización de la población. De esta manera, enmarcado en el modelo higienista, con un fuerte poder clasificatorio de la medicina en cuanto a lo normal y lo patológico, se fue desarrollando en Uruguay a comienzos del siglo XX un sistema de protección social que alejaba las prácticas filantrópicas y caritativas de la esfera de la iglesia hacia una política asistencial a manos del Estado (Miguez, 2017). En este contexto, se erige un saber/poder médico que requiere de una figura que asista, que medie para poder ejercer sobre la población la tarea disciplinadora.

El Servicio Social nace en Uruguay asociado a estrategias disciplinadoras que se construyeron como parte del proceso de medicalización de la sociedad determinando, por lo tanto, que la construcción del espacio profesional se

encuentre genéticamente ligada al área de la salud. (Ortega y Mitjavila, 2005, p. 212)

De hecho, fue un médico, profesor agregado de Higiene de Facultad de Medicina, el Dr. Schiaffino, quien solicitó la formación de “visitadoras escolares” con tal fin (Ortega y Mitjavila, 2005).

De esta manera, en la ley de presupuesto de 1926, los legisladores aprueban la creación de doce cargos de “visitadoras escolares”, las cuales tenían como cometido la prevención, divulgación, enseñanza y convencimiento de la población en lugares medulares del proceso de sociabilidad como el hogar, la escuela, el hospital y la fábrica. (Miguez, 2017, p. 169)

Es así que en 1927 se crea la primera escuela de formación de “visitadoras sociales” del Uruguay, en el marco del Instituto de Higiene Experimental de la Facultad de Medicina. De esta manera nace la profesión como auxiliar al médico, con un perfil netamente femenino, con un rol fuertemente higienista de la visitadora social y su caracterización como agente de educación sanitaria, centrando el foco de observación e intervención en las conductas de los individuos y las familias.

En este contexto, en las primeras décadas del siglo XX, paulatinamente el higienismo es dejado a un lado ante la emergencia del preventivismo, por el cual - como se explicó anteriormente- se da un cambio en la atribución del origen de las enfermedades, pasando a responsabilizarse a los individuos por ello (Ortega y Mitjavila, 2005).

En 1939 se crea la Escuela de Sanidad y Servicio Social del Ministerio de Salud Pública donde si bien la formación sigue siendo vinculada a la medicina, se amplía el espectro de competencias teniendo un carácter más científico-técnico respecto al conocimiento sobre lo social.

El Servicio Social, surge y comienza a desempeñar sus funciones desde la institución salud, y primeramente a nivel de escuelas y hospitales, con poblaciones “clasificadas” “diferenciadas”, como la niñez, los enfermos, etc. para luego extenderse con el correr de los años a otros ámbitos de la realidad social, así como a otras poblaciones, acompañando la evolución del contexto socio-histórico, y la propia evolución de la profesión. (Bentancor, 2006, p. 34).

En ese sentido, se aprecia cómo en los orígenes de la profesión el Trabajo Social se erige como herramienta para el discurso medicalizador, en cuanto que opera disciplinando a través de su acción específica en determinados grupos como las infancias. En un principio bajo preceptos higienistas que orientaban las acciones hacia las condiciones del ambiente, y luego, a partir de una inflexión que sufre este modelo hacia mediados del siglo XX, bajo el preventivismo por el cual se responsabiliza al individuo por la adquisición de enfermedades. Esto coincide con lo desarrollado en el capítulo 1 en cuanto a la focalización en las familias y específicamente en el individuo como responsable de la generación de la salud y la enfermedad, desplazando los enfoques interpretativos fundamentales de la salud colectiva, que defendían la idea de la salud como un asunto principalmente social y político con implicaciones a gran escala.

La inserción del Uruguay en el nuevo orden posterior a la Segunda Guerra Mundial, y la ratificación de convenios internacionales que promovían la prevención y promoción de la salud llevaron a la creación de nuevos centros de salud como parte de la estrategia panamericanista que, apoyada en una fuerte secularización en nuestro país, los transformó de espacios de cuidar a espacios de curar y, a la vez, de disciplinar. “Se puede concluir que los centros de salud conformaron un nuevo dispositivo para la gestión de lo social que comienza a tener efectos notorios sobre la institucionalización del rol del asistente social” (Ortega y Mitjavila, 2005, p. 218).

En 1957 se crea bajo la órbita de la Universidad de la República la Escuela Universitaria de Servicio Social (Miguez, 2017), momento en el cual se profundiza la profesionalización.

“En la medida que su profesionalización se afirma, los asistentes sociales se tornan permeables a otros proyectos socio-políticos - especialmente en la escala en que éstos repercuten en las mismas políticas sociales” (Netto, 1992, p. 77).

Esta afirmación de Netto es oportuna al momento de explicar el devenir de la profesión en nuestro país dado que paulatinamente se comenzó a problematizar su vínculo con la teoría y las Ciencias Sociales.

De esta manera, inicia a partir de los ‘60 y fundamentalmente en Latinoamérica un proceso de renovación conocido como el movimiento de Reconceptualización. A partir de dicho movimiento “los fundamentos teóricos, metodológicos, operativos e ideológicos sobre los cuales se asentaba el ejercicio profesional del Trabajo Social latinoamericano se vieron sacudidos con una intensidad que resultaba inédita para la historia de la profesión en el continente” (Parra, 2004, p. 1). A través de una crítica al Trabajo Social tradicional, visto como asistencialista y filantrópico e influenciado por el positivismo y las políticas desarrollistas importadas de Europa y Estados Unidos, se

intenta construir una práctica profesional autónoma, comprometida con la transformación social y crítica de su papel en la sociedad capitalista. En tal sentido, Kruse (1971) sostiene:

Lo que se denominaba teoría del servicio social (...) era un conjunto de ideas generadas por otras disciplinas o importadas de Europa y los EE.UU. Nadie se ocupaba de poner al día los aportes de las otras ciencias, a menudo más dinámicas que el trabajo social. A nadie se le había ocurrido que el marco filosófico del servicio social, podía estar totalmente caduco. Y por supuesto, nadie creía – ni tampoco tenía el instrumental – que de la práctica del servicio social se podían extraer conocimientos científicos para enriquecer la teoría del trabajo social. (p. 3)

Desde los años '80 en adelante se consolida el Trabajo Social Crítico como una respuesta teórica, política y ética frente a la crisis del capitalismo, el avance neoliberal y las limitaciones del modelo profesional tradicional.

Se hace así necesario la clara caracterización de un proyecto profesional progresista, fundado en principios y valores tales como: la Libertad, la Democracia sustantiva y la Ciudadanía, los Derechos Humanos, Civiles, Políticos y Sociales, la Justicia Social, las Políticas Sociales universales, no-contributivas, de calidad y constitutivas de derecho de ciudadanía, la ampliación de la esfera pública, la eliminación de toda forma de explotación, dominación y sometimiento, como sistema de convivencia social y de desarrollo de una ciudadanía sustantiva. (Montaño, 2003, p. 23)

En estas ideas se expresan los valores y objetivos del Trabajo Social Crítico, destacando su compromiso con un proyecto profesional que defienda los derechos sociales, la democracia y la lucha contra la explotación, en oposición a las tendencias neoliberales. En tal sentido, Iamamoto (2003) expresa la necesidad actual que tiene el Trabajo Social de trascender la intervención individual enfocándose en lo colectivo, con un posicionamiento crítico frente a las políticas conservadoras y configurando una práctica reflexiva capaz de comprender las dinámicas sociales.

En este contexto descripto, en el cual el Trabajo Social es llamado a asumir un rol activo en la transformación social, es preciso evidenciar cómo las nuevas configuraciones de trastornos mentales sobre la infancia problemática reflejan una redefinición de su rol biopolítico, donde la infancia deja de ser vista principalmente como capital humano para el futuro y pasa a ser considerada por su potencial disruptivo en los ámbitos familiar, educativo y comunitario (cuarta fase descrita en el capítulo 1).

Dentro de ese marco los procesos de medicalización y patologización operan hoy en día despertando señales de alerta en la población principalmente por datos que resultan llamativos, como por ejemplo el hecho de que los diagnósticos de TDAH a nivel mundial implican entre el 3% y el 5% de la niñez y en el Uruguay ascienden a un promedio del 30% (Míguez, 2011). Como lo mencionan Míguez y Sánchez (2005)

Desde la última década, la infancia en el Uruguay viene siendo mediada en su dolor social por dispositivos de regulación de las emociones que se vinculan a lo médico, en procesos de etiquetamiento, patologización y medicalización que van encausando sus conductas. (p.5)

Este aspecto, sumado a las reiteradas observaciones que ha recibido nuestro país, suscitaron en los últimos años una serie de investigaciones y estudios en relación a esta temática.

Es preciso aclarar que dichas producciones en su mayoría tienden a abordar el tema considerando los actos de medicar con psicofármacos; lo cual como se dijo es una parte de los fenómenos de la medicalización y patologización.

Hubo una primera investigación realizada por el Grupo de Estudios sobre Discapacidad (GEDIS) de Facultad de Ciencias Sociales, titulada “Los hijos de Rita Lina”, del año 2005, en la cual se intentó conocer la temática referente a “la medicación de niños/as y adolescentes en contexto crítico con reguladores del carácter sin un diagnóstico previo de ADD [trastorno de la atención en sus siglas en inglés]” a nivel nacional (GEDIS, 2007, p. 24). El GEDIS plantea la idea de que en la mayoría de las situaciones infancias y adolescencias sin un diagnóstico específico de Trastorno por Déficit Atencional “reciben la Ritalina u otros fármacos de dicha índole como forma de ‘aquietar’ sus inquietudes, actitudes, aptitudes, intereses” (GEDIS, 2007, pág. 23).

