



LIBROS

Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina.

Silvia Faraone y Eugenia Bianchi [comps.]

Flavia Torricelli y Ana Silvia Valero [colabs.]

Teseo, Buenos Aires, 2018

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



MEDICALIZACIÓN, SALUD MENTAL E INFANCIAS

Perspectivas y debates
desde las ciencias sociales en
Argentina y el sur de América Latina



SILVIA FARAONE
EUGENIA BIANCHI
(COMPILADORAS)

t
teseo

MEDICALIZACIÓN, SALUD MENTAL E INFANCIAS

MEDICALIZACIÓN, SALUD MENTAL E INFANCIAS

Perspectivas y debates desde las
ciencias sociales en Argentina y el
sur de América Latina

Silvia Faraone y Eugenia Bianchi
(compiladoras)
Flavia Torricelli y Ana Silvia Valero
(colaboradoras)



Medicalización, salud mental e infancias: perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina / Silvia Faraone... [et al.]; compilado por Silvia Faraone; Eugenia Bianchi. – 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo, 2018. 440 p.; 20 x 13 cm.

ISBN 978-987-723-163-2

1. infancia. 2. Medicamentos. 3. Salud Mental. I. Faraone, Silvia II. Faraone, Silvia, comp. III. Bianchi, Eugenia, comp.

CDD 362.2

Imagen de tapa: "Te encontré", de Eduardo Nicolai, 2010 (tamaño: 1,60 x 1,20 m)

© Editorial Teseo, 2018

Buenos Aires, Argentina

Editorial Teseo

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de esta obra, escribanos a: **info@editorialteseo.com**

www.editorialteseo.com

ISBN: 9789877231632

Compaginado desde TeseoPress (www.teseopress.com)

ExLibrisTeseo 612f81c42e0b9. Sólo para uso personal

Índice

Agradecimientos.....	9
Prefacio.....	11
Presentación.....	15
Primera parte	25
El gobierno de las infancias	27
<i>Susana Murillo</i>	
Diagnósticos y fármacos en las infancias. Una perspectiva analítica desde las ciencias sociales	61
<i>Eugenia Bianchi y Silvia Faraone</i>	
Medicalización, biomedicalización y proceso salud-padecimiento-atención.....	93
<i>Celia Iriart</i>	
Segunda parte	111
Normativa, paradigmas y conceptos. Avances, resistencias y tensiones	113
<i>Silvia Faraone</i>	
Políticas de salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su participación en los procesos de medicalización del sufrimiento psíquico de niñas y niños...	149
<i>Alejandra Barcala</i>	
Formación de los profesionales del campo de la salud mental en infancia. Problemáticas actuales en el grado y el posgrado.....	165
<i>Flavia Torricelli y Silvia Faraone</i>	

Tercera parte..... 199

La medicalización contra las cuerdas. Puntuaciones teórico-metodológicas y desafíos para la investigación de la medicalización desde el análisis del TDAH en Argentina 201
Eugenia Bianchi

Fármacos utilizados para el TDAH en Argentina. Comportamiento y tendencias 2003-2016 237
Eugenia Bianchi y Silvia Faraone

Actores sociales en torno al TDAH en las infancias. Una década de investigaciones en Argentina 267
Silvia Faraone, Eugenia Bianchi, Constanza Leone, Flavia Torricelli, Milagros Oberti y Ana Valero

Cuarta parte 305

Un panorama sobre el diagnóstico de TDAH en Brasil y sus controversias 307
Francisco Ortega, Valeria Portugal Gonçalves y Rafaela Teixeira Zorzanelli

Reensamblando la medicalización. Hacia una pluralización de las explicaciones del TDAH en Chile 335
Sebastián Rojas Navarro, Patricio Rojas, Jorge Castillo-Sepúlveda y Nicolás Schöngut-Grollmus

Los “no hay” de Paraguay. Exploración en torno de las dificultades para el estudio de los procesos de medicalización de la infancia 369
Marcela Scaglia, Livia González, Tania Biedermann, Alejandra Rodríguez, Alicia Angulo y Leticia Rodríguez

Inmediatez y conflicto. Medicación con psicofármacos en las infancias y adolescencias del Uruguay 401
Sofía Angulo, Adriana Cristóforo, María Noel Míguez y Lucía Sánchez

Acerca de las autoras y los autores 425

Agradecimientos

Agradecemos a la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires por el apoyo financiero para la realización del Proyecto de Investigación 2016-2018 “Salud mental, infancia y derechos humanos. De trastornos mentales, saberes profesionales y manuales psiquiátricos: las infancias normalizadas en el siglo XXI”, que dio como resultado la publicación de este libro.

También a la Dra. Carolina Mera, exdirectora del Instituto de Investigaciones Gino Germani y actual decana de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, quien ha valorado y estimulado permanentemente la participación del Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos, con sede en dicho instituto, y sus investigaciones.

Muy especialmente agradecemos al Dr. Peter Conrad, cuyos trabajos cimentaron nuestros primeros intereses investigativos, y siguen siendo hasta hoy una referencia insoslayable, por su generosidad al prologar este libro.

A Susana Murillo, Celia Iriart y Alejandra Barcala por ayudarnos a pensar crítica y rigurosamente las complejas problemáticas de la medicalización, biomedicalización y farmacologización de las infancias desde las perspectivas de las ciencias sociales, la salud colectiva y los derechos humanos. Con sus reflexiones redoblan y robustecen el profundo compromiso ético y político que conlleva para nosotras estudiar e investigar estas temáticas.

A nuestros queridos compañeros y compañeras docentes e investigadores de Brasil, Francisco Ortega, Valeria Portugal Gonçalves y Rafaela Teixeira Zorzanelli; de Chile, Sebastián Rojas Navarro, Patricio Rojas, Jorge Castillo-Sepúlveda y Nicolás Schöngut-Grollmus; de Paraguay, Marcela Scaglia, Leticia Rodríguez, Alicia Angulo, Livia

González, Tania Biedermann y Alejandra Rodríguez; y de Uruguay, Sofía Angulo, Adriana Cristóforo, María Noel Míguez y Lucía Sánchez, quienes desinteresadamente compartieron sus notables investigaciones para la construcción de los procesos de medicalización en el sur de América Latina. Con ellos y ellas esperamos continuar afianzando trabajos y reflexiones en común.

A Cynthia Galli, Laura Finkelstein, Silvina García Guevara, Marcela Harlegui, Laura Raccagni, Rubén Sajem y tantas otras compañeras y compañeros que estuvieron presentes en diferentes momentos brindando sus aportes.

También a los trabajadores de salud mental que compartieron sus voces y experiencias a lo largo de estos años de investigaciones. A sus contribuciones en calidad de entrevistados, y a sus valiosos testimonios, les debemos muchos de los matices analíticos que tratamos de imprimirles a nuestras investigaciones.

Muy particularmente a Ana Silvia Valero y Flavia Torricelli, con quienes compartimos nuestro camino en defensa de los derechos de los usuarios de salud mental; con su acompañamiento las producciones aquí presentadas se vieron enriquecidas. También a Constanza Leone y Milagros Oberti por traernos lecturas de otros campos profesionales tan necesarias para comprender la complejidad y mediatización de la medicalización en las infancias.

En estas páginas queríamos recordar a nuestra querida compañera Cecilia Tamburrino, quien nos dejó tempranamente, y con quien tuvimos la posibilidad de compartir nuestros primeros espacios de reflexión e investigación en estos temas.

Prefacio

Durante la última mitad del siglo pasado afloró en Estados Unidos el diagnóstico de lo que ahora llamamos “trastorno por déficit de atención e hiperactividad” (TDAH). En los primeros tiempos tuvo una variedad de nombres, que incluían “disfunción cerebral mínima”, “hiperkinesia” y “síndrome hiperactivo de la infancia”. A fines de la década de 1980, el término “trastorno por déficit de atención e hiperactividad” fue adoptado oficialmente en el *Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales (DSM-III)* de la Asociación Americana de Psiquiatría. Un diagnóstico paralelo, con criterios más restringidos, se incluyó en la CIE-9 de la Organización Mundial de la Salud, como trastorno hiperkinético (HKD). Los signos del trastorno incluían hiperactividad, falta de atención e impulsividad. Hasta la década de 1990, el TDAH (y el HKD) era un diagnóstico predominantemente de América del Norte. Se considera que en 2000, aproximadamente el 7% de los niños de Estados Unidos fueron diagnosticados con ese trastorno, mientras que en otros países la tasa –cuando esta era medida– era de menos de la mitad de esa cifra. En años recientes, se realizaron estudios que estiman que la prevalencia del TDAH es de entre el 5% y el 7% de la población. Si bien las estimaciones basadas en la investigación se sustentan en una amplia gama de estudios, los críticos cuestionan la validez de esas cifras.

El tratamiento médico predominante para el TDAH ha sido con medicamentos estimulantes, especialmente Ritalín® y Adderall®. Si bien estos no se les recetan a todos los niños diagnosticados con TDAH, sí se les prescribe a muchos, si no a la mayoría. En un sentido global, alrededor de 1990 se calculó que el 90% del metilfenidato del mundo fue recetado en Estados Unidos. Prescribir medica-

mentos psicoactivos a niños en edad escolar se ha vuelto más común en todo el mundo, lo que es controvertido en algunos países. Los críticos han culpado largamente a las compañías farmacéuticas por promover el TDAH como un trastorno, y la medicación estimulante como el tratamiento adecuado, lo que generalmente se considera como una de las razones del aumento en el diagnóstico. Las controversias a menudo conciernen al sobrediagnóstico, al uso de medicamentos como control social y a la preocupación por los efectos secundarios del consumo de estos fármacos psicoactivos a corto y largo plazo.

El criterio general de lo que constituye el TDAH sigue siendo el mismo, pero ahora, en lugar de considerarlo principalmente un trastorno infantil, hemos visto surgir lo que se denomina TDAH en adolescentes y TDAH en adultos. En lugar de centrarse en la hiperactividad, el enfoque se orienta principalmente en la falta de atención. Por lo tanto, la incapacidad para concentrarse y mantener la atención se ha convertido en un criterio central del diagnóstico. Esto ha resultado en que se diagnostican cada vez más niñas: mientras que la relación niño-niña solía ser de 10 a 1 a favor de los niños, se ha reducido a 3 a 1. Desde fines de la década de 1980, observamos un número creciente de adultos que para los médicos presentaban problemas considerados como TDAH, así en algunos países el TDAH en adultos se convirtió en un diagnóstico cada vez más común. También se ha sostenido que el TDAH puede ser diagnosticado desde los 4 años. Los diagnósticos de niños pequeños y adultos han convertido al TDAH en un trastorno de todas las etapas de la vida, y que ya no se limita a los niños varones. Existe evidencia en algunos lugares acerca de que hay una mayor demanda de estudiantes de secundaria y universitarios que buscan tomar los medicamentos estimulantes como una forma de mejoramiento mental. Debemos señalar que el TDAH en adultos sigue siendo controvertido y no se diagnostica en algunos países.

Lo que se observa en los últimos veinticinco años es una creciente aceptación global del TDAH como una condición que requiere tanto diagnóstico como tratamiento. En cierto sentido, el diagnóstico de TDAH ha migrado desde los Estados Unidos hacia muchos países del mundo, pero se diagnostica y se trata de diferente manera en cada país. Por ejemplo, en algunos países podemos ver un enfoque de “primero los medicamentos”, mientras que en otros existe lo que podría denominarse un enfoque de “primero la intervención familiar o de comportamiento”. Algunos países no diagnostican el TDAH en adultos en absoluto, y en otros, los medicamentos estimulantes solo pueden ser prescritos por psiquiatras. Finalmente, en algunos países, las compañías farmacéuticas tienen restricciones para promocionar sus productos.

En el mundo sociológico que habitamos, el TDAH se ha analizado como un ejemplo prototípico de la medicalización de los problemas humanos. Por “medicalización” nos referimos a cómo los problemas, comportamientos o afecciones que antes no eran médicos se definen y tratan como un problema médico, generalmente como una enfermedad o trastorno. Los sociólogos que estudian la medicalización usualmente no están interesados en si una condición es “realmente” un problema médico, sino que se centran en cómo un problema se convierte en medicalizado, y con qué consecuencias. Mientras que algunos críticos se enfocan en lo que llaman la “sobremedicalización”, el análisis sociológico apropiado se enfoca en la medicalización como un proceso social (del mismo modo en que uno podría estudiar otros procesos sociales, como la industrialización o la secularización). Si bien hay muchos ejemplos de medicalización, el TDAH sigue siendo un caso clásico.

Se han realizado pocos estudios sobre la propagación y las manifestaciones del TDAH como un fenómeno de creciente alcance mundial, e incluso existen menos estudios que examinan la medicalización y la globalización del TDAH. Una excepción reciente es el libro editado por

Meredith Bergey, Angela Filipe, Peter Conrad e Ilin Singh, *Global Perspectives on ADHD: Social Dimensions of Diagnosis and Treatment in Sixteen Countries*, publicado en 2018.

Este libro, compilado por Silvia Faraone y Eugenia Bianchi, realiza importantes contribuciones para comprender la presencia global y las manifestaciones del diagnóstico y tratamiento del TDAH con enfoque en los países del sur de América Latina. Los colaboradores de este volumen muestran en conjunto que la medicalización no es un proceso unitario, sino que cobra formas diversas en diferentes contextos. Los variados roles de la profesión médica, el sistema de salud, la industria farmacéutica y la cultura en diferentes países impactan en la manifestación del TDAH. Este libro proporciona una mirada fascinante sobre el TDAH y su contexto social, e incrementa la comprensión de la contribución del TDAH a una medicalización de la infancia que se encuentra en expansión.

