

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Licenciatura en Trabajo Social
Monografía final de grado

**Determinantes socio - políticos del tratamiento psiquiatrizado de
las infancias en la educación primaria**

Nombre: Antonella Bergami Domínguez
Orientadora: Profa Cecilia Silva Cabrera

Montevideo, 10 de noviembre de 2025

Resumen

El presente trabajo conforma la monografía de grado de la Licenciatura de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. El tema se centra en el estudio en los determinantes sociopolíticos del tratamiento de las condiciones de sufrimiento de niños y niñas a partir de mecanismos de psiquiatrización.

En Uruguay, las infancias atraviesan una situación crítica, según informes de las distintas instituciones y organizaciones especializados (UNICEF, INDDHH, entre otros). Un alto porcentaje de niños y niñas vive bajo la línea de pobreza y en contextos familiares donde adultos referentes enfrentan condiciones laborales precarias y limitaciones en el acceso a prestaciones sociales necesarias para garantizar una debida atención en salud mental.

El análisis histórico, permite observar que el desarrollo de las infancias ha estado condicionado por la conformación del Estado moderno, en el cual la institución escolar y el hospital encargado de la atención en salud mental, se constituyeron como dispositivos destinados a disciplinar y normalizar a quienes se desviaban de la norma. En la actualidad, ambas instituciones comienzan a reconsiderar su vínculo con la infancia desde una perspectiva social y política, buscando nuevas formas de respeto, acompañamiento e interacción.

Para avanzar en este sentido, es necesario abandonar la idea del monopolio del poder por parte de las instituciones escolares y de la salud mental, y promover entre los distintos profesionales una construcción colectiva de conocimiento, donde la intersectorialidad sea un eje central para el bienestar de las infancias. Dicha perspectiva, debe estar acompañada por políticas públicas que reconozcan las individualidades sin perder de vista su pertenencia a procesos y estados colectivos. En este marco, el Ministerio de Salud Pública y la Dirección General de Educación Inicial y Primaria han desarrollados programas y planes orientados a respetar y acompañar las diversas manifestaciones emocionales de niños y niñas.

Finalmente, en las consideraciones finales se exponen las relaciones entre la educación y la salud mental, los procesos que inciden en el bienestar infantil y la necesidad de continuar y fortalecer

las políticas públicas que garanticen el ejercicio pleno de los derechos de niños y niñas en estado de vulneración por su salud mental.

Palabras clave: salud mental, educación, infancia, psiquiatrización, políticas públicas.

Índice

Introducción.....	4
Capítulo 1: El lugar de las infancias en el contexto socio político actual.....	8
Capítulo 2: Educación primaria y atención de la salud en el cuidado de la infancia.....	16
Capítulo 3: Políticas públicas que determinan la atención a la salud mental y su relación con el sistema educativo.....	26
Consideraciones finales.....	43
Bibliografía.....	46

Introducción

El presente trabajo conforma la monografía de grado de la Licenciatura de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. El mismo aborda los determinantes socio políticos en el ámbito de la salud mental, específicamente en el tratamiento psiquiatrizado de las infancias en el ámbito escolar.

Resulta relevante abarcar este tema debido a que las infancias se encuentran en una situación de vulneración de derechos, esto implica que sus vivencias y oportunidades son limitadas por experiencias adulto céntricas y condicionadas por factores sociales, ambientales, culturales y económicos del contexto en el cual crecen. Además de la familia, la escuela tiene un rol fundamental como aquella institución donde se lleva a cabo procesos de socialización de las infancias, no sólo construye o transmite conocimientos, sino que también reproduce o cuestiona relaciones de poder, aspecto clave para entender prácticas de sufrimiento mental.

En las últimas décadas, se ha evidenciado a través de diversos estudios realizados por organismos e instituciones referidas a las infancias, un aumento de la cantidad de niños que se encuentran con tratamiento psiquiatrizado, siendo la escuela una de las primeras instituciones donde se expresan estas situaciones y también el nexo entre las familias y el servicio de salud. A su vez, se han evidenciado escenarios de medicalización precoz, elevadas dosis de fármacos sin un tratamiento frecuente y una comunicación escasa entre los espacios e instituciones que trabajan con niños de manera directa, como por ejemplo profesionales de la salud y de la educación.

Es interesante lo expuesto, debido a que se considera la situación de cada niño de manera aislada y totalmente individualizada, es por eso que analizar los determinantes sociopolíticos del tratamiento psiquiatrizado de las infancias, implica reconocer que las formas de interactuar, diagnosticar e intervenir no son neutras sino el resultado de una construcción histórica atravesada por relaciones de poder de los distintos saberes. Tanto desde el ámbito sanitario como educativo, se han implementado dispositivos de control social, uno de ellos son las prácticas de medicalización que buscan resolver, mediante fármacos o diagnósticos, conductas y manifestaciones emocionales que expresan tensiones sociales más amplias y estructurales.

El análisis de esta situación donde están presentes las relaciones de poder y que muchas veces se contraponen con la realidad de las infancias, se comienza a considerar en la Ley de Salud Mental N° 19.529, que propone un paradigma de derechos humanos y un abordaje integral, comunitario e interdisciplinario. Sin embargo, la misma carece de especificaciones profundas para el área de la niñez y también de alternativas reales para abordar las distintas situaciones de las personas con tratamiento psiquiatrizado. A su vez, en la realidad persisten prácticas educativas y modelos sanitarios centrados en el diagnóstico individual, que reducen el sufrimiento a causas biológicas o psicológicas, sin considerar las condiciones estructurales que las generan. Esta tensión, constituye un punto clave para comprender las formas actuales de intervención sobre las infancias.

Desde una perspectiva educativa, resulta necesario cuestionar el lugar que ha tenido la misma a nivel histórico, destacándose situaciones de disciplinamiento, control, normalización de niños y niñas, y si se han producido cambios sustanciales hasta la actualidad. Además, es preciso reflexionar sobre el lugar que asume la institución frente a la aparición de sufrimiento infantil, los discursos que orientan sus decisiones de derivación al ámbito sanitario y de qué manera las políticas públicas condicionan u orientan las decisiones que se llevan a cabo.

El estudio de los determinantes sociopolíticos del tratamiento psiquiatrizado de las infancias se justifica por su pertinencia social, educativa y ética. Comprender cómo se construyen las categorías que definen a cada niño o niña, ya sea desde el ámbito educativo como sanitario, permite visibilizar los efectos que tales discursos producen sobre sus trayectorias escolares y su subjetividad. A su vez, aporta herramientas para repensar las políticas públicas referidas a la infancia, reconociéndolos como sujetos de derechos, sujetos activos que están en crecimiento dentro de una coyuntura social, económica y cultural que determina de manera indirecta las manifestaciones emocionales.

El presente trabajo se desarrolla desde una metodología cualitativa, de carácter teórico documental, sustentada en el análisis crítico de fuentes bibliográficas y normativas, vinculadas a los grandes conceptos que la atraviesan como infancia, educación y salud mental. El procedimiento consistió en la revisión, selección y análisis de diversos textos académicos,

marcos legales y políticas públicas, con el objetivo de identificar y analizar los determinantes sociopolíticos del tratamiento psiquiatrizado de las infancias en el ámbito escolar.

El objetivo general que orienta todo el desarrollo de la presente monografía consiste en analizar los determinantes sociopolíticos que intervienen en el tratamiento psiquiatrizado de las infancias en el ámbito educativo, considerando las políticas públicas del Estado frente a manifestaciones de sufrimiento mental. Para llevarlo a cabo se desarrollan tres objetivos específicos que estructuran el desarrollo de cada capítulo, orientando el análisis progresivo de las distintas dimensiones del tema abordado.

El objetivo específico: describir la situación de las infancias en el contexto socio histórico actual, se lleva a cabo en el primer capítulo donde se presentan datos y cifras de informes de Unicef y del Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, referidos a la situación social, económica y cultural de las infancias y por ende de los adultos responsables de las mismas, haciendo hincapié en la salud mental y en la institución escolar. Se expone la necesidad de considerar la situación de la infancia con respecto al acceso a distintos recursos y servicios como la educación de calidad y la atención en salud mental, como alarmante debido a que un gran porcentaje de niños y niñas vive bajo la línea de pobreza.

En el segundo capítulo se desarrolla el objetivo específico: Conocer cómo el Estado moderno contribuyó a construir una determinada noción de infancia, que sentó las bases para procesos de psiquiatrización y normalización. En el mismo, se explicita el proceso simultáneo de la conformación del Estado moderno y el disciplinamiento hacia las infancias con la finalidad de la consolidación del nuevo sistema. Este disciplinamiento se produce principalmente en la escuela, la cual comienza a desarrollar la concepción de homogeneidad que se mantiene hasta el presente, es por eso que aquellos niños y niñas que producen distintas expresiones emocionales pasan a ser observados con cristales diferentes. A su vez se analizan las propuestas educativas frente a las distintas maneras que tienen las infancias de vincularse y las relaciones que establecen con el centro educativo y con el aprendizaje.

En el último capítulo, se lleva a cabo el tercer objetivo específico que consiste en: Analizar de qué manera las políticas públicas reproducen o transforman las lógicas de control y medicalización de las infancias, visibilizando los determinantes sociopolíticos que las atraviesan en el ámbito escolar. En el mismo se desarrolla un análisis exhaustivo de las políticas públicas que tienen como finalidad atender la situación de vulneración de las infancias con respecto a la salud mental y a la educación. Para esto, se realiza una revisión de la Convención de los Derechos del Niño, el Código de la Niñez y la Adolescencia N° 17823 y la ley de Salud Mental N° 19529, sus aspectos legales pero también aquellos planes y programas focalizados en las infancias y la atención de la misma, la contradicción con lo que sucede realmente y las irregularidades de algunas situaciones.

Por último, se presentan las consideraciones finales, que retoman los principales hallazgos del análisis realizado y reflexionan sobre los desafíos pendientes. En ellas, se destaca la importancia de fortalecer las articulaciones institucionales y la idea de proyección y continuidad, tanto a nivel legislativo como asistencial y educativo, para avanzar hacia políticas públicas integrales que permitan que niños y niñas logren su bienestar y vivan en una sociedad más justa e inclusiva.

Capítulo 1: El lugar de las infancias en el contexto socio político actual

En el presente capítulo se exponen algunos componentes actuales que permiten abordar el objetivo específico referido a describir la situación de las infancias en el contexto socio histórico actual. Para esto se presentan informes de UNICEF y del Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH), que exponen datos sobre el acceso a recursos y la posibilidad de satisfacer necesidades básicas, entendiendo que la coyuntura en la que el individuo desarrolla los primeros años de vida han repercutido y repercuten en el bienestar de las infancias, por ende, no es posible comprenderlas aisladas de los contextos adultos que integran.

Según UNICEF (2024), “en 2023 aún había alrededor de 150.000 niños y adolescentes viviendo bajo la línea de pobreza” (p. 4). Esta cifra es alarmante y repercute en la forma de relacionarse con el aprendizaje que se lleva a cabo en la institución educativa, la cual ha establecido desde sus inicios cómo deben desempeñarse sus actores, y sistemáticamente, aquellos que no siguen las normas son etiquetados e indirectamente desvinculados.