Posteriormente, en 2006, tuvo lugar una investigación en el Centro Hospitalario Pereira Rossell acerca del uso de metilfenidato en niños y adolescentes usuarios del sector público de salud de Montevideo. Uno de los datos a resaltar de dicha investigación es que

las farmacias del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) y del Hospital Vilardebó (HV), responsables de la dispensación de metilfenidato a los beneficiarios de los servicios dependientes de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en Montevideo, constataron una duplicación en los últimos 5 años. (Speranza et al., 2008, p. 278)

Cabe acotar que de la investigación se desprende que dicho período analizado va de julio a diciembre de 2001 comparado con julio a diciembre de 2006.

A raíz de la preocupación por el uso extendido del metilfenidato y el aumento de las importaciones, el Observatorio del Sistema Judicial inició en 2007 un juicio contra el MSP solicitando información al respecto. En relación a esto, el MSP informó que se pasó de importar 900 gramos de este fármaco en 2001, a casi 17000 gramos en 2007 (Palummo, 2015).

En 2008 se inició un nuevo juicio de amparo contra el MSP alegando la falta de controles de parte del Ministerio e intentando evitar un exceso de diagnósticos de Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad y de tratamiento con metilfenidato. La sentencia del Tribunal de Apelaciones de 2do turno estableció que el MSP debía tomar las acciones necesarias para controlar qué profesionales realizaban los diagnósticos de TDAH, mejorar el registro de datos de los pacientes en las recetas y sistematizar la información en una base de datos única (Palummo, 2015).

Para continuar con los trabajos producidos en nuestro país que se considera abordan las temáticas medicalización y patologización, es preciso mencionar (como se presentó anteriormente) la tesis doctoral “La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya”, del año 2010 (publicada en el año 2011), de la Doctora en Trabajo Social María Noel Miguez. A partir de este trabajo se evidencia que “el proceso de psiquiatrización de la niñez uruguaya en esta última década ha venido siendo arrasador, en un ejercicio sistemático y casi generalizado del saber/poder, acompañado por la institución educativa como punto de base de las demandas” (Miguez, 2011, p. 307).

Dicha investigación presenta a partir de datos cuantificados producto de un muestreo que incluyó entrevistas a familiares de niños medicados, referentes de salud

y referentes educativos de cinco departamentos (Artigas, Cerro Largo, Durazno, Maldonado y Montevideo), lo que se mencionó con anterioridad: que un 30% de las infancias en Uruguay son diagnosticadas con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, cuando a nivel mundial este valor ronda entre el 3% y el 5% (Miguez, 2011).

Por otro lado, se encuentra el estudio desarrollado en 2014 sobre el uso de psicofármacos en niños y niñas menores de 15 años hospitalizados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. El mismo reveló a través de una encuesta a padres que de 608 encuestados, 46 niños consumían 74 psicofármacos (Mastroianni et al., 2017).

Otro de los insumos importantes en el estudio de la temática de medicalización y patologización de infancias en Uruguay es el libro “Patologización de la infancia en Uruguay: aportes críticos en clave interdisciplinar”, publicado en 2015.

El mismo es un compilado de artículos escritos por distintos profesionales de diversas disciplinas, quienes aportan a la reflexión en torno a la temática en nuestro país. En dicho trabajo se hace especial hincapié en la necesidad de abordar la temática desde la multidisciplinariedad y entendiendo que la lógica actual de la búsqueda de una solución inmediata a situaciones que no necesariamente son problemas, lleva a que se medicalice la vida de las infancias. Asimismo, se hace énfasis en la necesidad de generar espacios de objetivación en donde las infancias puedan expresar sus emociones, sentires, deseos y se cuestiona la estrategia homogeneizante que se percibe detrás de la distinción entre lo normal y lo patológico.

Respecto a la información proveniente de organismos estatales, se puede mencionar un estudio realizado en 2017 por la División Sustancias Controladas del MSP sobre el uso del metilfenidato en Uruguay desde 2014 hasta octubre de 2016. Dicho estudio detectó un aumento del consumo y evidenció que la DHD (Dosis Diaria

por cada mil habitantes) iba en aumento año tras año y que en 2014 superaba la de Ecuador, Bolivia, Perú y Brasil (Plá et al., 2017).

Para continuar con la exposición de insumos generados en torno a la temática en nuestro país, se encuentra la iniciativa de la INDDHH y Defensoría del Pueblo que impulsó en 2019 la conformación de un grupo de trabajo que tratase la temática medicalización y patologización de las infancias y adolescencias. Este grupo integrado por miembros de organismos y organizaciones del Estado y la sociedad civil, tuvo como objetivo “conocer el estado del arte del abordaje en salud mental de infancias y adolescencias en Uruguay desde una perspectiva de derechos” (INDDHH y Defensoría del Pueblo, 2019, p. 10), y realizó un informe final que arrojó información relevante y se consolidó como insumo para la reflexión y el intercambio sobre la problemática.

Uno de los aspectos que se mencionan en dicho trabajo tiene que ver con el adultocentrismo y la falta de participación de las infancias en la toma de decisiones que atañen a su vida cotidiana. Por otra parte, también se plantean debilidades en cuanto a la comunicación e intercambio entre los distintos actores involucrados. Si bien se presenta como un avance la incorporación al Sistema Nacional Integrado de Salud del Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental, bajo el cual se intenta garantizar el acceso a dichas prestaciones, también se plantean dificultades en su puesta en marcha principalmente por la poca disponibilidad de recursos, la escasa coordinación entre el área de la salud y los recursos socio-comunitarios y la ausencia de definición de la estrategia de seguimiento.

En el documento se plantea que es “un problema la carencia de un trabajo interdisciplinario e intersectorial. Esto se hace visible en la falta de comunicación entre

los distintos actores involucrados y con el niño, niña o adolescente” (INDDHH y Defensoría del Pueblo, 2019, p. 40).

Otra iniciativa que da cuenta de la necesidad de problematizar sobre esta temática, fue la mesa redonda desarrollada en 2019 “Despatologización de las diferencias en niños, niñas y adolescentes”, en el aula magna de la Facultad de Psicología. En dicha Mesa se presentaron las observaciones que nuestro país ha tenido respecto al uso excesivo de metilfenidato para controlar la conducta de las infancias.

Al mismo tiempo, se mencionaron aspectos como la simplificación que muchas veces se hace de los diagnósticos y la necesidad del trabajo interdisciplinario.

Asimismo, se planteó que muchos de los diagnósticos en salud mental encubren otras problemáticas mucho más complejas como situaciones de abuso y violencia, pero que es más fácil de alguna manera medicar una conducta que evidenciar la causa que realmente está de fondo.

Se sostuvo que hay una tendencia a un abordaje simple con psicofármacos de trastornos que son muy complejos, y a su vez que son diagnosticados por test que también simplifican la cuestión. Se expresó que el sufrimiento de las infancias se asocia a problemas neuronales y no al contexto y que esto es epocal, así como también la idea de que hay emociones negativas que deben ser aquietadas.

Finalmente, otro insumo importante generado en torno a esta temática es el Ciclo de tres conversatorios titulados “Medicalización y Patologización de las Infancias y Adolescencias en Uruguay” realizado en octubre y noviembre de 2020 y organizado por el GEDIS de la Facultad de Ciencias Sociales, junto con la INDDHH y Defensoría del Pueblo y el Comité de los Derechos del Niño/a del Uruguay (CDNU). En este ciclo, en el cual participaron referentes de estas organizaciones y actores claves vinculados al tema de la medicalización y patologización de infancias, se discutieron

estos conceptos, se trabajó en base al Informe Final generado por el INDDHH y se plantearon posibles estrategias para el abordaje.

En relación a la medicalización se planteó que el rol de la medicina adquiere un papel central en este proceso pero que a su vez hay todo un entramado que genera eso. Asimismo, se sostuvo que en la patologización se ubican desde el lado de la enfermedad problemas que pueden devenir de la vida y se manifestó la preocupación sobre qué es lo que se deja de hacer por entender que tal o cual problema es médico.

En cuanto a las estrategias de abordaje se planteó la importancia de la intervención desde la interdisciplina y el poder mirar a los sujetos como seres integrales. Se estableció también la necesidad de dar participación a las infancias y adolescencias, de tener carga horaria dedicada al abordaje intersectorial y la importancia de instalar otros espacios que son terapéuticos combinando música, danza u otras expresiones del arte en general.

A modo de cierre de este segundo capítulo, es posible evidenciar cómo existe una estrecha relación entre los orígenes de la medicalización en nuestro país y la génesis del Trabajo Social en Uruguay, estando determinada por el saber/poder médico. Asimismo, se presenta actualmente una necesidad de cuestionar el tradicional enfoque del Trabajo Social desde una perspectiva crítica que proponga caminos alternativos a la visión originaria del Trabajo Social como estrategia de control social.

Por otra parte, se aprecia que la medicalización y patologización de las infancias se han vuelto un tema de discusión en nuestro país, haciendo especial énfasis en el suministro de psicofármacos como una arista importante dentro de la medicalización. Paulatinamente, se ha ido poniendo sobre la mesa esta problemática, evidenciándose escasez de información al respecto.

Dados los datos cuantitativos y cualitativos expuestos, cabe preguntarse si no se están utilizando estrategias simplificadas para abordar las expresiones que hoy en día las infancias manifiestan, y que dan cuenta de una complejidad difícil de comprender si se considera desde lugares encasillados. A su vez, se vuelve necesario reflexionar acerca de cómo los adultos procesan el deber ser que desde la sociedad actual se les exige, y de qué forma esto impacta en la capacidad de poder acompañar a las infancias. En tal sentido, se vuelve importante lo que el presente trabajo puede aportar en cuanto a qué rol puede jugar el trabajador social en estos procesos y cómo puede influir desde su lugar en el impacto que generan.

Capítulo 3. Estrategias de intervención desde el Trabajo Social en centros de salud de Pando.

Al arribar al tercer capítulo, es preciso recorrer el trabajo realizado hasta el momento a fin de centrarse en el objeto de la presente investigación, el rol del trabajador social en los procesos de medicalización y patologización de las infancias en la ciudad de Pando. En un primer capítulo se expusieron las mediaciones medicalización, patologización e infancias y se realizó una aproximación a los orígenes del Trabajo Social como estrategia de control social.