Peter Conrad
Brandeis University
Estados Unidos

Presentación

La compilación de trabajos que dio lugar a este libro es una instancia más, dentro de un interés investigativo, de reflexión y posicionamiento crítico, problematizador e historizante, y con una mirada ético-política en el marco de la Ley 26.657. Este interés lleva mucho tiempo convocándonos como equipo de investigación en salud mental del Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG) en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

En 2017, luego de diez años de trabajo desarrollando estudios sobre la temática, tanto individuales como grupales, se formalizó el espacio de investigación con la creación del “Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos” (GESMyDH), con sede en el IIGG, y desde ese contexto seguimos avanzado con el compromiso de que nuestro aporte sea un instrumento de fortalecimiento de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, y particularmente para aquellos grupos más vulnerables, como son las niñas y los niños.

La consolidación del GESMyDH constituye la herramienta que nos permite avanzar sobre una lectura innovadora de la problemática de la salud mental y los derechos humanos en la coyuntura de la Ley 26.657 y en diálogo con otras instituciones. En este espacio, las temáticas vinculadas a la medicalización y la farmacologización de la sociedad ocupan un lugar destacado, porque se inscriben en una propuesta de carácter estratégico para abonar al fortalecimiento de los procesos de transformación de la lógica manicomial, pero también como un aporte que permite interpretar el sentido social de estas experiencias a la luz de un contexto de cambio en el que los mecanismos de control social duro, históricamente centrados en las instituciones

de secuestro, vienen dando paso a innovadoras estrategias de control, regulación y optimización por fuera de los muros institucionales.

En este camino fuimos notando la vigencia de las perspectivas asociadas a la medicalización y la impronta que estas perspectivas han sostenido en lo atinente a las reflexiones en clave crítica del campo de la salud mental en nuestro país y en la región. Pero también observamos la imperiosa necesidad de generar una actualización de contenidos, debates, teorizaciones y metodologías que parecen estar soslayados y limitan las reflexiones y el análisis en relación con la multiplicidad de actores sociales en pugna, así como los diferentes vínculos entre ellos, no reductibles a la mera confrontación y antagonismo.

Un camino de investigación

Ya el año 2007 nos encontró como grupo, con la entonces investigación “Medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos”, bajo la dirección de Silvia Faraone y Cecilia Arizaga, pertenecientes al IIGG y a la SEDRONAR, respectivamente. En aquel momento, quienes presentamos este libro realizamos esa primera exploración a nivel nacional con la mirada puesta en el trastorno del déficit de atención con y sin hiperactividad (TDAH) como analizador de los procesos de medicalización y farmacologización en las infancias en Argentina.

A esta experiencia siguieron otras, tanto con financiamiento de la UBA a través de la Secretaría de Ciencia y Técnica (Proyectos UBACyT) como de otras agencias estatales, particularmente la Comisión Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) y el Ministerio de Salud de la Nación a través del programa “Becas Carrillo-Oñativia”.

En todas estas instancias, los primeros interrogantes que formulamos en la investigación de 2007 se fueron ampliando y diversificando, para involucrar nuevas aristas y acompañar la espesura que iba cobrando la problemática, tanto en nuestro país como en la región. Paralelamente, en estos diez años fuimos profundizando también nuestra inserción institucional como equipo de trabajo, docencia e investigación, con una serie de participaciones en cátedras, jornadas científicas, publicaciones en revistas especializadas, y articulación con equipos de trabajo de otras universidades.

Así fue como construimos los cimientos de las acciones que nos permitieron difundir algunos de los posicionamientos teóricos y metodológicos que ofrecemos en este libro. Entre ellos, nuestra convicción acerca de la pertinencia y adecuación de las perspectivas críticas de la medicalización y de la biomedicalización para describir y analizar fenómenos actuales e históricos, pero igualmente complejos. Fenómenos que involucran dispositivos, instituciones, saberes, poderes, profesiones, espacios, tecnologías y normativas de múltiples formas, y en modos no unitarios y siempre en tensión.

Los avances realizados nos posibilitaron, también, sostener que los estudios anglosajones que están caracterizando y analizando fenómenos relacionados con la medicalización son válidos para repensar las realidades latinoamericanas, pero que no pueden ser excluyentes. Esto porque los procesos que se suscitan aquí tienen actores y lógicas singulares de surgimiento, desenvolvimiento y, en algunos casos, de agotamiento, y estas singularidades muchas veces divergen de los resultados presentados en estudios provenientes de otras latitudes.

Como resultado de estas consideraciones, postulamos la relevancia de realizar estudios basados en el análisis de fenómenos empíricos en la región, que abran posibilidades no solo de comprensión de tales fenómenos, sino que contribuyan a delinear contornos específicos y posibilidades

analíticas propias de América Latina. En función de ello, consideramos que es necesario alentar la construcción de diálogos fructíferos que conduzcan al mutuo enriquecimiento de los estudios provenientes de diversas regiones, incorporando referentes insoslayables en la perspectiva considerada. En este sentido, la participación de integrantes de nuestro equipo en el libro *Global perspectives on ADHD. Social dimensions of diagnosis and treatment in sixteen countries*, compilado por Meredith Bergey, Angela Filipe, Peter Conrad e Iliana Singh, constituyó un punto de partida que nos permitió poner en diálogo lo sucedido en Argentina con países de los cinco continentes. También, y como resultado de las experiencias investigativas, refrendamos nuestra propuesta de profundizar y recentrar las investigaciones en el análisis de algunos desprendimientos de la perspectiva de la medicalización, tales como la biomedicalización, la farmacologización y la sociología del diagnóstico, que abordamos en este texto a partir de algunas sistematizaciones de lecturas realizadas en dichas claves.

En dicho marco es que imaginamos este libro, como una contribución a una reflexión que recupere lo mejor de la tradición crítica, problematizadora e historizante de la medicalización de la sociedad, pero que ofrezca múltiples panoramas actualizados, rigurosos y exhaustivos para observar estos procesos en la Argentina y en los países que componen el sur de América Latina.

Así fue que, como parte del contenido y poniendo en diálogo con nuestra investigación de Argentina, invitamos a equipos que estudian diferentes experiencias nacionales sobre medicalización de las infancias en el sur de nuestro continente, una región relevante en América Latina no solo por su extensión, sino por el hecho de que tiene valores elevados en algunos de los principales indicadores de desempeño social y económico. Se considera la región macro más próspera de América Latina, con una alta esperanza de vida, con el índice de desarrollo humano más elevado y un alto nivel de vida, además de con una participación significativa

en los mercados mundiales. Pero, a la vez, una zona que tiene profundas desigualdades, y en ese contexto el sistema de salud en general y de salud mental en particular es muy representativo de dichas inequidades. Creemos que la contribución de los investigadores en este campo es un hito relevante y establecerá ricos intercambios a futuro con otras producciones.

Esperamos sinceramente que la lectura de este volumen se constituya en un disparador que ofrezca claves de diferente índole para aproximarse a los problemas relacionados con la medicalización de las infancias. Claves teóricas, fundadas en reflexiones profundas acerca de los límites y posibilidades analíticas que pueden ofrecer las ciencias sociales para pensar estos temas. Claves metodológicas, que permitan poner de relieve la importancia de diseños de investigación flexibles y que abrevien a la comprensión de los complejos fenómenos medicalizadores. Claves, en todos los casos, que resulten útiles para aproximarse al análisis de problemáticas empíricas.

Tenemos la convicción de que producir saberes sobre las prácticas en el campo de la salud mental requiere asumir una postura crítica, rigurosa y creativa que permita reconocer posibilidades de la reflexión e intervención desde el campo de lo social. Consideramos que la práctica académica y de investigación, y este es el compromiso del GESMyDH, requieren un posicionamiento ético, estético y político de afirmación de la vida, y con profesionales capaces de articular saberes y prácticas científicas de modo contextualizado y fundado en la consolidación de una perspectiva que respete a las niñas y los niños como sujetos de derecho.

Estructura y contribuciones que integran el volumen

En los últimos treinta años los cambios producidos en las articulaciones entre el campo de la salud y los intereses del mercado han identificado a las infancias como foco específico de desarrollo. Los avances y crecientes debates generados desde el ámbito de las ciencias sociales en torno a la temática despliegan su mirada crítica al señalar los alcances e implicancias que tales transformaciones conllevan al punto de introducir e incentivar el modelamiento de las infancias. Los procesos sociohistóricos contemporáneos enmarcan la creciente profundización de los fenómenos de ampliación de subjetividades individualizadas, y componen un marco de inteligibilidad para las transformaciones en curso. En este contexto, presentamos el libro desde una estructura cuatripartita que busca profundizar, a partir de distintos planos de análisis, los procesos de medicalización con una mirada en profundidad en Argentina y con aportes de los países del sur de América Latina.

La primera parte del libro se ocupa de las discusiones actuales sobre los procesos de medicalización de las infancias. Contiene las contribuciones de corte más teórico, que ofician de soporte analítico a los capítulos siguientes.

Da inicio a esta sección Susana Murillo, quien presenta un análisis en profundidad sobre el gobierno de las infancias, en el sentido de la dirección de las conductas infantiles en vistas a la construcción de adultos dóciles y útiles, construcción que la autora liga al advenimiento del liberalismo en Europa. Hace eje en la fetichización que se prolonga en el programa de las neurociencias, presentadas como herramientas que por un lado multiplican nominalmente los desórdenes conductuales, al tiempo que prometen calmar todo dolor humano.

En el siguiente capítulo, Eugenia Bianchi y Silvia Faraone analizan dos perspectivas que se han consolidado con el cambio de siglo: la sociología del diagnóstico y la farmacologización de la sociedad. Realizan un análisis teórico-

conceptual a través de métodos analítico-interpretativos de bibliografía específica y deteniéndose, en particular, en la relación de un plexo de corrientes que incluyen la medicalización de la sociedad, la biomedicalización y las políticas de la vida, así como también las contribuciones que estas corrientes y perspectivas habilitan para el análisis de los fenómenos relacionados con el TDAH en las infancias.

Esta primera parte del libro se completa con el texto de Celia Iriart, quien nos introduce, desde la perspectiva de la salud colectiva, en las diferencias entre medicalización y biomedicalización, y la importancia que tiene este último concepto para entender el actual modelo médico hegemónico y las consecuencias en la transformación del proceso salud-padecimiento-atención. Nos ubica en el impacto que estos procesos tienen en el tipo de reformas sectoriales en salud, en la formación de profesionales, en la práctica cotidiana en los servicios, y en los efectos sobre el proceso de subjetivación colectiva.

En la segunda parte se abordan trabajos realizados por el equipo de investigación del UBACyT en los que se introduce la situación actual de avances, conflictos y tensiones en torno a la Ley 26.657, de 2010. Se analiza cómo, en Argentina, las críticas y resistencias a los procesos de medicalización y farmacologización pueden asociarse a la promulgación de la norma.

Silvia Faraone realiza un análisis sobre las normativas, paradigmas y conceptos que se enmarcan en la emergencia de la Ley 26.657. Recorre nociones, conceptos y tipificaciones que difieren teórica, conceptual y legalmente, pero que tienen implicancias prácticas, subjetivas y sociales sobre los sujetos portadores de esos significados. La autora establece que las luchas o enfrentamientos que se consolidaron en las experiencias cotidianas dejan aún al descubierto la producción de prácticas diversas y mecanismos no homologables de tutela jurídica y de igualdad de derechos para las niñas y los niños.

A continuación, Alejandra Barcala analiza el impacto de las políticas en salud mental, las legislaciones y las prácticas de los actores sociales en los procesos de medicalización, en especial en la psicopatologización de las niñas y los niños en condiciones de vulnerabilidad social. Hace hincapié en la recuperación de sus voces, experiencias, historias, conocimientos y deseos desde una perspectiva respetuosa de la diversidad cultural, del género y de las identidades propias de cada contexto. Profundiza en el caso de la Ciudad de Buenos Aires como antecedente de las políticas gubernamentales a nivel nacional.

Completa esta sección un capítulo en el que Flavia Torricelli y Silvia Faraone abordan los procesos de formación de grado y posgrado de profesionales de la salud mental infantil. Analizan particularmente la residencia interdisciplinaria en salud mental en los servicios públicos especializados en infancia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y la pregnancia de lógicas medicalizadoras y farmacologizadoras en los actores involucrados en los procesos formativos de jóvenes profesionales.

En la tercera parte, tomando como analizador al diagnóstico del TDAH, se exploran diversas líneas y planos de investigación relacionados con la problemática de la medicalización y farmacologización en Argentina.

En el comienzo, Eugenia Bianchi analiza una serie de inexactitudes ligadas al concepto de medicalización y su circulación, que surgen de reflexiones en el marco de las investigaciones sobre los procesos de diagnósticos y tratamientos por TDAH en Argentina. También desarrolla algunas implicancias o corolarios teórico-metodológicos que se derivan de esas inexactitudes.

