



INFANCIA MEDICALIZADA EN URUGUAY Y AMÉRICA LATINA:

Problematizando los procesos de patologización y medicalización infantil en la sociedad actual

Trabajo final de grado
Modalidad: Monografía

Montevideo, 6 Mayo 2016

Estudiante: Silvina Navarro Scirgalea

C.I.: 4.710.860-5

Docente Tutora: Prof. Adj. Mag. Evelina Kahan

INDICE

Resumen	3
Introducción	4
Cap. 1 Infancia en la Sociedad Posmoderna	6
1.1 Medicalización infantil como proceso emergente de la sociedad posmoderna	6
1.2 Procesos de exclusión social en la posmodernidad en Uruguay	7
Cap. 2 Concepciones de salud y salud mental en la infancia	8
2.1 Hacia un concepto de salud	8
2.2 Abordaje de la salud mental en la infancia	9
Cap. 3 Agentes y factores que intervienen en la patologización en la infancia	11
3.1 El entorno social	11
3.2 Las familias de la posmodernidad	13
3.3 El sistema educativo	15
Cap. 4 Patologización y Medicalización infantil	17
4.1 ¿Qué es la Patologización infantil?	17
4.2 Medicalización infantil	19
4.3 Principales fármacos que se prescriben y sus posibles efectos	22
Cap. 5 Abordajes del sufrimiento psíquico infantil desde la promoción de la salud	25
5.1 Alternativas que priorizan el espacio clínico terapéutico como principal camino hacia la resolución de conflictos	25
Consideraciones finales	27
Bibliografía	32

Resumen

El siguiente trabajo aborda la problemática de la infancia medicalizada en América Latina y Uruguay, problematizando los procesos de patologización y medicalización infantil en la sociedad actual.

Se toman los aportes de Lipovetsky y Bauman, para comprender la sociedad posmoderna, dando lugar a nuevas producciones de subjetividad generadoras de cambios en las relaciones de pareja, familia y demás.

Asimismo, se piensa a la salud mental infantil desde la complejidad, contemplando algunos agentes implicados: la influencia del entorno social del niño, la situación familiar y la escuela. Estas instituciones se consideran intervinientes en la patologización de la infancia.

En este sentido, se destacan autores como Míguez, Affonso, Collares y otros, los cuales aluden a la medicalización y al uso abusivo de psicofármacos en la niñez.

Se integran distintas formas de abordajes terapéuticos, entre ellas la psicoterapia, como alternativas complementarias que buscan promover la salud psíquica del niño más allá de la medicalización.

Palabras claves: Posmodernidad - Infancia - Patologización - Medicalización

Introducción

El presente trabajo pretende abordar como temática la patologización y medicalización de la infancia en América Latina y Uruguay.

Dicha temática se presenta en la actualidad como uno de los temas a problematizar por distintos autores de nuestra región. Es así que se intentará dar un panorama tomando los aportes de los mismos, a modo de proporcionar al lector una visión sobre esta compleja cuestión.

Los motivos de elección sobre el tema planteado, tienen que ver con la percepción de un aumento alarmante en cuanto a la prescripción de psicofármacos en niños a nivel de América Latina y específicamente en Uruguay: ¿Cómo se propaga éste fenómeno? ¿Bajo qué argumentos se justifican éstas prácticas? Fueron algunas de las interrogantes que despertaron el interés en realizar este trabajo.

El primer capítulo tiene como objetivo contextualizar el mundo globalizado en que nos encontramos, considerando a la medicalización infantil como un proceso que emerge de acuerdo a las producciones de subjetividad de la sociedad actual. La misma, se encuentra caracterizada por: los avances tecnológicos, la presencia de los medios masivos de comunicación, los estereotipos de belleza y realización personal. Dichas características participan a su vez en procesos de exclusión social, generando situaciones de vulnerabilidad que repercuten en la estructuración del psiquismo infantil.

En este entramado; la salud, la familia y la escuela, actúan bajo determinadas lógicas que se deben considerar a la hora de pensar en los procesos de patologización y medicalización en la infancia.

En el segundo capítulo se toman las concepciones de salud y específicamente de salud mental para comprender desde que perspectiva se entiende la salud mental infantil. Se hace necesario contextualizar las condiciones sociales, problematizar en conjunto con la familia y la escuela, lo cual implica posicionarse desde una perspectiva compleja.

De éste modo, en el capítulo tercero se hace referencia a la participación de dichas instituciones como agentes y factores intervinientes en la patologización y medicalización en la infancia.

Llegado el cuarto capítulo se plantea la patologización en los niños como un fenómeno que tiene como corolario la medicalización. Aquellos infantes que por distintos motivos no logran “encajar” en los parámetros de normalidad establecidos por el sistema

imperante, caen muchas veces en casillas de diagnósticos establecidos de acuerdo a distintos manuales de psicopatología.

Frente a dichos diagnósticos, desde distintas disciplinas se implementan soluciones “mágicas” a través de la prescripción de psicofármacos (Janin, 2013). Es así que en último apartado de este capítulo se exponen a modo de ejemplo algunos de los medicamentos que se prescriben con mayor frecuencia, así como los posibles efectos en el metabolismo de los niños.

El quinto capítulo se orienta a pensar en distintas alternativas posibles para abordar el sufrimiento psíquico infantil desde la salud. En este sentido, se promueve el abordaje clínico terapéutico como principal camino hacia la resolución de los conflictos que desencadenan en los síntomas que aquejan al niño.

Se contempla el uso de medicación como apoyo al proceso terapéutico en situaciones que lo ameritan, considerando que las alternativas de tratamiento son diversas, y que cada una de ellas debería ajustarse a las demandas presentadas por cada niño en particular.

Capítulo I: Infancia en la Sociedad Posmoderna

1.1 Medicalización infantil como proceso emergente de la sociedad posmoderna

Este capítulo se propone pensar la medicalización infantil como un proceso que emerge en el actual paradigma de la complejidad. El mismo ha sido abordado por diferentes autores contemporáneos; a continuación, se abordarán los aportes realizados por algunos de éstos.

En ésta línea, Lipovetsky (2006) define la época actual como la Hipermodernidad, caracterizada por una transformación social, que se produce a partir del siglo XX, en el marco de una segunda revolución individualista (la primera la posiciona entre el XVII y XVIII). Esta nueva organización social, tiene como protagonistas un narcisismo colectivo, mayor preocupación por el self, búsqueda constante de placer y autorrealización personal. Bauman (2000) concibe una Modernidad Líquida, reafirmando la idea del individualismo: la búsqueda de la felicidad es realizada puramente a través de procesos individuales, que responden a las lógicas de consumo del mundo globalizado. Se plantea entonces, la práctica del consumismo, ya no como proceso económico, sino cómo un fenómeno socio-cultural.

Vivimos en una era de liquidez, donde los vínculos se construyen en el fluir del tiempo despojándose éstos de la idea de permanencia (Bauman, 2000). Los trabajos, las relaciones de pareja, las familias, parecen ya no existir de una vez para “siempre”. La familia tipo, institución por excelencia del sistema capitalista, ha sufrido transformaciones dando lugar a nuevas configuraciones familiares.

La máquina, que desde sus inicios ofició de herramienta fundamental en la producción, ha evolucionado a nuevas tecnologías de información y comunicación cumpliendo un rol preponderante en estos nuevos procesos de búsqueda de placer. Hoy día las Tics (tecnologías de información y comunicación), tienen la habilidad de brindar información de manera instantánea, acortando los tiempos de espera. A través de ellas, la imagen se reproduce de manera masiva, llegando casi a la totalidad de los hogares.

Se construyen de este modo, producciones de subjetividad que idealizan modelos, imágenes, valores, zonas de permisividad y prohibición que establecen pautas a seguir para formar parte de la sociedad. De ésta manera se adjudican y asumen distintos roles entre los distintos actores de la misma. Aquellos que no logran alcanzar los ideales

exigidos, construyen al margen de la sociedad, sus propios mandatos socio-culturales (Giorgi, s.f.).

1.2 Los procesos de exclusión social en la posmodernidad en Uruguay

La exclusión social es un proceso multidimensional, que repercute sobre las redes sociales, las condiciones laborales, educativas, el ejercicio de la ciudadanía y todas aquellas exigencias provenientes del mandato social de la cultura (Giorgi, s.f.). El hecho de que determinados colectivos no se encuentren incluidos en la sociedad, no significa que no “socialicen”. En ese sentido, Giorgi (s.f) plantea que se generan espacios de socialización en la exclusión.

De éste modo, se reproducen desde los sectores más marginados de la sociedad, formas de ser, sentir, pensar y actuar que no siempre conciben con lo “esperado” y pautado por el paradigma imperante. Muchas veces dichas formas se construyen en zonas de vulnerabilidad, donde las oportunidades de desarrollo socio-económico son nulas o escasas. ¿Cómo influye ésta vulnerabilidad en la estructuración del psiquismo?