Situación actual de la infancia en Uruguay

En los últimos años se han producido cambios en la sociedad que han incidido en diversos sectores de la población de manera diferente según las oportunidades y conformaciones de los mismos, uno de ellos es la infancia, donde se ha tratado de considerar a sus integrantes como sujetos de derechos. Uruguay, al igual que varios países de la región, es partícipe de convenciones y organizaciones internacionales que colocan en el centro los derechos de niños y niñas¹.

A nivel nacional se crean distintas sedes, organismos e instituciones que intentan materializar y concretar lo acordado a nivel internacional. Pero se observa que los resultados referidos a este sector de la población no han sido los deseados por aquellos actores que tienen como eje central el bienestar de las infancias.

¹ En el texto se mencionará como NNA.

Pardo (2024), en su artículo titulado “*Números rojos de las infancias y adolescencias en Uruguay: un asunto político impostergable*”, expresa que “20 de cada 100 niños y niñas en Uruguay de hoy viven en la pobreza (...)” (p. 1), y realiza una reflexión a modo de denuncia, en la cual se pone en discusión la necesidad de que el Estado y el Poder Ejecutivo intervengan de manera urgente, considerando la situación de las infancias como uno de los problemas estructurales de la sociedad y no como expresiones aisladas, utilizando intervenciones individuales dependientes del partido político de turno,

Sin caer en ingenuos romanticismos, no atender con la seriedad que amerita la situación de la infancia y la adolescencia de Uruguay de hoy no es hipotecar futuro solamente, sino que es atentar a diario contra aspectos esenciales del desarrollo humano de una sociedad (Pardo, 2024, p. 3).

En abril de 2024, la Organización Mundial para la Educación Preescolar (OMEP) realizó una declaración pública sobre la situación de Uruguay en cuanto a la primera infancia y sostienen que según el Instituto Nacional de Estadística (INE), “El aumento general de la pobreza afecta en su mayoría a la población infantil y adolescente y a los hogares con mujeres jefas de familia. Entre las personas de hasta 6 años la pobreza pasó del 17% en el año 2019 al 20,1% en el año 2023” (OMEP, 2024, p. 1).

Los datos e informes mencionados, expresan que la infancia presenta una situación crítica en términos de bienestar. Puede afirmarse que se trata de una realidad alarmante, ya que los niños y las niñas no cuentan con los medios para revertir por sí mismos estas condiciones, dado que su edad requiere del acompañamiento y la responsabilidad de los adultos. A su vez, en las condiciones en las que desarrollan, o en muchos casos, sobreviven; están profundamente determinadas por factores estructurales, como el acceso al mercado laboral, que incide no solo en la posibilidad de satisfacer necesidades básicas, sino también en el acceso a servicios fundamentales.

En junio de 2024, UNICEF presentó su artículo “*Análisis de la pobreza infantil en Uruguay y propuestas políticas*”, en el que se exponen datos cuantitativos sobre la situación de las infancias

en el país y también posibles políticas y recomendaciones para el Estado con el objetivo de apaciguar los efectos de la pobreza en las infancias y reducir la desigualdad social.

En el mismo se plantea que, “Si bien en los últimos dos años la pobreza de niños, niñas y adolescentes descendió, en 2023 aún había alrededor de 150.000 niños y adolescentes viviendo bajo la línea de pobreza” (UNICEF, 2024, p. 4). La línea de pobreza la determina el INE y varía si se analiza un hogar de Montevideo, del interior urbano (más de cinco mil habitantes) o del interior rural.

En la Tabla 1. titulada *Línea de pobreza según cantidad de personas en el hogar y área geográfica (diciembre de 2023)*, se expresa que en un hogar integrado por 1 persona se encuentra en la línea de pobreza si sus ingresos están por debajo de \$19.819 en Montevideo, \$12.908 en el interior urbano y de \$8.807 en el interior rural. En el otro extremo se expresa que un hogar con 6 integrantes en Montevideo debe tener ingresos mayores a \$92.697, en el interior urbano \$63.004 y en el interior rural \$44.923 para no estar en la línea de pobreza.

Tabla 1.
Línea de pobreza según cantidad de personas en el hogar y área geográfica
(diciembre de 2023)

Integrantes	Montevideo	Interior urbano	Interior rural
1 persona	19.819	12.908	8.807
2 personas	35.882	23.746	16.482
3 personas	50.872	33.994	23.833
4 personas	65.224	43.890	30.992
5 personas	79.130	53.540	38.017
6 personas	92.697	63.004	44.923

Fuente: Unicef (2024). *Análisis de la pobreza infantil en Uruguay y propuestas de política*.

Es preciso mencionar que, según este informe, “el 67% de los hogares pobres con niños, niñas y adolescentes viven sólo uno o dos niños o adolescentes” (UNICEF, 2024, p. 8). Frente a esto, en Montevideo, los hogares integrados por dos personas necesitan un ingreso de \$35.882, y los de

tres integrantes, \$50.872; mientras que en el interior urbano estos valores son \$23.746 y \$33.994, respectivamente, y en el interior rural \$16.482 y \$23.833.

Lo expresado invita a cuestionar el pensamiento cotidiano referido a que, las familias que se encuentran en la línea de pobreza son aquellas con cuatro o más integrantes menores de edad. Además ofrece una oportunidad para investigar el mundo del trabajo de dichos hogares, en un principio se debe tener presente los determinantes del ingreso, luego la situación y condición laboral de los mismos.

Con respecto a cómo se determina el ingreso para poder compararlo con la línea de pobreza, UNICEF (2024) sostiene que en este se incluyen “los ingresos en dinero provenientes del trabajo, los de transferencias, los de capital y algunos fictos (“imputados”)” (p. 9)². Es decir, el ingreso que determina la línea de pobreza no está determinado únicamente por el ingreso líquido que reciben los hogares, sino que se incluyen otros aspectos necesarios para lograr el bienestar.

A partir de esto, se expresa que en los hogares pobres con niños y niñas, “los ingresos promedio fueron de \$46.100 mensuales, mientras que la línea de pobreza promedio para estos hogares se ubicó en \$60.900. Por lo tanto, la brecha de pobreza para estos hogares es de \$14.800” (UNICEF, 2024, p. 10).

² Ingresos laborales líquidos, tanto monetarios como retribuciones en especie, ya sean formales o informales. Transferencias monetarias: Tarjeta Uruguay Social (TUS), Asignaciones Familiares (AFAM), jubilaciones, pensiones, seguro de desempleo, becas.

Transferencias en especie: desayunos, almuerzos o meriendas en comedores escolares y del Instituto Nacional de Alimentación (INDA), canastas del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) —Uruguay Crece Contigo (UCC), INDA, emergencia—. Para incluir las transferencias en especie en el cálculo del ingreso se asigna un monto equivalente a su valor.

Transferencias de otros hogares: pensión alimenticia, contribuciones por divorcio o separación, dinero recibido de familiares u otros hogares en el país o en el exterior (remesas).

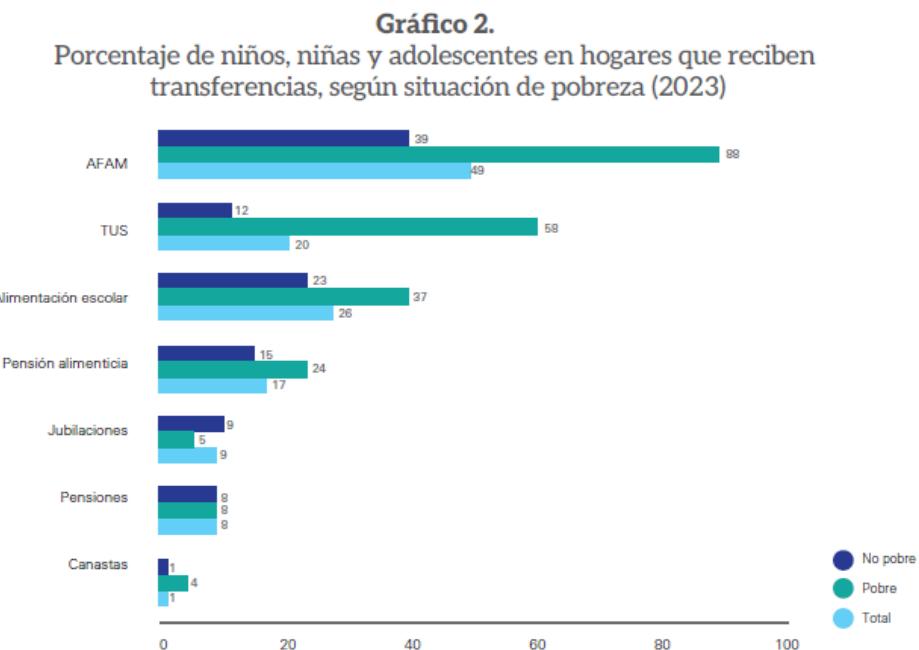
Ingresos imputados: valor locativo y FONASA:

- Valor locativo: a los hogares que son propietarios de su vivienda se les asigna un valor equivalente al que obtendrían si la alquilaran (valor locativo), que se adiciona como parte del ingreso del hogar.
- FONASA: a las personas cubiertas por el FONASA se les asigna un ingreso correspondiente a la cuota mutual, ya que no deben pagarla.

Retribuciones del capital: dinero recibido por alquiler de propiedades, arrendamiento de campos, intereses por depósitos, bonos, etc.

La principal fuente de ingreso de estos hogares se originan a través de la actividad laboral; según el INE, el 85% de los mismos cuenta con ella, pero es preciso mencionar que las remuneraciones que obtienen son muy bajas, con un promedio de \$13.700 mensuales. Además, más de la mitad de los ingresos de estos hogares presentan trabajos informales, lo que afecta directamente el acceso a la seguridad social y “los vuelve más vulnerables ante shocks económicos o personales (maternidad, enfermedad, accidentes)” (UNICEF, 2024, p. 10).

Si se observa el Gráfico 2, titulado *Porcentaje de niños, niñas y adolescentes en hogares que reciben transferencias, según situación de pobreza (2023)*, una fuente importante de ingresos de los hogares pobres, son las transferencias focalizadas del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), las cuales representan un 15% de sus ingresos totales, aproximadamente \$6.700.



Fuente: Unicef (2024). *Análisis de la pobreza infantil en Uruguay y propuestas de política*.

Según datos de UNICEF (2024), las Asignaciones Familiares (AFAM) son las transferencias con mayor alcance en los hogares de NNA; el 88% de los hogares que se encuentran por debajo de la línea de pobreza las reciben. Además, la Tarjeta Uruguay Social alcanza a más de la mitad de estos hogares, y el servicio de alimentación en las instituciones educativas a un tercio de ellos.

Los ingresos y el ser considerado pobre o no, están muchas veces determinados por la cantidad de integrantes del hogar. Según datos del INE presentados en la Tabla 2., titulada *Distribución de hogares pobres con niños, niñas y adolescentes según composición del hogar y situación laboral de los adultos* (2023), un 34 % de los NNA en hogares pobres viven en hogares monoparentales (87% con la madre). Si bien cuentan con ingresos laborales, la inserción es precaria y compleja debido a la necesidad de conciliar las tareas domésticas y de cuidado con el trabajo remunerado.