A continuación, se presentan los resultados de estudios realizados a lo largo de diez años por el equipo de investigación del UBACyT acerca de los procesos de medicalización en las infancias. En el primero de ellos, se desarrolla un análisis cuantitativo de datos de producción y consumo en Argentina de metilfenidato y atomoxetina, ambas drogas utilizadas para el

tratamiento del TDAH. El objetivo de este análisis consiste en establecer tendencias, y realizar un mapeo amplio de cómo se está dando el panorama a este respecto en el país.

En el siguiente capítulo, y profundamente enlazado con el anterior, el equipo expone resultados de este período en torno a actores presentes en el debate sobre el TDAH: los profesionales, los medios de comunicación y el *marketing* farmacéutico. Se conciben las relaciones entre los actores de modo articulado pero no armónico, sino en un estado magmático que puede asumir diferentes formas: controversias, debates, tensiones y/o disputas.

Para desarrollar la cuarta parte del libro, y tal como adelantáramos, a fin de poner en diálogo el análisis de los resultados de Argentina con diferentes casos nacionales del sur de América Latina convocamos a grupos de investigación de Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay para que aporten sus visiones sobre los procesos de medicalización en sus países. En general, los textos fueron presentados por colegas que tienen varios años dedicados a la temática de la medicalización en las infancias y también, al igual que el equipo del UBACyT, observan estos procesos donde el TDAH es el analizador. En el caso de Paraguay, dada la ausencia de investigaciones contemporáneas a nivel nacional en la temática, se recurrió a la conformación de un equipo específico ad hoc a los fines de la participación en el libro, lo que redundó en una perspectiva muy enriquecedora, ya que permite observar una situación muy disímil a la del resto de los países.

De esta manera, son varios los equipos que, con diferentes trayectorias y perspectivas, problematizan los procesos de medicalización de las infancias en la región, y constituyen voces que, junto con otros grupos nacionales de profesionales, usuarios y familiares, además de organizaciones de derechos humanos, están colocando en las agendas de los Estados la situación que viven muchas niñas y muchos niños en el sur de América Latina.

Silvia Faraone y Eugenia Bianchi

Primera parte

**Discusiones actuales desde las ciencias sociales sobre
el gobierno de las infancias: (bio)medicalización y
farmacologización como dispositivos**

El gobierno de las infancias

SUSANA MURILLO

Introducción

El gobierno de la infancia, en el sentido de la dirección de las conductas infantiles en vistas a la construcción de adultos dóciles y útiles, así como el autogobierno de niños y niñas a partir de ideales y figuras de identificación (Foucault, 2005; Donzelot, 1990), tiene sus inicios a fines del siglo XVIII, con el advenimiento del liberalismo en una Europa en la que el capitalismo industrial se desplegaba en medio de multiplicidad de síntomas sociales que evidenciaban la diversidad y complejidad de lo que en el siglo XIX se nombró como “cuestión social” (Donzelot, 2007). Tal proceso se transfirió en cierta manera a nuestra América, en la medida en que diversas zonas de la región se integraban, de modos diversos, al mercado mundial; no obstante, el gobierno de las infancias nunca se desplegó entre nosotros como una mera réplica de las claves europeas, pues aquí tales problemas adquirieron desde sus comienzos ribetes específicos ligados a la “cuestión colonial” (Murillo, 2012a).

En ese ejercicio de la racionalidad de saber y poder, la mirada médica fue una de las estrategias que cobró centralidad, en tanto ella hizo eje en conceptos de salud y enfermedad vinculados a la modulación de los cuerpos individuales en relación con los fenómenos sociales que podían favorecer u obstaculizar el proceso productivo y el de circulación de mercancías a nivel mundial. En esa clave, la medicina dio un lugar central a la *familia*, espacio que la epistemología

propia del liberalismo estimó como el “natural”¹ para la formación del individuo, futuro ciudadano con roles diversos según su lugar en la sociedad. La familia se transformó desde entonces en sujeto y objeto de gobierno, por parte de la medicina, que fue un instrumento central del Estado en el trazado de políticas públicas,² en vistas a lograr la construcción del cuerpo de los niños y las niñas como un cuerpo individual sano, parte de un saludable cuerpo

¹ La filosofía, a lo largo de la historia, ha construido diversos conceptos acerca de qué es “la naturaleza” o “lo natural”. El desarrollo de ciencias como la astronomía y la física, a partir del siglo XVII, y el de las ciencias de la vida al menos desde el siglo XIX, dieron lugar a nuevos conceptos respecto de qué es “lo natural” (y en relación con ello “lo normal” y “lo patológico”) que posibilitaron la intervención sobre aspectos diversos de la vida humana. Un ejemplo claro es la eugenesia que operó y opera en la selección de la reproducción familiar evitando la reproducción de poblaciones pobres o de color. La eugenesia nació a fines de siglo XIX en Inglaterra, con los trabajos de sir Francis Galton, y se difundió rápidamente hacia nuestra América, a partir del vínculo de médicos estadounidenses con médicos cubanos desde comienzos del siglo XX. Ella tuvo, en particular, un rol fundamental en la esterilización de personas en el Caribe; recientemente se han conocido más de 300.000 esterilizaciones realizadas hace pocos años sin consentimiento en Perú. La eugenesia basa sus intervenciones en el concepto de “naturaleza”, es decir, interviene sobre los cuerpos legitimándose en “lo natural”, con lo cual su intervención aparece despojada de toda connotación política, económica y moral. Si bien la eugenesia es un caso extremo, algo análogo se puede observar en diversos ejemplos de intervenciones judiciales sobre el cuerpo de la infancia y la familia, en nombre de algo natural o antinatural. Se olvida a menudo que tales conceptos son siempre una construcción histórica, que de ninguna manera es ajena a consideraciones político-económicas y culturales. La epistemología propia del liberalismo puso énfasis especial en los fenómenos denominados “naturales”. A diferencia de lo *cultural*, lo *natural* es un concepto teórico que ha operado como un supuesto básico de buena parte de la medicina y otras disciplinas en la modernidad. La palabra “natural” o “naturaleza” ha sido desde el siglo XVIII al menos un supuesto que, con diversos matices, ha fundamentado y fundamenta disciplinas diversas. Ahora bien, este concepto es también una construcción social, el olvido de tal apreciación epistemológica ha legitimado y legitima diversas formas de intervención política sobre los cuerpos, en tanto ellas, al hablar de “lo natural”, pueden presentarse en el imaginario como ajenas a toda voluntad o posición valorativa.

² Si bien los documentos del siglo XIX y la primera mitad del XX hacen eje en la familia nuclear, en las últimas décadas cobró en diversas zonas centralidad la familia monoparental, mayoritariamente centrada en la función materna.

social libre de enfermedades “físicas y morales” (Murillo, 2012b). Los objetos de la mirada médica fueron, desde el advenimiento del liberalismo, los fenómenos sociales, al tiempo que los saberes que emergían del conocimiento de los cuerpos individuales coadyuvaban a la construcción de saberes e intervenciones estatales y paraestatales sobre esos mismos cuerpos individuales y colectivos (Foucault, 2005), razón por la cual Foucault, basado en Rosen, ha puesto de relieve que el papel central de la medicina moderna ha sido social (Rosen, 1985).

Este proceso de construcción y autoconstrucción de sujetos, a partir de la intervención de la medicina como instrumento de Estado con el fin de configurar el cuerpo de la nación sano, ha sido caracterizado como “medicalización de las poblaciones”, fenómeno en el que, como se decía más arriba, el cuerpo de los niños y las niñas se tornó central, dado que se partió (y se parte) de una concepción basada en la noción de una “natural” evolución de la vida humana a través de etapas, en la que las experiencias hereditarias, congénitas e infantiles generan huellas muy fuertes en el devenir de esa historia personal.

El término “medicalización” no debe llamarnos a engaño, si bien los médicos tuvieron un lugar central en el diseño y aplicación de políticas públicas, lo hicieron articulados crecientemente con especialistas e instituciones de diversos campos en psicología, sociología, trabajo social, docencia y jurisprudencia, entre otros. Así, el higienismo sostenía que su tarea era de reforma social y política; ideario que, al menos en Argentina, tuvo importantes repercusiones históricas (Murillo, 2012b). De este modo, hablar de “medicalización de las poblaciones” no alude solo a aspectos biológicos, sino también a psicológicos, morales, familiares, educativos, jurídicos y sociales, algo que, como veremos, se complejiza en el presente. Se trató del cercamiento político del cuerpo de los niños y las niñas en nombre de la ciencia con fines de previsión, cura o reinserción frente a enfermedades físicas o “morales”.

La historia de cómo se desplegaron los procesos de medicalización muestra que ellos no operaron (ni operan) desde y para algo “natural” en los seres humanos, libre de toda connotación valorativa, de carácter social o político; por el contrario, esa historia muestra que la construcción de taxonomías basadas en una presunta “evolución natural” fueron, y son, básicamente clasificaciones nominalistas que suponen unos ciertos valores morales y políticos acerca de qué atributos debe tener un sujeto en cada etapa de su vida para ser considerado normal, o bien cuáles lo caracterizan como teniendo alguna patología, y ello en relación con el espacio social en que lo inserta su trayectoria familiar. Lo “normal” y lo “patológico” (Canguilhem, 1971) como núcleo de los procesos de medicalización, lejos de reflejar una presunta naturaleza humana universal, se muestran, en la historia de las ciencias y en la historia efectiva, como conceptos emergentes de un régimen de veridicción, sustentado en, y a la vez legitimador de, formas diversas de intervención sobre individuos y poblaciones, en diversos momentos y lugares. Intervenciones que tuvieron como blanco a los niños y las niñas, matriz del adulto dócil y útil.

La “medicalización” de las poblaciones implicó, durante la hegemonía del arte liberal de gobernar, que la mirada médica tuviese como correlato al cuerpo del enfermo y su palabra, mediados por taxonomías *construidas*, pero entendidas como reflejo de lo “natural”. El riguroso análisis documental muestra que es innegable que, al menos en Argentina, tal medicalización previó y evitó epidemias graves que asolaban a la población, y precisamente porque su objetivo fue y es también social y político, en muchos casos generó iniciativas políticas que a menudo se enfrentaron a mezquinos intereses de las elites económicas (Murillo, 2012b).

En los tiempos que corren, el “naturalismo” de los procesos de medicalización de las poblaciones y los sujetos persiste, aunque con connotaciones diversas a las que tuvo bajo el arte liberal de gobernar. La medicalización, como forma de abordar e intervenir sobre los fenómenos sociales,

en particular a partir del cercamiento de los cuerpos de niños y niñas, mutó a partir del último cuarto del siglo XX. Entonces, no solo la mirada médica se transformó sino también el modo de conceptualizar su correlato; esto es, los cuerpos individuales y los de las poblaciones infantiles y sus principios básicos: los problemas poblacionales que más preocupan, los instrumentos que median entre los cuerpos y la mirada, así como las estrategias y sus tácticas, y los actores centrales en el proceso.

A partir de la década de 1960, el capitalismo industrial entró en crisis, al tiempo que el capital financiero se tornaba hegemónico; entonces, en relación con una serie de procesos que aquí no es posible desarrollar (Foucault, 2007; Monedero, 2012; Murillo, 2008; Murillo, 2015a) comenzó el desbloqueo del neoliberalismo, como arte de gobierno de sujetos y poblaciones, y en él “las infancias” se convirtieron en los blancos fundamentales.

Preferimos pensar en “gobiernos” de “las infancias” y no en el “gobierno” de “la infancia”, pues resulta claro que en la etapa neoliberal del capitalismo, y particularmente en los pueblos de Nuestra América, la mirada sobre niños y niñas varía según su condición social, así como su conceptualización y las tácticas y estrategias desplegadas sobre sus cuerpos y los de sus familias. No todos están destinados a ser sujetos útiles o exitosos en el futuro, en tanto el destino de poblaciones que habitan nuestra América en zonas ricas en biodiversidad es incierto, a la vez que los avances de la cuarta revolución industrial, conocida también como “Internet de las cosas”, posibilita de modo creciente el reemplazo de trabajo vivo por trabajo muerto reificado en la máquina, y con ello la generación de una creciente población excedentaria.

A mediados de los años setenta, con el paulatino desbloqueo del neoliberalismo (aunque con antecedentes que llevan a mediados de la década de 1950), en particular a partir del denominado “experimento Chile” (Klein, 2007), se despliegan en el Cono Sur, por un lado, técnicas de

subjetivación centradas en el terror, que es resignificado en constantes y diversas situaciones actuales de incertidumbre; y por otro, técnicas que confluyeron en la construcción de identificación con imaginarias figuras fetichizadas cuyo núcleo ficcional conforma una mítica completud que salva imaginariamente de las carencias que surgen del terror; identificaciones imaginarias que alientan, no sin resistencias, formas de narcisismo que intentan cercar políticamente el cuerpo de las familias y, a partir de los procesos de identificación, el de niños y niñas.