Existen diversos estudios acerca la influencia de la situación socioeconómica en la estructuración del psiquismo en la infancia. Entre éstos, Delucca (2010) plantea que las modalidades y estrategias de crianza varían de un sector socio-económico a otro. Esto sería consecuencia de los recursos con los que cuenta la familia, no solo económicos, sino también culturales e intelectuales, entendiendo que la misma se encuentra inserta o no en un determinado grupo de pertenencia que propone sus ideales (Delucca, 2010). Las pautas de crianza y la disponibilidad de los padres o quienes ejerzan dicha función, influyen en la estimulación psicomotriz y la respuesta a las demandas de sus hijos (Cristóforo et al, 2013).

Una madre o un padre que deben lidiar día a día con dificultades económicas, tendrá como preocupación prioritaria, proveer la comida del día.

En el caso de los hogares monoparentales, las posibilidades de mantener un trabajo se dificultan, dado que dicha actividad requiere la presencia de algún familiar que se haga cargo de los niños mientras su madre o padre se encuentra trabajando.

¿Cómo responden los niños frente a las situaciones de vulnerabilidad y desamparo?
¿Cuál es el apoyo institucional que reciben las familias que se encuentran en ésta situación?

Muchas veces estos niños presentan conductas que requieren intervenciones desde la salud, a veces como respuesta a la exposición generada por la vulnerabilidad en la que

están inmersos. Niños que no aprenden, que no logran estar quietos o que se muestran agresivos frente a los demás, agresividad que muchas veces proviene de su propio hogar.

A continuación, se tratará de exponer como influye el abordaje de la salud mental infantil en el proceso de patologización en los niños. Se considera que el mismo tiene un origen multicausal, motivo por el cual resulta necesario pensar en las instituciones que participan en el proceso de socialización. Dicha tarea requiere realizar una mirada desde la complejidad, dado que al decir de Morin (1994) “nada está realmente aislado en el Universo y todo está en relación” (p. 422).

Capítulo II: Concepciones de salud y abordaje de la salud mental en la infancia

2.1 Hacia un concepto de Salud

“La salud (...) traza y corrige el límite entre “normal” y “anormal”. La salud es el estado correcto y deseable del cuerpo y el espíritu humanos” (Bauman, 2000, p 83).

La OMS concibe el estado de salud como

“...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (...) La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. “ (Organización Mundial de la Salud, 1948, p. 1)

Diversos autores han presentado sus críticas por considerar ésta definición un tanto utópica; ya que plantea un nivel máximo de bienestar un tanto difícil de lograr. Empero reconocen su importancia como concepto ideal, en tanto que oficia de guía a la hora de pensar y teorizar sobre la salud.

Esta concepción, que ya no es solamente la ausencia de enfermedad; nos muestra un sujeto inmerso en un contexto: plantea la integración de distintas dimensiones que atraviesan el ser humano; entendiendo que ninguna es más importante que otra. El equilibrio entre dichas dimensiones, será desde ésta concepción, el completo goce de la salud del sujeto.

Resulta necesario reparar en el término “bienestar”, entendiendo que no necesariamente “estar bien” implica un estado de salud. El “estar bien” de cada individuo, dependerá de los parámetros de la cultura a la que pertenece, además de su historia personal y situacional propias (Weinstein, 1989).

Bauman formula que en la sociedad líquida en la que vivimos, el concepto de “salud” muchas veces es asimilado al de “estar en forma”. El autor refiere que emplear éstos términos como sinónimo es un error, ya que cada uno responde a distintos procesos (Bauman, 2000). Asimismo, el “estar en forma” es una exigencia de nuestra época, que lleva a las personas muchas veces a someterse a “tratamientos” que poco cuidan su salud (Bauman, 2000).

Saforcada y De Lellis (2006) introducen al concepto planteado por la OMS, la importancia de la interacción social y ambiental del ser humano:

Salud es la situación de relativo bienestar físico, psíquico, social y ambiental (...) considerando que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas (entidad bio-psico-socio-cultural) y sus ambientes humanos (...) teniendo en cuenta que estos componentes integran a su vez el complejo de la trama de la vida. (p. 104)

El sujeto, ya no sería concebido únicamente desde su realidad biológica o psicobiológica. Confluyen en él, distintos modos de entenderlo y estudiarlo

2.2 Abordaje de la Salud Mental en la Infancia

Si definimos enfermedad mental con los mismos métodos conceptuales que la enfermedad orgánica, si aislamos y reunimos los síntomas psicológicos del mismo modo que los síntomas fisiológicos, es ante todo porque consideramos la enfermedad mental u orgánica como una esencia natural manifestada en síntomas específicos (Foucault, 1992, pp. 15 y 16)

Dentro del campo de la salud, nos detendremos particularmente en la salud mental. Esta es una especialidad que tendría como objetivo ocuparse de las enfermedades que refieren al orden de lo psico-emocional. Resulta un tanto reduccionista quizás, hablar de enfermedades mentales; como si las afecciones psicológicas de un sujeto fueran un evento aislado de su entorno social, sus acontecimientos biográficos y su porte biológico.

Por lo tanto, considerar que un trastorno mental de un niño es ajeno a su contexto familiar y social, podría generar efectos patologizantes de síntomas que encubren

problemáticas de otro orden (como pueden ser el maltrato, ausentismo parental, desamparo y otros).

De acuerdo con De Lellis y Saforcada (2006), parecería ser que el abordaje de la salud mental, refuerza la dicotomía (ya existente y plantada por Descartes) mente-cuerpo; que obstaculiza una visión integral del sujeto. Señalan, por lo tanto, que cualquier expresión del cuerpo en lo que refiere a su proceso de salud-enfermedad, incluye manifestaciones de lo mental, tanto en su etiología, como en su evolución y desenlace (De Lellis, 2006).

En este sentido, sugieren hablar de lo *mental en la salud* (De Lellis, 2006) superando de ésta manera el dualismo que plantea el término “Salud Mental”.

Barembliit (citado por De León et al, 2013) considera la salud mental como: “lugar de entrecruzamiento de múltiples dimensiones que configuran líneas de fuerza, materialidades diferentes y articuladas o mezcladas, o completamente inter-recurrentes entre sí” (p.18).

Esta idea de entrecruzamiento, sugiere que no existen límites precisos para definir el campo de la salud mental, sino que más bien el mismo se presenta como algo dinámico, lejos de ubicarse en una posición estática.

En este trabajo, que jerarquiza la importancia que tienen las prácticas de salud mental en la infancia, la noción de movilidad, e imprecisión se presenta casi como una constante, ya que el psiquismo de un niño se encuentra en plena construcción. Por éste motivo, siguiendo a Untoiglich (2013) se puede decir que “en la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz” (pp. 61-62). La autora plantea la importancia de realizar hipótesis diagnósticas que oficien de orientación para el profesional, entendiendo que el devenir en el cual se realiza el diagnóstico se va transformando en el tiempo (Untoiglich, 2013).

Un niño crece, madura sus funciones psíquicas y a medida que adhiere a un tratamiento los síntomas tenderían a desvanecerse. Tal como formula Muniz, (2013) lo ideal sería partir del diagnóstico; evitando que éste sea un punto de llegada.

Asimismo, las condiciones institucionales en las cuales se construyen los diagnósticos, no siempre son las ideales. Existe una fuerte demanda, que lleva muchas veces a que los profesionales no logren cumplir con las condiciones indispensables para diagnosticar; estas serían: disponibilidad de tiempo acorde para conocer al paciente,

examinarlo en profundidad, estudiar sus vínculos y elaborar una estrategia de acuerdo a las necesidades del mismo (Muniz, 2013).

Es por lo anteriormente dicho, que diversos autores han manifestado la importancia de generar cambios en las políticas sanitarias, sobre todo aquellas que atraviesan la salud mental infantil, entendiendo la importancia de actuar sobre la prevención desde las distintas instituciones implicadas.

La patologización y concomitante medicalización de la infancia contempla distintos factores intervinientes, cumpliendo un rol de suma importancia: la familia, primer agente socializador del niño y la escuela; lugar donde muchas veces se “detectan” los síntomas que luego llegan a la consulta. Ambas se encuentran inmersas a su vez, en un entorno social que participa en la producción de subjetividad. A continuación, se tomará en cuenta el rol que ejercen estas instituciones en el abordaje del sufrimiento infantil. Porque en definitiva, un niño que no aprende, que no está quieto o que está demasiado quieto, es un niño que está sufriendo y que con su cuerpo, nos está diciendo aquello que no ha logrado poner en palabras.