Se presentó la temática vinculada al disciplinamiento y a la idea de lo normal-patológico. Comprender la lógica del disciplinamiento a través del establecimiento de lo considerado normal o patológico permitió entender cómo esta construcción social permea las posturas en la sociedad en relación a determinados comportamientos o actitudes, según la época histórica. Por otro lado, se realizó una aproximación al modo en que se conforman hoy en día las subjetividades de las infancias y cómo el contexto social influye en dicho proceso. Posteriormente, en un segundo capítulo, se retomó la

noción de medicalización enfatizando en las características de sus orígenes en nuestro país, y se presentó su articulación con el surgimiento del Servicio Social, apreciando de esta manera cómo la profesión nace como auxiliar de la figura del médico y se ve influida por ello. Asimismo, se observó el devenir de la profesión en nuestro país, como parte de un movimiento latinoamericano más amplio, el movimiento de Reconceptualización, para llegar al actual Trabajo Social Crítico.

Se visualizó cómo la medicina contribuyó al disciplinamiento en nuestro país, colaborando en la normalización de la población. También se apreció cómo esto influyó en nuestras infancias y el lugar que tienen actualmente en el marco de una racionalidad que previene riesgos. En este capítulo también se presentaron datos y estudios realizados en nuestro país en torno a la temática, lo cual da cuenta de una creciente preocupación al respecto.

Finalmente, se llega a la etapa de entrevistas a las trabajadoras sociales que se desempeñan en el área de la salud, pública y privada, de la ciudad de Pando, pretendiendo realizar una aproximación al ejercicio de su rol en relación a la medicalización y patologización de las infancias.

De las entrevistas efectuadas a las trabajadoras sociales, es posible arribar a determinados planteos relacionados al tema del presente trabajo y conocer su postura al respecto. Vale aclarar que no se presentarán respuestas acabadas sobre el objeto de investigación, sino que se brindarán aproximaciones en relación a las percepciones de las profesionales entrevistadas.

Se realizará una descripción general sobre los centros de salud y las características del rol de las trabajadoras sociales insertas en estas organizaciones, para

luego pasar al análisis de las entrevistas en función del objeto de investigación propuesto.

Fueron entrevistadas cinco trabajadoras sociales, tres de tres centros de salud públicos, y dos de un centro de salud privado. El centro de salud público 1 brinda servicios en Segundo Nivel de Atención⁸, con cuatro servicios básicos: pediatría, ginecología, medicina general y cirugía, también un block de emergencia y otro quirúrgico; el centro de salud público 2 consta de un equipo especializado en Salud Mental que depende de la Dirección Nacional de Salud Mental de ASSE y brinda atención psicológica y psiquiátrica. El centro de salud público 3 brinda asistencia médica en el Primer Nivel de Atención, incluyendo atención odontológica y de ortodoncia, y trabaja bajo la modalidad de complementariedad entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y el Banco de Previsión Social (BPS). Por último, el centro de salud privado brinda asistencia integral incluyendo atención de emergencia, reanimación cardiorrespiratoria, internación sanatorial y tratamiento intensivo. Vale aclarar que las dos trabajadoras sociales entrevistadas del ámbito privado trabajan en la misma organización.

En estos centros de salud en donde se desempeñan las trabajadoras sociales, también trabajan administrativos, médicos generales, médicos especialistas y

⁸ “Para atender adecuadamente las demandas de las personas y que por ende exista un mejor funcionamiento del sistema de salud la Ley N° 18.211 también propone organizar el sistema mediante una red de niveles de atención, fortaleciendo principalmente la atención primaria en salud, entendida como las actividades dirigidas a la comunidad, las familias y personas con el objetivo de resolver las necesidades básicas de salud mejorando la calidad de vida de las personas en hábitat social y natural. Otro nivel es el segundo, destinado a generar actividades que brinden una atención integral de carácter clínico, obstétrico y quirúrgico, con una internación de breve o mediana estadía. Luego está el tercer nivel orientado a la atención de patologías que necesiten una alta especialización en los tratamientos y tecnología diagnóstica. (Poder Legislativo de la República Oriental del Uruguay, Ley N° 18.211, como se citó en Bravo et al., 2017, pp. 444-445).

enfermeros. Las cinco coincidieron en que las profesiones con las que mayormente comparten la tarea son: Psicología, Psiquiatría y Medicina General (especialmente médicos de familia).

En lo que respecta a la antigüedad, experiencia y rol, la trabajadora social del centro de salud público 1 se desempeña allí desde hace 7 años y depende de la Dirección. En cuanto al rol que cumple en el centro de salud, expresa que tiene que ver con el diagnóstico, evaluación y seguimiento de las situaciones que se le presentan.

En el caso de la trabajadora social del centro de salud público 2, hace 15 años que trabaja allí y depende a nivel territorial y de gestión del Centro Auxiliar de Pando y a nivel de política de salud de la Dirección Nacional de Salud Mental. Su rol tiene que ver con trabajar las situaciones que llegan a través de derivación ya sea de sus compañeros psicólogos o psiquiatras, o de parte del primer nivel de atención, integrar los Comités de Recepción de niños y de adolescentes, participar en grupos terapéuticos para usuarios de la policlínica, y realizar actividades en la comunidad como proyectos de trabajo destinados a diferentes poblaciones.

Las trabajadoras sociales del centro de salud privado se desempeñan allí hace 1 año y medio y dependen de Dirección Técnica. Dentro de su rol tienen que atender las consultas que llegan espontáneamente o por derivación de médicos o psicólogos de la mutualista, participar en los Comités de Recepción, en el Equipo de Violencia Doméstica y en la Policlínica de Salud Sexual y Reproductiva, y atender consultas de usuarios internados.

Por último, la trabajadora social del centro de salud público 3, trabaja allí desde hace 5 años, y depende de la Red de Atención del Primer nivel (RAP) Canelones Este. Su rol implica atender las consultas que llegan espontáneamente o que le son derivadas

por médicos o psicólogos compañeros, tanto en el Centro como en tres policlínicas en donde atiende, realizar coordinaciones interinstitucionales, participar en los nodos de familia de las policlínicas, integrar el equipo referente en violencia y participar en reuniones focales.

En cuanto a la población con la que trabajan, es amplio el espectro dado que se atiende a personas de todas las edades. Se trata de personas mayormente de nivel socio-económico bajo y en el caso del centro de salud privado también nivel medio.

En relación a la forma de recepción de las consultas si bien todas las profesionales tienen espacio de atención al cual las personas pueden anotarse espontáneamente, la mayoría de las consultas vienen por derivación de otras especialidades como médicos de familia o médicos generales, psicólogos, psiquiatras y, en menor medida, pediatras. En el centro de salud público 2 existen Comités de Recepción de niños y de adolescentes y en el centro de salud privado existen Comités de Recepción de niños y de adultos; en los cuales, como se mencionó anteriormente, participan las trabajadoras sociales.

En cuanto a los espacios establecidos para reuniones de coordinación de equipo, sólo en dos centros de salud públicos están preestablecidos días y horarios de reunión, y en el restante centro de salud público y en el privado se reúnen con Dirección o con médicos o psicólogos compañeros de trabajo en función de las necesidades que van surgiendo.

En relación a las situaciones que más consultas presentan, las entrevistadas coinciden en que las situaciones de violencia, abuso sexual y maltrato son las que más se dan. En relación a esto, es importante visualizar cómo impacta la medicalización en

la definición de las situaciones a atender, y es un puntapié inicial para introducir al lector en el análisis de las entrevistas.

Como se planteó con anterioridad, los procesos de medicalización cobran un papel relevante puesto que se tratan cada vez más problemas sociales desde el punto de vista médico. En ese sentido, considerando la noción de medicalización planteada anteriormente, una de las entrevistadas refiere:

Me acuerdo ya desde cuando yo era estudiante de Facultad, por ahí no tengo tan claro el concepto pero sí lo escuché estando en Facultad, ya hace unos cuantos años, esto de tratar problemas que capaz que no son médicos como médicos, temas más sociales que se vinculan a enfermedades y cosas que por ahí no tienen tanta coherencia. (Entrevista trabajadora social centro de salud público 3)

Al momento de indagar acerca del conocimiento que tienen las entrevistadas respecto a los procesos de medicalización, se percibe que realizan una asociación entre la noción de medicalización y lo que son los actos de medicar, lo cual es importante ya que esta confusión conceptual puede influir en las estrategias de intervención a ejecutar.

Hemos tratado también un poco el tema sobre todo con el equipo de niños, cuando atendemos en comité y bueno si bien han pasado básicamente en estos quince años tres psiquiatras infantiles, siempre con Psicología tuvimos la visión de trabajar integralmente las situaciones y la medicación en un niño o niña es sólo necesariamente. (Entrevista trabajadora social centro de salud público 2)

Considero que ha crecido enormemente la medicalización de las infancias particularmente después de la pandemia, veo constantemente niños y adolescentes en los que se busca esto de lo médico y no busco la raíz del problema, y no lo abordo desde un abordaje psicológico, multidisciplinario, con trabajador social, si bien apostamos a que si un niño, niña o adolescente necesita de una medicación por supuesto estamos afín y en realidad consideramos que son super importantes los tratamientos medicamentosos, entendemos de que muchas veces se soluciona o se intenta resolver a partir de medicar y no tanto buscar el fondo o la raíz del problema que lleva a ese tipo de conductas. (Entrevista trabajadora social 2 de centro de salud privado)

“A veces antes de intervenir y hacer todo ese procedimiento que tal vez es más largo, pero a la larga más efectivo es más fácil o de primera línea la medicalización de las infancias” (Entrevista trabajadora social 2 de centro de salud privado).

Como se desarrolló previamente, los actos de medicar con psicofármacos constituyen un aspecto central dentro de los procesos de medicalización, pero son sólo una de las expresiones de dichos procesos.