Este artículo analiza teóricamente esta dualidad en el gobierno de las infancias, haciendo eje en la *fetichización* que se prolonga en el “programa fuerte de las neurociencias”, presentadas como herramientas que por un lado multiplican nominalmente los “desórdenes conductuales” y por otro prometen calmar todo dolor humano. Este proceso es parte de una estrategia global destinada a conocer e intervenir en sujetos considerados por el neoliberalismo como irracionales y, por ende, generadores de incertidumbre en los mercados.³

El proceso de medicalización de las infancias

La medicalización de las poblaciones en el neoliberalismo ya no tiene como finalidad fundamental construir una población sana y detectar, prever y mitigar posibles patologías; ella, ahora, está sustentada fundamentalmente en avances de las neurociencias y disciplinas que dicen basarse

³ En 1999 el presidente Bush anunció que se iniciaba la “década del cerebro”. Pocos años más tarde, el National Institute of Mental Health, de EE.UU., ostentaba en su página web una frase del presidente Obama según la cual la iniciativa sobre el cerebro es el gran proyecto estadounidense, y trazaba un *plan estratégico global en salud mental*, llamado “Criterios de dominios de investigación” (*Research Domain Criteria*, Rdoc), que centra su investigación en genética, neurociencias y ciencia del comportamiento (National Institute of Mental Health, s./f.).

en ellas. Estas disciplinas, que son englobadas a veces como “neurociencia cognitiva” (Escera, 2004) anuncian, en clasificaciones cada vez más pobladas de patologías, que todos los humanos tenemos efectiva o potencialmente alguna enfermedad “física o moral” que es menester curar o prever desde la gestación, el parto y la infancia; para ello las empresas farmacéuticas y los grupos financieros han convertido al ciudadano en un consumidor de tecnologías y medicamentos (Iriart, 2016; Iriart e Iglesias Ríos, 2012; Faraone *et al.*, 2009) de modo que la intervención sobre los cuerpos gesta formas de gubernamentalidad, que articulan la “medicamentalización” (Faraone *et al.*, 2009) con una serie de tácticas-técnicas basadas en la psicología cognitiva, que tienden a construir lo que se denomina “inteligencia emocional”.

Es que la gubernamentalidad neoliberal, desde sus primeros pasos en la escuela austriaca a fines de siglo XIX, tuvo como estrategia fundamental la modulación del deseo subjetivo (Murillo, 2015a), y en la consecución de este objetivo, el alma de los niños y las niñas es la presa esencial. Decimos esto pues, desde 1871, con la publicación de *Principios de Economía*, de Carl Menger, iniciador de la escuela austriaca, se construye la teoría subjetiva del valor, según la cual los “bienes” valen no por el trabajo que la humanidad despliega para generarlos, sino en tanto hay un sujeto que los estima, que los demanda (Menger, 1976). Será otro miembro de la escuela austriaca, Friedrich Hayek, quien partiendo de este presupuesto construirá ya desde la década de 1930, y en especial tras la Segunda Guerra Mundial, instrumentos conceptuales que conformarán la matriz teórica para que, a través de las denominadas “neurociencias”, se legitimen los nuevos modos de intervención centrados en la introducción de valores en sujetos y poblaciones. Es menester no perder de vista estos objetivos políticos a fin de no caer en un determinismo tecnológico que sesga la mirada. La tecnología en sí misma (sea esta “dura” o “blanda”) es solo un factor que hace a las transformaciones en los procesos sociales, pero la direccionalidad de estos obedece a una

complejidad en la que se articulan la búsqueda de rentabilidad de empresas farmacéuticas y grupos financieros con el gobierno político de las conductas; en ese sentido, las tecnologías están subsumidas a fenómenos complejos, no los determinan (Murillo, 2017).

En esa clave de análisis es observable que los avances en el campo de las neurociencias están ligados a un veloz desarrollo tecnológico, que es instrumento de un proyecto civilizatorio que hace centro en la modulación del deseo subjetivo como modo de gobierno de las poblaciones (Murillo, 2015a, 2015b; Murillo, 2011). Tales avances posibilitan *interpretar* observaciones de aspectos del sistema nervioso (Hagner, 2010), así como los procesos que se producen en tejidos de fetos, tanto de humanos como de primates. Estos desarrollos, ligados a la acumulación de plusvalor, que supone siempre una creciente “gubernamentalidad” de individuos y poblaciones, son traducidos en campos llamados neuroeducación, neuromarketing, neuropolítica, neuropsicoanálisis, economía de la felicidad, psicoeconomía; disciplinas -que en este espacio no podemos desarrollar- cuyas aseveraciones no permiten concluir que procedan de una seria derivación de las investigaciones neurocientíficas en su “programa débil”.

En este sentido seguimos a Alain Ehrenberg, director del Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société, de la Universidad René Descartes, en Francia, quien muestra que a partir de la década de 1980 se han producido dos cambios fundamentales: por un lado, las enfermedades neurológicas y mentales comenzaron a ser abordadas y conceptualizadas por los mismos métodos y conceptos; al tiempo que, por otro, esas disciplinas han extendido su campo de acción a lo emocional, al comportamiento social y a los sentimientos morales. Desde esta perspectiva, Ehrenberg ha postulado una sugerente diferencia entre el “programa débil” de las neurociencias (cuyo objetivo es avanzar en el conocimiento de enfermedades de muy probable base orgánica como el Alzheimer) y el “programa fuerte”, que

ha construido una “imagería cerebral”, sustentada en una fetichización de la tecnología, que ha posibilitado la ficción de una biología del espíritu y la conciencia, con pretensiones de predicción, explicación e intervención, no solo en los tradicionales problemas orgánicos, sino en los aspectos emocionales, cognoscitivos, sociales y morales (Ehrenberg, 2004).

¿Qué nos dicen las neurociencias en lo que se conoce como su “programa débil”?

El intento de conocer la localización de las funciones diversas en el cerebro tiene una larga historia, que se remonta por lo menos a los primeros años del siglo XIX. No obstante, en el siglo XX se produjo una mutación importante a partir de los estudios neuroanatómicos y neurofisiológicos que gestaron lo que en la década de 1970 comenzó a denominarse “neurociencias”, fundamentalmente con el desarrollo de tecnologías que posibilitaron el estudio de ciertos correlatos entre conductas específicas y registros de actividad neuronal, a partir de imágenes que mostraban zonas de mayor o menor oxigenación en el cerebro, en correlación con acciones de los sujetos. Pero fue entre 1988 y 1989 cuando comenzaron a registrarse publicaciones científicas que le dieron entidad de paradigma científico (Escera, 2004).

Desde entonces, los avances en tecnologías aplicadas al conocimiento del cerebro son constantes, en correlación con inversiones multimillonarias de empresas, Estados y universidades. El desarrollo de tecnologías generó lo que Michael Hagner denomina “imagología” y “neuroimagología”; se trata, entre otras, de la tomografía de resonancia magnética funcional, la tomografía por emisión de positrones y la tomografía por emisión de fotón único, entre otras (Hagner, 2010). Una de las más reconocidas es el

mapa cerebral denominado “electroencefalografía cuantitativa”, que consiste en un análisis computarizado de la actividad cerebral. Los datos obtenidos son digitalizados y transformados a su vez en datos numéricos, que se pueden computar y comparar con detalle. Los datos numéricos permiten luego elaborar mapas tridimensionales del cerebro del paciente y también hacer comparaciones con bases de datos y así ver la diferencia entre el paciente y la población general.

En 2016, investigadores de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington recurrieron a los datos generados por el Proyecto Conectoma Humano (Human Connectome Project) para elaborar un nuevo mapa perfeccionado del cerebro, usando múltiples tipos de imágenes por resonancia magnética para medir la arquitectura cortical, la actividad, la conectividad y la topografía del córtex de 210 adultos jóvenes sanos. Esta forma de mapeo cerebral supera a las anteriores pues la mayoría de los mapas existentes daban como resultados mapas “borrosos”, que no eran reproducibles en otros individuos. La nueva tecnología permitió crear un nuevo mapa perfeccionado del cerebro usando múltiples tipos de imágenes por resonancia magnética para medir la arquitectura cortical, la actividad, la conectividad y la topografía del córtex de los participantes en el proyecto. Para llevar a cabo esta tarea, los investigadores participaron de un estudio multimillonario de cinco años de duración dirigido por David Van Essen para el que se utilizó una potente máquina de resonancia magnética creada específicamente para este proyecto (*Quo*, 2016).

Los mapeos cerebrales tienen avances tecnológicos constantes que han permitido descubrimientos importantes: por un lado, modificar la visión tradicional acerca de la relación entre dendritas y axones, y por ende los modos de conectividad nerviosa; por otro lado, muestran los billones de conexiones medidas en micras (cada una de las cuales equivale a la millonésima parte de un metro) que ocurren en cada pequeño espacio de la corteza cerebral. Esta

observación indica la enorme densidad de las conexiones en muestras muy pequeñas: se observó que en una de ellas, de un milímetro cúbico, se producían 1.500 sinapsis, procedentes de 1.500 células nerviosas que no solo trabajaban con axones y dendritas de esta parte del cerebro, sino también de otras colindantes. “Al mirar imágenes del cerebro tomadas con sistemas de alta resolución, donde cada píxel representa un milímetro cúbico, se podrían observar un billón de sinapsis en cada uno de esos píxeles”, dijo Jeff Lichtman, jefe de proyecto en la Universidad de Harvard (Unocero, 2015). Este descubrimiento en sí mismo muestra lo poco que las neurociencias, en un sentido estricto, pueden aún decirnos acerca del ser humano como sujeto integral, y cuán precavidos es menester que seamos antes de sacar conclusiones, en especial quienes no somos especialistas en el tema, como psicólogos, sociólogos, docentes, profesores de filosofía o filósofos, economistas, especialistas en *marketing*, políticos, empresarios y la población en general.

Por otra parte en Berkeley, en 2017, se realizó un experimento con 16 pacientes voluntarios mientras eran sometidos a cirugía de epilepsia utilizando la electrocorticografía. Esta tecnología, aunque mucho más invasiva y utilizada principalmente con fines exploratorios en este tipo de pacientes, proporciona una resolución de tiempo mejor que la resonancia magnética funcional –con lo cual posibilita captar el proceso de oxigenación de la zona del cerebro en actividad con mayor precisión (Hagner, 2010)– y una mejor resolución espacial que la electroencefalografía. El estudio permitió observar que la actividad sostenida en la corteza prefrontal es lo que guía una percepción hacia una acción, es decir, la que actúa en el proceso del pensamiento humano, y que la actividad cerebral es más larga cuanto más complejo es el estímulo y la necesidad de procesarlo (Tendencia 21, s./f.a).

En relación con esta y otras investigaciones, las revistas de divulgación y algunos médicos e investigadores afirman, apelando a su calidad de “expertos”, que ahora es posible

observar *cómo se forma el pensamiento humano*, y también sostienen que *el cerebro puede “decidir” qué es real o imaginario*, pues tarda más en procesar una información nueva que en evocar datos del pasado, lo que a juicio de algunos investigadores “pone de manifiesto que el sujeto acepta una información como real o falsa después de que el cerebro haya realizado su selección”, dice Armin Schnider, director del Departamento de Neurociencias de la Universidad de Ginebra. De esto se infiere la explicación de por qué, cuando la zona cortico-frontal está dañada, las personas pierden la capacidad de distinguir lo verdadero de lo falso, el pasado del presente, y no tienen forma de darse cuenta de que su realidad es falsa (*Tendencia 21*, s./f.b). En este aspecto es menester reflexionar acerca de que una cosa es probar que lesiones graves en el cerebro obturan la distinción entre pasado y presente, realidad y fantasía, y algo bien diferente es afirmar que el cerebro en su normal funcionamiento “decide” qué es real y qué es imaginario; la diferencia no es sutil, sino que da un paso desde lo conceptual emergente de observaciones de situaciones de cerebros dañados seriamente, a afirmaciones de carácter metafísico sustentadas en la oxigenación de zonas del cerebro sano sometido a observación en momentos en que un sujeto despliega un pensamiento vinculado a una acción en una fracción de tiempo.

En los hechos, las nuevas tecnologías producen imágenes y los algoritmos que las traducen son “interpretaciones” (Hagner, 2010) derivadas de teorías acerca de las actividades cerebrales ocurridas en momentos en que alguien está sometido de manera artificial a un estímulo y debe dar una respuesta; nada del sentido de su historia puede analizarse aquí. Al tiempo que no se toma en cuenta que el paradigma del que se parte para construir los datos tiene, como todo paradigma, supuestos indemostrables (Kuhn, 1992), en este caso el supuesto del que se parte es a la vez el que dice probarse (algo que lógica y epistemológicamente constituye una falacia): se trata del supuesto base y a la vez la conclusión de que toda decisión, acción, predisposición, actitud

o emoción humana están sustentadas en el cerebro. Por otro lado, se deja de lado el hecho de que en todo paradigma la intervención de teorías, tecnologías y algoritmos no “reflejan” un hecho, sino que permiten construir “datos” con base en postulados epistemológicos (Bachelard, 1999; Canguilhem, 1971; Kuhn, 1992). A la vez, dan por supuesto que el experimento o la observación controlada se asemejen a las situaciones corrientes de la vida, algo que no es posible aceptar seriamente tanto en este campo como en el de la manipulación genética (no solo de humanos, sino de animales y vegetales). Por otra parte, no toman en cuenta el sugerente descubrimiento, mencionado arriba, acerca de los billones de conexiones que se traducen en un pixel, lo cual da una idea de la inmensidad y complejidad de los procesos del sistema nervioso, así como de sus vinculaciones y procesos desconocidos. Finalmente, los divulgadores concluyen acerca de lo real o imaginario, o los procesos de pensamiento en el ser humano, suspendiendo de ese modo la imbricación de la vida de un sujeto en su mundo.