Capítulo III: Agentes y factores que intervienen en la patologización en la infancia

3.1 El entorno social

“Así, en una sociedad donde todo es ya, los psicofármacos en su acción ya duermen, ya dopan, ya marean, ya permiten quedar ausentes de realidades que generan tales padecimientos psíquicos. En estas sociedades del ya, (...) medicar no es la mejor solución, sino la más rápida”.
(Míguez 2011, p. 312)

Se considera de importancia contemplar el modo en que el entorno social interviene en el proceso de patologización en la infancia. Se ha precisado anteriormente el momento socio-cultural histórico que se desarrolla en la actualidad: la sociedad de lo efímero, la época “light” de Lipovetsky o modernidad líquida de Bauman. Estas concepciones refieren a distintas producciones de subjetividad que exigen la presencia de todo rápido, (sin importar cuánto perdure) la multiplicidad de estímulos, y la participación de los medios de comunicación que parecen promulgar verdades inmutables y absolutas.

El sujeto deviene consumidor de todo tipo de artefactos, y los niños, no pueden quedar atrás en este devenir: el celular, la televisión, la computadora, los videojuegos y una infinidad de tecnologías, acompañan el proceso de socialización infantil. Según Bafico (2015) esto trae como consecuencia muchas veces un estado de “sobre estímulo” y sobre-excitación en los niños, a quienes les seguimos exigiendo que permanezcan atentos durante cuatro horas en el salón de clases; y el problema no es que no estén atentos, más bien sería que “atienden de forma simultánea a diversas situaciones” (p. 99).

Asimismo, se les exige que participen activamente en distintos espacios de socialización: la escuela, actividad deportiva, clases de algún idioma y demás, permaneciendo fuera del hogar durante gran cantidad de horas. Esto implica la participación de distintas instituciones que intervienen en el cuidado y disciplinamiento de los niños; con la tarea de transmitir los mandatos socio-culturales que se requieren para crecer en la sociedad. Otros niños, permanecerán fuera de casa durante muchas horas por motivos completamente distintos: deberán ir en busca de dinero a alguna esquina en particular, o recolectar desechos en el carro y canjearlo por unos pocos pesos (Miguez, 2011).

Ante la mínima deficiencia que estos niños presenten, será necesario concurrir a fonoaudiólogo/a, psicomotricista, psicopedagogo/a, psicólogo/a o algún otro profesional del área de la salud que se encargue de “corregir” aquello que está mal, que desalinea el cuerpo infantil, y cuanto antes se corrija, ¡mejor!

Miguez (2011), se cuestiona dónde quedó el lugar que se le asignaba a la lectura del cuento antes de ir a dormir, los juegos en la calle, la rayuela, el ocio, en definitiva: el espacio para el juego, tan fundamental en el proceso de estructuración del psiquismo infantil.

Con las figuras del cuento y los juegos en la calle, se intenta comenzar a develar la pérdida de “valores” que fueron interiorizados en un pasado no muy remoto, y que eran partes constitutivas de un proceso de sociabilidad que en su generalidad se siente como pérdida. No se trata de añoranza intuitiva (o al menos no del todo), sino de pérdidas reales con consecuencias también reales que permiten desmadejar el entramado de una complejidad que supera la niñez hoy en día, y a unos adultos ya superados por aquella. Pareciera que los niños y niñas del siglo XXI ya no tienen tiempo para tales menesteres, porque sus obligaciones son otras, sí, sus obligaciones. (Miguez, 2011, p. 100)

En ésta misma línea, Rojas (2004) plantea que en la actualidad se realiza culto a un niño independiente, autónomo, adultizado, apto para tomar desde temprana edad sus propias decisiones. “Por ende, también se espera de él un aprendizaje rápido y diversificado, así como un máximo de eficiencia, un éxito no conflictivo, a la velocidad que la época designa” (Rojas, 2004, p. 169).

En conexión a lo planteado, se destaca el papel de las familias en la posmodernidad.

3.2 Las familias de la posmodernidad

“La familia no es causa única y lineal de las formas subjetivas y de las problemáticas de la infancia, como tantas veces se ha considerado, sino, en todo caso, condición necesaria, pero no suficiente. En tanto la organización familiar se encuentra entretrejida en la trama sociocultural, sus modos de funcionamiento están en consonancia con algunos caracteres de la cultura epocal y son inseparables de éstos.”
(María Cristina Rojas, 2004, p. 164)

Tal como se ha venido planteando, en la actualidad se han producido nuevas configuraciones familiares. Éstas, ya no conciben a la familia como un sistema “cerrado” o “semi-cerrado” enmarcado en un contexto que le es exterior (Rojas, 2004).

Existen núcleos familiares mono-parentales, ensamblados, tradicionales, y demás; que interactúan con la matriz social a la cual pertenecen, actuando como productos y productores de subjetividad de la misma. Por tanto, dichas configuraciones funcionan de manera “abierta” y se encuentran en permanente construcción.

Muniz (2013), plantea importantes cambios en la relación adulto niño; encontrando que en nuestra época, parecería ser que no todos logran cumplir las funciones de contención e interdicción, dos caras de una misma moneda en la estructuración del psiquismo del infans.

En esta era en que los niños participan activamente de todo, introduciéndose en temáticas que antes correspondían al campo de los adultos y a su vez en donde éstos quieren conservar cada vez más su juventud, llegando a actuar algunos como adolescentes; la asimetría tan indispensable adulto-niño queda casi invisibilizada, generándose en ocasiones una inversión en la posición de los roles (Muniz, 2013).

El contexto socio-histórico actual y la cultura del consumo que lo caracteriza, no ofrecen el apuntalamiento necesario a las figuras encargadas del cuidado, en tanto los incita al exceso y produce también en ellas una sobre excitación. Es en esta medida que se ve comprometida a su

vez la función de apuntalamiento del psiquismo del niño por parte de dichas figuras. (Muniz, 2015, p. 68)

Este cambio en los roles, trae aparejado vivencias de desamparo y desprotección en la infancia, en situaciones en las que los/as niño/as son quienes terminan sosteniendo a sus padres; en lugar de ser sostenidos por ellos.

La importancia sobre la función de “sostén” o *Holding*, fue planteada por Winnicott (1957); en su teoría del desarrollo emocional del bebé; en la cual presta particular atención a la interacción entre el infans y su “madre-ambiente”. Una *Madre Suficientemente Buena* (el término “madre” refiere a cualquier sujeto que cumpla con las funciones de maternaje); debería ser capaz de reconocer al niño en su mirada, saber lo que requiere cuando el mismo llora y a su vez, poder decir no; (“frustrarlo”) cuando sea necesario. Contener y frustrar son parte de éste proceso fundamental en la estructuración del psiquismo según lo plantea el mencionado autor.

Montserrat (2006), sugiere la presencia de un Holding defectuoso, en aquellos casos en los que no se logra sostener al niño que “parece designar la manera en que los niños hiperactivos abandonan sus pensamientos o los objetos, como consecuencia de no haber podido interiorizar la función de soporte de los cuidados materno-paternal” (p. 118).

Niños/as desinvertido/as, que no encuentran contención y que muchas veces asumen la responsabilidad de contener a sus adultos responsables, comienzan a desplegar una sintomatología, que responde a la dinámica familiar en la cual están inmerso/as.

La puesta de límites resulta en muchos casos inexistente o más bien, inadecuada, lo que conlleva un alto grado de independencia que los niños no saben manejar. Responden con comportamientos descontrolados, como si sus cuerpos estuvieran solicitando que les impongan esos límites. Pareciera que a muchos padres les resulta penoso e incluso culposo decir “no”, por miedo a que ese “no” genere infelicidad a sus hijos. En ésta situación, algunos adultos agotan la puesta de límites a través del maltrato, tratando de obtener la autoridad que no aparece por otros medios. (Rojas, 2004).

Se establece a menudo un circuito reverberante: padres que castigan, sienten culpa y apelan a actitudes pseudo-reparatorias, como alabanzas excesivas, idealización de las conductas del niño, regalos, más concesiones. Esto ratifica y exacerba el comportamiento irritativo del niño, lo

cual sigue realimentando el círculo. Tal circuito incluye también la organización de un sistema de reproches entre los integrantes de la pareja parental, que suele incluir a todo el entorno inmediato. (Rojas, 2004, p. 179)

Cuando el maltrato se convierte en violencia, puede generar distintas repercusiones desfavorables en el psiquismo infantil. A modo de ejemplo, esta violencia se puede manifestar a través de: el consumo problemático de sustancias por parte de los padres, el abuso sexual infantil, el abandono y ausentismo parental, que impactan en la construcción de subjetividades sufrientes en la infancia.

A continuación en este trabajo se tomará en cuenta el papel que juega el sistema educativo como otro aspecto a considerar en el proceso de patologización en la infancia.

3.3 El sistema educativo

La institución escolar, es un fuerte pilar que participa en el proceso de socialización, influenciada por el contexto socio-cultural que la rodea; sus avatares históricos, políticos e ideológicos.