Tabla 2.
Distribución de hogares pobres con niños, niñas y adolescentes
según composición del hogar y situación laboral de los adultos (2023)

Tipo de hogar	Distribución de niñas, niños y adolescentes pobres	Promedio de niñas, niños y adolescentes	Probabilidad de que el hogar sea pobre
Monoparental	34%	2,5	21,3%
Biparental - ningún adulto ocupado	2%	2,2	33,6%
Biparental - un adulto ocupado	28%	2,3	20,7%
Biparental - más de un adulto ocupado	21%	2,4	5,8%
Extendido	15%	2,1	14,3%
Total / promedio	100%	2,3	13,4%

Fuente: Unicef (2024). *Análisis de la pobreza infantil en Uruguay y propuestas de política*.

Por otra parte, el 51% de NNA en situación de pobreza viven en hogares biparentales. De ellos, el 28% reside en un hogar donde solo un adulto está ocupado, un 21% donde hay más de un adulto ocupado pero con remuneraciones muy bajas, y un 2% donde no hay un adulto ocupado pero se encuentra buscando empleo o realiza trabajo doméstico. El restante 15% de NNA viven en hogares pobres extendidos, que generalmente se consideran aquellos donde vive al menos uno de los abuelos; en estos hay, en promedio, tres adultos y dos de ellos están ocupados.

Si se considera específicamente el mundo del trabajo, “la mayoría de los adultos en hogares pobres desean acceder al mercado laboral” (UNICEF, 2024, p. 16), pero se enfrentan a tres obstáculos: “la dificultad para conciliar el trabajo remunerado con el cuidado y las tareas

domésticas, la dificultad para conseguir empleo y la precarización laboral” (UNICEF, 2024, p. 16).

Con respecto al primero, se expresa que si bien NNA asisten a instituciones educativas, el horario de estas en ocasiones es incompatible con el horario laboral, teniendo que priorizar el cuidado de los menores. En cuanto al segundo, se relaciona mayormente con el fenómeno de desempleo juvenil, dado que el 47% de los adultos de hogares pobres son menores de 35 años.

El último obstáculo, referido a la precarización laboral, UNICEF (2024), expresa que el 71% de los trabajadores pobres se encuentran en la informalidad y reciben bajos salarios. En este grupo, el 60% de los trabajadores pobres obtuvo ingresos líquidos de \$15.000, y el 50% de las personas pobres son cuentapropistas. Además, ellas enfrentan mayor inestabilidad laboral.

Los datos expuestos son necesarios para considerar cómo se encuentran las infancias en Uruguay a nivel general donde se destacan factores estructurales de la sociedad, para luego tener en cuenta datos referidos al tratamiento psiquiatrizado de las mismas. Según La Diaria (2023), en el tercil de ingresos más bajos hubo “un aumento de los comportamientos ansiosos, depresión, aislamiento y problemas del sueño” (p. 2). Es decir, los niños que viven en hogares pobres están más propensos a tener su salud mental vulnerada debido a que las condiciones ambientales, laborales, de alimentación, violencia y cuidados, entre otras, inciden en la crianza de las infancias.

Según el informe final del grupo de trabajo *Medicalización y patologización de las infancias y adolescencia* de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) (2019), en Uruguay las personas que “prescriben psicofármacos y/o psicoestimulantes desde el sistema de salud público y privado debe acceder a ellos a través de mecanismos de control del Ministerio de Salud Pública” (p. 27). Sin embargo, este último no cuenta con una sistematización de la información que permite analizarla; es por ello, que los datos que surgen en relación a la salud mental de las infancias no reflejan con exactitud la situación actual.

Algunos datos interesantes son que “MSP reporta un total de egresos de internaciones en clínicas especializadas en salud mental de niños, niñas y adolescentes a través de prestadores privados, de 622 en 2017 y 1245 en 2018” (INDDHH, 2019, p. 30). La Sociedad de Psiquiatría del país se manifestó frente a la situación de atención de las infancias y adolescencia y sostuvo que,

se prolongan los tiempos en los hospitales - con la iatrogenia que esto implica- por la ausencia de dispositivos de egreso, centros de día, etc. Además existe un incremento de patología en la infancia que es imposible atender como corresponde por la desintegración de equipos de atención al niño y su familia (INDDHH, 2019, p. 28).

Por otro lado, en 2014 se realizó un estudio sobre el uso de psicofármacos en niños y niñas menores de 15 años hospitalizados en el Pereira Rossell y una encuesta a padres reveló que, “de 608 encuestados, 46 niños consumían 74 psicofármacos” (INDDHH, 2019, p. 29).

En cuanto a la institucionalización por salud mental, el INDDHH (2020) sostiene que el encierro de NNA presenta períodos prolongados: “más de un quinto (21%) de los niños, niñas y adolescentes están internados hace más de dos años en un centro de atención en salud mental” (p. 14). El uso de psicofármacos se ha vuelto cada vez más frecuente en las infancias, tanto en quienes están institucionalizados como en aquellos que viven en sus hogares con sus familias.

Por último, es preciso reconocer que la situación de niños y niñas que atraviesan experiencias de sufrimiento mental repercute directamente en sus vínculos con los adultos, con sus pares, con su entorno, con las instituciones a las que asisten y también en sus procesos de aprendizajes, considerándolo al igual que la educación, como un derecho esencial. En este sentido, resulta pertinente analizar los determinantes del tratamiento psiquiatrizado de la infancia a través de dos instituciones que cumplen un rol fundamental en la construcción de la subjetividad: la escuela y los centros de salud, así como el lugar que ambas ocupan en la conformación del Estado y su accionar.

Capítulo 2: Educación primaria y atención de la salud en el cuidado de la infancia

En el presente capítulo se desarrolla el objetivo específico: conocer cómo el Estado moderno contribuyó a construir una determinada noción de infancia, que sentó las bases para procesos de psiquiatrización y normalización. En este sentido, cobra importancia para el análisis la conformación del Estado moderno y la necesidad de que instituciones como la escuela pública acompañaran dicho proceso, debido a que era imprescindible impulsar la creación de un nuevo tipo de individuo, distinto al que se conocía, que obedeciera y respetara las normas impuestas. Para lograrlo, se comenzó a disciplinar los cuerpos desde la infancia, ocupando la familia y el Estado un rol central en la educación.

Con el transcurso del tiempo y frente a la actual Transformación Educativa, se observa que comienza a considerarse la salud mental de niños y niñas que asisten a los centros educativos, se han diseñado planes y programas para promover la atención y la intersectorialidad entre los agentes educativos y profesionales de la salud. Sin embargo, esta atención se ve influenciada por distintas situaciones como por ejemplo la alta demanda y las limitaciones al momento de acceder a los servicios.

Esta situación tiene como consecuencia que los niños y niñas que presenten manifestaciones en su conducta sean diagnosticados dentro del amplio campo de salud mental, sin un estudio o seguimiento profundo, es decir, sin considerar muchas veces el contexto sociopolítico que lo rodea. Esto se profundiza aún más cuando en las instituciones educativas se etiqueta o se llama la atención a aquellos niños, niñas y respectivas familias, que presentan comportamientos por fuera de la norma preestablecida sistemáticamente.

Reconfiguración socio-política de la infancia en la emergencia del Estado moderno

Al analizar la situación de las infancias en la actualidad, resulta indispensable considerar el rol que ha tenido el Estado moderno en el transcurso del tiempo, así como ha establecido, conformado y determinado la construcción de la subjetividad de los individuos.

Una de las principales corrientes en torno al Estado moderno es la de Max Weber, quien realizó diversos análisis referidos al capitalismo, a la influencia y los determinantes como la religión, la política, la economía y la sociedad en general, para la conformación del Estado moderno. Según el autor, para que se lleve a cabo debe existir una dominación, siendo este uno de sus conceptos clave de su teoría.

El autor expresa que la dominación o la probabilidad, de que un grupo de personas obedezca un contenido específico, no es inherente a que exista un órgano administrativo o una organización. Isuani (2020), citando a Weber, aclara que si bien la dominación “«depende solamente de la presencia real de una persona dando órdenes a los otros con éxito» (Weber, 1968, pp. 53-54), esto es muy difícil de encontrar fuera de las organizaciones de gobierno, que casi siempre implican la existencia de un órgano administrativo” (p. 19).

Una organización que posee un órgano administrativo está siempre, en algún grado, basada en la dominación. Pero el concepto es relativo. Por lo general, una organización que gobierna eficientemente es también una organización administrativa (Weber en Isuani, 2020, p. 20).

De este modo, para que la dominación se lleve a cabo en el territorio asignado, es preciso que disponga simultáneamente de una organización política administrativa. Tal como expresa Weber en Isuani (2020), “Una organización política compulsiva con operación continua será llamada «Estado» en la medida que su órgano administrativo ostente para sí el monopolio legítimo de la violencia física para proteger su orden” (p. 20), es decir se debe unificar criterios a nivel social, económico y cultural.

La conformación de un Estado moderno como una asociación política debe ser definida en términos de sus medios, más que de sus fines. Como es predecible, esta transformación fue acompañada por la construcción de una “nueva sociedad”, con normas, estilos y formas de vida previamente desconocidas. Para ello, se debe utilizar la fuerza, pero no es el único medio del que dispone el Estado, aunque constituye, según Weber, su método particular de acción (Isuani, 2020).

Parafraseando a Isuani (2020), el tipo de dominación implícita que Weber plantea requiere que el gobernante controle tanto el órgano ejecutivo como los instrumentos materiales de administración. Esto se lleva a cabo en el Estado moderno, donde “«la separación del staff administrativo de los medios materiales de la organización está concluida»” (Weber en Isuani, 2020, p. 21).

Weber considera que el Estado moderno es un tipo de organización social, que se caracteriza por tener un dominio en un territorio determinado y por la existencia de un órgano que monopoliza el uso legítimo de la violencia física en dicho territorio. Simultáneamente, se manifiestan una serie de cambios que promueven que las personas sean controladas y actúen de determinada manera en la sociedad, lo cual puede entenderse como una forma de violencia implícita. Tal como plantea Foucault, fue necesario que se disciplinara los cuerpos de las personas, con la finalidad de convertir al cuerpo en un instrumento útil y dócil para los fines propios de este tipo de Estado.

Castrillón y Rodríguez (2017), en sintonía con Foucault, plantean que el disciplinamiento se ha utilizado para realizar una conexión entre el cuerpo y sus acciones, de modo que se adecue a una estructura rígida, que debido a la constancia y permanencia en el tiempo, convierta al sujeto en obediente y disciplinado, homogeneizándolo según las condiciones que el poder requiera. Según Foucault en Castrillón y Rodríguez (2017), una técnica “centrada en el cuerpo, produce efectos individualizadores, manipula el cuerpo como foco de fuerzas que hay que hacer útiles y dóciles a la vez” (p. 106).

Por ello, se establece que el cuerpo disciplinado es el único cuerpo que debe ser generalizado, es decir, estandarizado bajo normas estipuladas por un sector de la sociedad. La forma en la que se disciplina el cuerpo y lo que se hace con él determinará cómo será el sujeto que se construye. Como señalan Urízar y Cristóbal (2019), “La individualización del sujeto, por un lado, asume que el Cuerpo puede ser manipulado y por otro lado, y aún más importante, que un sujeto es definido según las acciones que cumple al igual que otros que comparten la misma disciplina en sus oficios” (p. 110).