En ese sentido, los nuevos modos de medicalización, o biomedicina, ya no buscan la relación entre el sujeto y la realidad o lo que “es”, sino que parten de un sujeto encerrado en su propio cerebro, en un puro “fenomenismo”. Esto último, en sí mismo, le quitaría, desde una perspectiva lógica y epistemológica rigurosa, toda validez a tales afirmaciones, pues también ellas se moverían en el puro fenomenismo del cerebro de los divulgadores, que las incapacitaría para aseverar que conocen *ese cuerpo otro* que está ahí, ante las máquinas que lo observan.

A diferencia de quienes sacan conclusiones de ese tipo, al menos algunos de los científicos implicados son mucho más cautelosos en sus conclusiones. Entre ellos Matthew Glasser, investigador en neurobiología de la Universidad de Washington y uno de los autores principales de un proyecto que ha desarrollado un *software* que detecta la “huella digital” de áreas del cerebro en los escáneres cerebrales de un individuo, quien sostiene que este mapa neuroanatómico,

además de sus aplicaciones en neurocirugía, a través de futuras mejoras también podrá servir para indagar sobre la evolución cognitiva de los seres humanos en comparación con otros primates (Glasser *et al.*, 2016); esto se afirma dado que en los últimos años las observaciones y experimentaciones se han hecho también en monos (*Tendencia 21*, s./f.a). Otros opinan que en el futuro los avances permitirán conocer y tratar con mayor precisión trastornos como la epilepsia, a la vez que serán de vital importancia para la neurocirugía. Sin embargo, son conclusiones que solo presumen que en un futuro tal vez podrían aventurarse hipótesis. Estas y otras afirmaciones, que no sostienen nada concluyente para el presente, son sumamente cautelosas y se centran en el programa débil de las neurociencias, esto es, en la búsqueda de conocimiento e intervención sobre problemas de indudable base orgánica.

Por el contrario, el programa fuerte de las neurociencias tiene aristas políticas peligrosas: sobre la base de investigaciones que aún podemos caracterizar de exploratorias, los laboratorios y tanques de pensamiento, avalados por organismos internacionales y Estados, así como legitimados a través del otorgamiento de Premios Nobel, impulsan pretensiones de construir una verdadera antropología y filosofía del hombre y su relación con la sociedad y el cosmos, así como predecir y/o determinar las trayectorias de vida y medicamentar a partir de la interpretación de imágenes del cerebro, olvidando que lo que “avanza” son tecnologías que son nada más que nuevas formas de *interpretar* algo que está ahí, en el cerebro y el sistema nervioso. Se trata de un postulado elemental en epistemología: lo que “es” no es un “dato”, es una construcción elaborada que puede o no acercarse a eso que solemos llamar “la realidad”.

El programa fuerte de las neurociencias y las nuevas formas de cercar políticamente el cuerpo de las infancias

Los despliegues del programa fuerte de las neurociencias se expresan en una serie de disciplinas, que si bien sostienen que derivan sus saberes y técnicas de intervención del programa débil, no cuentan con una fundamentación seria y sí con un arsenal táctico que parece implicar una transformación en el gobierno de los sujetos a través de su incidencia en las relaciones políticas, económicas y sociales por medio de la educación, el *marketing*, la clínica y los recetarios de intervención sobre las poblaciones, en especial sobre diversos grupos de madres, familias, niños, niñas y adolescentes.

La preocupación fundamental por las infancias conserva la vieja idea de la centralidad de estas etapas en el transcurso de una vida, pero las estrategias y conceptos fundamentales sobre ellas han variado. Están centradas en la medicamentación y las técnicas cognitivas, cuya presunta base radica en las neurociencias, de las cuales los investigadores ajenos a ellas sabemos muy poco. Con el agregado de que las investigaciones en el programa débil de las neurociencias son de muy difícil acceso por su nivel de desarrollo teórico, en tanto que los manuales de divulgación para padres y docentes son de un nivel verbal y visual propio de un niño o una niña pequeños. Pero su efecto más claro es la sobrediagnóstico, que transforma al “enfermo imaginario” de Molière en el sujeto característico del embarazo, el parto y la infancia de la que se espera una adultez dócil y útil a la vez que exitosa.

Desde esta clave de análisis diversas disciplinas asumen que la modulación de las conductas de los niños y las niñas tiene un fuerte peso en la “construcción” de procesos de subjetivación. Estos procesos son considerados vitales por el arte neoliberal de gobernar a individuos y poblaciones, pues la estrategia civilizatoria construida por diversas líneas teóricas y empresariales de orientación neoliberal

consideran, al menos desde el Coloquio Lipmann celebrado en París en 1938 (Foucault, 2007; Denord, 2002), que es necesario efectuar una “revolución cultural” que logre formar sujetos que a través de la introyección de valores se consideren a sí mismos individuos libres, que se autorresponsabilicen por los avatares de su propia vida y muerte en la “lucha por la vida” en un mundo gobernado por esa instancia presentada de modo metafísico como el “mercado”. Mundo en el que la desigualdad es considerada no solo como “natural”, sino como inevitable y necesaria en vistas al aumento de la productividad (Murillo, 2008). Partiendo de estos conceptos, el arte neoliberal de gobernar ha postulado la necesidad de una transformación cultural que logre que los individuos “naturalicen” los valores ligados a esa preeminencia del mercado y acepten y se autorresponsabilicen por su lugar en el mundo. En esa clave, las políticas neoliberales impulsan por un lado la formación de las infancias centrada en la construcción de un yo centrado en sí mismo, que se autocontrole y asuma toda responsabilidad por sus decisiones en el *mundo de la incertidumbre*, celebrada por el empresariado-gobernante y los intelectuales que intervienen en el trazado de políticas neoliberales.

No obstante, al mismo tiempo, enormes sectores de las poblaciones de madres, padres, niñas, niños y adolescentes ya han sido considerados desechables, un *resto* que no merece ser modulado o gobernado y que está destinado a morir o bien en hechos luctuosos en los que a veces funcionan como “fuerza de trabajo barata” de operaciones propias del capital ilegal (tráfico de drogas, armas, personas), que hoy es inseparable del capital legal, o bien por hambre, en defensa de sus territorios, en situaciones de “gatillo fácil” contra las poblaciones pobres o en atroces condiciones de insalubridad en medio de forzadas migraciones.

Tales intervenciones, de carácter diverso, nos llevan a hablar de “gobiernos” de “las infancias”, por un lado, y a problematizar el concepto mismo de *gobierno*, tal como fue acuñado por Michel Foucault (2005), pues nos preguntamos

si tal concepto es aplicable a un niño o una niña que se ve obligado a robar para otros o a un mapuche que intenta respetar su tierra y costumbres, o a niños y niñas que son obligados a migrar de sus territorios originarios, ricos en biodiversidad pero devastados por las guerras, la minería y las nuevas formas de extractivismo.

En ese sentido nos interesan las “traducciones” del programa débil de las neurociencias a otros campos con fines de legitimación científica a la intervención sobre ciertos grupos poblacionales, en particular las infancias; aunque en este artículo no lo desarrollaremos, es menester no dejar de interrogarse acerca de otras formas de intervención sobre madres, padres, niñas y niños, que no parecen intentar dirigir conductas infantiles, sino desplegar una ingeniería humana que tienda a eliminar la reproducción de poblaciones que habitan zonas ricas en biodiversidad, como las de nuestra América; nos referimos a nuevas formas de la vieja eugenesia, de las que solo hay pruebas provisionales pero sobre las que hay que comenzar a generar interrogantes (*El País*, 2018; Molina Serra, 2017).

El programa fuerte de las neurociencias y el terror como técnica-táctica de gobierno

Como se adelantó, el comienzo del despliegue del programa fuerte de las neurociencias se puede ubicar en la década de 1950. En esos años, en Nueva York, David Rapaport estudió junto a un grupo de jóvenes el temprano texto *Proyecto de psicología para neurólogos*, de Sigmund Freud, en el que el fundador del psicoanálisis aún colocaba esperanzas en la bioquímica para el tratamiento de algunos padecimientos mentales (Freud, 1895). Entre los participantes del grupo había dos futuros premios Nobel, Eric Kandel y Daniel Kaneman, quienes a partir de la lectura del texto de Freud desarrollaron dos líneas de análisis.

Eric Kandel, originario de la escuela austriaca, desarrolló la teoría del aprendizaje y memoria en relación con la plasticidad neuronal, y por sus investigaciones obtuvo en 2000 el Premio Nobel de Fisiología y Medicina, compartido. En abril de 1999 Kandel propuso un título muy explícito de su texto de 1998: “Biología y futuro del psicoanálisis; nuevo marco para la psiquiatría”, y así colocaba el futuro del psicoanálisis en el área de las ciencias del cerebro (Kandel, 1999). Para ello se respaldó en investigaciones de registro de la memoria dentro del sistema nervioso; en ese sentido sostuvo que lo que Freud llamó “inconsciente” podía traducirse de un modo más adecuado a la ciencia, pues se trataba de las huellas que dejan los acontecimientos externos en el sistema nervioso. En esa clave, toda la experiencia humana estaría anclada en el sistema neuronal y se constituiría en la base material del sistema inconsciente. Olvidaba el distinguido pensador que claramente Sigmund Freud no solo revisó y autocriticó sus tempranos trabajos, sino que en *Pulsiones y destino de pulsión* dejaba bien sentado que tanto ese término como otros, propios de la metapsicología, eran términos “teóricos”, análogos en ese punto al de “masa” en Newton (Freud, 1976); dicho en sencillo lenguaje epistemológico: los términos teóricos no mientan algo que está ahí, son construcciones elaboradas por los investigadores para dar cuenta de observaciones de carácter fáctico.

El otro miembro del grupo de lectores del texto de Freud fue el psicólogo Daniel Kahneman, entonces investigador de la Universidad de Jerusalén, que obtuvo en 2002, junto a Vernon Smith, el Premio Nobel de Economía por sus investigaciones en las que vincula la psicología con el área de la economía; es decir, fundamentalmente la investigación acerca de cómo los sujetos toman decisiones en condiciones de incertidumbre.

En la década de 1950, el interés por la lectura del texto de Freud y la resignificación de los postulados básicos del psicoanálisis ocurría sustentado en la tarea que uno de los más conocidos líderes de la escuela austriaca, Friedrich

Hayek, venía desarrollando desde décadas antes y que se plasmó en 1952 en un texto fundamental para la futura “traducción” de las neurociencias al “programa fuerte”, el libro *The Sensory Order*. Hayek (quien recibiría en 1974 el Premio Nobel de Economía) había participado en el citado Coloquio Lipmann, de 1938, que trazó las primeras estrategias del neoliberalismo. Y el mismo año en que surgía con asesoramiento del Ejército estadounidense la primera versión del *DSM*, presentó el texto que puede considerarse la matriz de los vínculos entre psicología, economía y neurociencias, o lo que Ehrenberg denomina “el programa fuerte de las neurociencias”. En *The Sensory Order* planteaba la radical irracionalidad de la denominada “mente humana”, así como su carácter fundamentalmente neuronal. El texto hacía votos para que la ciencia legitimase tal fundamento, al tiempo que posibilitase un conocimiento “objetivo” de los procesos cerebrales con vistas a conocer con cierta probabilidad cómo reaccionarían diversos sectores de la población ante determinadas *situaciones que pueden ser construidas* a modo de “experimento social” (Hayek, 1964). Tal proyecto tenía un objetivo fundamental: gestionar situaciones que tornasen más previsibles las decisiones de los sujetos individuales a fin de gobernar los movimientos del mercado ante la conocida irracionalidad de los individuos (Hayek, 1964), en particular en situaciones de *incertidumbre*, núcleo de los análisis de la escuela austriaca.

Hoy pueden leerse muchas de las derivaciones de tal planteo en el libro *Portarse mal*, de Richard Thaler, que sostienen que las limitaciones racionales y la falta de autocontrol afectan las decisiones individuales y las tendencias en el mercado. En ese sentido el trabajo de Thaler fue valorado por su colaboración en la construcción de vínculos entre el conocimiento psicológico y los procesos de decisión individual en relación con los fenómenos económicos, lo que le valió el Premio Nobel de Economía 2017. No es posible desarrollar aquí el análisis de la metodología utilizada por Thaler por razones de espacio, pero sí es posible

destacar que la perspectiva conductual que aplica el economista premiado es deudora de esa mirada creada por la escuela austriaca, y profundizada por Hayek, que ancla el éxito económico y la reducción de la incertidumbre de los mercados en la modulación del deseo subjetivo.

En 1975 –al mismo tiempo que comenzaban a perfilarse las investigaciones neurocientíficas en su programa débil– la escuela de Chicago, a través de su líder Milton Friedman, a quien se había unido Hayek más allá de los matices que los diferenciaban, desarrolló el llamado “experimento Chile” (Klein, 2007), que consistió básicamente en poner en práctica la idea de realizar experimentos sociales sugeridos por Hayek. Para ello se utilizaron (y utilizan) algunos descubrimientos de Sigmund Freud, ya no para aliviar el sufrimiento humano, sino para generar nuevas formas de gobierno de individuos y poblaciones. Se trata de un concepto desarrollado por el gran psicoanalista vienes, quien mostró en *Psicología de las masas y análisis del yo* que ante situaciones de terror se generan en los sujetos regresiones psíquicas que generan profundas sensaciones de indefensión (Freud, 1979). Partiendo de esto, la escuela de Chicago desplegó una serie de experimentos sociales en el Cono Sur, cuya matriz se reconoce en el Chile de la dictadura pinochetista. El experimento, exitoso, consistió en aconsejar al dictador Pinochet que aprovecharse rápidamente las situaciones de horror y el estado de *shock* que vivía el pueblo chileno para desarrollar de inmediato una serie de medidas neoliberales que contrariaban viejos valores de buena parte la población. El experimento Chile y sus resignificaciones hasta el presente ponen de manifiesto que la construcción del terror en las poblaciones genera tal sensación de indefensión en los sujetos que limita sus reacciones y los torna más influenciados por figuras o imágenes que ofrecen la imaginaria promesa de una completud que salva de la muerte; tal identificación incide en la asunción por parte de los sujetos de valores que previamente no conformaban sus ideales y modos de ser.