Nuestro sistema educativo, surge del modelo europeo del S XIX. Dicho sistema intentaba “civilizar” a la sociedad de la época y homogeneizar las diferencias culturales existentes, tanto entre grupos de inmigrantes como diferencias entre lo rural y lo urbano, apostando al “progreso” a través de la educación de la población”. (Miguez, 2006 p. 41)

En esa línea, se toma la idea Foucaultiana de dispositivo de disciplinamiento y normalizador de conductas: la disposición de los cuerpos del alumnado en la clase, frente al docente que dicta y establece el orden, el uso de túnica y moña, además del horario cronometrado en tiempos de actividad pedagógica y de actividad lúdica son maneras de disciplinar y controlar a los cuerpos infantiles. (Foucault, 1986)

Actualmente, las funciones de la escuela han ido transmutando de acuerdo a las necesidades y transformaciones de la sociedad; sin embargo, permanece su función de disciplinamiento y normalización de conductas a través de nuevos mecanismos.

Algunos de estos, tienen que ver con cierta articulación con la salud, mediante la cual se sostienen prácticas sobre un determinado colectivo de niños que no estarían

respondiendo con el comportamiento socialmente exigido; y por lo tanto deberán corregir su conducta, por ejemplo, mediante el consumo de psicofármacos. Estos chicos, tienden a “distorsionar” la clase, generando malestar en el aula que los docentes muchas veces tienden a sentir como situaciones de “desborde”, motivo por el cual derivan al niño a especialistas (psiquiatra infantil o neuropediatra) en busca de una solución rápida y efectiva (Míguez, 2011). De ésta manera caen en clasificaciones diagnósticas, tales como el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, uno de los trastornos que con mayor frecuencia se “detectan” en la escuela, según plantean distintos autores.

En medio de éstas demandas, la familia trata de responder a quienes ejercen el saber/poder, en pos de lograr que el niño sea aceptado por la institución escolar, dado que en diversos casos reciben advertencias de expulsión o la orden de cumplir con la mitad del horario, si no logran controlar la conducta del mismo (Míguez, 2011).

Es importante señalar que no se busca culpabilizar o responsabilizar al sistema educativo de las complejas problemáticas que atraviesan hoy los niños de nuestra sociedad. Los docentes deben enfrentarse día a día con una multiplicidad de dilemas que trascienden las esferas de su propio compromiso y voluntad, quedando muchas veces sin herramientas que les permitan sobrellevar los mismos.

También resulta necesario considerar, que la escuela además de brindar aprendizajes y conocimientos a sus alumno/as, debe hacerse cargo del cuidado de los mismos; convirtiéndose en algunas ocasiones en una institución protectora de niño/as que en su casa, quedan a la deriva de situaciones familiares complejas y bajo el desamparo de sus adultos responsables.

Es así que, determinadas problemáticas del niño que han pasado desapercibidas en el entorno familiar, se visibilizan en el ámbito educativo. En ésta línea, Untoiglich (2004) plantea que para que un niño ingrese a la escuela primaria deben elaborarse determinados trabajos psíquicos:

Difícilmente podrá atender a los requerimientos escolares un niño que no tenga mínimamente tramitadas cuestiones ligadas a su origen, a su historia familiar, al lugar que ocupa en el deseo de sus padres, que tenga ciertos diques constituidos; límites incorporados; posibilidades sublimatorias de aplazamiento de la satisfacción inmediata (...) que pueda renunciar a la presencia real e inmediata de la madre en pos de recibir más tarde la felicitación de mamá cuando vea las producciones escolares. (Untoiglich, 2004, p 128)

A su vez, en el plano académico es necesario tener una mínima noción de lecto-escritura, prestar atención a las tareas propuestas en clase y dedicarse a jugar exclusivamente en el recreo, momento destinado para lo lúdico (Untoiglich, 2004).

Cuando no se logran adquirir estas funciones, la vivencia de fracaso suele instalarse en la vida del niño, motivo por el cual es de suma importancia que tanto la institución, como la familia brinden el apoyo necesario, ayudándolo a tolerar la frustración que esta situación puede generar.

El apoyo deberá venir desde lo afectivo, pero también requerirá la presencia de otros profesionales que brinden herramientas para rescatar las potencialidades del mismo, aquí el trabajo multidisciplinario es clave y debe procurar evitar etiquetas diagnósticas que solo repercuten de manera perjudicial sobre el niño.

De allí la importancia de llevar a cabo intervenciones que apunten a la promoción de la salud, que procuren incluir e integrar las diferencias.

Capítulo IV: Patologización y medicalización infantil

4.1 ¿Qué es la patologización infantil?

Al momento de problematizar sobre las patologías, es indispensable preguntarnos qué se considera normal, y qué patológico, ya que cada sociedad, de acuerdo a sus mandatos, tendrá su propia concepción de normalidad y patología.

Según Canguilhem (1971), lo normal y lo patológico plantea una línea divisoria entre lo esperable, dentro de los parámetros exigidos por la sociedad y lo que no entra, no encaja, en dichos parámetros.

El propio término “normal” pasó a la lengua popular y se naturalizó en ella a partir de los vocabularios específicos de dos instituciones, la institución pedagógica y la institución sanitaria (...) “Normal” es el término mediante el cual el siglo XIX va a designar el prototipo escolar y el estado de salud orgánica. (Canguilhem año P 185)

Han sido varios los autores, que plantean la existencia de un paradigma que pareciera reducir situaciones de la vida cotidiana, propias del ser humano o del proceso de crecimiento, a un lenguaje de patología de las conductas; donde todo aquello que no entra en los criterios de normalidad, se considera patológico.

Korinfeld (citado por Untoiglich, 2013) define la patologización de la siguiente manera:

Conjunto de operaciones políticas, programas, estrategias y dispositivos; además de intervenciones puntuales; campos argumentales; cuyos efectos ubican en un lugar de enfermo/a o potencialmente enfermo, anormal o pasible de traumatización o desubjetivización a aquellos individuos que quedan por fuera de los criterios de normalidad de su época. (p 29)

Affonso y Acevedo (2013) plantean que los niños y adolescentes de nuestra sociedad son los destinatarios principales de este proceso patologizador.

Conductas infantiles tales como la inquietud, la falta de atención, la dificultad de comprensión de conocimientos académicos, o la impulsividad, son catalogados en ciertas ocasiones como patologías (Muniz, 2013).

Cuando el diagnóstico se instala de manera reduccionista, sin contemplar la complejidad que conlleva estudiar el psiquismo infantil, estamos hablando de un proceso de patologización. Dicho proceso, es muchas veces acompañado por la medicina, la educación e incluso la psicología (Untoiglich, 2013).

Esto sucede con frecuencia en el caso del diagnóstico de Trastorno por Déficit Atencional con y sin Hiperactividad, que se ha vuelto cada vez más popular en los espacios de consulta psicológica y psiquiátrica. Muchas veces es realizado de manera irregular, en situaciones en las que el/la niño/a no es evaluado por un especialista, sino que se realiza su “evaluación diagnóstica” de acuerdo al relato de los padres o del maestro únicamente (Míguez, 2011).

Janin (2013) plantea la importancia de pararse frente al otro, entendiendo su singularidad en tanto sujeto, para poder comprender cuales son los motivos de la sintomatología que el mismo está presentando. De ésta manera, se evita caer en una visión biologicista que solo se fija en las conductas observables del niño y no en su padecimiento psíquico.

Asimismo, es importante tener en cuenta, que la implementación de diagnósticos en la infancia, recae muchas veces sobre el niño como una identidad alienante, en la que Juancito, deja de ser “Juancito”, para pasar a ser un TDA-H, un Autista, o una Dislexia.

“Un niño que afirma: “soy ADD”, puede sentir que esa denominación le otorga un lugar distinto al de los demás, que es mejor que no tener ninguno. Un lugar de enfermo para tapar el déficit de identidad o de narcisización” (Janin, 2013, p. 59).

Rodulfo (2005), nos advierte sobre la iatrogenia de las clasificaciones diagnósticas, sobre todo cuando hablamos de psiquismos en plena construcción, aludiendo que

muchas veces estos diagnósticos se manejan de manera imprudente, sin tomar conciencia de las precauciones que conlleva dicha tarea.

Una de las tales imprudencias cometidas, es la prescripción de medicación psiquiátrica, como única solución posible al comportamiento disruptivo del niño.

Este tipo de intervención proviene de una visión biologicista de la problemática, y por esto actúa directamente sobre los síntomas, de acuerdo a las clasificaciones de los manuales sobre trastornos mentales, tales como el DSM IV, y más recientemente el DSM V (Dueñas, 2013).

4.2 Medicalización infantil

La medicalización infantil es una de las aristas que forman parte del accionar de la medicalización de la sociedad. Diversos autores, han estudiado desde una perspectiva crítica la intervención de la medicina, así como el uso de fármacos en situaciones de la vida cotidiana que no implican necesariamente un estado de enfermedad; considerándose por lo tanto que determinadas prácticas médicas, se realizan de manera injustificada y naturalizada.