A propósito de esto, las entrevistadas presentan diferencias en sus respuestas en relación a la percepción de si hay un aumento o no en la cantidad de infancias medicadas:

“No he notado mucho cambio, se mantiene” (Entrevista trabajadora social 1 de centro de salud privado).

No creo que se haya sostenido, ahí discrepo, para mí que han aumentado totalmente y lo atribuyo 100% a la pandemia. Creo que la pandemia ha sido terrible para la salud mental de los niños y adolescentes, ha influido de forma significativa sin lugar a dudas, ha traído consecuencias terribles.
(Entrevista trabajadora social 2 de centro de salud privado)

“Creo que han aumentado sí sin duda, creo que están aumentando, si, lo que yo veo es eso. O sea, los diagnósticos están, para mí sí ha aumentado, yo veo muchos más niños” (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 3).

“No veo demasiados cambios en ese sentido, como que los criterios siguen siendo más o menos los mismos” (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 1).

A pesar de las diferencias en las respuestas, las cuales se basan en percepciones de las entrevistadas, en el presente trabajo se pone en evidencia un aumento del consumo de metilfenidato (investigación en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, estudio de la División Sustancias Controladas del MSP) y se mencionan observaciones que nuestro país recibió en torno a la prescripción excesiva de psicofármacos, las cuales se han centrado en el aumento de diagnósticos de Trastorno por Déficit de Atención y la indicación del metilfenidato para su tratamiento. Por ejemplo, un dato importante es que según el estudio del MSP en el primer semestre de 2014 se vendieron poco más de 40.000 dosis, y en el segundo semestre de 2016 la cifra alcanzó a más de 120.000.

Estos fenómenos se vinculan con los procesos de patologización de las infancias los cuales tienen lugar, al decir de Untoiglich (2013) “cuando características

como la tristeza, la inquietud infantil, la timidez, la rebeldía adolescente, que son inherentes a lo humano, se transforman en patología” (p.29).

Al indagar sobre estos procesos con las entrevistadas, una de ellas afirma:

Calculo que viene por la misma mano de la medicalización. De a todo darle un nombre, ponerle una etiqueta también a los niños, que capaz que es algo más... capaz que en algunos casos sí pero en otros puede ser algo más de funcionamiento familiar o de cambiar otras estrategias no sé, buscar otras cosas... Igual lo que pasa es que el mundo está así, no es sólo con los niños, lo llevo más a lo general, es como que para todo hay una pastillita, entonces nos acostumbramos a: “me duele acá, tengo que tomar algo” (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 3).

El etiquetamiento al que refiere la entrevistada es un elemento central en los procesos de patologización. Respecto a esto, autoras como Miguez y Sánchez (2005) plantean: “la etiqueta como marca hunde sus raíces en los procesos identitarios de esta infancia, anulando al niño o niña en su condición de tal, pasando a ser nombrado por la ‘patología’ que le fue asignada” (p. 2).

Como se expresó anteriormente, el encasillar a través de un diagnóstico puede proporcionar alguna certeza ante una realidad que se presenta inestable, y una necesidad de acercarse a lo “esperable” por la sociedad.

Para las entrevistadas, muchos de los diagnósticos de las infancias con las que trabajan tienen su origen en cuestiones sociales. En ese sentido, dos de ellas afirman: “muchas de las situaciones que se presentan en los niños son más bien reactivas, son

producto de modelos de crianza, de disfunción familiar.” (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 2).

“Hay como mucha violencia, mucha agresividad, que obviamente tiene que ver con el contexto familiar y demás.” (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 3).

A partir de estas afirmaciones se podría esbozar cómo de alguna manera se responsabilizaría a las familias por los comportamientos disruptivos de las infancias, recordando la fase preventivista de la medicalización de las infancias, bajo la cual se pone foco en las familias.

Es interesante en este punto el aporte de Muniz (2015) quien afirma:

Por alguna razón escasamente argumentada, se arriba a diagnósticos saltando algunas etapas del proceso necesario para comprender el significado que el síntoma tiene para el niño y para su familia. Así como ese niño o niña han devenido parte de una familia que ha depositado un sinnúmero de atribuciones, la sintomatología también se encuadra en un repertorio de intercambios vinculares. (p. 25)

La comprensión de los parámetros sobre los cuales se establece la patología, es fundamental al momento de abordar las situaciones de las infancias que se presentan como problemáticas. Al ser consultadas, las entrevistadas manejan como causas de la patologización de las infancias diversos motivos, desde los que se vinculan a una detección más temprana de las patologías -lo cual hace que haya más infancias atendidas-, hasta los que aluden a ausencias de redes de contención, escasez de recursos y conflictos familiares:

“La escasez de recursos, las redes de contención también, las formas de abordar las situaciones, me parece que va por ahí.” (Entrevista trabajadora social 1 de centro de salud privado).

Uno pueden ser las familias, el desmembramiento de las familias. Después esto de corrientes que han cambiado, el consumo de tecnología (...) Capaz que deserciones escolares, como que no hay demasiado apoyo familiar y ves que los niños van quedando. Sistemas educativos demasiado formales que no se ajustan a las realidades, todo ayuda. (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 1)

Se aprecia en este sentido la relación entre las respuestas y lo desarrollado en el capítulo 1 respecto a lo que se entiende por patologización de las infancias como traducción de comportamientos que podrían ser respuestas a las actuales condiciones de vida, en términos de enfermedad.

Por otra parte, se entiende, según la lectura realizada por la estudiante, que podría existir una confusión en las entrevistadas en cuanto a lo que es la patologización de un comportamiento y lo que sería el diagnóstico de una patología. En el caso de una de las entrevistadas, al ser consultada respecto a los motivos que considera que generan la patologización de las infancias responde:

En realidad, me parece que los factores pueden ser diversos, en algún caso sí puede haber una carga genética como son algunos trastornos mentales crónicos pero después me parece que es más un tema familiar, un tema del contexto social en el que viven, de si hay violencia si no hay violencia, del consumo, es como muy amplio en realidad los factores que pueden llevar a una patología. (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 3)

En otra de las respuestas de las entrevistadas también se aprecia que podría presentarse dicha confusión:

Hay cuestiones también hereditarias. Tú ves que todas las familias tienen ciertas cuestiones, sobre todo en el déficit intelectual, eso a veces se ve... Ahí es más biológica, cuestiones de patologías ya hereditarias. Y hay otros trastornos que se definen tempranamente, trastorno del espectro autista, cada vez llegan más tempranamente, ya se definen, y en ese sentido está bien porque te permite guiar un poco en los tratamientos, la estimulación de ese niño, la inserción social, educativa. (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 2)

En este punto, cabe recordar la noción de procesos de patologización mencionada en el Informe Final del INDDHH y Defensoría del Pueblo (2019):

En el contexto de la medicalización, pueden significarse como enfermedades o expresión de patologías, fenómenos o conductas que son sólo expresión de fenómenos familiares, sociales, económicos o culturales. Esto último ha sido conceptualizado como procesos de patologización y se expresa fundamentalmente a través de dos fenómenos: la necesidad de diagnosticar o incluir en categorías diagnósticas toda conducta que no forma parte de lo “esperado” por los adultos; significar a las niñas, niños y adolescentes que presentan tales conductas como problemáticos, poniéndolos en el centro de todas las acciones y descontextuados de los factores familiares, sociales, económicos y culturales. (p.19)

Tal como se expresa y como se mencionó anteriormente, el etiquetamiento, la necesidad de nominar, de llenar de significados comportamientos que revisten cierta complejidad está en el centro de los procesos de patologización de las infancias.

Para continuar con los motivos que la generan, una de las trabajadoras sociales del centro de salud privado afirma:

Ahí me parece que en realidad como motivos, es porque... la sociedad en realidad es así a nivel general, si lo llevamos a la vida las etiquetas existieron desde siempre, y el nombrar a alguien por algo más que por una cualidad o una forma de ser es como que la sociedad está muy acostumbrada a eso y es más fácil también, sos eso y te tratamos para eso y ya está, siempre es como el camino más fácil. (Entrevista trabajadora social 2 centro de salud privado)

Este aspecto se podría reflejar en lo que plantea Vallejos (2009) en cuanto a que se instala en la sociedad un mecanismo por el cual bajo determinada idea de normalidad se forja una producción de sujetos a medida de la cual no es posible escapar.

La doctora en Psicología Gisela Untoiglich (2013) expresa en relación al tema de la patologización la importancia de considerar las causas que pueden estar llevando a un niño a comportarse de determinada manera, ya que si se toman únicamente los comportamientos observables se corre el riesgo de que la clínica (así lo plantea por su profesión), se transforme en una serie de procedimientos burocráticos y no se acceda a lo que verdaderamente está provocando ese sufrimiento.

En tal sentido, es importante considerar lo que señala Muniz (2015) respecto a que “los niños suelen acallar su sufrimiento en cuanto perciben la imposibilidad de los adultos para contener su dolor, su temor, por lo que los transforman en acción produciendo así alteraciones en las conductas o somatizando” (Muniz, 2015, p. 23).

Se entiende que la singularidad del niño se expresa a partir de la interiorización de un deber ser que entra en conflicto con la complejidad de la vida cotidiana del mismo. Cabe mencionar en este punto las ideas de Sartre (1963) quien se refiere a “la interiorización de lo exterior y la exteriorización de lo interior” lo cual alude a cómo los seres humanos incorporamos las características de un mundo que está prefijado y a su vez lo hacemos de modo tal que conjugamos con nuestra propia subjetividad esa interiorización. Este proceso implica que los seres humanos incorporemos formas de ser y estar en el mundo que son externas a nosotros pero que a partir de nuestra subjetividad son exteriorizadas generando un impacto en la sociedad, haciendo visibles nuestras experiencias a través de nuestras acciones.

Dicho proceso se ve influenciado por lo que es determinado como normal o anormal, lo esperable o no, lo cual como se vio anteriormente es un producto de cada época.