Este disciplinamiento del cuerpo no ocurre por azar ni forma parte de una elección libre sobre lo que se desea ser y hacer, sino que se realiza en las instituciones de manera explícita e implícita. Como plantean Urízar y Cristóbal (2019),

lo que la libertad establece en un ordenamiento jurídico es que promueve el "amoldamiento" de un sujeto a una realidad definida de antemano, que no es más que la decisión de unos pocos sujetos y replicados en las instituciones para disciplinar a la sociedad en su conjunto. La libertad no es más que la aceptación y adopción de un ordenamiento jurídico basado en la disciplina del poder en una institución determinada (p. 113).

Por lo tanto, el disciplinamiento logra consolidarse porque cuenta con el respaldo de una serie de instituciones que lo ejecutan y materializan. Estas generan una relación de dependencia en el sujeto, es decir provocan que el sujeto sienta la necesidad de asistencia a ellas y refuerzen el papel del Estado en la vida cotidiana.

Las instituciones que inicialmente formaron parte del proceso de disciplinamiento estatal fueron (y son) el hospital, la prisión, el cuartel y la escuela. Urízar y Cristóbal (2019) destacan el rol fundamental que estas desempeñan,

Las Instituciones nacen de la necesidad de generar un sujeto tipo por parte del poder, este sujeto acude a las instituciones por leyes que regulan el accionar cotidiano de las personas y pretenden normar al sujeto, además se utilizan discursos o relatos que fomentan lo necesario y hasta impostergable de asistir a instituciones que diseñen el marco teórico y práctico de un sujeto (...) (p. 113).

Por ende, Foucault sostiene que el cuerpo ha sido manipulado mediante políticas coercitivas que moldean las actitudes, comportamientos y, en cierta medida, los pensamientos de los sujetos. En el caso de la institución escolar, estas políticas adquieren mayor impacto porque los individuos con los que se trabaja son niños, que están en pleno proceso de socialización. Un aspecto importante de estas políticas es que se desarrollan desde la ejecución y no desde la prohibición.

A partir de lo expuesto, surgen una serie de interrogantes que acompañan la reflexión de este trabajo, ¿es el miedo al castigo lo que provoca que la sociedad en su conjunto se deje disciplinar? ¿Qué tan conscientes somos los sujetos de este disciplinamiento? ¿Qué oportunidades o limitaciones existen para buscar otras formas de relacionarnos y habitar el mundo moderno? ¿Es la necesidad lo que moviliza a las “máquinas” humanas, o se trata, más bien, de una falta de iniciativa y de aceptación de la diversidad en su sentido más amplio? ¿Ha cambiado o disminuido el impacto del disciplinamiento escolar en la construcción de las subjetividades infantiles? ¿Se continúa disciplinando en la escuela para formar sujetos dóciles y hábiles de la misma manera que en sus inicios? ¿De qué maneras las prácticas de disciplinamiento escolar se relacionan con las actuales formas de abordaje del sufrimiento infantil desde la salud mental?

La consolidación del Estado moderno en Uruguay y su influencia sobre las infancias a través de la familia, la escuela y la salud mental

Desde sus orígenes, tal como lo plantea Barrán (1967), “El Uruguay que hemos visto evolucionar desde la Guerra Grande conservó los rasgos característicos de una estructura social y económica primitiva y arcaizante” (p. 185). Si bien en Montevideo, existía una autoridad con rasgos modernos, destacándose un presidente y distintos ministros con sus respectivas funciones, en el interior la ausencia de esta provocaba que la población se rigiera por normas variables y predominara, parafraseando al autor, el caos, el desorden y la anarquía.

Frente a esta situación y a la incipiente consolidación del Estado moderno, se comenzaron a implementar distintas estrategias para ordenar la situación social. Por lo tanto, el Estado asumió un rol más participativo en la vida de las personas y se promovió la creación de distintas instituciones estatales, destinadas a disciplinar y homogeneizar a los sujetos.

El Estado tuvo su rol central, pero inicialmente fue la familia como institución la que recibió las indicaciones sobre cómo se debía construir a los sujetos, qué necesidades debían ser cubiertas, de qué manera, e incluso cómo debían invertir y destinar su economía familiar. En un primer

momento, el foco se centró en la infancia; si bien era necesario disciplinar a toda la población, se buscó que este proceso empezara desde el hogar y, posteriormente, continuara en la escuela.

Durante la dictadura de Gabriel Terra, en 1934 se aprobó el Código del Niño, que promovió, según De Pena y Molas (2023), “el paradigma de la irregularidad de la infancia” (p. 165). En este marco histórico, se cuestionan los procesos culturales y subjetivos, y se concibe a la infancia como “objetos de tutela estatal, a través de políticas centradas en el disciplinamiento y el control de la conducta, ubicando a la familia como responsable de la tutela ante el Estado” (p. 165).

Si bien han transcurrido cerca de un centenar de años, ¿qué cambios profundos han ocurrido respecto al rol de la familia? En caso de que la concepción estatal haya variado, ¿qué sucede con el pensamiento cotidiano cuando se escuchan y reproducen expresiones como “la familia no hace nada por la infancia”, “es así por la familia que viene” u otras que se encuentran arraigadas en la sociedad?

Estas políticas, según De Pena y Molas (2023), se centran “en un tipo de infancia muy específica: la infancia peligrosa, pobre, desviada o en peligro de desvío” (p. 165). Es decir, se considera necesario gobernar a los individuos desde sus edades tempranas, ya que, si esto no sucede, pasarían a formar parte de un sector de la población considerado como “peligroso” y podrían ser una amenaza para el orden social. La familia nuclear, como unidad constitutiva, era la responsable de evitar esta situación, debiendo ejercer control sobre la infancia desde el nacimiento.

Donzelot, citado en De Pena y Molas (2023), considera este proceso como un “mecanismo de gubernamentalidad” (p. 166) y la familia constituye “una instancia en la que la heterogeneidad de las exigencias sociales puede ser reducida estableciendo una práctica que pone en flotación las normas sociales, los valores familiares creando una circularidad funcional entre lo social y lo económico” (p. 166).

Las familias intervenidas por estas políticas focalizadas fueron, principalmente, las familias populares, quienes debieron adoptar un modelo de vida basado en el ideal de la “familia

burguesa”. Se implementó un régimen de libertad vigilada con la intención de prevenir cualquier desorden o desviación de la norma. “Podríamos decir que el aparato de tutela crea el concepto de un «niño irregular» que es intervenido a través de la familia a partir del mandato judicial, sanitario y educativo” (De Pena y Molas, 2023, p. 166).

Es en este punto donde comienzan a interactuar distintos ámbitos que conforman la sociedad, tales como la educación y la salud. En el presente trabajo, se abordará principalmente la salud mental, entendiéndola desde una perspectiva amplia e intersectorial, donde no es suficiente una única definición, sino que resulta necesario abordarla desde miradas más complejas.

Las interrogantes que surgen para acompañar la reflexión giran en torno a ¿qué sucede con aquellos niños y niñas que no logran disciplinarse según las expectativas sociales? ¿Qué relación directa existe entre la educación y la salud? ¿Es pertinente –y en caso afirmativo es suficiente– que un comportamiento que se aparta de la norma social sea motivo de diagnóstico y requiera un tratamiento psiquiatrizado? ¿Qué instituciones o redes de apoyo pueden acompañar sin juzgar ni etiquetar a aquellos niños y niñas que se “desvían de la norma”? ¿Por qué no se promueve una redefinición de la “norma” que habilite a cada infancia a transitar sus etapas sin reprimir emociones y/o sentimientos? Finalmente, ¿Qué otros enfoques médicos podrían acompañar estas expresiones del cuerpo, que muchas veces responden a condiciones sociales y culturales?

En el transcurso del siglo XX, el sistema educativo uruguayo se constituyó como un dispositivo central de regulación social, a través del cual se consolidó su función disciplinadora bajo distintas formas de gobierno. Si bien las prácticas de control y normalización no se mantuvieron idénticas en el tiempo, la escuela continuó siendo un espacio estratégico para la formación de sujetos adaptados a las demandas del orden social, moldeando de esta manera la subjetividad de niños y niñas. Las políticas educativas, incluso en contextos democráticos, reprodujeron mecanismos de selección, clasificación y corrección de conductas que, bajo un discurso pedagógico, continuaron ejerciendo un poder modelador y controlador sobre las infancias.

En las décadas posteriores, especialmente durante la segunda mitad del siglo XX, las transformaciones económicas, tecnológicas y culturales dieron lugar a nuevas formas de

disciplinamiento. Ya no se trataba únicamente de imponer la obediencia, la puntualidad o conductas rutinarias, sino de promover la autorregulación y la autogestión emocional como valores funcionales a un modelo social que exige productividad y adaptación constante.

Es así que en este proceso, la salud mental comenzó a adquirir una profunda centralidad, porque el control del cuerpo y las expresiones conductuales fueron progresivamente desplazados hacia el control de las emociones, los afectos y las formas de sentir. Así, la medicalización y la psicopatologización de la infancia se integraron al entramado institucional de la escuela como nuevas expresiones de normalización.

En este recorrido histórico, puede observarse que la lógica tutelar del Estado, que en los años treinta se ejercía de modo explícito sobre las infancias “peligrosas”, se reconfigura hoy en un marco discursivo más inclusivo, pero no exento de tensiones. Bajo la apariencia de garantizar derechos y promover la centralidad del estudiante, las políticas contemporáneas mantienen mecanismos de regulación y estandarización que operan sobre las subjetividades infantiles.

En esta línea, la denominada Transformación Educativa se inscribe en una continuidad histórica, pues intenta renovar el modelo educativo sin cuestionar profundamente las formas en que la escuela sigue siendo un espacio donde se definen, clasifican y, en ocasiones, patologizan las diferencias. Es por eso que ha sido objeto de críticas, especialmente en relación con el lugar que se le asigna a las infancias. Diversos actores advierten que el nuevo diseño curricular tiende a alejarse de la complejidad y especificidad que caracteriza las realidades sociales, culturales y emocionales de los niños y niñas en sus contextos concretos.

La efectiva centralidad del estudiante requiere desarrollar un conjunto de acciones a nivel sistémico que contemplen la administración del sistema, el diseño y desarrollo curricular, la formación y desarrollo profesional de docentes, entre otros aspectos.

Lo anterior implica, desde la concepción de que todos pueden aprender, asegurar una formación de personas libres, responsables e íntegras. Ello será posible a través de una educación efectivamente inclusiva, con centros de puertas abiertas para todos sin

distinciones, cultivando los talentos, haciendo foco en las características propias del aprendiz y su contexto (ANEP, 2022, p. 18).