Conrad (citado por Faraone et al, 2010) establece que el punto crucial aquí sería la utilización de la medicina, su lenguaje y su marco normativo para problemas no médicos. Como consecuencia de esto, se produce un uso inadecuado de prácticas inherentes al campo de la farmacología, tales como “la falta de una correcta prescripción, la automedicación, la dispensación sin receta profesional, el abuso de la publicidad, la devaluación de la evidencia científica, la disminución e incluso ausencia de la utilización de otros recursos terapéuticos no farmacológicos” (Tamosiunas, s.f.).

Foucault dedicó gran parte de su obra al análisis y estudio de los procesos de medicalización de la sociedad, mediante los cuales el poder médico hegemónico se instala en las estrategias de biopolítica tales como el saneamiento, condiciones de vivienda, higiene, alimentación, sexualidad entre otros. “El proceso de medicalización es pues esencial para la comprensión del modo en que el cuerpo -individual y social- se torna objeto de saber, blanco de poder y campo de intervención de múltiples dispositivos” (Bianchi, p. 56-57, 2010).

Iriarte, sugiere la expresión de “biomedicalización” para designar un cambio de paradigma que proviene de la intervención del complejo médico industrial y la industria farmacéutica a través de estrategias para conservar su liderazgo en las concepciones del proceso salud-enfermedad-atención y en el mercado de la salud (Iriarte, 2012). Esta

serie de estrategias, ubican al usuario como consumidor, enviando mensajes que promueven los “beneficios” de los psicofármacos hacia distintos destinatarios; entre ellos se encuentran: los usuarios directos, pacientes y sus familiares; la comunidad educativa; la comunidad médica; (responsables de transmitir la información al resto de la población) y los líderes de opinión pública (Iriarte, 2012). De ésta manera, se generan distintos modos de producción de subjetividades que naturalizan la existencia de los trastornos, así como la “cura” de los mismos a través de tratamientos medicamentosos.

En lo que refiere a las prácticas ejercidas en la infancia, este fenómeno se propaga cada vez más en Latinoamérica y en Uruguay.

Miguez (2011) plantea que en nuestro país la niñez está siendo medicada de manera abusiva con psicofármacos; la investigadora obtuvo una cifra de un 30% recabada de una investigación que surge de una muestra obtenida en 5 departamentos de nuestro país. Dicha muestra incluye tanto escuelas de contexto sociocultural crítico, como colegios privados; además de referentes de la educación, la salud (pública y privada) y los adultos responsables de dichos niños. Asimismo, mediante un estudio realizado por la Facultad de Ciencias Sociales (2006), se obtuvo que en las escuelas de contexto sociocultural crítico, el porcentaje de niños medicados es de casi un 20% (Miguez et al, 2008). Sin embargo, de acuerdo a los datos arrojados por un estudio realizado en Argentina (Faraone et al, 2010), es en los centros de educación de mayor nivel socio-económico donde el consumo de psicofármacos se encuentra más naturalizado. La cifra estimada en éstos casos es de un 30% según lo plantean Affonso, Collares y Untoiglich (citado por Untoiglich, 2013). Al parecer estos alumnos reciben mayores exigencias de rendimiento que sus pares de contextos socioculturales más desfavorables (Faraone et al, 2010).

En este trabajo se expone a modo de ejemplo el diagnóstico de Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, ya que se considera uno de los más frecuentes en la actualidad.- Se aclara a su vez, que en este proceso medicalizador participan también otros trastornos tales como: el trastorno incipiente de bipolaridad, depresión en la infancia, trastornos de ansiedad y demás-.

El fármaco más indicado en casos de TDA-H es el Metilfenidato Se ha constatado que en Argentina el aumento en la importación de ésta sustancia va de “47.91 kg en el 2007 a 81.75 kg en el 2008” (Faraone, et al 2010). Como puede apreciarse, se duplicó el consumo tan solo en un año.

En esta línea, Affonso et al (2013) señala que en Chile el aumento de niños diagnosticados con TDA-H fue de un 253% en el 2012, año en el que el gobierno aumentó un 196% la subvención escolar en los centros educativos que tuvieran alumnos con el diagnóstico. “La importación de Metilfenidato en Chile pasó de 24.2 kilos en 2000 a 297,4 kilos en 2011” (Affonso et al, 2013).

Dicho autor, agrega que en Brasil en el correr del 2012, la venta y distribución del producto mediante el Sistema Único de Salud, aumentó en un 54%. Las farmacias, pasaron de vender 71.000 cajas en el año 2000 a vender 2 millones de cajas en el 2011 (Affonso et al, 2013, p. 32) .

En nuestro país el flujo de importación de dicha sustancia fue aumentando progresivamente, aunque se pudo ver un pico en alza en el año 2007:

“2001- 900 gr

2002- 4.500 gr

2003- 9.180 gr

2004- 9.947 gr

2005- 5.804 gr

2006- 8.764 gr

2007- 16.576 gr”

(Palummo, 2012, p.21).

Una de las funciones que ha tenido ésta medicación, ha sido su uso como indicador diagnóstico; es decir, se administra a modo de “prueba”: si el niño mejora su comportamiento, es considerado debido a la droga, por lo tanto, tiene TDA-H. Según los datos relevados por Judith Rapaport en Estados Unidos durante la década de los setenta, la administración del estimulante tenía similares efectos en niños que no tenían diagnosticado dicho trastorno (Iriarte, 2012).

Como contracara, en Francia y Suecia, el fármaco se encuentra rigurosamente controlado, por lo que su consumo es prácticamente nulo, según lo formula Vignoli (2014).

Se plantea por tanto problematizar cuales son las circunstancias que llevan a que un niño sea medicado con psicofármacos. No se cuestiona la efectividad de la medicación en casos que lo requieren, donde el abordaje psicoterapéutico requiere un apoyo adicional que puede ser propicio para mejorar la calidad de vida del paciente. Pero esto no significa que la medicación deba sustituir otros métodos terapéuticos, ya que la

misma solo actúa a nivel sintomático, quedando fuera de su alcance la resolución de los conflictos que desencadenan el síntoma.

Dichos conflictos ameritan ser abordados desde la complementariedad de disciplinas en pos de evitar generar efectos estigmatizantes en el niño que reciba el tratamiento.

Siguiendo a Janin, resulta necesario traer a este apartado sus palabras:

Tanto la medicación como la “modificación conductual” tienden a acallar los síntomas, sin preguntarse qué es lo que los determina ni en qué contexto se dan. Y así, pueden intentar frenar las manifestaciones del niño sin cambiar nada del entorno y sin bucear en el psiquismo del niño, sus angustias y temores (...) Además la medicación dada para producir efectos de modo inmediato (efectos que se dan en forma mágica, sin elaboración por parte del sujeto), como necesaria de por vida, ¿no desencadena adicción psíquica al ubicar una pastilla como modificadora de actitudes vitales, como generadora de “buen desempeño”?

¿Qué molesta de estos niños? ¿Por qué la insistencia en los trabajos médicos sobre la importancia de diagnosticar rápido para comenzar tempranamente con la medicación? ¿Cómo diagnosticar este trastorno cuando todo niño pequeño es desatento e inquieto? (Janin, 2013, p.62)

4.3 Principales fármacos que se prescriben y sus posibles efectos

“Ese *fármakon*, esa “medicina”, ese filtro, a la vez remedio y veneno, se introduce ya en el cuerpo del discurso con toda su ambivalencia. Ese encantamiento, esa virtud de fascinación, ese poder de hechizamiento pueden ser -por turno o simultáneamente- benéficos y maléficos. El fármakon sería una sustancia con todo lo que esa palabra puede connotar, en realidad de materia de virtudes ocultas”.

Jacques Derrida. “La Farmacia de Platón”

A continuación se realizará una breve descripción de algunos psicofármacos que se están prescribiendo a los niños de nuestra región, con qué objetivo se prescriben y cuáles son sus efectos adversos en el metabolismo de los cuerpos infantiles.

Uno de los orígenes etimológicos de la palabra Fármaco, es *Phármakon*; considerada por los griegos como remedio y medicina a la vez. Asimismo, el término *Pharmaceia*, designaba la acción de suministrar la droga, el “envenenamiento”. *Pharma*, por otro lado, significa “golpe”.

Se denominan psicofármacos a los medicamentos que tienen como finalidad modificar los síntomas de las enfermedades mentales, es decir; provocar efectos en el comportamiento o conductas sintomáticas del paciente (Jorge, 2005).

Tamosiunas (s. f.) plantea que todo medicamento es interacción; cuando ingerimos un remedio, el mismo, si bien tendrá la función específica de atacar un síntoma; repercute en la totalidad de nuestro cuerpo, generando una multiplicidad de efectos en todo el organismo.