En tal sentido, Miguez (2011) manifiesta

Que la niñez se exprese a través de sus cuerpos manifestando violencias, imposibilidades de estarse quietos, falta de concentración, etc., se considera remite a una exteriorización singularizada de una interiorización colectiva que busca legitimar, producir y reproducir una sociabilidad propia de las sociedades modernas (en este caso la uruguaya), atravesadas cada vez con

mayor énfasis por una lógica de control del pensamiento y de las conductas.
(p.26)

Las entrevistadas manifiestan que, ante estas situaciones de las infancias consideradas problemáticas, se pretende buscar una solución en el afuera sin cambiar nada a la interna familiar, y se espera que los niños respondan como adultos.

Tolerancia no hay mucha, o a veces esto en general que el niño tiene cierto comportamiento porque quiere, a conciencia, y bueno hay toda una deconstrucción ahí, o que se espera un comportamiento o una respuesta, pero desde el lugar adulto. (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 2)

En este sentido, la normalización que realiza la medicina moderna cobra un papel fundamental como estrategia biopolítica que estructura la percepción y el control del cuerpo humano, a través de definir qué es considerado saludable o patológico.

Ante este panorama, cabe preguntarse de qué modo el trabajador social ejerce su rol inmerso en los centros de salud seleccionados, considerando estos procesos de medicalización y patologización ya expuestos y la predominancia del saber médico.

Para seguir con esta línea y en relación a si se percibe una subordinación al saber médico, las trabajadoras sociales del centro de salud privado y la del centro de salud público 1 hicieron énfasis en que, si bien no lo sienten tanto hoy en día, sí depende un poco del profesional, de que logre “hacerse un lugar”.

Cuando recién ingresamos sí, bastante, después nos fuimos ganando nuestro lugar y también se ha tenido respuesta por parte del equipo de Trabajo Social (...) sí, en un principio se sentía un poco más esta subordinación del

saber médico, que siempre está no es que desaparece y bueno también dependiendo mucho del profesional, hay médicos que toman mucho en cuenta la palabra del trabajador social, hay otros que más o menos y hay otros que no. La realidad sí es que nuestro rol a nivel salud está bastante subordinado, pero bueno también al mostrar respuesta desde nuestro lugar se empieza a ganar uno el respeto de lo que es el trabajo y la importancia que tiene el trabajador social en los sistemas de salud. (Entrevista trabajadora social 2 de centro de salud privado)

Sí, hay un tema de poder. Como que el médico tiene la última palabra, el tema es que como te dije yo llevo años acá y me he ganado el lugar. Va en el profesionalismo con que cada uno se mueve. Yo considero que soy respetada, escuchada, pero bueno sí hay una dominancia médica (...) Una persona que viene sin conocimientos de cómo manejarse es complicado, no es fácil. Pienso en otra característica de profesional y se le complicaría. Como que no están dadas las estrategias para tener un rol fuerte social. (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 1)

Como se aprecia, las entrevistadas manifiestan que el poder/saber médico se ejerce con predominancia sobre su rol y dan cuenta de que el ejercicio de la práctica del trabajador social, queda muchas veces ligado a la capacidad que tengan para poder “hacerse un lugar”; deben demostrar con resultados la importancia de su rol y tener las características como para hacerse escuchar en un ámbito en el cual los médicos representan el saber experto.

En ese sentido, la trabajadora social del centro de salud público 1 expresa:

En un comité el Trabajo Social se tiene que imponer para ganar un rol, porque no es fácil que le den un rol. Porque ahí trabajas con psiquiatra y psicólogo y la voz y el voto lo tienen desde ahí. Trabajo Social se tiene que imponer como para ser escuchado, ganarse el lugar sino quedas como una figura decorativa. (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 1)

Es importante en este punto considerar cómo el surgimiento de la profesión de alguna manera se vincula con esta idea de tener que “hacerse un lugar” ya que en sus orígenes la profesión era auxiliar al médico.

La definición del campo de competencias del Servicio Social a partir de las décadas del 30 y del 40 revela entonces dos marcas de origen: su construcción estrechamente ligada a la constitución del campo sanitario y una identidad que comienza a ser construida en función de los nuevos modelos etiológicos que afirman la importancia de los factores psicosociales para la salud. (Ortega y Mitjavila, 2005, p. 215)

Tal como se mencionó en el capítulo 2, el Servicio Social en Uruguay nace en el marco del período neobatllista (1940-1960) como parte de las estrategias disciplinadoras que conformaron el proceso de medicalización de la sociedad uruguaya, y es a instancias del Instituto de Higiene Experimental de la Facultad de Medicina que surge bajo una fuerte impronta higienista.

En cuanto a las trabajadoras sociales del centro de salud público 2 y 3, no han percibido en general dicha subordinación ni la necesidad de tener que hacerse un lugar en la organización o entre los compañeros de trabajo.

No, para nada, es como que nos podemos complementar bien en la intervención y de hecho compartimos muchos espacios en conjunto, propiamente dentro de los comités y en procedimientos también. Las derivaciones, todo el equipo comparte y en ese sentido no hay ningún problema. (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 2).

No, no yo he sentido eso, al menos en los lugares donde he trabajado, me vinculo bastante bien con los médicos, trato de siempre desde que ingresa alguien nuevo presentarme y explicar un poco cómo trabajo, el tema de cómo hacerme las derivaciones (...) ya hemos como acordado una forma de trabajo en equipo o en red y está bueno. (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 3).

En estas respuestas se ve reflejado el hecho de que depende de la organización y de la importancia que se le da al ejercicio de la profesión, que las trabajadoras sociales puedan desempeñarse en condiciones óptimas. Asimismo, también influye en el ejercicio del rol el hecho de que se considere un número adecuado de trabajadores sociales en función de la demanda existente. Lo cual lleva a preguntarse, por ejemplo, si se le da la importancia que amerita en la organización cuando se visualiza que la trabajadora social no está pudiendo cubrir la demanda existente: *“en mi caso al estar sola muchas veces me veo desbordada y ya ni trabajo en redes. El tema redes a veces lo abandono y es muy importante”* (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 1).

En otros casos, como se expresó, se aprecia un reconocimiento del trabajo y de la necesidad de horas técnicas:

Pasaba esto de que las compañeras que estuvieron anteriormente, que siempre era una, estaban como bastante desbordadas, era demasiado (...)
Nosotras cuando arrancamos acá teníamos menos horas, por suerte tuvimos una respuesta por parte de la institución, cuando se dieron cuenta de que la demanda era permanente se nos aumentaron las horas. (Entrevista trabajadora social 2 de centro de salud privado)

La cuestión de la carga horaria es uno de los temas fundamentales en el abordaje dado que esto afecta directamente la calidad de la atención. Relacionado a esto, por ejemplo la trabajadora social del centro de salud público 3 afirma:

“En todas las policlínicas [donde estoy] hacen una reunión mensual pero el tema es que yo por estar en diferentes lugares, diferentes días suelo no estar participando” (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 3).

En otro momento, la misma entrevistada acota:

Integro el equipo referente en violencia de la zona de Pando con la doctora que es médica de familia y comunitaria (...) *Los días martes tenemos compartido 3 o 4 horas de la jornada después de las consultas para reunirnos como equipo, que en realidad nos está faltando psicólogo, el equipo está incompleto en realidad, tendríamos que ser las tres disciplinas y ahí trabajamos situaciones más vinculadas a violencia de género y generaciones.* (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 3)

Se ve reflejada aquí la escasez de horas técnicas dado que se cuenta con tan sólo 3 o 4 horas semanales de trabajo en equipo para cubrir situaciones de todo Pando.

Es posible pensar en este momento, dado lo anteriormente expuesto, desde una perspectiva de Trabajo Social Crítico, qué instancias tienen las entrevistadas como para hacer visible sus necesidades a partir de una práctica reflexiva que refleje la importancia de su labor, y colocar sobre la mesa sus demandas profesionales. Cabe aquí hacer mención a las ideas de Montaña (2019) quien sostiene la importancia de comprender el Trabajo Social Crítico a través de una crítica entendida como crítica radical (en sentido Marxista), la cual tiene como objetivo alcanzar el origen de los fenómenos, intentando superar su visión aparente.

Por otro lado, en relación al abordaje que las trabajadoras sociales pueden efectuar respecto a las situaciones que se les presentan, se destaca el hecho de que se trata de procesos complejos que llevan tiempo y análisis.

“Las intervenciones llevan mucho tiempo, mucho pienso, mucho intercambio con colegas y bueno intervenir desde el equipo de Trabajo Social en situaciones complejas lleva su tiempo, lleva muchas horas” (Entrevista trabajadora social 2 de centro de salud privado).

Este aspecto, se contrapone a las características de la actual sociedad de consumo y neoliberal en la cual se buscan soluciones inmediatas. El abordaje que se realiza actualmente bajo la lógica de la gubernamentalidad neoliberal, la cual como se vio apuesta al autogobierno de los individuos, implica recortes en las políticas sociales y alteraciones en sus orientaciones y funcionalidad; todo lo cual afecta al ejercicio de la profesión del trabajador social (Montaña, 2003).

Asimismo, el tema de la falta de recursos y herramientas tiene un papel importante al momento de abordar las situaciones de las infancias consideradas problemáticas: *“a veces no sé si pasa tanto por tolerar o no sino por esto de falta de*

recursos, de herramientas que aporten y contengan a las situaciones” (Entrevista trabajadora social 1 de centro de salud privado).

En cuanto a lo que se mencionaba anteriormente respecto a la falta de recursos, es un aspecto que plantean todas las entrevistadas y en el cual hacen hincapié en referencia a que consideran que es un factor clave que influye en la proliferación de situaciones de infancias medicalizadas y en el tipo de abordaje que se puede efectuar desde los equipos; la falta de recursos en cuanto a recursos humanos y también recursos materiales e inmateriales. En ese sentido la trabajadora social del centro de salud público 3 acota: *“en general en el país, pero en esta zona estamos bastante mal, no se consiguen horas y eso capaz que también no ayuda a que puedan sostener los tratamientos o puedan tener una atención adecuada.”* (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 3).