La idea de una educación para todos se remonta a los inicios de la institución escolar, concebida –como se ha mencionado anteriormente- para homogeneizar y controlar el comportamiento de las infancias. Puede inferirse que concepciones como “desarrollar un conjunto de acciones a nivel sistémico que contemplen la administración del sistema” (ANEP, 2022, p. 18) resultan directamente contraria a la propuesta de “formación de personas libres, responsables e íntegras” (ANEP, 2022, p. 18). En este sentido, ¿Cómo pueden las infancias desarrollarse en libertad si la formación está premeditada, definida de antemano desde una mirada adulto-céntrica que determina lo que necesitan, cómo y cuándo? ¿Qué sucede con aquellas infancias cuyas formas de expresión, condicionadas por su contexto social, económico, cultural y emocional, no se ajustan al desarrollo de esa libertad?

A nivel legislativo, la educación y la escuela como institución se presentan como un derecho fundamental y un medio para construir la identidad republicana del país. Esto da lugar, a un proceso simultáneo y ambiguo: por un lado, se promueve el acceso al conocimiento para ampliar las posibilidades de elección de las infancias y fomentar la productividad del país; por otro, se configura una lógica de producción de individuos que deben ajustarse a normas, obtener determinados resultados y cumplir con criterios previamente definidos para garantizar sus derechos. En este marco, surgen algunas interrogantes: ¿Quiénes son los garantes de ese derecho?, ¿Son los mismos que imponen formas de opresión o disciplinamiento sobre las infancias?, ¿Qué garantías sociales tiene un niño que presenta un tránsito psiquiatrizado?

ANEP (2020) plantea que “la centralidad del estudiante debe evidenciarse en la atención y ponderación de las potencialidades cognitivas, emocionales, sociales y físicas en un marco de respeto de derechos y efectivo desarrollo integral” (p. 19). Esta perspectiva, incluye el reconocimiento de las distintas subjetividades que se desarrollan durante la infancia, “siendo uno de los objetivos esenciales establecer comunidades educativas que se constituyan en espacios de desarrollo pleno; hacia la convivencia y participación responsable y activa, contribuyendo a la construcción ciudadana” (ANEP, 2021, p. 3). Sin embargo, no resulta evidente cuál es el

acompañamiento concreto, tanto a nivel institucional como en salud, que se implementa para garantizar que toda la comunidad educativa, pueda participar activamente en la generación de proyectos de vida que promuevan el bienestar integral.

ANEP (2021) sostiene que “la institución educativa constituye un ámbito propicio y estratégico para promover la salud, aprender a convivir y prevenir factores de riesgo” (ANEP, 2021, p. 3). Sin embargo, en los últimos años, diversas investigaciones han evidenciado un aumento significativo en la administración de psicofármacos en las infancias, lo que genera cuestionamientos sobre las prácticas actuales tanto en el ámbito escolar como en el sanitario.

Según una nota publicada en *El Observador*, recuperada por la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, en 2014, de 608 niños/as encuestados/as, “46 niños consumían 74 psicofármacos. La media de edad era de diez años, pero algunos tenían tres” (Giachetto en El Observador, 2019, p. 7). Estos datos resultan alarmantes, especialmente considerando que los psicofármacos administrados más frecuentes fueron antipsicóticos y estabilizantes del humor.

Por último, y a modo de reflexión, se deja entrever que la intervención estatal, desde hace más de una década, se ha sostenido en una interacción constante entre los ámbitos de la salud y la institución escolar. Sin embargo, cuando las infancias no responden a los patrones esperados socialmente, las respuestas institucionales tienden a orientarse hacia su control, dominación, aislamiento y patologización desde una perspectiva individualista. Esta situación se agrava aún más si se considera que, durante el período escolar, las condiciones sociales, económicas y culturales son heterogéneas, lo que genera desigualdades en el acceso a la promoción y atención en salud mental.

Capítulo 3: Políticas públicas que determinan la atención a la salud mental de las infancias y su relación con el sistema educativo

En este capítulo se aborda el último objetivo específico que refiere a: analizar de qué manera las políticas públicas reproducen o transforman las lógicas de control y medicalización de las infancias, visibilizando los determinantes sociopolíticos que las atraviesan.

En el mismo se contrastan los datos previamente mencionados en los capítulos anteriores con las políticas públicas, que han sido dirigidas al acompañamiento de las infancias en estado de vulneración de derechos en cuanto a la salud mental. Uruguay adhiere a normativas internacionales como la Convención sobre los Derechos del Niño, y a marcos legales nacionales tales como el Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N° 17.823) y la ley de Salud Mental (Ley N° 19.529). Esta última, no contiene artículos especializados sobre la infancia ni incorpora una perspectiva que la incluya en profundidad.

Asimismo, se examinan los distintos planes y programas diseñados desde el sector salud y desde la educación, así como las contradicciones que presentan, no sólo a nivel teórico, sino principalmente en la realidad, donde la forma en que niños y niñas se expresan en el ámbito escolar, parece estar previamente determinada.

Tensiones normativas en la garantía de derechos a la salud mental de las infancias

Uruguay es miembro de organismos internacionales que orientan las políticas que se implementan a nivel nacional. En el caso de la infancia, si bien el Estado tiene autonomía en sus decisiones, esta no es absoluta, pues debe regirse por la Convención sobre los Derechos del Niño de UNICEF, publicada en 2006. Según la misma, “se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad” (UNICEF, 2006, p. 10). En el presente trabajo, se considera como población de análisis, aquellos niños y niñas que cursan educación primaria.

La Convención mencionada determina los deberes y derechos tanto de las familias frente a la infancia como del Estado cuando las condiciones para el bienestar no se encuentran garantizadas.

En el artículo 19, inciso 1, se señala que

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo (UNICEF, 2006, p.16).

Por lo tanto, las infancias deben ser protegidas no sólo por las familias, sino también por los distintos actores sociales, tales como la escuela, clubes y organizaciones, que estén presentes en sus vidas.

Asimismo, el artículo 27, inciso 1, establece que “Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.” (UNICEF, 2006, p. 21). Por otro lado, el artículo 29, inciso 1, señala que:

Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a:
EDUCACIÓN: Todo niño tiene derecho a la educación y es obligación del Estado asegurar por lo menos la educación primaria gratuita y obligatoria. La aplicación de la disciplina escolar deberá respetar la dignidad del niño en cuanto persona humana.... (UNICEF, 2006, pp. 22-23).

Ambos artículos se enfocan en el respeto, la garantía y la seguridad de que cada niño o niña pueda vivir de manera íntegra, haciendo uso pleno de sus derechos, incluyendo el cuidado y el acceso obligatorio a la educación primaria. Sin embargo, al considerar los datos presentados en el Capítulo 1, se evidencia la falta de garantías para el cumplimiento de estos derechos. Si bien Uruguay adapta las recomendaciones internacionales a través de políticas como el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIS), que promueve la corresponsabilidad del Estado y las

familias, las estrategias que se desarrollan presentan limitaciones en la implementación de acciones concretas en salud mental infantil, evidenciado una débil articulación entre los sectores educativos, sanitarios y sociales.

A nivel legislativo, lo mencionado se consolida en el Código de la Niñez y la Adolescencia N° 17.823 (2004), donde varios artículos, que se mencionarán a continuación, subrayan la necesidad de reconocer a las infancias como sujetos de derechos, así como la responsabilidad tanto de las familias como del Estado para garantizar la vida digna,

Artículo 2 (Sujetos de derechos, deberes y garantías).- Todos los niños y adolescentes son titulares de derechos, deberes y garantías inherentes a su calidad de personas humanas.

Artículo 3 (Principio de protección de los derechos).- Todo niño y adolescente tiene derecho a las medidas especiales de protección que su condición de sujeto en desarrollo exige por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.

Es decir, desde el punto de vista legal se le otorga a las infancias un reconocimiento que, tiempo atrás, era impensado. Se las reconoce como seres humanos capaz de tomar decisiones, aunque siempre considerando que, debido a nivel de madurez, necesitan estar acompañadas de adultos responsables que velen por su situación de vulnerabilidad, incluso cuando sus necesidades básicas están satisfechas.

Es interesante contraponer los datos obtenidos y expuestos en el artículo “*Las infancias que no queremos ver. Encierro y salud mental de niños, niñas y adolescentes*” del INDDHH (2021), ya que, en el mismo se muestra que muchos de los niños y niñas que están institucionalizados en centros de salud mental no saben por qué están allí. La situación se vuelve aún más crítica cuando manifiestan que no ven a las familias, que desconocen la medicación que se les administra y los motivos de su prescripción, así como la prolongación de internaciones que exceden lo establecido por la normativa vigente. Esto evidencia una forma de exclusión de las infancias respecto de decisiones que afectan directamente su salud y bienestar. En este sentido,

hay un incumplimiento del artículo 8 del Código de la Niñez y la Adolescencia N° 17.823 (2004), el cual, como principio general, expresa que

Todo niño y adolescente goza de los derechos inherentes a la persona humana. Tales derechos serán ejercidos de acuerdo a la evolución de sus facultades, y en la forma establecida por la Constitución de la República, los instrumentos internacionales, este Código y las leyes especiales. En todo caso tiene derecho a ser oído y obtener respuestas cuando se tomen decisiones que afecten su vida.

Sin embargo, un análisis más profundo del artículo 8, revela que deja en situación de vulnerabilidad a las infancias al incluir la expresión “de acuerdo a la evolución de sus facultades” (Código de la Niñez y la Adolescencia N° 17.823, 2004). Esto implica que, si los niños y niñas atraviesan una situación de manifestación emocional, sea o no diagnosticado, pueden ser excluidos de los procesos de toma de decisiones que afectan directamente sus vidas. En este contexto, el saber médico adquiere un poder que se sitúa por encima del reconocimiento de su condición como sujeto de derecho, desempeñando un rol semejante a juez, al determinar si el NNA debe continuar en tratamiento, qué tipo y por cuánto tiempo.

Tal como expresan Ramírez y Techera (2021), aún persisten algunas concepciones vinculadas a las relaciones de poder en el ámbito de la salud mental. En este sentido, señalan que “La psiquiatría de corte tradicional se constituye en un sector hegemónico en el pensamiento y en la organización de las prácticas. Esto determina un modo de producción de subjetividad y de concepción de la salud mental” (p. 37). A esta situación, se suma la sobrecarga laboral que enfrentan muchos de los funcionarios del sistema de salud mental, producto de la escasez de personal y del número excesivo de casos que deben atender. Como consecuencia, la atención suele ser tardía o esporádica, transcurriendo semanas, e incluso meses hasta poder acceder a una primera consulta con el especialista.

A su vez, el Código de la Niñez y la Adolescencia N° 17.823 (2004) establece en su artículo 9 que,

Todo niño y adolescente tiene derecho intrínseco a la vida, dignidad, libertad, identidad, integridad, imagen, salud, educación, recreación, descanso, cultura, participación, asociación, a los beneficios de la seguridad social y a ser tratado en igualdad de condiciones cualquiera sea su sexo, su religión, etnia o condición social.

Es decir, las infancias pasan a ser un asunto de Estado, donde deberían intervenir de manera articulada los diversos actores sociales con el objetivo de garantizar su bienestar. Esto implica la satisfacción de derechos básicos como la alimentación, la vivienda, una educación de calidad, pero también la atención en salud, entendida en su amplio sentido, independientemente de su coyuntura de vida. Esto es un aspecto importante porque hay muchos niños y niñas que, por las condiciones laborales de sus adultos referentes o por el lugar donde residen, no acceden a prestaciones de salud, convirtiéndose esta en un recurso escaso.