Al menos desde entonces, en todo el Cono Sur se han producido y producen situaciones diversas, de modo deliberado, de profunda incertidumbre que reenvían imaginariamente a ese terror que presentifica a la muerte (Murillo, 2008): por ejemplo, tanto una hiperinflación, la pérdida de trabajo, la violenta anulación de derechos sociales, la expulsión de campesinos con base en decisiones arbitrarias, como noticieros televisivos, comentarios en redes sociales, videojuegos o series populares de una firma estadounidense (Netflix). En todas ellas emerge el terror, en recuerdos, relatos, experiencias o escenas que aluden al pasado, al futuro o el presente. Con ello queremos decir que no son solo los medios de comunicación sino situaciones tan disímiles que van desde experiencias dolorosas concretas hasta imágenes transmitidas por diversos canales, que inciden en los procesos de subjetivación de niñas, niños, adolescentes y adultos, y gestan una profunda vivencia de indefensión.

Así, la arbitrariedad en el ejercicio del poder se implantó e implanta de manera calculada en el Cono Sur como modo de control de las poblaciones a partir de la generación de la sensación de indefensión ante algo que se cierne de manera impune, y que es efecto de situaciones de profunda incertidumbre. Al mismo tiempo, desde diversos espacios se exige a los sujetos que sean felices y exitosos. El efecto subjetivo de tal paradójal interpelación ha sido y es la *angustia*, temple de ánimo cuyo correlato es la nada y cuyo efecto (ligado a fuertes descargas de noradrenalina) es la violencia contra sí o contra otros (Murillo, 2008), manifestada de modos físicos o psíquicos, a menudo sin conciencia de ello. En esta estrategia de mutación de valores y transformación cultural, el arte neoliberal de gobernar ha complementado y complementa tal efecto con procesos de *fetichización*, en los que un elemento aislado se configura o bien en la *causa* o bien en el instrumento de *evasión* de la angustia social.

En esta clave es dable pensar que el neoliberalismo gobierna las poblaciones, en particular desde el embarazo y en los primeros años de la vida, a partir de una paradoja

trágica: un amenaza de muerte constante (física, social o simbólica) y al mismo tiempo una interpelación perpetua a ser felices, completos, exitosos; interpelación que insufla el narcisismo hasta límites que dificultan la asunción de la ley por encima del propio deseo. El imperativo del goce en la completud se entrecruza de modo intolerable para la subjetividad con la amenaza de diversos modos de muerte, y gesta procesos de subjetivación en los que el reconocimiento de lo colectivo se dificulta, al tiempo que el yo henchido imaginariamente se transforma en un obstáculo para sí mismo, en tanto no puede reconocer sus carencias, su finitud, y a partir de ello, abrirse al mundo en la pregunta, la admiración, el asombro, el dolor y el amor. En esa clave, el hijo o la hija no son sino una prolongación de ese yo ebrio de narcisismo.

En esta paradoja sin salida las subjetividades se ven acorraladas, los fetiches tecnológicos y medicamentosos se conforman, entonces, en los asideros imaginarios de unas subjetividades que tienen ante sí, aunque sin conciencia de ello, mil formas de muerte. Es en esta clave que operan las nuevas formas de medicalización de las infancias. Así, los medicamentos, las terapias cognitivas, la autoayuda, entre otras tácticas-técnicas, son algunos de los fetiches sobre los que se desplaza la ficción de imaginaria completud que salva de la muerte. Muerte que es presentificada imaginariamente en otro fetiche que se transforma en objeto y sujeto de repudio: el pobre, el habitante originario, el extranjero latinoamericano, el diferente al grupo, o el que es estigmatizado por alguna presunta “enfermedad” como el déficit atencional o mental.

De este modo, se profundizan crecientes formas de medicamentación (Iriart, 2016; Faraone *et al.*, 2009; Bianchi, 2016), complementadas por terapias cognitivo-conductuales que tienden a domeñar las emociones. La vieja medicalización de las sociedades disciplinarias muta así hacia la biomedicina (Iriart e Iglesias Ríos, 2012; Murillo, 2015b; Bianchi, 2016), en la que los actores principales son

las empresas, los grupos farmacéuticos, las consultoras de *marketing*, las empresas creadoras de videojuegos, todo ello sustentado crecientemente en Estados que construyen las condiciones de posibilidad para las estrategias de esos actores, al tiempo que padres, maestros, niños y niñas naturalizan los fetiches imaginarios que posibilitan la huida imaginaria de situaciones complejas, aunque necesarias para la elaboración de la condición humana.

La inteligencia emocional

Desde esos espacios de poder se impulsa el desarrollo de las neurociencias, y en especial sus presuntas derivaciones en las ciencias sociales, el psicoanálisis y, fundamentalmente, en la educación, a través del estímulo a que padres y docentes dirijan a los niños y las niñas con el fin de lograr la denominada “inteligencia emocional”.

Los postulados básicos de tales saberes se encuentran, como dijimos, en Friedrich Hayek; ellos se basan en un complejo de ideas neokantianas acerca de la diferencia entre “la cosa en sí”, es decir, lo que “es” independientemente del conocimiento humano, y lo *fenoménico*, concepto que alude a lo que “aparece” o “se muestra”, que no es ya lo real en sí, sino que está mediado por patrones conductuales generados por redes neuronales gestadas a partir de conductas habituales (Hayek, 1952).

Estos conceptos son complementados por un larvado neodarwinismo. Tal posición está sustentada en que la “mente” es básicamente el cerebro configurado por la herencia genética, producto de la evolución, en la que los organismos más aptos posibilitan con mayor probabilidad su herencia, la cual genera posibilidades que pueden activarse o minimizarse a partir de la vinculación con el medio y/o la medicamentación. Tal estimulación o inhibición dependerá de las conexiones neurales que se gestan desde

los primeros momentos del nacimiento, e incluso desde la etapa de gestación, y que producirían mapas conductuales de respuesta a situaciones (Hayek, 1952); mapas que pueden y deben ser controlados e inducidos desde la más tierna infancia a fin de estimular una construcción de patrones de conducta adaptativos, que si bien son diversos en cada individuo debido a sus experiencias personales, tienen un bagaje común ligado a la herencia genética; es en esa clave que se construyen estrategias globales.

Distintas publicaciones de psiconeuroeducación se basan en que en la década de 1960 surgió el concepto evolutivo del *cerebro triuno*, según el cual el cerebro está conformado por tres capas generadas a través de la evolución: la instintiva, cuya función es mantener la homeostasis y luchar o huir ante el peligro; la emocional, ubicada en el hipotálamo; y la racional-lógica, ubicada en el neocórtex (a la manera de las tres almas de Platón, o lo que en Freud eran términos metapsicológicos, de carácter teórico, que solo intentaban conceptualizar procesos investigados en la clínica). En esta propuesta, el cerebro humano se compone de tres sistemas neurales interconectados, con sus funciones propias y específicas pero a la vez vinculados; de ahí su integridad entre pensar, sentir y actuar. Se trataría de módulos neuronales o capas que interactúan a partir de la herencia genética y la memoria. Los grupos poblacionales y los individuos serían más o menos avanzados, en esta perspectiva, según el predominio de cada una de estas zonas y funciones del cerebro, al tiempo que la medicalización y las terapias y prevenciones de técnicas cognitivas, desplegadas desde edades tempranas, podrían hasta cierto punto influir sobre ellas a fin de que la zona lógica gobierne a las otras y logre un control “inteligente” de las emociones (Bidoglio, 2018; Sonría, 2018).

Por ende, como la herencia neurológica puede ser presuntamente inhibida o impulsada a partir del intercambio con el medio, desde el proceso de gestación, parto e infancia, los niños y las niñas (también las adolescencias) (*The*

Lancet, 2017) se tornaron objeto fundamental de la estrategia neurocientífica en su programa fuerte. En esa clave emergió en los años ochenta la neuroeducación, centrada en la complejización de la teoría del cerebro triuno en la del cerebro total planteada por Ned Hermann en 1976, de amplia influencia en el campo de la psicopedagogía (*Neuro-pedagogía*, 2012; 12 *Manage*, s./f.).

Complementariamente, también entre las décadas de 1950 y 1960 había surgido la psicología cognitiva, que intenta sortear el concepto de “caja negra” del conductismo y conocer cómo los seres humanos incorporan y elaboran información, y cómo lo ya aprendido influye en sus conductas. Su metáfora es el funcionamiento de las máquinas que ponen énfasis, tal como sostenía Hayek, en el procesamiento de la información que genera mapas cerebrales que actúan al momento del ingreso de nueva información como constructores de hipótesis sobre esta (Hayek, 1952). A partir de esto las investigaciones sobre la memoria apuntan a generar tácticas-técnicas para gestar mapas conductuales y modelos político-empresariales destinados a tratar de influir sobre las decisiones de los sujetos, en particular en situaciones de incertidumbre –un insumo fundamental para el *marketing* político o empresarial (Tetaz, 2014; Thaler, 2017)–,⁴ y para ello conducen a modificar los objetivos de la educación formal e informal en los docentes y en las actitudes de figuras parentales.

Todas estas líneas de investigación tienden a conocer cómo los individuos (por ejemplo, en el caso de la psiconeuroeducación) o algunos segmentos de población procesan información y hacen uso de ella en sus acciones; esto al tiempo que en las diversas formas de la clínica y la educación se intenta que los sujetos modulen sus reacciones en función del cálculo razonado de los efectos que sus conductas pueden tener sobre sí y sobre otros en el corto, mediano

⁴ Al respecto, resulta interesante internarse en el sitio Neurensics: <<https://goo.gl/Raurx7>>, y especialmente en la sección “Neurensics Latin America”: <<https://goo.gl/bTYjUr>>.

y largo plazo. En relación con ello se intenta generar valores ligados al éxito, posibilitar el trabajo cooperativo y la función de liderazgo, siempre en términos de una conducta adaptativa, con miras a la utilidad futura y a la transferencia de las propias habilidades. El centramiento está en la formación de valores y la construcción de habilidades y actitudes más que en la generación de conocimientos (en este sentido en el ámbito educativo se tiende a la abolición del estudio de la historia y a desvalorizar el valor de la creatividad individual y colectiva en la lectura y escritura de lo que en un sentido amplio llamamos “poesía”: un modo de creación que estimula el eros, la fantasía, el reconocimiento de situaciones complejas, la asunción de los propios dolores y amores, aun sin que ello redunde en ningún modo de ganancia o éxito); en esa perspectiva adquiere valor fundamental la denominada “inteligencia emocional”, desde la cual padres y docentes son moralizados en su culpabilidad por falta de “límites”, obviando que ellos mismos suelen ser atravesados por la contradicción trágica propia del neoliberalismo y que, más allá de la conciencia, los niños y las niñas se identifican con esas figuras.

La interpelación a padres y maestros se centra hoy en la necesidad de desarrollar, desde los primeros años de la vida, lo que documentos de dudosa base científica difundidos por organizaciones privadas, organismos internacionales y Estados, en cuadernillos impresos y por Internet, califican como “inteligencia emocional”. Respecto de este término, que presume aludir a un proceso fundamental para la formación de niños y niñas, se recomienda el *coaching* como modo de “entrenamiento” que conduciría a una vida más libre y realizada. En los textos recomendados para docentes se sostiene que no alcanza con un cociente alto, sino que es menester ser “empáticos” y “asertivos”; la denominada “inteligencia emocional” es la clave para ser felices, para ser personas de éxito.

Los programas de entrenamiento de la inteligencia emocional implican, en primer lugar, tácticas-técnicas tendientes a desarrollar la *inteligencia intrapersonal*, la cual se despliega en: 1) comprensión y autoconocimiento de las propias emociones, y 2) autocontrol: autogestión de las propias emociones y automotivación para enfrentar con éxito situaciones adversas. En segundo lugar, implican entrenar a los sujetos desde la infancia para que logren *inteligencia interpersonal*, la cual se abre en 1) reconocer, y 2) gestionar las emociones de los demás. Sin ello, se afirma, no hay éxito.

En esa clave, los textos, presentados a la manera de sencillos manuales, con dibujos ingenuos o saludos alegres que desde las páginas de Internet nos dicen “Bienvenidos”, en medio de luces y brillos que prometen una banal felicidad, atraen el movimiento ocular (no podemos aquí referirnos, por razones de espacio, a los estudios sobre el movimiento de los ojos y cómo ellos son indagados en nuestros paseos por Internet en relación con intereses de *marketing* comercial y político), o con ilustraciones a menudo infantiles; textos que sostienen que la *paz* depende del *propio viaje interior*; el victimismo y la negatividad son caracterizadas como “emociones tóxicas”. Por condicionamiento mental, se afirma, nos sentimos víctimas o somos negativos y eso nos hace perder poder. La interpelación es a enfocarnos más en nuestro interior y saber que tenemos un poder ilimitado.⁵ Este entramado configura una interpelación que obtura las razones sociales y políticas que gestan en adultos, adolescentes e infantes actitudes ligadas al consumo, la evasión o la “falta de límites”, al tiempo que culpabilizan moralmente a la población. Un círculo vicioso difícil de romper.