En el marco de esta gubernamentalidad neoliberal, se individualizan las responsabilidades y la subjetividad se construye a partir de la competencia para acceder a oportunidades y recursos. *“Así, en esa nueva estrategia hegemónica (neoliberal) del gran capital, se concibe un nuevo trato a la ‘cuestión social’. (...) La universalización cede lugar a la focalización y descentralización”* (Montaño, 2003, p. 18).

Esto incide directamente en las posibilidades con que cuentan las personas para acceder a recursos y atención de calidad, y especialmente lleva a pensar en qué lugar quedan las infancias ya que no tienen posibilidad de reclamar recursos para sí. En relación a esto, cabe mencionar lo desarrollado en el capítulo 1 en cuanto a la contradicción que se presenta en torno a que, si bien las infancias son consideradas sujetos de derechos, principalmente desde fines del siglo XX, esto no se condice con

el tratamiento que reciben dado que se les sobre exige para cumplir con un deber ser hegemónico. Asimismo, es clave reflexionar sobre cómo puede responder el trabajador social a estos procesos en el ejercicio de su rol, y evidenciar si se está ante una postura que refuerza las actuales condiciones de subjetivación de las infancias y sus condiciones de trabajo o, por el contrario, que las cuestiona y apunta hacia un trabajo más crítico.

Según Montaña (2019) la práctica crítica del trabajador social no sería por sí sola transformadora, pero sí implicaría ir más allá de lo explícito comprendiendo la dinámica social. En ese sentido, Untoiglich (2017) apunta que las patologías que hoy en día se presentan refieren más a un “desamparo epocal”, y expresa que “el profesional que toma en cuenta la complejidad de la época puede ser un posibilitador de oportunidades en tanto propicie encuentros subjetivantes, aloje al otro en su otredad y ayude a tejer tramas de sostén que sustenten al niño y a los padres.”

En relación a estas ideas se podría entender que en función de la descripción que realizan las trabajadoras sociales entrevistadas sobre su rol, éste queda envuelto en los complejos procesos de medicalización y patologización de las infancias, ya que terminan centrándose en el abordaje de las consecuencias de los fenómenos, y lo hacen desde lo considerado esperable. Se presenta asimismo en el ejercicio del rol una fuerte impronta propia de los orígenes del Trabajo Social, caracterizada por las funciones educativas y sanitarias.

Trabajamos mucho con las familias como pilar fundamental de intervención (...) No se puede trabajar con un niño, niña o adolescente si no se trabaja con esa familia. Hay que fortalecer a las familias, brindar herramientas de pautas de crianza saludable y acompañar. Me parece que el rol nuestro en

estas instituciones básicamente es el acompañamiento, el sostén, la escucha sin juzgar, desde un lugar muy empático y cálido, me parece que va por ahí (Entrevista trabajadora social 2 de centro de salud privado).

Por otro lado, surge como forma de realizar un abordaje integral la necesidad de trabajar en equipo, con otros, con otras disciplinas.

“El trabajo en grupo, en equipo, poder trabajar con psicólogos, con psiquiatras, poder intercambiar, escuchar la postura de todos, que todos tengan el mismo valor, me parece que va por ahí” (Entrevista trabajadora social 2 de centro de salud privado).

Este aspecto se desarrolló con anterioridad como uno de los puntos clave mencionados en el Ciclo de conversatorios del GEDIS (2020), dado que la interdisciplinariedad se transforma en un aspecto fundamental al momento de atender las situaciones de infancias medicalizadas y patologizadas. Se entiende que la interdisciplina es una forma de trabajar en conjunto, de modo horizontal y compartiendo un pensamiento sobre las situaciones. Es una interacción de saberes y habilidades a partir del cual se construye un conocimiento y experiencia nuevos que contemplan un abordaje compartido de los problemas del sujeto (Eroles, 1998).

Este aspecto no se presenta de la misma forma en todos los centros de salud a los cuales pertenecen las entrevistadas, sino que en algunos se habilita en mayor medida que en otros el intercambio con otras disciplinas, ya sea por falta de recursos o por cómo se estructura el rol. En ese sentido, la trabajadora social del centro de salud público 1 expresa:

El equipo que hacíamos dupla con la jefa de Pediatría en este momento está certificada. Esas ausencias repercuten en la atención. Cuando estaba el rol

de médico de familia como que cubría todo (...) en un momento también estaba psicólogo y Trabajo Social, ahora en este momento fijo sólo me encuentro yo. (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 1)

Por otro lado, una de las trabajadoras sociales del centro de salud privado manifiesta: *“acá trabajamos en equipo, más que nada equipo de Trabajo Social pero compartimos con psicólogas, con psiquiatras mucho; yo particularmente que estoy en Comité de niños trabajo con psicóloga y psiquiatra infantil (...) compartimos mucho y trabajamos mucho a la par.” (Entrevista trabajadora social 2 de centro de salud privado).*

En el caso de la trabajadora social del centro de salud público 3, integra el equipo de violencia junto con la médica de familia, como se mencionó anteriormente, pero acota que el equipo está incompleto ya que estaría faltando la presencia de psicólogo.

Para continuar con el análisis respecto al abordaje que se realiza de las infancias medicalizadas y patologizadas, un aspecto que se ha mencionado y en el que se hace hincapié tiene que ver con el trabajo con las familias. En ese sentido, una de las trabajadoras sociales entrevistadas plantea la necesidad de formación e información para las mismas:

Creo que falta mucha información y formación para estas familias, que eso estaría bueno, que hubiera grupos que pudieran orientar también. Porque yo me imagino, me pongo en ese lugar, si bien puedo entender capaz un poco más que alguna madre que ha venido también hay herramientas que yo no tengo, no manejo, entonces me parece que falta más información y formación

para ayudar a esas familias a que puedan hacer lo mejor posible por sus hijos (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 3).

Al considerar lo anterior, es posible evidenciar que la entrevistada alude a la necesidad de formación e información, pero en un sentido de abordar la problemática desde lo biológico, brindando herramientas a las familias para sobrellevar las expresiones que exteriorizan las infancias. Esto si bien es necesario, sería una parte de la intervención y no debería tender a responsabilizar únicamente a las familias por las conductas de las infancias ni a ver sólo la “punta del iceberg”. De todos modos, se evidencian intentos por superar el diagnóstico médico y poder pensar las situaciones de medicalización y patologización como problemas complejos multicausales.

“Me parece que tiene que ver ya sea no sólo con un tema genético sino con un tema cultural, con un tema de familia, de cómo la mujer se cuidó durante el embarazo, del contexto socio-económico, familiar” (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 3).

Aun así, en general cuando se les consulta a las entrevistadas sobre cuáles creen que son los motivos que generan la patologización y medicalización de las infancias, se remiten más a los síntomas y no a cómo se conforma socialmente ese diagnóstico. Esto, por ende, repercute en las estrategias de intervención, ya que las mismas tienden más bien a actuar sobre las infancias y sus familias, restando un nivel más de abordaje que tiene que ver con entender el contexto de los sujetos y poder incidir en el entramado social.

Estos aspectos fueron desarrollados en el capítulo 1 al mencionar la importancia de pensar a la infancia en el contexto que lo rodea.

Otra área importante tiene que ver con la salida a la comunidad y la búsqueda de alternativas para trabajar desde lo local, lo cual es mencionado como propuesta a seguir en el Ciclo de conversatorios del GEDIS (2020). Con respecto a eso, algunas entrevistadas afirman:

En esta profesión tenés que ser artesano. Primero tenés que amar lo que hacés, y la alternativa es trabajar con las familias, un pienso desde el hogar, a veces también tener respuestas desde los centros educativos, y buscar otras alternativas; educación no formal para apoyar, integrar, que se vea que la solución puede venir por otro lado que no sea solamente la atención médica, la medicación. (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 1)

Hay un montón de estrategias... movilizar recursos que a veces tienen que ver con otras instituciones que a veces brindan ciertos cuidados, o ciertas otras alternativas de recursos a las que no pueden acceder las familias si las tuvieran que pagar, o si se brindan por otras instituciones como el MIDES, como espacios comunitarios que promueve la intendencia o redes. (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 2)

El trabajo con la comunidad se ve dificultado muchas veces por, como ya se vio, las características del rol y las exigencias de la organización.

Si te vas mucho te reclaman, ¿'cómo te vas tanto'? no entienden. Entonces no podés decir bueno mirá yo tengo 8 horas para trabajar en la comunidad y 16 horas para trabajar acá adentro, no te lo admiten, entonces vos no te podés comprometer a trabajar acá y allá en la comunidad. (Entrevistada trabajadora social de centro de salud público 1)

Se visualiza en este punto que mayormente el rol del trabajador social se presenta con una fuerte impronta del Trabajo Social tradicional dado que, si bien en la teoría está considerado el trabajo en la comunidad, en los hechos no es reconocido.

En el informe de la INDDHH y Defensoría del Pueblo (2019) se establece que existen importantes debilidades en cuanto a espacios de intercambio entre las distintas instituciones donde el niño, niña o adolescente transita. En los procesos asistenciales no está pensado ni contemplado este aspecto, lo que podría limitar a los profesionales a pesar de su intención de realizarlo. (p. 40)

Un ejemplo de esto es que sólo en uno de los centros de salud públicos se trabaja en proyectos con la comunidad, en donde se aborda la prevención en distintas áreas y en conjunto con instituciones educativas: *“ahora estamos con un proyecto que estamos trabajando en la UTU y en los dos liceos de Pando y eso lo hacemos con Psicología”* (Entrevista trabajadora social de centro de salud público 2).

No está previsto que las trabajadoras sociales participen en espacios de coordinación y articulación territorial. Por ejemplo, se sabe a partir de la investigación que en la ciudad de Pando funciona una red llamada Red Social de Pando en la que participan actores locales de la educación no formal (Clubes de Niños, Centro Juvenil y CAIF), MIDES, Desarrollo Humano y Unidad de Animación de la Intendencia de Canelones y ASSE, y en donde se tratan temas relativos al pleno goce de derechos de niños, niñas y adolescentes.