Para que lo expuesto pueda concretarse, el Código de la Niñez y la Adolescencia N° 17.823 (2004) establece la necesidad de establecer políticas sociales y leyes que promuevan la participación y la coordinación interinstitucional, con el fin de generar estrategias que garanticen el cumplimiento de los derechos y el bienestar de las infancias. En el artículo 20 se expresa que,

Las normas que regulan la vigencia efectiva de los derechos de los niños y adolescentes en las áreas de supervivencia y desarrollo, requerirán de la implementación de un sistema de políticas sociales básicas, complementarias, de protección especial, de carácter integral, que respondan a la diversidad de realidades y comprendan la coordinación entre el Estado y la sociedad civil.

Actualmente las infancias atraviesan situaciones de gran vulnerabilidad. En este sentido, resulta prioritario dejar de centrar las discusiones en la búsqueda de culpables o responsables individuales para redirigir los esfuerzos hacia la garantía integral de derechos y el resguardo del bienestar de niños y niñas.

El lugar asignado a niños y niñas en el marco de la Ley de Salud Mental N° 19.529

En Uruguay, desde 1936 a 2018, estuvo vigente la Ley de Psicópatas N° 9.581, normativa referida a salud mental. De manera general, esta ley no reconocía a las personas con salud mental vulnerada como sujetos de derecho, sino que los patologizaba y etiquetaba bajo la categoría de “psicópatas”. Asimismo, promovía la medicalización e internación como único recurso de atención.

A partir de nuevas concepciones sobre la salud mental, el valor y reconocimiento como sujetos de derecho a las personas que estaban transitando vulnerabilidad en este aspecto, diversos colectivos y organizaciones comenzaron a denunciar las situaciones y la atención que recibían, promover el cierre de hospitales psiquiátricos y desarrollar nuevas formas de cuidado y de participación en la sociedad distintas al encierro. En este contexto, se aprueba en 2017 la Ley de Salud Mental N° 19.529.

Las formas de estar y ser con

perspectivas manicomiales, que se pretenden superar mediante esta reforma, se establecieron como hegemónicas luego de décadas de despliegue performativo (...) La apropiación y hegemonía del ámbito de la locura como una problemática médica, y el manicomio como el recurso terapéutico por excelencia, fueron construyendo un escenario particular de sentido y prácticas para el estudio y tratamiento de la locura como enfermedad (Ramírez y Techera, 2021, p. 21-22).

En este milenio cobra relevancia la definición de salud establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la concibe como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2006, p.1). Esta concepción pone el foco en la salud y no en la enfermedad. Si bien la Ley de Salud Mental N° 19.529 es posterior a dicha definición, según Ramírez y Techera (2021), “fue redactada en función del trastorno mental, es decir, bajo la comprensión de la salud como abordaje de la enfermedad” (p. 24). Esto deja entrever una tensión importante, ya que, aunque la ley fue

formulada con la intención de superar la perspectiva tradicional en torno a la salud mental, su redacción aún utiliza categorías que responden al modelo biomédico, lo cual indica que persisten resistencias conceptuales y prácticas que dificultan su plena implementación.

En este sentido, el desafío no radica únicamente en modificar los marcos legales, sino en trasformar profundamente las prácticas institucionales que continúan reproduciendo, de manera consciente e inconsciente, la lógica de control y la exclusión, incluso bajo discursos de cuidado y protección.

Según Beltrán et al. (2021), en Uruguay “de las distintas formas de concebir la salud mental, se deriva determinado marco jurídico, también producto de un campo que ha evolucionado y está en constante diálogo con los cambios sociohistóricos” (p. 62). Los autores señalan que un ejemplo claro de ello es la Ley N° 9.581 de 1936, la cual organizaba “la atención de la enfermedad principalmente en el ámbito hospitalario” (Beltrán et al., 2021, p. 62) y establecía las funciones que debían asumir los médicos en relación con la higiene mental. No obstante, la legislación fue avanzando, aunque de forma paulatina, “hacia un paradigma de derechos humanos, producto de décadas de debates respecto de la normativa vigente y la necesaria transformación” (Beltrán, et al., 2021, p.62).

Los autores mencionados sostienen que este proceso paulatino comenzó con el Programa Nacional de Salud de 1986, continuó con la Declaración de Montevideo en 1995, siguió con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud mediante la Ley N° 18.211, y culminó con la promulgación de la Ley de Salud Mental N° 19.529. Aunque es importante destacar que en estos documentos la salud mental se aborda como sinónimo de discapacidad, una perspectiva que no se corresponde con el presente trabajo, dado que posiciona a las personas como dependientes y con limitaciones para llevar a cabo y desarrollar plenamente su vida.

El campo de la salud mental es tan amplio que puede asociarse a múltiples conceptos y factores con los que convive cada individuo en sociedad; no se trata de un aspecto singular, sino colectivo. Aunque en el pensamiento cotidiano las situaciones de salud mental vulneradas son consideradas como consecuencias de elecciones personales, es fundamental tener en cuenta que,

además de los factores biológicos y fisiológicos, el contexto, las oportunidades y las experiencias de cada persona convierten la salud mental en un fenómeno social.

Tal como señalan De Pena et al. (2021), el campo de la salud mental debe abordarse desde la intersectorialidad, “la salud mental expresa y contiene a la construcción dialéctica entre sufrimiento y salud y su repercusión en el plano singular y colectivo, que también de forma dialéctica contiene y supera a cada individuo. (p. 128). Es decir, que abordar la salud mental desde la individualidad, el diagnóstico y la patologización solo produce consecuencias temporales en algunos casos y determina el futuro de niños y niñas en otros. Por ello, es fundamental que existan políticas públicas que acompañen los procesos de tratamiento y fomenten la inclusión y las oportunidades.

La Ley de Salud Mental N° 19.529 ha recibido críticas debido a la ausencia de una perspectiva integral sobre la infancia y la adolescencia. Si bien se mencionan en algunos artículos aspectos relacionados con estos grupos etarios, dichos enfoques carecen de la profundidad necesaria para abordar adecuadamente las particularidades de estas etapas de vida, tales como el cuidado y la protección.

En el artículo 13, inciso C, de la Ley N° 19.529, se establece el,

(Acceso a vivienda).- Se fomentará un mayor desarrollo del Plan Nacional de Vivienda en apoyo a la integración a la comunidad y promoción de la autonomía de las personas con trastorno mental severo, que incluya:(...) C) La inclusión de aquellas familias con niñas, niños o adolescentes con trastornos mentales. Se implementarán medidas para prevenir la segregación geográfica en la asignación de viviendas y la discriminación en la renta.

Si bien la ley contempla la vivienda como un factor determinante en las condiciones de vida de las personas, no explicita de forma clara como se implementará, en práctica, el apoyo mencionado. Tampoco se especifican los procedimientos administrativos ni los criterios médicos necesarios para acceder a esta oportunidad, lo cual genera incertidumbre respecto a su

aplicabilidad real. Además, resuulta relevante destacar la expresión “...niñas, niños o adolescentes con trastornos mentales”, en la cual se manifiesta explícitamente una concepción ética y política respecto del sufrimiento mental, que mantiene una postura idéntica a la establecida en la Ley de Psicópatas N° 9.581.

A su vez, en lo que respecta al tratamiento en salud mental y la hospitalización de las infancias, los artículos 23, 24 y 34 de la Ley N° 19.529 establecen disposiciones específicas. Por un lado, el artículo 23 referido al consentimiento informado, indica que

(Consentimiento informado).- Se requerirá el consentimiento informado de la persona para la realización de las intervenciones biológicas y psicosociales, propuestas en la estrategia terapéutica, el que deberá ser obtenido de conformidad y con las garantías y excepciones dispuestas por el artículo 11 de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, la presente ley y demás normativa aplicable. En el caso de niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales se requerirá el consentimiento informado del padre, madre o tutor y de acuerdo a la edad y condición mental del sujeto, se solicitará su consentimiento. (Artículo 23, Ley Salud Mental N° 19.529).

Por otro lado, el artículo 24 establece que,

(Hospitalización).- La hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter restringido, deberá llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y social de la persona y será lo más breve posible. Durante la hospitalización, se promoverá el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellos casos en que el equipo de salud interviniente lo deniegue por razones terapéuticas debidamente fundadas. (Artículo 24, Ley Salud Mental N° 19.529)

Asimismo, el artículo 34 de la Ley N° 19.529 sostiene que “(Hospitalización de niñas, niños y adolescentes).- El Juez sólo podrá disponer la hospitalización involuntaria de niñas, niños y

adolescentes de conformidad con lo dispuesto por el artículo 121 de la Ley N° 17.823, (...)" (Artículo 34, Ley Salud Mental N° 19.529).

Estos aspectos se contradicen con los datos presentados en el Capítulo 1, donde se señala la ausencia de registros sistemáticos sobre las intervenciones realizadas a nivel familiar y social en relación a las infancias con salud mental vulnerada. Asimismo, las internaciones, en muchos casos, son prolongadas y se caracterizan por la falta de información que los propios niños y niñas poseen sobre los tratamientos médicos que reciben. Además, el contacto con sus familiares no siempre es frecuente; si bien en algunas situaciones la familia está ausente, no se promueven suficientes acciones orientadas a la reconstrucción del vínculo.

En lo que respecta al ámbito educativo, el artículo 14 de la Ley Salud Mental N° 19.529 establece que

El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Desarrollo Social y otros organismos competentes, velará porque se favorezca la integración educativa de las personas con trastorno mental y promoverá y facilitará el acceso de ellas a todas las actividades y expresiones culturales. En particular en el caso de niñas, niños y adolescentes, deberá protegerse el derecho a la educación a lo largo de todo el ciclo educativo, contemplando las necesidades específicas de acuerdo a la severidad de su trastorno y las condiciones sociofamiliares y culturales.

Si bien la ley menciona el acceso a la educación, no se explicita si esta se adapta efectivamente a las necesidades particulares de las infancias. Tampoco se considera si los centros educativos cuentan con los recursos materiales y humanos necesarios para atender y acompañar expresiones emocionales intensas. Asimismo, ni en el marco normativo de la Ley de Salud Mental N° 19.529 ni en la Dirección General de Educación Inicial y Primaria se proponen estrategias claras para abordar la diversidad en el aula sin recurrir a prácticas de disciplinamiento o de control sobre aquellos niños y niñas que se manifiestan de forma diferente a lo socialmente esperado. Esta omisión genera que la responsabilidad recaiga de manera unidireccional sobre los y las docentes,

quienes muchas veces no cuentan con el acompañamiento institucional ni con las herramientas necesarias para abordar estas situaciones.

El Plan Nacional de Salud Mental, ¿brinda estrategias para abordar la salud mental en las infancias?

El Plan Nacional de Salud Mental, fue elaborado por el Ministerio de Salud para implementarse en período 2020 – 2027. El mismo expone la situación actual de la salud mental de la población incluyendo niños y niñas. Además, presenta antecedentes relevantes y propone una serie de posibles acciones para que dicha situación presente mejoras en cuanto a cifras.