Se considera como efectos adversos a “los efectos perjudiciales producidos por una droga en el organismo del paciente” (Jorge, 2005, p 36). Esto no significa que todos los pacientes que consumen estas sustancias sufrirán estas alteraciones metabólicas; la repercusión del fármaco en el cuerpo del niño dependerá de su propio metabolismo, de cómo se administre la droga, así como también de la prolongación del consumo de la misma en el tiempo

Autores de nuestra región, han planteado que la infancia latinoamericana se encuentra medicada mayoritariamente por: Metilfenidato, Risperidona, Valproato, Clonazepam, y Sertralina, entre otros.

Metilfenidato

También conocido bajo su nombre comercial “Ritalina”, es un psicoestimulante del sistema nervioso central, similar a las anfetaminas, aunque difiere de éstas en algunos de sus mecanismos de acción. Actualmente su uso se limita al TDA-H en niños mayores de 6 años y adolescentes (Burillo et al, 2013).

Según la DEA (la Administración para el Control de Drogas en Estados Unidos) esta sustancia es altamente riesgosa y propicia para el abuso, por éste motivo fue agregada en la lista de riesgo de ésta organización junto a la cocaína y las anfetaminas (Moysés et al, 2103).

De acuerdo a lo establecido por la Guía Farmacológica y Terapéutica (Farmanuario) como precaución se recomienda realizar evaluación cardiovascular y psiquiátrica previa al tratamiento y de manera periódica mientras se efectúa el mismo. Puede generar como reacciones adversas: nerviosismo, euforia o somnolencia. Estado de agitación o ansiedad, “anorexia nerviosa, hipertensión arterial, arritmias (...) insuficiencias hepáticas” (Farmanuario, 2015 p. 876).

Miguez (2011) menciona cómo en distintas escuelas cuentan con colchones en el salón de clase, debido al efecto de somnolencia que experimentan algunos niños, quedando dormidos en el salón, mientras la clase se efectúa de manera normal.

Risperidona

Antipsicótico utilizado en tratamientos de Esquizofrenia y trastorno bipolar en adultos y adolescentes, así como también para la “irritabilidad asociada al autismo” en niños de entre 5 y 17 años (Farmanuario, 2015 p. 872). Sus posibles efectos adversos son similares a los del metilfenidato: ansiedad, insomnio o somnolencia, aumento de peso, y trastornos digestivos son los más comunes.

Valproato

Antiepiléptico y Estabilizador del humor. Se usa tanto para el tratamiento de la epilepsia como para el Trastorno Bipolar, entre otros (Farmanuario).

Asimismo, se aclara que su seguridad y eficacia no se encuentra demostrada en menores de 10 años. En cuanto a las reacciones adversas dicho manual establece: dolor abdominal, náuseas y diarrea muy frecuente. Además, puede surgir anemia, o parkinsonismo reversible (Farmanuario, 2015, p. 865).

Clonazepam

Es una benzodiazepina o ansiolítico, prescripto en tratamientos de trastornos de ansiedad, insomnio o como estabilizador del humor. También es utilizado como relajante muscular, para el síndrome de abstinencia alcohólica, entre otros (Farmanuario, 2015, p. 842).

Entre sus reacciones adversas, el Farmanuario describe: somnolencia, astenia, alteraciones de memoria, aumento de peso, dependencia, entre otras.

Sertralina

Antidepresivo, recomendado para tratamiento de Trastorno Depresivo Mayor, ataques de pánico, ansiedad social, trastorno de estrés postraumático y para Trastorno Obsesivo Compulsivo en niños a partir de los 6 años de edad.

Se ha detectado que quienes consumen esta sustancia tienen un aumento de riesgo suicida, tanto los niños como los adultos, por este motivo se sugiere especial consideración a la hora de recetarla; el paciente deberá ser monitoreado en su tratamiento (Farmanuario, 2015).

A modo de ejemplificar lo anteriormente dicho, se toman algunos testimonios de la ya mencionada investigación llevada a cabo por Míguez Passada (2011) en Uruguay:

“Me doy cuenta que no sirve para nada porque me duermo y me tiro en unas colchonetas que me pone la Maestra ahí en la clase. (Entrevista a niño de 7 años medicado ECSCC).” (p. 131).
(Se aclara la sigla ECSCC: Escuela de Contexto Socio-Cultural Crítico)

*“Me da dolor de cabeza. -Los sábados que no la tomás, cómo te sientes?
-Bien, pero me peleo con mis hermanos. (Niña de 11 años medicada ECSCC)”
(p 132).*

“Hace un año al final él empezó con medio comprimido de sertralina, que la tomaba a la noche. Después se la cambió por otra que era como en dosis de adultos, 20mg que era una dosis de adulto ahí me empecé a cuestionar más porque él empezó a alucinar, empezó a hacer muchas cosas, y yo tenía siempre el corazón en la boca, no podía ir a la casa de mi madre ni lo dejaba ir a ningún lado porque yo lo quería tener acá de noche, que si le pasaba algo estar yo ahí”.
(Entrevista a madre de niño 14 años colegio privado). (p 293)

Capítulo V: Abordajes del sufrimiento psíquico infantil desde la promoción de la salud

5.1 Alternativas que priorizan el espacio clínico terapéutico como principal camino hacia la resolución de conflictos.

En el marco del debate sobre el uso de los psicofármacos en la infancia, existen perspectivas que plantean contemplar el uso de la medicación como recurso de apoyo al abordaje psicoterapéutico, entendiendo la sintomatología del niño como un proceso dinámico que es necesario complejizar.

Es en este sentido que Untoiglich (2013) plantea la importancia de comprender el contexto en el cual el niño que llega a consulta está inmerso. Para esto resulta necesario interactuar tanto con la familia, como con la escuela. El relato de los padres y de los maestros, brindarán información sobre lo que en ese momento le puede estar sucediendo al niño.

Para comprender las múltiples determinaciones del malestar por el cual nos consultan, será preciso abrir un espacio y un tiempo de trabajo, que necesitará de diversos encuentros con los

padres, con el niño, y muchas veces con la institución escolar. Este proceso demanda tiempo y disponibilidad, tanto por parte del terapeuta, como de la familia. (Untoiglich, 2013, p. 63)

Ir desmadejando la historia familiar a lo largo de los encuentros con los adultos responsables del niño, nos permitirá conocer los elementos que constituyen y determinan a este sujeto en construcción: cuáles fueron las expectativas que predominaron en cuanto a su llegada al mundo, que lugares se le fueron asignando, mediante qué procesos identificatorios se fue estructurando su yo; son datos fundamentales que contribuyen a una comprensión acerca del padecimiento que ese niño está experimentando.

¿Cómo viven sus padres dicho padecimiento? “Los primeros encuentros con los padres de un niño son imprescindibles para conocer cuáles son sus hipótesis acerca de lo que le ocurre a su hijo, cómo se posicionan ante un tercero cuando tienen que hablar de él” (Untoiglich, 2013 p. 67).

También es importante indagar aspectos que hacen a los hechos y acontecimientos que se presentaron en la historia de la familia, cómo fueron procesados, que recursos fueron ofrecidos por los adultos al niño para poder metabolizar una enfermedad, una pérdida o distintas circunstancias de la vida que pueden haber tenido impacto en su historia personal (Untoiglich, 2013).

Asimismo, el trabajo psicológico con el niño, e involucrarlo de manera activa en su proceso psicoterapéutico contribuye a que el mismo pueda poner en palabras su sufrimiento. Que pueda preguntarse qué le sucede, por qué le sucede; implica que el niño pueda despojarse del lugar de “objeto” y posicionarse como “sujeto” (Dueñas, 2013). Aquí el “signo” que la maestra o los papás detectan, pasa a convertirse en síntoma y es a partir de éste, que el tratamiento será posible (Dueñas, 2013).

Todo “síntoma” –en principio- pone de relieve su aspecto disarmónico, manifestando lo que “no funciona” para el sujeto que se encuentra “enredado” en él. Por ésta razón (...) tampoco alcanza sólo con que el niño reconozca como propia la dificultad por la que fue traído a consulta, sino que resulta necesario que pueda dar un paso más, de modo que llegue a preguntarse ¿qué me quiere decir esto que me pasa? (Dueñas, 2013, p. 38)

Esta ardua tarea, conlleva tiempo y mucho esfuerzo, tanto para el niño, como para el terapeuta, quien deberá propiciar un espacio en el que el aquel se sienta reconfortado y en plena confianza de desplegar sus temores, sus sentimientos, sus padecimientos.

En esta línea, Untoiglich (2013) plantea el espacio clínico, como un encuentro de co-construcción entre un niño que padece y un terapeuta con disponibilidad para realizar dicho proceso, donde será necesario incluir a sus padres y a la escuela, en pos de resaltar las potencialidades y los aspectos saludables del niño. De este modo, se construyen nuevos saberes, y se pueden pensar distintos caminos a seguir, de acuerdo a la singularidad de cada niño.