Las trabajadoras sociales entrevistadas no participan en dicho espacio dado que no está implícito en su rol el dedicar horas a este tipo de tareas. A su vez, también

funciona el Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV), integrado por distintos organismos nacionales junto con actores locales pertenecientes a la educación no formal, pero tampoco participan allí.

Para finalizar este tercer capítulo, cabe mencionar la importancia de reflexionar acerca de cómo aún hoy influye en el ejercicio de la profesión el origen subordinado al saber/poder médico, y de dimensionar lo que la medicalización y patologización implican para el desarrollo de las infancias. El análisis efectuado evidencia las posibilidades reales de acción que el trabajador social tiene, las cuales muchas veces distan del ideal pensado, coloca la importancia de que se encuentre enmarcado en una organización del área de la salud, y presenta desafíos a los que se enfrenta en el ejercicio del rol bajo la actual racionalidad gubernamental neoliberal.

Capítulo 4. Reflexiones finales

El objeto del presente trabajo surgió sobre la base de investigar acerca de la situación actual de los procesos de medicalización y patologización de las infancias en Pando y cómo el trabajador social desde su intervención se relaciona con dichos procesos.

En tal sentido, es posible afirmar que las trabajadoras sociales entrevistadas parten de nociones de medicalización y patologización que podrían confundirse con lo que serían los actos de medicar con psicofármacos y los diagnósticos de patologías desde un punto de vista biológico. Esta confusión podría provenir del propio impacto que estos procesos generan en la sociedad y del cual es muy difícil abstraerse.

Asimismo, las trabajadoras sociales se desenvuelven dentro de organizaciones que también están inmersas en dichas condiciones y que, por lo tanto, son atravesadas por el discurso médico, lo cual hace que el ejercicio del rol se vea afectado en cuanto

a que lo que se espera de éste es actuar sobre los síntomas a través de incidir en los comportamientos familiares, dando cuenta de una responsabilización de las familias por las expresiones que las infancias exteriorizan.

En este sentido, podría afirmar que en el caso concreto de los centros de salud analizados en la ciudad de Pando el rol está orientado a actuar en las situaciones pensándolas desde un punto de vista biologicista; podría tratarse de un rol más bien pasivo que tiende a reproducir el discurso hegemónico y se alinea con el Trabajo Social más tradicional.

Asimismo, a lo largo de la investigación se aprecia también la influencia que ejerce la organización al momento de determinar las acciones a desplegar por parte de las trabajadoras sociales, en el hecho de que no a todas se les brinda de la misma manera la posibilidad de trabajar con otras disciplinas y/o con la comunidad, aspectos que se mencionan como claves -desde los distintos actores vinculados a la temática- para afrontar los procesos de medicalización y patologización de las infancias. Como por ejemplo en el Ciclo de conversatorios del GEDIS (2020), se plantea la necesidad del trabajo en dispositivos locales, que actúen en la cercanía de las familias. Se alude a dispositivos interdisciplinarios que aborden las situaciones desde el paradigma que ve a las infancias como sujetos de derechos.

En relación a esto, desde este Ciclo de conversatorios también se expresa la necesidad de un abordaje desde la intersectorialidad, la importancia de construir prácticas de cuidado, respetuosas de los tiempos de cada infancia, de crear relaciones de cuidado en red y de promover lógicas colectivas en un sistema que excluye cada vez más a los que considera anormales (GEDIS, 2020).

Un aspecto importante que surge de las entrevistas y que se ha abordado en el recorrido teórico realizado, tiene que ver con la falta de recursos, tanto materiales como recursos humanos. Esto se puede vincular a las ideas que se manejaron en torno a la actual racionalidad gubernamental neoliberal a través de la cual se focalizan las políticas sociales según una optimización de recursos, apostando al autogobierno de los individuos y desplegando acciones tendientes a un creciente individualismo.

Se infiere que las profesionales entrevistadas entienden a la interdisciplina y al trabajo en comunidad como formas favorables de prevenir y abordar la medicalización y patologización, sin embargo, al mismo tiempo al intentar llevar esto a la práctica la realidad es que no todas cuentan con horas suficientes o con la apertura organizacional como para poder tejer otro tipo de redes que logren alojar a las infancias. A propósito de esto y retomando la idea de Trabajo Social crítico, según Montaña (2019) la “práctica crítica” implica la articulación con otros actores y la capacidad de socializar el conocimiento crítico de la realidad.

A partir de la investigación realizada, se podría afirmar que existe una ausencia de participación en espacios de reflexión e intercambio en los cuales se pueda justamente socializar el conocimiento y generar estrategias desde la comunidad.

Por otro lado, se observa una falta de sistematización de la información, que pueda ser de utilidad para evidenciar el impacto que los actuales procesos de medicalización y patologización de las infancias generan.

Con respecto a la subordinación del Trabajo Social al saber/poder médico, un elemento clave en el análisis de este trabajo dado que su hegemonía se manifiesta desde los orígenes de la profesión, se aprecia en general un fuerte protagonismo del mismo en el discurso de las entrevistadas. Si bien algunas de ellas no lo perciben tan

acentuadamente, se considera que igualmente esa influencia está presente al momento de delimitar las situaciones de las infancias a abordar y, por ende, las estrategias a seguir.

Tal como se vio en el recorrido teórico, el niño ha sido sujeto del disciplinamiento en distintos momentos históricos, bajo la premisa de generar un futuro adulto dócil a la lógica capitalista. Con el paso del tiempo, las infancias han tomado un nuevo lugar por el cual comprometen el desempeño actual de sus adultos responsables. Se percibe un corrimiento en el foco de interés en los actuales procesos de medicalización y patologización de las infancias, ya que, si bien las acciones se orientan a éstas, el centro de la preocupación está en que los adultos puedan ejercer su rol de consumidores y trabajadores, perdiéndose de vista el sufrimiento psíquico que se genera en las infancias. Queda como tarea, casi como un deber del trabajador social, poner en evidencia estos fenómenos y dar voz a las infancias silenciadas. El propiciar espacios de sostén y de reforzamiento de las identidades, en donde las infancias puedan expresar sus emociones y vivencias, se vuelve clave al momento de abordar el sufrimiento psíquico que padecen.

El rol de las trabajadoras sociales insertas en el área de la salud tanto en el sector público como privado en la ciudad de Pando, tal como aparece establecido en general, no contempla específicamente la participación de los profesionales en ámbitos de intercambio con otras disciplinas, lo cual considero es un perjuicio para un ejercicio de la profesión desde un punto de vista crítico.

Finalmente, es pertinente plantear a modo de reflexión las ideas de Montaña (2019) en cuanto a la necesidad de que la profesión de Trabajo Social pueda orientarse hacia una postura crítica de los actuales procesos de disciplinamiento, expresados en

la medicalización y patologización de las infancias, apostando a una formación que no se reduzca a dar respuesta a las demandas inmediatas de la población, y a un papel activo en la sociedad por el cual se produzca conocimiento y se cuestione lo explícito.

Para dar un cierre a este proceso de trabajo, cabe mencionar que la presente investigación, como se dijo al comienzo, no pretende dar respuestas acabadas sino, de lo contrario, dar los rodeos teóricos pertinentes sobre el tema seleccionado con el fin de visibilizar la importancia de los procesos de medicalización y patologización de las infancias en relación al quehacer profesional del Trabajo Social. En función de las aproximaciones planteadas, se apuesta a que la investigación habilite nuevas inquietudes y así contribuir a continuar pensando sobre la situación de las infancias en el marco de estos procesos y el papel que el trabajador social puede jugar al respecto.

Referencias bibliográficas

Amador, J. (2012). Condición infantil contemporánea: hacia una epistemología de las infancias. *Pedagogía y Saberes*, 37, 73-87.

Barrán, J. P. (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos (I) El poder de curar*. Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, J. P. (2014). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay: La cultura "bárbara" -El disciplinamiento*. Ediciones de la Banda Oriental.

Batthyány, K. (coord.); Cabrera, M (comp.) (2011). *Metodología de la investigación en ciencias sociales: apuntes para un curso inicial*. Udelar. CSE.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/26551>

Beltrán, M. J. (2018). La intervención de la psiquiatría en el tratamiento de los niños difíciles en Uruguay (1930-1950). *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 29-49. <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v8.n2.3>

Beltrán, M. J. (2022). Infancia, desviación y peligrosidad: hacia la detección de los niños socialmente problemáticos. En M. Mitjavila (Org), *A medicalização do espaço social: objetos discursivos e tecnologías políticas na América Latina do século XX* (pp. 131-148). LiberArs.
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/233582>

Bentancor, Ma. (2006). *¿Disciplina profesional o profesión de la disciplina? Una mirada sobre el surgimiento del trabajo social en el Uruguay de las primeras décadas del s. XX*. [Tesis de grado]. Universidad de la República.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/20028>

Bravo, N., Medina, M. A. y Díaz, Sh. (2017). Trabajo Social en el tercer nivel de atención en salud; implicancias del quehacer profesional. En C. Silva (coord.), *Transformaciones sociales, protección social y trabajo social* (pp 441-454). Udelar. FCS-DTS.

Brzozowski, F., Caponi, S. y Welter, A. (2022). *Medicalização da infância:*

diagnósticos e uso de psicofármacos no século XX. En M. Mitjavila (Org), *A medicalização do espaço social: objetos discursivos e tecnologías políticas na América Latina do século XX* (pp. 131-148). LiberArs. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/233582>

Díaz, M. (2013). Del disciplinamiento de los cuerpos al gerenciamiento de la vida. Mutaciones biopolíticas en el presente en torno a la construcción de la anormalidad. *De Prácticas y Discursos. Cuadernos de Ciencias Sociales*, 2 (2). <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/ces-unne/20141001053149/Diaz.pdf>

Donzelot, J. (2008). *La policía de las familias*. Nueva visión.

Eroles, C. (1998). La intervención individual y familiar en la metodología del trabajo social. En C. Eroles (Coord.) *Familia y trabajo social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional* (pp.13-27). Espacio.