Si bien se han producido avances en la atención en salud mental, mediante la creación e implementación de centros de salud y equipos comunitarios especializados, también se han puesto en funcionamiento “unidades de salud mental en los hospitales generales, la instalación de centros de rehabilitación y el desarrollo de nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen trastornos mentales severos y otros problemas de salud mental prevalentes” (Plan Nacional de Salud Mental, 2020, p. 12-13).

Asimismo, se han llevado a cabo experiencias de inserción comunitaria a personas previamente institucionalizadas, en ámbitos como el laboral y la vivienda. Sin embargo, a pesar del progreso en términos de recursos materiales, su distribución y el acceso a los mismos continúan siendo limitados, principalmente en el caso de niños y niñas, que dependen de adultos referentes para acceder a los recursos y servicios, por ejemplo la atención temprana se ve condicionada por la constancia y las oportunidades de dichos referentes. En este punto, se evidencia una falta de estrategias específicas que aborden las particularidades de la infancia en el marco de la salud mental, ya que los programas existentes tienden a priorizar la atención de la población adulta, dejando en un segundo plano la prevención y la promoción en edades tempranas.

Para que se garantice una atención integral en salud mental, resulta imprescindible una inversión económica que陪伴e las transformaciones propuestas. Si bien en los últimos años se ha producido un aumento de la inversión, debido a que se comienza a considerar a la salud mental

como un aspecto importante, la misma no presenta una distribución equitativa. Una parte significativa de los recursos continúa centrada a las instituciones monovalentes, cuyo cierre se plantea como objetivo, aunque sin estrategias y acciones claras que respalden la transición de manera sustentable.

El gasto total en salud en el año 2018 alcanzó el 9,5% del producto interno bruto (PIB), según Rendición de Cuentas (2018) distribuyéndose 6,8% en gasto público y 2,7% en privado (...) se distingue el crecimiento en los fondos asignados a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que prácticamente se triplicaron en términos reales entre 2004 y 2018. A pesar de estos avances, la distribución del gasto público en salud mental es inequitativa y destinada su mayor parte al financiamiento de los hospitales psiquiátricos y estructuras asilares. (Plan Nacional de Salud Mental, 2020, p. 20)

Lo señalado anteriormente evidencia una contradicción significativa, se continúa destinando dinero a dispositivos que se reconocen como ineficaces y cuyo cierre se proyecta como meta. El gran desafío radica en la falta de planificación concreta de medidas que determinen qué dispositivos alternativos desarrollar para garantizar la inclusión social de aquellas personas que se encuentren institucionalizadas.

En este sentido, es necesario mencionar que los niños y niñas, se institucionalizan en hospitales pediátricos, los cuales, en muchos casos, no cuentan con los recursos materiales ni humanos suficientes para asegurar una permanencia respetuosa y acorde a las necesidades propias de su edad. Esto refleja una tensión estructural entre el discurso del cuidado integral y la práctica asistencial fragmentada, en la cual los niños y las niñas son abordados desde parámetros clínicos estandarizados que no siempre consideran su dimensión emocional, educativa y social.

En lo que respecta a los niños y niñas, el Plan Nacional de Salud Mental plantea algunos objetivos específicos, aspecto que resulta llamativo dado que en la Ley Salud Mental N° 19.529 la referencia a esta población es casi nula. El objetivo n°3 de dicho plan, propone “Promover hábitos saludables de vida y fortalecer principales recursos psicosociales en la población de todas

las edades con énfasis en niños, niñas y adolescentes (NNA)” (Plan Nacional de Salud Mental, 2020, p. 37). Para concretar este propósito, se diseñan líneas estratégicas centradas en el cuidado y crecimiento saludable de la infancia, estableciendo como aspecto central la coordinación entre prestadores de salud, así como con los escenarios educativos y recreativos.

Además, el Plan enfatiza la importancia de “Estimular la plena participación y cooperación de NNA, sus familias y comunidades en los planes de atención, promoción y prevención primaria en salud mental” (Plan Nacional de Salud Mental, 2020, p. 49). Sin embargo, si bien estas estrategias presentan acciones para desarrollarse, no hay datos que permitan conocer de qué forma fueron implementadas ni si su ejecución fue acorde a lo planificado.

Por su parte, el objetivo n°6 también hace referencia a los niños y niñas, al plantear la necesidad de “Realizar detección precoz e intervención oportuna de los problemas en salud mental en NNA” (Plan Nacional de Salud Mental, 2020, p. 53). Este objetivo se desarrolla a través de diversas líneas estratégicas centradas en garantizar el acceso a una atención primaria, que favorezca la comprensión y el abordaje de la salud mental acorde a su edad.

Asimismo, el Plan propone “Fortalecer la atención de NNA con dificultades en sus procesos educativos” (Plan Nacional de Salud Mental, 2020, p. 53). Sin embargo, estas estrategias no explicitan los mecanismos o recursos concretos para mejorar la atención, lo cual limita la posibilidad de evaluar su viabilidad y eficacia.

Si bien actualmente se atraviesa un proceso de reforma en el sistema de salud que incluye la implementación de políticas sociales, aún persisten importantes dificultades en la planificación e implementación de políticas integrales de salud mental. Estas limitaciones, que están presentes de manera explícita e implícita en el Capítulo 1 de la presente monografía, resultan particularmente significativas en relación a la infancia, cuya situación continúa siendo preocupante al verse imposibilitada de acceder al cumplimiento de sus necesidades básicas. Esta realidad evidencia una brecha entre los lineamientos normativos y su materialización concreta, principalmente en los sectores más vulnerables.

El Plan Nacional de Salud Mental señala la existencia de “Barreras para acceder a la atención en salud mental institucional, con un modelo tradicional que genera, sumado a otros factores, tiempos de espera prolongados, con los costos asociados para el usuario/a” (Plan Nacional de Salud Mental, 2020, p.25). Esta situación plantea interrogantes críticas en el caso de niños y niñas que están institucionalizados por motivos de salud mental, quienes, a pesar de tener contacto directo con profesionales, enfrentan demoras en la atención. Resulta esperable, que aquellos que acceden a consultas por primera vez o de manera frecuente, tengan muchos meses de demora.

A ellos, se le suma un problema estructural relacionado con el mercado laboral, en varios hogares los adultos responsables no cuentan con prestadores de salud privados o, bien deben enfrentar costos elevados tanto en consultas como en medicación. En este contexto, la atención brindada por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), se encuentra colapsada y con escasez de recursos humanos, dificultando aún más la posibilidad de garantizar una atención integral en salud mental.

Es preciso señalar que otra de las dificultades de carácter estructural que persisten en el ámbito de la salud mental, es que existe un “Débil desarrollo de la Red de los servicios que atienden problemáticas de salud mental” (Plan Nacional de Salud Mental, 2020, p. 26). Aunque socialmente se ha comenzado a reconocer la importancia de la salud mental, esta aún no ocupa un lugar central en las prioridades de las políticas públicas. Esta situación contribuye a que el abordaje de la salud mental continúe centrado en una lógica predominantemente médica, dejando de lado la intersectorialidad.

En la actualidad, persiste la idea de salud mental como sinónimo de trastorno mental o discapacidad, estableciendo una lógica dicotómica en la que aquellos que no presentan un diagnóstico son considerados “sanos”. En el ámbito educativo, esta visión también se reproduce. Desde la Dirección General de Educación Inicial y Primaria (DGEIP), la salud mental suele ser considerada en los diversos artículos, publicaciones, programas y planes como discapacidad. Es por este motivo, principalmente, que dichos documentos hacen alusión a la inclusión de todos los niños y niñas en el sistema educativo.

Contrariamente a lo que pueda pensarse los trastornos mentales y de comportamiento son frecuentes durante la infancia, la adolescencia y la juventud. Estas son etapas críticas del desarrollo, en las cuales se sientan las bases de la Salud Mental y el bienestar del futuro” (Benjet, 2009 en Filardo y Borrás 2015). Los datos revelan que los trastornos mentales que se inician en la infancia o en la adolescencia, conllevan consecuencias personales que pueden extenderse hasta la vida adulta (DGEIP, 2021, p. 6).

Se reconoce que el sufrimiento mental en las infancias repercute en el proceso de desarrollo individual y, por tanto, en el futuro del sujeto. El abordaje de dicho sufrimiento se reduce a considerarlo como un trastorno, delegando su abordaje a un diagnóstico clínico que medicaliza y etiqueta la vida de niños y niñas, omitiendo su contexto social, educativo y afectivo.

Tal como plantean De Pena et al. (2021),

Hablar en términos de sufrimiento mental involucra un posicionamiento que trasciende estrictamente a una búsqueda normativa, alternativa al ya extendido e instalado concepto de trastorno mental, implica pensar los procesos de salud – enfermedad en el marco de los tránsitos vitales que transcurren en los escenarios sociales. Significa un posicionamiento ético - político que destaca los procesos de determinación social en el campo de la salud en general, y de las salud mental en particular (p. 131).

Es interesante resaltar que, si desde el sistema educativo se continúa considerando a la salud mental exclusivamente como sinónimo de trastorno o discapacidad, se la ubica como un problema individual, delegando en cada familia la responsabilidad de encontrar respuestas tanto a la atención indebida como a situaciones de discriminación. En contraposición, pensar “las expresiones de las infancias y las adolescencias en el campo de la salud mental nos permite resituar las problemáticas que allí emergen a partir de la noción de campo de problemas” (De Pena, et al., 2021, p. 131).

Situar el sufrimiento mental bajo esta perspectiva “posibilita deconstruir las lógicas de producción de sentido que ordenan el pensamiento” (De Pena, et al., 2021, p. 132). Es decir, si desde el sistema educativo se asumiera una mirada más amplia de la salud mental, se podría trabajar en articulación continua con el sistema de salud y con las familias, comprendiendo el entorno de cada niño y niña y, en conjunto, establecer acciones orientadas a lograr su bienestar.

Entonces, se torna central redireccionar las acciones y políticas públicas, de modo que la infancia sea efectivamente resguardada, cuidada y atendida, y no constituya un campo de disputa de poder o disciplina por el predominio en la vida de las personas.

Por su parte, la Dirección General de Educación Primaria (DGEIP) ha implementado la “Guía de Promoción de Salud y Prevención de Conductas Suicidas”, que si bien hace especial hincapié en el suicidio, incluye orientaciones generales aplicables a diversas situaciones. En este documento, se ubica al ámbito educativo como un factor de protección, es decir, un espacio donde las infancias deben poder expresarse libremente, pero también recibir cuidado y atención, tanto en su dimensión individual como colectiva.

Tal como expresa DGEIP (2023), “Los centros educativos son lugares privilegiados como factores protectores en la medida que son vividos como lugares de referencia y de pertenencia.” (p. 16). Es decir, niños y niñas, perciben y experimentan la escuela como espacio propio, con sus dinámicas, aciertos y errores, pero también como aquel lugar donde deberían poder expresar sus emociones. Sin embargo, con frecuencia ocurre lo contrario, existen limitaciones estructurales del sistema que dificultan el disfrute del proceso de aprendizaje y generan sentimientos de incomprendimiento asociados a su salud mental.