⁵ Ver <www.webdelmaestro.com>.

A modo de conclusión provisoria

Los efectos de tales recomendaciones, que eluden el conocimiento de la historia de un sujeto y su relación con el mundo, así como la construcción de relaciones humanas que asuman la carencia, el amor, la finitud y la historia, están aún por analizarse. Por el momento solo podemos vaticinar la profundización de un narcisismo que no conduce a la felicidad sino a la soledad y al enfrentamiento con el otro, paradójales formas de la finitud de la que se pretende eludir. Sujetos cuyos *yoes* se erigen en imaginarios castillos que deniegan sus raíces en el dolor, el amor, la historia, la carencia. Sujetos *domesticados a fuerza de pretenderse libres en medio de una contradicción trágica entre ser feliz y estar amenazado de muerte*, contradicción en la que el pretendido *autocontrol* de las esperables emociones de alegría, bronca, bullicio, rebeldía, amistad, enojo o arrepentimiento (todos aspectos propios de cualquier niño o niña que además de desplegar sus tareas, juega a la pelota, trepa a los árboles o corre por los patios) puede generar síntomas graves, pues esas manifestaciones, al ser controladas y por ende *inhibidas* a partir del cálculo egoísta acerca de cómo gerenciarse a sí mismo y a los otros, solo pueden tener como corolario lo que mostró Freud. Se trata de formas de inhibición centradas en presuntos síntomas, que olvidan las profundas raíces inconscientes del síntoma y la angustia (Freud, 1992). Frente a ello, el círculo vicioso se retroalimenta.

La medicamentación y las nuevas técnicas-tácticas cognitivas que solo hacen eje en el síntoma e intentan silenciar o domeñar el deseo son los remedios que construyen trayectorias de vida cada vez más devastadas, bajo el disfraz de la completud.

Frente a ello, el amor, la comprensión, la asunción de la finitud, el dolor y el límite, así como la solidaridad colectiva, afortunadamente persisten en buena parte de la población

que sabe y siente que el inefable amor es un proceso complejo, que se construye también en el bullicio del juego, el trabajo y la lucha.

Bibliografía

- Bachelard, G. (1999). *La formación del espíritu científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*. México: Siglo XXI.
- Bianchi, E. (2016). “Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a)normalidad?”, *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), 417-430.
- Bidoglio R. (2018). “Neurobiología y neurociencias desde un enfoque grafológico”, *Asociación Educar para el Desarrollo Humano*. Disponible en <https://goo.gl/6JT4Pa> [consulta: enero de 2018].
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico* (tesis doctoral de 1943). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Denord, F. (2002). “Le prophète, le pèlerin et le missionnaire. La Circulation internationale du néo-libéralisme et ses acteurs”, *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 145, diciembre, 9-20.
- Donzelot, J. (1990). *La policía de las familias*. Valencia: Pretextos.
- Donzelot, J. (2007) [1994]. *La invención de lo social. Ensayo sobre el ocaso de las pasiones políticas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ehrenberg, A. (2004). “Le sujet cérébral”, *Esprit. Las guerres du sujet*, noviembre, 133-155.
- Escera, C. (2004). “Aproximación histórica y conceptual a la neurociencia cognitiva”, en *Cognitiva*, 16(2). Disponible en <https://goo.gl/zTy77D> [consulta: septiembre de 2017].

- Faraone, S.; Barcala, A.; Bianchi, E. y Torricelli, F. (2009). "La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia". Disponible en <https://goo.gl/GVyJjt> [consulta: diciembre de 2017].
- Foucault, M. (2005). *Seguridad, territorio y población. Curso del Collège de France (1977-1978)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (2007). *El nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1895). "Proyecto de una psicología para neurólogos". Biblioteca Virtual Universal. Disponible en <https://goo.gl/nGgoMS> [consulta: febrero de 2013].
- Freud, S. (1976). *Pulsiones y destinos de pulsión*, en *Obras completas*, t. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1979). *Psicología de las masas y análisis del yo*, en *Obras completas*, t. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). *Inhibición síntoma y angustia*, en *Obras Completas*, t. XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Glasser, M.F., et al. (2016). "A multi-modal parcellation of human cerebral cortex", *Nature*, 536, agosto, 171-178.
- Hagner, M. (2010). "Cómo funciona la mente: la representación visual de los procesos cerebrales", *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, CLXXXVI, 743, mayo-junio, 435-447.
- Hayek, F. (1952). *The sensory order. An Inquiry into the Foundations of Theoretical Psychology*. Chicago: University of Chicago.
- Hayek, F. (1981). "La Teoría de los Fenómenos Complejos", *Revista Estudios Públicos*, 2, 100-127.
- Iriart, C (2016). "Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención". Disponible en <https://goo.gl/upzrtw> [consulta: enero de 2018].

- Iriart, C. e Iglesias Ríos, L. (2012). “Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad”. Disponible en <https://goo.gl/mKNdHD> [consulta: enero de 2018].
- Kandel E. (1999). “Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited”, *The American Journal of Psychiatry*, 156, abril, 505-524.
- Klein, N. (2007). *La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desastre*. Barcelona: Paidós.
- Kuhn, T. (1992). “Un lugar para la historia”, en *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Menger, C. (1977). *Principios de Economía Política* (prefacio de Friedrich Hayek). Disponible en <https://goo.gl/xXgrkY> [consulta: agosto de 2010].
- Molina Serra, A. (2017). “Esterilizaciones (forzadas) en Perú: Poder y configuraciones narrativas”, *Revista de Antropología Iberoamericana*, 12, enero-abril, 31-52. Disponible en <https://goo.gl/sNTois> [consulta: diciembre de 2017].
- Monedero, J. (2012). “El programa de máximos del neoliberalismo: el informe a la trilateral de 1975”, *Sociología Histórica. Revista de la Universidad de Murcia*, 1. Disponible en <https://goo.gl/Vw1i36> [consulta: julio de 2016].
- Murillo, S. (2008). *Colonizar el dolor. La interpelación ideológica del Banco Mundial en América Latina. El caso argentino desde Blumberg a Cromañón*. Buenos Aires: CLAC-SO Libros.
- Murillo, S. (2011). “Estado, sociedad civil y gubernamentalidad neoliberal”, *Revista Entramados y perspectivas*, 1, 1, junio, 91-108.
- Murillo, S. (2012a). *Posmodernidad y neoliberalismo. Reflexiones críticas desde los proyectos emancipatorios de América Latina* (colab. Seoane, J.). Buenos Aires: Luxemburg.
- Murillo, S. (2012b). *La ciencia aplicada a políticas sanitarias en Argentina y su relación con la escuela de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (1869-1905)*. Tesis, Magíster

- en Gestión y Política de la Ciencia y la Tecnología, Centro de Estudios Avanzados, Universidad de Buenos Aires, 2001. Disponible en <https://goo.gl/t4Gdsd> [consulta: enero de 2018].
- Murillo, S. (coord.) (2015a). *Neoliberalismo y gobierno de la vida. Diagrama global y sus configuraciones en Argentina y América Latina*. Buenos Aires: Biblos.
- Murillo, S. (2015b). “Administrar la vida, administrar la muerte. Nuevas y viejas estrategias de gobierno de la medicina”, en Faraone, S. et al. (comp.). *Determinantes de la salud mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. Buenos Aires: UBA Sociales.
- Murillo, S. (2017). “Transformaciones en la Política científica y el desarrollo tecnológico”, *Cuadernos de Economía Crítica, la revista académica de la Sociedad de Economía Crítica de Argentina y Uruguay*, 3, 6, junio, 181-190.
- National Institute of Mental Health (s./f.). “Criterios de dominios de investigación”. Disponible en <https://goo.gl/Ws87ki> [consulta: junio de 2013].
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Tetaz, M. (2014). *Psychoeconomics. La economía está en tu mente*. Buenos Aires: Ediciones B.
- Thaler, R. (2017). *Portarse mal. El comportamiento irracional en la vida económica*. Buenos Aires: Paidós.

Otras fuentes

- 12 *Manage* (s./f.). “Modelo del cerebro completo (Hermann)”. Disponible en <https://goo.gl/g8rUZp> [consulta: diciembre de 2017].

- El País* (2018). “Perplejidad en Reino Unido por la propuesta de un ‘torie’ de esterilizar a los desempleados”, 19 de enero. Disponible en <https://goo.gl/ZstA6q> [consulta: enero de 2018].
- Neuropedagogía* (2012). *Educar con todo el cerebro*. Disponible en <https://goo.gl/cHvvey> [consulta: septiembre de 2016].
- Quo* (2016). “Un nuevo mapa del cerebro identifica casi 100 áreas desconocidas”. Disponible en <https://goo.gl/6iU9W2> [consulta: enero de 2018].
- Sonría* (2018). “El cerebro y las inteligencias”. *Fundación para el desarrollo del potencial*. Disponible en <https://goo.gl/Zz5vTR> [consulta: febrero de 2018].
- Tendencias 21* (s./f.a). “Observan por primera vez cómo se forma un pensamiento en el cerebro”. Disponible en <https://goo.gl/T24mqZ> [consulta: enero de 2018].
- Tendencias 21* (s./f.b). “El cerebro decide lo que es real o imaginario”. Disponible en <https://goo.gl/USDLFS> [consulta: enero de 2018].
- Unocero* (2015). “Este es el mapa más detallado que existe del cerebro humano”, 19 de octubre. Disponible en <https://goo.gl/BKBeZV> [consulta: enero de 2018].
- The Lancet* (2017). “The next phase for adolescent health: from talk to action”, 390, 10106, octubre, 1927-2014.

Diagnósticos y fármacos en las infancias

*Una perspectiva analítica
desde las ciencias sociales*

EUGENIA BIANCHI Y SILVIA FARAONE

Introducción

En este capítulo ofrecemos un panorama en clave analítico-crítica de dos perspectivas que se han consolidado con el cambio de siglo, y que están íntimamente vinculadas a la medicalización de la sociedad. Por una parte, la *sociología del diagnóstico*, y por otra, la *farmacologización de la sociedad*.¹

La sociología del diagnóstico surge como una intersección analítica con peso propio que se nutre, entre otras, de la sociología médica, la medicalización, la historia de la medicina y la teoría de la enfermedad, y se enfoca tanto en las raíces histórico-sociales del diagnóstico como en sus efectos performativos (Jutel, 2015; Rose y Abi-Rasched, 2013). Como marca Jutel (2009), en consonancia con Canquilha (1978), en el sentido amplio el diagnóstico puede considerarse una expresión cultural de aquello que la sociedad acepta como normal, y lo que considera que debe ser tratado médicamente. La sociología del diagnóstico toma

¹ En este capítulo retomamos parcialmente y profundizamos algunas líneas de trabajo vertidas en el artículo “Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad”, elaborado por Eugenia Bianchi para la revista *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Uruguay).

estos postulados y aborda al diagnóstico en la línea de lo que podemos denominar, siguiendo a uno de los padres fundadores de la sociología, como un “hecho social” (Durkheim, 1982: 46).

Por su parte, la farmacologización constituye un afinamiento de los estudios de la medicalización y biomedicalización (Bell y Figert, 2015), que se erige como perspectiva en virtud de la creciente relevancia de las industrias farmacéuticas transnacionales y las innovaciones en genética acontecidas desde la década de 1980 en adelante (Greene y Sismondo, 2015). Dado este escenario, las investigaciones desde la antropología, la sociología, la historia y los estudios sociales de la ciencia revisaron la capacidad del concepto de medicalización para explicar las complejas y contradictorias interacciones globales que se producen entre la medicina, la industria farmacéutica y el campo de la ciencia y la tecnología. En función de estas reflexiones, emergió el concepto de *farmacologización*, definido como la traducción de condiciones humanas, capacidades y potenciales en oportunidades para la realización de intervenciones farmacológicas (Abraham, 2010).

Para profundizar en estas dos perspectivas realizamos un análisis teórico-conceptual, a través de métodos analítico-interpretativos de bibliografía específica. El objetivo es subrayar en particular la relación de la sociología del diagnóstico y la farmacologización con un plexo de corrientes que incluyen la medicalización de la sociedad, la biomedicalización y las políticas de la vida. En este sentido, y en modo análogo a otros capítulos de este volumen, creemos que es valioso acentuar las contribuciones que estas corrientes y perspectivas habilitan para el análisis de los fenómenos relacionados con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en las infancias. Por ello planteamos la relevancia de diversos estudios latinoamericanos ya publicados, cuyos resultados aportan para diálogos y discusiones con otras producciones de este campo en construcción.

Diagnósticos, fármacos y ciencias sociales: las infancias como problema

La sociología del diagnóstico y la farmacologización se inscriben en un conjunto más amplio de corrientes teórico-metodológicas en ciencias sociales, que abordan múltiples objetos de estudio pero que comparten un análisis en el que las infancias aparecen como problema destacado.