Fagúndez, V. (2015). *Reflexiones en torno al fenómeno del uso de psicofármacos en niños. Una aproximación a la situación de la ciudad de Artigas, Uruguay*. [Tesis de grado]. Universidad de la República. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/5819>

Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Altamira.

Foucault, M. (2000). *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*. Fondo de Cultura Económica.

https://drive.google.com/file/d/0B4BaSBtsIZ60d25Icl9wSIRYanc/view?resourcekey=0-a_RwIVlhC-rf0dIRqoq-tQ

Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.

GEDIS (2007). Los Hijos de Rita Lina. Una realidad que nos involucra a todos. *Revista regional de Trabajo Social*, 21 (40), 23-35.

GEDIS (22 de octubre de 2020), *Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias en Uruguay* [video]. Facebook.

<https://www.facebook.com/1045843892145428/videos/394696121668513>

GEDIS (5 de noviembre de 2020), *2do. Diálogo de saberes sobre medicalización y patologización de las infancias y adolescencias en Uruguay* [video]. Facebook.

<https://www.facebook.com/1045843892145428/videos/356105962128953>

GEDIS (23 de noviembre de 2020), *3era. Jornada medicalización y patologización de las infancias y adolescencias en Uruguay* [video]. Facebook.

<https://www.facebook.com/1045843892145428/videos/1255834404784764>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M.D.P. (2014). *Metodología de la investigación*, (6ta. edición). McGraw Hill .

<http://repositorio.ucsh.cl/bitstream/handle/ucsh/2792/metodologia-de-la-investigacion.pdf?sequence=1>

Iamamoto, M. (1997). *Servicio Social y división del trabajo*. Cortez.

Iamamoto, M. (2003). *El servicio social en la contemporaneidad: trabajo y formación profesional*. Cortez.

INDDHH (2019) *Grupo de trabajo medicalización y patologización de las infancias y adolescencias. Informe final*.

https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2019-12/Medicalizaci%C3%B3n%20de%20la%20infancia_ctapa-1.pdf

Karam, T. (2005). Una introducción al estudio del discurso y al análisis del discurso. *Global Media Journal México*, 2(3). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68720305>

Kosik, K. (1967). *Dialéctica de lo concreto*. Grijalbo S.A.

Kruse, H. (1971). *La Reconceptualización del Servicio Social en América Latina*. Uruguay.

https://sga.unemi.edu.ec/media/archivomateria/2023/03/13/archivomaterial_202331321152.pdf

Lasch, C. (1996). *Refugio en un mundo despiadado: reflexión sobre la familia contemporánea*. Gedisa

Lourau, R. (2001). *El análisis institucional*. Amorrortu.

Mastroianni, M., Ackermann, C., Speranza, N., Catenaccio, V., Telechea, H., Giachetto, G., y Tamosiunas, G. (2017). Características del uso de psicofármacos en niños hospitalizados. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 88(3), 132-141.

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/11008/1/adp88-3_mastroianni-psicofarmacos.pdf

Menéndez, E. (1984). Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico. *Revista Paraguaya de Sociología* 21(61), 153-171.

Míguez, M. N. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Estudios Sociológicos.

Miguez, M. N. (2012). Niñez psiquiatrizada del Uruguay del siglo XXI. *Revista +psicolog@s*, (239), 7-13.

https://www.psicologos.org.uy/revistas/239_revista2012_jul.pdf

Míguez, M. N. (2014). Metodologías de investigación desde la razón dialéctica. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social* 7(4), 7-18.

<http://www.relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/106/109>

Míguez, M. N. (Coord.) (2015). *Patologización de la infancia en Uruguay, aportes críticos en clave interdisciplinar*. Estudios Sociológicos.

Míguez, M. N. (2017). Genealogía, poder y disciplinamiento en el trabajo social: un análisis desde Foucault. *Revista Fronteras*, (10), 163-174.

<https://hdl.handle.net/20.500.12008/10197>

Míguez, M. y Sánchez, L. (2005, noviembre 29 – diciembre 4). Cuerpos etiquetados, emociones resquebrajadas. [Ponencia en congreso] Congreso ALAS, XXX, Costa Rica. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/25663>

Míguez, M. N. y Sánchez, L. (2015). Etiquetas infantiles. En M. N. Míguez (Coord.), *Patologización de la infancia en Uruguay, aportes críticos en clave interdisciplinaria* (pp. 29-60). Estudios Sociológicos.

Míguez, M. N. y Sánchez, L. (2017). Cuerpos y emociones: etiquetas en la infancia. En G. Vergara, A. De Sena (Comps.), *Geometrías sociales* (pp. 191-205). Estudios Sociológicos.

Mitjavila, M. (1998). *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Udelar.

<https://hdl.handle.net/20.500.12008/34177>

Mitjavila, M. (2020). Sobre la medicalización de la infancia socialmente problemática: objetos y trayectorias de la psiquiatría. *Política e Sociedade*, 19 (46), 95-114. <https://doi.org/10.5007/2175-7984.2020.e75356>

Montaño, C. (2003). Hacia la construcción del Proyecto Ético-político Profesional Crítico. En E. Borgianni, Y. Guerra, y C. Montaño (Orgs.), *Servicio Social crítico*,

hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional (pp. 16-26).

Cortez.

Montaño, C. (2019). El trabajo social crítico. *Pensamiento y Acción Interdisciplinaria*, 5(2), 8-21. <http://doi.org/10.29035/pai.5.2.8>

Muniz, A. (2013). Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 135-154.

Muniz, A. (2015). La dimensión compleja del sufrimiento en la infancia. En M. N. Miguez (Coord.), *Patologización de la infancia en Uruguay, aportes críticos en clave interdisciplinaria* (pp 19-28). Estudios Sociológicos.

Muniz, A. (2018). El remedio y la enfermedad. La cuestión de la patologización de la infancia en Uruguay. *Revista Contextos Psi*, (001), 1-10.

<https://www.psicologos.org.uy/uncategorised/textos-completos-revista-contextos-psi-n-001-junio-2018/>

Netto, J.P. (1992). *Capitalismo monopolista y Servicio Social*. Cortez.

Ortega, E. (2003). *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. [Tesis de maestría]. Universidad de la República.

<https://hdl.handle.net/20.500.12008/7647>

Ortega, E. y Mitjavila, M. (2005). El preventivismo sanitarista y la institucionalización del Trabajo Social en el Uruguay neobatllista: una indagación genealógica. *Revista Katálisis*, 8(2), 211-224.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179616343008>

Palummo, J. (2015). Coerción farmacológica y derechos humanos. En M. N. Miguez (Coord.), *Patologización de la infancia en Uruguay, aportes críticos en clave interdisciplinar* (pp. 79-90). Estudios Sociológicos.

Parra, G. (2004). *Aproximaciones al desarrollo del movimiento de Reconceptualización en América Latina. Aportes a la comprensión de la contemporaneidad del Trabajo Social*. Documento presentado en Seminario de Trabajo Social, San José de Costa Rica.
https://www.academia.edu/97987549/Aproximaciones_al_desarrollo_del_Movimiento_de_Recapitulaci%C3%B3n_en_Am%C3%A9rica_Latina_Aportes_a_la_comprensi%C3%B3n_de_la_contemporaneidad_del_Trabajo_Social

Plá, A., García, A., González, H., Ferrari, C., Olmedo, M., Rodríguez, J., Castellano, L., Demassi, P., Furtado, F. y Couture, E. (2017). *Caracterización del consumo de metilfenidato en Uruguay*. M.S.P.

https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/2014-2016%20-%20Informe%20%20Metilfenidato%20-%20accesible_0.pdf

Riba Campos C. E. (2017). Análisis del discurso. En A. Padró-Solanet y C. E. Riba Campos.. *Análisis de datos en la Administración Pública II, febrero 2017*. Universidad Oberta de Catalunya. <http://hdl.handle.net/10609/140407>

Sartre, J. P. (1963). *Crítica de la razón dialéctica*. Losada.

https://proletarios.org/books/Sartre-Critica_de_la_razon_dialectica_I.pdf

Speranza, N., Goyeneche, N., Ferreiro, D., Olmos, I., Bauger, M., Oyarzun, M., Aramendi, I., Greckzanic, A., Giachetto, G., Roca, G., Viola, L., Nanni, L. (2008). Usos de Metilfenidato en niños y adolescentes usuarios de servicios de asistencia pública de montevideo. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 79(4), 277-283.

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v79n4/v79n4a02.pdf>

Stolkiner, A., (2012). Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta”.

Propuesta Educativa, (37), 28-38.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403041708004>

Torres Bares, C., y Escarabajal Arrieta, M. D. (2005). Psicofarmacología: una aproximación histórica. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 21(2), 199–212. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/26801>

UNIRadio (2019, noviembre 22). Déja Vu: Patologización de la infancia.

<https://www.uniradio.edu.uy/2019/11/deja-vu-patologizacion-de-la-infancia/>

Untoiglich, G. (2011). ¿En dónde ubican su atención los niños desatentos?

Herramientas psicoanalíticas para abordar la problemática desatencional en la clínica y la institución escolar. *Revista RUEDES*, 1(2), 111-132.

<https://bdigital.uncu.edu.ar/fichas.php?idobjeto=3935>

Untoiglich, G. (Coord.). (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Noveduc.

Untoiglich, G. (2017, octubre 25). Desatentos, hiperactivos, opositoristas... ¿Por qué encontramos cada vez más niños clasificados? *Letra Urbana*.

<https://letraurbana.com/articulos/desatentos-hiperactivos-oposicionistas-por-que-encontramos-cada-vez-mas-ninos-clasificados/>

Vallejos, I. (2009). La categoría de normalidad: una mirada sobre viejas y nuevas formas de disciplinamiento social. En A. Rosato y M. A. Angelino (Coords.), *Discapacidad e ideología de la normalidad, desnaturalizar el déficit* (pp 95-115). Noveduc.

Valles, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.