Algunos requieren un abordaje psicoterapéutico, otros psicopedagógico, o simplemente una intervención diagnóstica. En ocasiones, puede resultar que el síntoma que trae el niño, en realidad responda a una problemática parental, que deberá ser abordada desde la propia pareja (Untoiglich, 2013).

Asimismo, hoy en día conviven con la psicoterapia, otros abordajes terapéuticos tales como la equinoterapia, musicoterapia, arteterapia, y demás; que mucho tienen para aportar en la promoción de la salud, generando un empoderamiento en la autoestima de niños que en otros espacios; como por ejemplo, el ámbito escolar, encuentran dificultades para desarrollar sus potencialidades.

Lo importante a destacar es, por lo tanto, que el diagnóstico como punto de partida (Muniz, 2013), pretende evitar caer en reduccionismos o patologizaciones de padecimientos que no suelen resolverse meramente con la prescripción de un medicamento.

Consideraciones finales

A modo de cierre, se plantea hacer un recorrido de los contenidos expuestos en este trabajo que se consideran trascendentes en relación a la patologización y medicalización de la infancia en América Latina y particularmente Uruguay.

El mundo actual que nos rodea, caracterizado por su vertiginosidad, accesibilidad a la información, y la comunicación a través de la tecnología de manera espontánea, produce nuevas formas de subjetividad en relación a los vínculos humanos. Junto a éstas, se presentan las lógicas de consumo y las exigencias del mercado laboral. Esto conlleva a que en muchos hogares ambos padres o quienes cumplen con las funciones de parentalidad, deban salir a realizar extensas jornadas de trabajo, en algunos casos caracterizadas por el multiempleo.

Asimismo, las transformaciones familiares, ya no posibilitan en todos los casos que los más pequeños queden al cuidado de algún familiar, motivo por el cual deberán concurrir

a una institución educativa que se encargue de su cuidado mientras los adultos responsables se encuentran trabajando.

De este modo, el vínculo temprano, suele verse afectado por esta vertiginosidad.

¿Cómo se posicionan los padres frente a las exigencias del mercado laboral y la tarea de “criar” un/a hijo/a, con todo lo que esto implica? Muniz plantea que las características de la posmodernidad y la cultura del consumismo, repercuten en la función de apuntalamiento en las figuras encargadas del cuidado de los niños, considerada fundamental en la estructuración psíquica infantil (Muniz, 2015).

Asimismo, las exigencias de esta sociedad, suelen dejar por fuera a quienes no logran cumplir con los parámetros establecidos y transmitidos por la misma. Es así que se generan espacios de socialización en la exclusión (Giorgi, s.f.) y dichos espacios, engendran a su vez, infancias que se estructuran muchas veces en la vulnerabilidad y el desamparo.

Cuando en el contexto familiar determinadas funciones culturales se ven debilitadas, y las pautas de crianza difieren de las “esperables” para contribuir a la estructuración de psiquismos saludables; los niños suelen manifestar a través de su comportamiento, algunos padecimientos que de otro modo no logran tramitar.

Asimismo, la familia se ve influenciada por las instituciones que participan en el entramado social que la rodea. Desde la salud y la escuela, muchas veces se abren espacios de escucha y acompañamiento; aunque también se despliegan mecanismos disciplinantes, que se ejercen en pos de “corregir” o “re educar” la falla de determinados hábitos que desde el sistema imperante se consideran indispensables para vivir en sociedad.

Entre estos dispositivos de disciplinamiento puede considerarse la prescripción de psicofármacos hacia aquellos niños que no logran encajar en los criterios de *normalidad* establecidos por nuestra época (Míguez, 2011). ¿Cuáles son los determinantes que dan por resultado éste proceso de medicalización de la infancia?

La medicalización, que surge como consecuencia de los procesos de patologización, pareciera emerger como una de las consecuencias de la sociedad líquida en la que vivimos. Esta, demanda la existencia de soluciones rápidas, frente a problemas que quizá no sean tan fáciles de resolver.

Este lugar que ocupa el consumo de psicofármacos en la infancia en nuestra sociedad, pareciera estar instalado y naturalizado como una de las mejores alternativas a las complejas manifestaciones sintomáticas que suelen mostrar los niños. Desde este trabajo se intentó mostrar, que la medicación si bien suele ser exitosa en relación a los efectos sobre el comportamiento observable (Janin, 2013), no siempre debe considerarse como la única vía de solución frente al síntoma que presenta un niño. Tal como plantea la OMS (2010), “los profesionales de la salud no deben considerar pasivamente a los medicamentos como la única estrategia terapéutica” (p. 4).

Se debe contemplar además, que existen posibles efectos adversos a la hora de consumirlos, por estos motivos es fundamental que a la hora de prescribir un psicofármaco a un niño, se evalúen diversas áreas: sus condiciones físicas, la responsabilidad familiar en cuanto a la administración de la medicación, con qué objetivo se pretende medicar y si el mismo es en relación a un diagnóstico que lo amerite (OMS, 2010).

En el área de la salud mental infantil, resulta necesario posicionarnos desde una visión íntegra del niño, entenderlo en su contexto, y fomentar sus potencialidades; dado que como sujetos en plena construcción, necesitan tiempo para desplegar su propia subjetividad.

Problematizar su sufrimiento, cuestionarse ¿Qué sucede a nivel intrafamiliar? ¿Qué lugar ocupa éste/a niño/a en su familia, o en la escuela? ¿Cómo es el vínculo de ésta familia con las instituciones que la rodean?; evitaría colocar la responsabilidad en el niño que molesta, que no se queda quieto, que no deja aprender a los demás

Asimismo, el sistema educativo debería acompañar los cambios experimentados por la sociedad, dado que la escuela ha quedado muy arraigada a la tradición (Míguez 2007). Bafico (2015), menciona como en algunos países del primer mundo, se han construido escuelas más “pequeñas” y con espacios más “bonitos” para los niños. A su vez, clases con poca cantidad de alumnos, habilitan una mayor disposición del/a docente para escuchar y atender las demandas que los mismos presenten. “Cuando los adultos proporcionan un mejor entorno, los niños tienden a mejorar su comportamiento” (Bafico, 2015, p. 101).

Sin embargo, en líneas generales, en nuestro país los niños que presentan dificultades de conducta, de aprendizaje o de relacionamiento, suelen caer rápidamente en clasificaciones diagnósticas, muchas veces “iatrogénicas”, al decir de Rodolfo (2005).

Untoiglich (2013) cuestiona ¿cómo evitar patologizar? Como posible acercamiento a la respuesta de ésta pregunta, se retoma el planteo de Muniz “que los diagnósticos sean un punto de partida y no de llegada” (2013, p. 149). Realizar esta tarea, implica trabajar en conjunto con la familia y con la escuela así como también con los profesionales de la salud mental. Problematizar qué situaciones aquejan al niño que llega a consulta, como se presentan los síntomas, reconstruir la historia familiar, cuales son las vivencias de los padres en relación al sufrimiento de su hijo/a, lograr diferenciar entre las demandas de éstos y las propias demandas del/a niño/a; implican un esfuerzo por parte del terapeuta, que deberá disponer de su tiempo y a su vez del de quienes rodean al paciente (Untoiglich, 2013).

Asimismo, el encuentro psicológico con el/a niño/a resulta propicio para que el mismo pueda comprender acerca de su propio sufrimiento, sus inquietudes y sus temores, pero también de sus potencialidades. Destacar que allí será escuchado, contenido, y respetado, contribuirá a establecer un vínculo de confianza necesario para el desarrollo del proceso psicoterapéutico.

Una vez elaboradas las “hipótesis diagnósticas”, (Untoiglich, 2013) se considera oportuno pensar en los distintos caminos a tomar, dado que para caso particular, existirá un abordaje apropiado. A veces el uso de la medicación puede no ser necesario, otras veces puede ser sumamente útil para que el proceso psicoterapéutico pueda comenzar a generar movimientos. En ocasiones una intervención diagnóstica posibilita otro tipo de intervenciones; como pueden ser: psicopedagógica, fonoaudiológica, psicomotriz o incluso musicoterapia, arteterapia o equinoterapia que apuntan al fortalecimiento de las potencialidades del niño.

En definitiva, se trata de abrir caminos que contribuyan a la construcción de nuevos saberes (Untoiglich, 2013), que promuevan los aspectos sanos del niño, y que logren desarticular aquellos conflictos que generan los síntomas que en ese momento en particular provocan malestar.

Esta tarea trasciende visiones biologicistas que se remiten a actuar sobre las conductas observables del niño (Dueñas, 2013). Requiere a su vez, además de la mencionada participación de la familia y la escuela, dedicación y habilitación por parte del terapeuta, quién deberá estar abierto a las distintas alternativas que puedan complementar el proceso psicoterapéutico del niño.