En línea con esta perspectiva, De Pena et al. (2021) sostienen que “pensar en términos de la salud mental de cada niño, niña y adolescente estamos al mismo tiempo considerando su singularidad y su pertenencia y expresión como colectivo” (p. 128).

Resulta inviable observar, analizar y diagnosticar las conductas de niños y niñas únicamente desde parámetros médico – psiquiátricos sin considerar que se trata de una población que se

encuentra en estado de vulneración. Esta condición, se vincula tanto a su edad cronológica como al momento del desarrollo de la inteligencia emocional, lo que implica que muchas veces manifiesten sus inquietudes a través de conductas que son interpretadas como disruptivas dentro del sistema educativo.

A pesar del proceso de Transformación Educativa, dicho sistema continúa reproduciendo miradas individualizantes y medicalizantes, sustentándose en teorías, ideas y posicionamientos que remiten a los inicios de la escuela pública, sin lograr una revisión profunda de sus estructuras ni de sus modos de interpretar el sufrimiento infantil. Esto impide una apertura hacia una perspectiva intersectorial e integral de la salud mental de las infancias, donde la escuela pueda posicionarse como espacio de cuidado, escucha y construcción del bienestar.

Consideraciones finales

La situación de las infancias a nivel social, económico, político y cultural debe ser considerada un asunto de Estado, dado que un gran porcentaje de niños y niñas viven bajo la línea de pobreza. Las condiciones adversas que atraviesan desde sus primeros años inciden directamente en su desarrollo integral y, en consecuencia, en la persona adulta que llegarán a ser. Es razonable que aquel niño o niña cuya alimentación no está garantizada verá restringidas sus posibilidades de pensamiento, aprendizaje y acción, limitadas a la necesidad de satisfacer esta carencia básica.

Se evidencia una relación estrecha y determinante entre las condiciones del mundo del trabajo y el acceso a la atención en salud mental, especialmente en las infancias. Como señalan De Pena et al. (2021), “Las infancias y adolescencias son determinadas directamente por los alcances y los límites de esos mundos adultos en la estructura de igualdad – desigualdad y equidad – inequidad sociopolítica, en la que deben dirimir sus estrategias de sobrevivencia” (p. 129). La precarización laboral, los salarios insuficientes y la ausencia de políticas de protección social restringen las oportunidades de acceder a una debida atención en salud mental y a estrategias preventivas de futuras situaciones. Si bien existe la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), dicha institución enfrenta demoras significativas en la asignación de turnos y en la continuidad del seguimiento profesional, lo que vulnera el derecho a una atención oportuna y de calidad.

Niños y niñas deben ser reconocidos no sólo como sujetos de derechos, sino también como actores sociales activos, cuyas vivencias no son individuales ni aisladas, sino que están profundamente atravesadas por las condiciones sociales. La coyuntura social y política en la que transcurre su crianza configura los modos que habitan en el mundo y se vinculan en distintos ámbitos, especialmente en el educativo. Existen diferencias significativas cuando se actúa bajo esta concepción en comparación a, cuando se hace desde una mirada donde las expresiones emocionales son consideradas manifestaciones individuales o disruptivas, reduciéndolas a diagnósticos psiquiátricos que tienden a medicalizar el sufrimiento. En este sentido, De Pena et al. (2021), señalan que,

Cada infancia y cada adolescencia se sitúan en un marco sociohistórico y político. Analizar las condiciones de generación de salud mental, de tránsito por el sufrimiento mental y las modalidades de atención requiere, por una parte, ubicar a las infancias y adolescencias en las circunstancias sociohistóricas y ético - políticas que las comprenden, y por otra parte, es preciso comprender las modalidades de atención, también en el marco de tales circunstancias (p. 129).

Para avanzar hacia una mirada verdaderamente integral, es necesario que tanto los profesionales de la educación como los del ámbito de la salud trasciendan las disputas históricas de poder que arrastran desde los inicios del Estado moderno. El foco debe estar puesto en la situación actual de niños y niñas con tránsito psiquiatrizado en la institución escolar. Tal como advierten De Pena et al. (2021),

Infancias, adolescencias y salud mental se encuentra en un campo de tensiones dadas por la lógica de clasificación, diagnóstico y tratamiento sanitario, en un circuito marcado por las bondades de estas tres instituciones para con la práctica de disciplinamiento, control y vigilancia del Estado (p. 130).

Superar estas tensiones institucionales implicaría abrir el camino hacia políticas públicas que promuevan una atención integral y situada, acompañando los diversos procesos de vida de niños y niñas en el ámbito familiar, educativo y sanitario. Asimismo, permitirá fortalecer planes y programas existentes, reduciendo la brecha significativa entre los marcos teóricos normativos y la realidad cotidiana. Un ejemplo claro de esta distancia es el incumplimiento de las disposiciones legales en instituciones que alojan a niños y niñas por motivos vinculados a la salud mental vulnerada, donde las condiciones de internación no siempre respetan los derechos fundamentales.

Frente a lo expuesto, resulta indispensable sostener una lectura crítica y continua de los determinantes sociopolíticos que atraviesan la vida de las infancias en Uruguay, comprendiendo que su salud mental no puede desligarse de las condiciones materiales de existencia. En esta línea, es urgente impulsar políticas públicas intersectoriales que coloquen el bienestar infantil en

el centro de la agenda estatal, promoviendo estrategias articuladas entre educación, salud, trabajo y protección social.

Sólo mediante una acción coordinada y sostenida será posible garantizar que las infancias sean efectivamente reconocidas como sujetos de derechos y no sólo, como objetos de intervención inmediata, haciendo realidad la idea de equidad que las leyes nacionales y tratados internacionales proclaman, pero que aún esperan materializarse en la práctica cotidiana.

Bibliografía

Administración Nacional de Educación Primaria. (2021). *Plan de Promoción de salud socioemocional – psicoafectiva en la educación*. ANEP.

Administración Nacional de Educación Primaria. (2021). *Plan Nacional de Convivencia y Participación*. ANEP.

Administración Nacional de Educación Primaria. (2022). *Marco Curricular Nacional*. ANEP.

Administración Nacional de Educación Primaria. (2023). *Guía de Promoción de Salud y Prevención de Conductas Suicidas. Orientaciones para las instituciones educativas*. ANEP.

Administración Nacional de Educación Primaria. (2023). *Marco Curricular Nacional*. ANEP.

Barrán, J. (1967). *Historia Uruguay del Uruguay Moderno 1851-1885*. Banda Oriental.

<http://bibliotecadigital.bibna.gub.uy:8080/jspui/handle/123456789/1059>

Beltrán, M. et al. (2021). Derechos Humanos, legislación y salud mental en Uruguay: tensiones en el campo normativo en tiempos de reforma. En Silva et al. (2021), *Modificaciones normativas y política asistencial para el campo de la salud mental del Uruguay en el siglo XXI: tensiones y énfasis en la gestión sociosanitaria*. (pp. 60 – 104). Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria, UdelaR.

Castrillón, M; Rodríguez, D. (2017). Cuerpo disciplinado, cuerpo civilizado: el disciplinamiento como factor dominante en la construcción del estado – nación en Colombia a principios del siglo XX.

https://www.easyplanners.net/alias2017/opc/tl/7187_mario_andres_castrillon_ruiz.pdf

Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley N.º 17.823 del 14 de setiembre de 2004 (Uruguay).

Diario Oficial.

De Pena, L., et al. (2021). Campo de interseccionalidades:infancias, adolescencias y salud mental. En Silva et al. (2021), *Modificaciones normativas y política asistencial para el campo de la salud mental del Uruguay en el siglo XXI: tensiones y énfasis en la gestión sociosanitaria*. (pp. 127 – 157). Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria, UdelaR.

De Pena, L., y Molas, A. (2023). Infancias fuera de agenda o ¿qué infancias para qué agendas en el Uruguay actual? En *Políticas de transición en el cambio de modelo de atención a partir de la ley 19529, Ley de Salud Mental, en Uruguay Desafíos para la externación sustentable*.

El Observador. (8 de noviembre de 2018). ¿Por qué aumentaron los trastornos psiquiátricos en la infancia? *El Observador*. <https://psico.edu.uy/presencias-en-medios/por-que-aumentaron-los-trastornos-psiquiatricos-en-la-infancia>

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH). (2019). *Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias. Informe final*. INDDHH.

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH). (2020). *La infancia que no queremos ver. Encierro y salud mental de niñas, niños y adolescentes*. INDDHH.

Isuani, A. (2020). El concepto de Estado: ¿entendemos lo mismo? Estado abierto. *Revista sobre el Estado, la administración y las políticas públicas*, 5(1), 13-49.

La Diaria. (28 de marzo de 2023). En Uruguay los problemas de salud mental en la primera infancia tienen mayor prevalencia en niños de ingresos más bajos. *La Diaria*.

<https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2023/3/en-uruguay-los-problemas-de-salud-mental-en-la-primeria-infancia-tienen-mayor-prevalencia-en-ninos-de-ingresos-mas-bajos/>

La Diaria. (5 de junio de 2019). Preocupa la medicalización con psicofármacos en niños.

Facultad de Psicología Universidad de la República. <https://psico.edu.uy/presencias-en-medios/preocupa-la-medicalizacion-con-psicofarmacos-en-ninos>

Ley de Salud Mental N.º 19.529 del 19 de setiembre de 2017 (Uruguay). *Diario Oficial*.

Ley N.º 9581 del 24 de agosto de 1936 (Uruguay). *Diario Oficial*.

Ministerio de Salud Pública. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027)*. MSP - República Oriental del Uruguay.

Muñoz, A. (5 de junio de 2019). Preocupa la medicalización con psicofármacos en niños. *El Observador*. <https://psico.edu.uy/presencias-en-medios/preocupa-la-medicalizacion-con-psicofarmacos-en-ninos>

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Organización Mundial de la Salud*. OMS.

<https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20el,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades.%C2%BB>

Organización Mundial para la Educación Preescolar. (2024). *Educación y cuidados en la primera infancia: una cuestión de Derechos*. OMEP.

Pardo, M. (12 de abril de 2024). Números rojos de las infancias y adolescencias en Uruguay: un asunto político imposible. *La Diaria*.

<https://ladiaria.com.uy/opinion/articulo/2024/4/numeros-rojos-de-las-infancias-y-adolescencias-en-uruguay-un-asunto-politico-impostergable/>

Ramírez y Techera. (2021). Modelos sociosanitarios en salud mental comunicaría: disputas y tensiones conceptuales que hacen a una práctica compleja. En Silva et al. (2021),

Modificaciones normativas y política asistencial para el campo de la salud mental del Uruguay en el siglo XXI: tensiones y énfasis en la gestión sociosanitaria (pp. 21 – 51).

Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria, UdeLaR.

UNICEF. (2006). *Convención sobre los Derechos del Niño*. UNICEF.

UNICEF. (2024). *Análisis de la pobreza infantil en Uruguay y propuestas de política*. Área de Comunicación de UNICEF Uruguay.

Urízar, G.C. (2019). El cuerpo disciplinado y el ocaso de la libertad: Análisis del hospital psiquiátrico y la escuela en el pensamiento de Michel Foucault. *Sincronía*, (75), 104-128.