BIBLIOGRAFÍA

Affonso, M., Collares, C., Untoiglich, G., (2013). La maquinaria medicalizadora y patologizadora en la infancia. En Untoiglich, G. En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y en la educación (pp. 25 – 43). Buenos Aires: Noveduc

American Psychiatric Association (2014). DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Médica Panamericana.

Bafico, J. (2015). La dimensión compleja del sufrimiento en la infancia. En M, Míguez, Patologización de la infancia en Uruguay: Aportes críticos en clave interdisciplinar (pp. 93 – 101). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora. Recuperado de: Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora. Recuperado de: http://estudiosociologicos.org/-descargas/eseditora/patologizacion-de-la-infancia_maria-noel-miguez-coordinadora.pdf

Bauman, Zygmunt (2000) *Modernidad Líquida*. Fondo de Cultura Económica. Recuperado de: <http://colegiodesociologosperu.org/nw/biblioteca/modernidad-liquida.pdf>

Bianchi, E. (2010). El proceso de medicalización de la sociedad y el déficit de atención con Hiperactividad (ADHD). Aportes históricos y perspectivas actuales. *VI Jornadas de Sociología de la UNLP*. Universidad de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Recuperado de: <http://www.aacademica.org/000-027/623>

Burillo, G., Aldea, A., Rodríguez, C., García, M., Climent, B., Dueñas, A., Munné, S., Nogué, S., Hoffman, R. (2013) Drogas Emergentes (II): el pharming. *Revisiones*. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v36n1/revision4.pdf>

Canguilhem, G. (1971) *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI

Collares, C; Affonso, M. (2013). Medicalización y Patologización en la infancia: Nuevas máscaras de la violencia. *Revista Objetos caídos. Revista Magister en 33 Psicología. Mención Teoría y Clínica Psicoanalítica*. Recuperado de:
<http://www.objetoscaidos.cl/wp-content/uploads/2013/10/Maria-Aparecida-Moyses-y-Cecilia-Lima-Collares.-Medicalizacion-y-patologizacion-en-lainfancia..Pdf>

Cristóforo, A., Delgado, R., Valazza, V., Pou, V. (2013). La función atencional en niños que concurren a una escuela de contexto socio económico muy desfavorable. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 3 (2), 5 – 30 Trabajos Originales, ISSN: 1688-7026. Recuperado de:
<http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/186>

De Lellis, M. (2006). *Psicología y Políticas Públicas de la Salud*. Buenos Aires: Paidós

De León, N. (coord.) (2013). *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y futuro de las Políticas en Salud Mental*. Montevideo: Psicolibros waslala.

Delucca, N., González, M. (2010) La diversidad familiar en situaciones de exclusión social. Resultados y reflexiones sobre actividades de investigación, formación y transferencia de conocimientos. *Orientación y Sociedad*, ISSN 1515-6877. Recuperado de:
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/13908/Documento_completo.pdf?sequence=1

Derrida, J. (1968) *La Farmacia de Platón*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/66703292/La-farmacia-de-Platon-Jacques-Derrida>

Dueñas, G. (2013) Importancia el abordaje clínico de los problemas de aprendizaje frente a la tendencia a medicalizar a las infancias y adolescencias actuales. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 31 – 54. Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/148>

Faraone, S., Barcala, A., Torricelli, F., Bianchi, E., Tumburino, M. (2010) Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. *Interfac-Comunic., Saude, Educ.* Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop1110>

Farmauario (2015). Montevideo, Uruguay: Informédica S.R.L.

Foucault, M. (1995). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica.* (15ª edición). España: siglo XXI editores

Foucault, M. (1992). *Enfermedad Mental y Personalidad.* México: Paidós Estudio

Foucault, M. (1986). *Vigilar y castigar.* Madrid: Siglo XXI Editores

Giorgi, Víctor (s f) Construcción de la subjetividad en la exclusión. Ficha temática
Recuperado de:
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Giorgi%20subjtividad%20y%20ppss.pdf>

Giorgi, Víctor (2003) *La perspectiva ética ante las transformaciones sociales y culturales en Latinoamérica.* Anales del XII Congreso de ALAR - Montevideo - 2003

Iriarte, C. (2012). Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface, Comun. Saude Educ.* Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400012

Janin, B. (2013) La desatención y la hiperactividad en los niños como modo de manifestar el sufrimiento psíquico. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (Argentina). *Psicología, conocimiento y sociedad* 3 (2), 55 – 79 Trabajos Originales ISSN: 1688-7026. Recuperado de:
<http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/162>

Janin, B. (2004) *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico (Conjunciones)

Jorge, Graciela (2005) *Psicofarmacología para psicólogos y Psicoanalistas*. La importancia de una derivación temprana. Buenos Aires: Letra Viva

Lipovetsky, Gilles. (2006) *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona, Anagrama

Míguez, M. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles*. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguayall (Tesis Doctoral). Universidad de Buenos Aires. Estudios Sociológicos Editora.

Míguez, M., Alzati, L., Bedat, P., Belén, F., Furtado, N., Silva, C.... González, L. (2006). Los hijos de Rita Lina. Ponencia presentada en las V Jornadas de Investigación Científica "Salud y Sociedad". Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República Montevideo Uruguay. Recuperado de <http://anamaitebustamante.files.wordpress.com/2011/04/los-hijos-de-rita-lina-extenso-gedis.pdf>

Míguez, M. (Coord). (2015) *Patologización de la Infancia. Aportes críticos en clave Interdisciplinar*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora. Recuperado de: http://estudiosociologicos.org/-descargas/eseditora/patologizacion-de-la-infancia_maria-noel-miguez-coordinadora.pdf

Montserrat, A. (2006). La hiperactividad con trastornos de atención en el niño: la función materna y su holding defectuoso. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, Nº 38 (pp. 117 – 135). Recuperado de:

[http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/80/La hiperactividad con trastornos.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/80/La_hiperactividad_con_trastornos.pdf?sequence=1)

Morín, E. (1994). Epistemología de la Complejidad. En D. Fried (Coord.). Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad (pp. 421-442). Buenos Aires: Paidós.

Muniz, A. (2013). Abordajes clínicos de las problemáticas actuales de la infancia. *Psicología, conocimiento y sociedad* 3 (2), 135 – 154. ISSN: 1688-7026. Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/165>

Muniz, A (2015). La dimensión compleja del sufrimiento en la infancia. En M, Míguez, Patologización de la infancia en Uruguay: Aportes críticos en clave interdisciplinar (pp. 19 – 28). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora. Recuperado de: Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora. Recuperado de: http://estudiossociologicos.org/-descargas/eseditora/patologizacion-de-la-infancia_maria-noel-miguez-coordinadora.pdf

OMS (2014) *Documentos Básicos*, 48.ª Edición. Recuperado de: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

OMS (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf

Palummo, J. (2012) ¿Medicalización como disciplinamiento? *Revista de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay + Psicólogos* Núm. 239 Medicalización, Niñez Psiquiatrizada/Medicalización del Parto/ Medicalización como disciplinamiento?/ Vida Gremial y +. Impresión y encuadernación Mastegraf S.R.L..

Rodulfo, M. P. (2005) *La Clínica del Niño y su Interior*. Buenos Aires: Paidós

Rojas, M. (2004). Perspectiva familiar y Social. En Janin, B., Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (pp. 163 – 184). Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico (Conjunciones)

Rojas, M. (2011) Teoría y clínica de la familia de hoy. Sao Pablo, Brasil: *Interações*.
Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx>

Tamés, Enrique. (s f) Del vacío a la hipermodernidad Revista Casa del tiempo.
Recuperado de:
[http://www.difusioncultural.uam.mx/casadeltiempo/01 oct nov 2007/casa del tiempo eIV_num01_47_51.pdf](http://www.difusioncultural.uam.mx/casadeltiempo/01_oct_nov_2007/casa_del_tiempo_eIV_num01_47_51.pdf)

Tamosiunas, G. (s. f.) La prescripción de medicamentos en una sociedad medicalizada.
Recuperado de: <http://www.boletinfarmacologia.hc.edu.uy>

Tulio, O. (2004). El niño desatento e inquieto en la escuela. En Janin, B., Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (pp. 147 – 161). Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico (Conjunciones)

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

Untoiglich, G. (2004). Intersecciones entre la clínica y la escuela. En Janin, B., Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (pp. 125 - 144). Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico (Conjunciones)

Vignoli, L. (2014). Controversias sobre la prescripción de metilfenidato en niños con Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH). Trabajo final de grado, Facultad de Psicología. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/4445>

Weinstein, L. (1989) *Salud y Autogestión*. Montevideo: Nordan

Winnicott, D. (1982). *Realidad y Juego* (2ª Ed.). Barcelona, España: Gedisa.