Trabajos de diferentes disciplinas y perspectivas, entre ellas la antropología médica crítica, la sociología de la salud, la filosofía, los estudios sociales de la ciencia y la historia de la medicina, conformaron un robusto conjunto de publicaciones que cimentó algunas claves para comprender la relación histórica y actual entre medicina, normalidad, salud mental y gobierno. La infancia cumplió un rol fundamental en la consolidación de estos vínculos, dadas las estrategias de gobierno que desde mediados del siglo XVIII la tienen como segmento poblacional dilecto (Rose, 1999; Donzelot, 1998; Foucault, 2001, 2005; Nadesan, 2010). La correlación entre la conformación de los estados capitalistas y la implementación de estrategias de gobierno con foco en la infancia obedece a varios motivos. Entre otros, a la capacidad de la infancia de amplificar los efectos del gobierno que sobre ella se implementa en otros segmentos, principalmente, la familia y la escuela. La necesidad de gobernar las infancias también contribuyó al surgimiento de saberes de la salud y salud mental (medicina, pediatría, psicología, psiquiatría, neurología) en sus formas modernas, y propició su articulación con otros saberes en pos de la normalización infantil (pedagogía, criminología, derecho). El gobierno de las infancias, además, hace serie con otros colectivos “no productivos” y objeto de normalización: vagabundos, mendigos, enfermos, ancianos, mujeres, peligrosos, transgresores o criminales, y locos (Varela y Álvarez-Uría, 1991).

A pesar de las múltiples estrategias desplegadas, los problemas que el gobierno de las infancias intentó resolver permanecen insalvados hasta la actualidad, algo especial-

mente notorio en los campos de la salud y la salud mental. De allí que para abordar las problemáticas concernientes a la salud mental infantil cobren relevancia las dos corrientes emergentes antedichas: la sociología del diagnóstico y la farmacologización.

Como señalamos, ambas surgieron de los estudios de la medicalización, pero en virtud de las transformaciones suscitadas en los últimos diez años reclaman un estatuto distintivo. Sin embargo, para aproximarse a una caracterización y análisis de estas dos perspectivas, es necesario previamente efectuar un contrapunto entre tres campos en los que estas se gestaron: *medicalización*, *biomedicalización* y *políticas de la vida*.

Medicalización, biomedicalización y biopolítica: las bases

Aproximarse hoy en día a la medicalización supone referirse a una corriente crítica dentro de los estudios sociales que suma más de siete décadas y un cuantioso *corpus* de publicaciones (Clarke y Shim, 2011; Conrad, 2015). Distintos autores discrepan entre considerarla un área de estudios (Conrad, 2013) o una teoría (Clarke *et al.*, 2010). Sin embargo, el análisis de los fenómenos que abarca mantiene incontestable vigencia, verificada en la amplificación y diversificación del espectro de enfoques que exceden la sociología médica e incluyen otras disciplinas como historia, antropología, salud pública, economía y bioética (Conrad, 2013), y estudios sobre ciencia y tecnología, género, estratificación social y gubernamentalidad (Clarke *et al.*, 2010), todos abocados al análisis de los fenómenos que se “convierten en médicos” (Conrad, 2007: 5), y que por ello ameritan la definición, descripción, comprensión y/o tratamiento de un problema en tales términos.

En el siglo XXI la medicalización sufrió transformaciones capitales. Incorporó a su matriz analítica el estudio de modos de saber y verdad asociados al conocimiento científico-tecnológico, dando cuenta de las transformaciones en la biomedicina, el cuidado médico y la psiquiatría biológica. También incluyó las nociones de gubernamentalidad (Foucault, 2006) y biosociabilidades (Rabinow, 1996), lo que condujo al surgimiento de una nueva corriente, denominada *biomedicalización*, que reconoce la incidencia creciente de consumidores, compañías farmacéuticas y aseguradoras de salud, y la merma en la relevancia de médicos e instituciones médicas (Conrad, 2013; Iriart e Iglesias Ríos, 2013). En la biomedicalización convergen teorizaciones acerca del biopoder y de la biopolítica, la bioeconomía y el biocapital, y las políticas de la vida misma (Clarke *et al.*, 2010). También hace foco en la salud, el riesgo y la vigilancia, tres categorías que contemplaban los estudios de la medicalización, pero que no estaban integrados en términos de tecnociencia. La biomedicalización toma en cuenta además los efectos del proceso en lo referido a la producción de nuevas subjetividades y temáticas médicas, donde se imbrican cuerpos y discursos tecnocientíficos y biomédicos (Mamo y Fosket, 2009).

Este salto analítico logrado con la biomedicalización obedece en parte a la incorporación de las perspectivas de la gubernamentalidad y la biopolítica (Clarke *et al.*, 2003). El concepto de biopolítica aporta a una miríada de líneas de análisis e investigación que incluyen múltiples objetos de estudio empíricos y reflexiones teóricas (Bianchi, 2014a). Si bien existen por lo menos cuatro conceptualizaciones diferentes de la biopolítica en Foucault (Castro, 2008), a los fines de este capítulo interesa la que plantea las dos dimensiones del cuerpo: el cuerpo-máquina y el cuerpo-especie (Foucault, 2002). Rabinow y Rose (2006) rescatan que el poder sobre la vida en este diagrama bipolar desarrollado por Foucault tiene en la disciplina el polo anatomopolítico del cuerpo humano (que busca maximizar fuerzas e

integrarlas en sistemas eficientes), y en la regulación el polo biopolítico de la población (que aspira a controles regulatorios enfocados en el cuerpo como especie). Estas dos dimensiones se articulan en la sociedad de normalización, como blanco de técnicas disciplinarias e individuales, y de regulación poblacional, respectivamente.

La gubernamentalidad, por su parte, remite a actividades orientadas a moldear, guiar, conducir o afectar las conductas de las personas, y emerge de la articulación de las tecnologías de dominación de los otros, y las tecnologías del *yo*, referidas a uno mismo (Foucault, 1990).

La integración de las nociones de biopolítica y gubernamentalidad (Foucault, 2002, 2007; Rose, 2012; Rabinow y Rose, 2006; Burchell, Gordon y Miller, 1991) a los estudios de la biomedicalización contribuye a una comprensión más profunda de las problemáticas, en tanto ambas nociones conforman un dispositivo (Foucault, 1991a) que desde mediados del siglo XVIII opera sobre la población como persistente objeto de saber y blanco de poder, y tiene en la infancia lo que Rose definió como “el sector más intensamente gobernado de la vida social” (Rose, 1999: 123).

A diferencia de la medicalización, orientada a la enfermedad, la biomedicalización no restringe su accionar a procesos mórbidos, sino que apunta a la salud misma (Clarke *et al.*, 2010). Además, y en virtud de la denominada “reimaginación” de la biomedicalización (Bell y Figert, 2015), se reorientaron los análisis para abarcar nuevos procesos y fenómenos. Entre ellos se destacan la industria farmacéutica transnacional, la penetración mundial de las categorías y abordajes de la medicina occidental (especialmente estadounidense) e Internet (Conrad, 2015; Conrad y Bergey, 2014). Estos estudios reconocen la relevancia de atender a casos nacionales para comprender la migración de los diagnósticos fuera del mundo anglosajón, y para documentar las especificidades de estos procesos en otras regiones, a la luz de la denominada *globalización de la medicalización* (Conrad y Bergey, 2014).

La medicalización también se complejizó de la mano de otros afinamientos conceptuales. Además de las antedichas biomedicalización (Clarke *et al.*, 2003, 2010; Bell y Figert, 2015), farmacologización (Nichter, 1996; Williams *et al.*, 2008; Abraham, 2010) y sociología del diagnóstico (Jutel, 2009, 2011a, 2011b), se cuentan otras nociones como *genetización* (Lippman, 1991; Lock, 2012), *medicalización del riesgo* (Conrad, 2007; Aronowitz, 2009; Clarke *et al.*, 2010) y *saludismo* (Crawford, 1980; Conrad, 1992, 2013).

Como consecuencia de estas ramificaciones, desprendimientos y profundizaciones analíticas críticas, la medicalización pasó de ser una corriente periférica en la sociología médica en la década de 1970, a constituirse en el siglo XXI en un área pujante del pensamiento social (Conrad, 2013) y con articulaciones en diversos puntos del globo. Este viraje hacia la biomedicalización se acompañó de una reconfiguración del proceso mismo, distinguido por ser crecientemente complejo, multisituado y multidireccional, ambiguo y en disputa (Ballard y Elston, 2005), en el que la asociación directa y omniabarcativa al predominio médico resulta analíticamente insuficiente (Lupton, 1997), y que se caracteriza por la emergencia de prácticas sociales en el marco de una biomedicina cada vez más tecnocientífica (Clarke *et al.*, 2010). Precisamente, de la conjunción y tensiones entre estas perspectivas emergieron los estudios sobre la farmacologización y el diagnóstico que interesa trabajar en este capítulo.

Algunos aportes de la sociología del diagnóstico

Se reconocen diferentes corrientes que tomaron el diagnóstico (tanto el biomédico como el psiquiátrico) como objeto de interés (Bianchi, 2016). La sociología y antropología médicas, los estudios críticos de la medicalización, la teoría e historia de la enfermedad ofrecieron análisis sobre este

tópico, junto con la sociología de la ciencia y del conocimiento, y los estudios sociales de la ciencia. También hay que considerar que en el siglo XIX el diagnóstico se reconfiguró al incrementarse sus aspectos técnico-burocráticos y que, desde el último tercio del siglo XIX, de la mano de la incorporación a las nosologías de aspectos como las emociones, la idiosincrasia y las conductas disruptivas (Rosemberg, 2002, 2005) las categorías diagnósticas iniciaron una expansión. En el siglo XX el proceso diagnóstico adquirió nuevos rasgos, con el registro de imágenes cerebrales y la articulación entre neurociencias, genética y biología molecular, y los avances en intervenciones neuroquímicas y quirúrgicas (Vidal, 2009; Rose y Abi-Rasched, 2013).

En los estudios del diagnóstico desde las ciencias sociales se destacan dos líneas. Por un lado, en Estados Unidos, Conrad y colaboradores lo trabajan desde su enfoque en los procesos de medicalización, subrayando la incidencia del mismo en la vida cotidiana de los actores sociales involucrados (Conrad, 2007, 2013). Por otro lado, en Inglaterra, Rose y colegas lo analizan en relación con diferentes aristas y efectos de las políticas de la vida misma (Rose, 2012; Rose y Abi-Rasched, 2013). A pesar de algunas diferencias de calibre en sus enfoques, ambos abordan tópicos como la expansión de los diagnósticos en el siglo XXI (Conrad y Potter, 2003; Rose, 2006, 2012) y la gravitación de diferentes actores sociales, entre los que se cuentan científicos, médicos, industriales, políticos, empresarios, asociaciones de pacientes y familiares, Internet, los Estados en sus diferentes jurisdicciones, entre otros. También ambos estudian la emergencia de categorías diagnósticas, y el papel de estos actores en las tensiones y convergencias de los entramados de poder y saber en los que se inscriben (Conrad, 2005, 2007; Conrad y Leiter, 2004; Rose, 2012; Rose y Abi-Rasched, 2013).

Sin embargo, es Jutel, desde Nueva Zelanda, quien argumentó la relevancia de posicionar a la sociología del diagnóstico como una subdisciplina por derecho propio en

la que confluyen objetos de estudio, tradiciones de análisis, conceptos, métodos y problemáticas empíricas que ameritan un abordaje específico (Jutel, 2009; 2015). Esta autora concibe el diagnóstico como la herramienta clasificatoria de la medicina que guía la atención médica. Organiza el cuadro clínico, identifica las opciones terapéuticas, en ocasiones se propone predecir resultados futuros, y ofrece un marco explicativo. El diagnóstico también determina la intervención, y proporciona un marco para la formación profesional de los médicos, su distinción respecto de los legos, de otras profesiones y entre sí. De modo que al definir quién es responsable de cada cuestión también estructura relaciones dentro de la profesión (Jutel, 2011a).

El diagnóstico permite reflexionar acerca de la enfermedad, la salud, el sufrimiento, y diferentes aristas que modelan conocimientos y prácticas. Y como proyecto de clasificación, entre otros tópicos, el diagnóstico congrega y sirve a diferentes ideologías, contribuye a establecer nuevas modalidades de normalización y forma subjetividades (Jutel, 2011b).

El diagnóstico es nodal para la medicina y los modos en que configura el orden social (Jutel, 2009, 2011b). En continuidad con esta reflexión, Rose y Abi-Rasched (2013) sostienen que el diagnóstico no plantea solamente el desafío de establecer la etiología de un entramado sintomático, sino que cumple múltiples funciones: tiene efectos en las estadísticas y archivos de instituciones oficiales y de tipo clínico; en la inclusión de un paciente a investigaciones, con protocolos de muestras y estudios; en la elección o posibilidades de tratamientos e intervenciones; en las estimaciones y predicciones para cuidados futuros; en las posibilidades de obtener trabajos, seguros o pensiones; en la planificación de políticas públicas de salud y epidemiológicas; en la distribución, asignación o recorte de recursos; y en el diseño y aplicación de estrategias de *marketing* farmacéutico, entre otras. Todas estas dimensiones tienen reglas, lógicas, dinámicas y efectos que no son convergentes ni concordantes, lo que

convierte al diagnóstico en lo que podríamos denominar una arena de conflictos entre actores, discursos, dispositivos, saberes, prácticas y tecnologías a los que el mismo diagnóstico intersecta.

Además, y como resultado de las transformaciones en la biomedicina, en salud mental se otorga relevancia diagnóstica a cuestiones que no son clínicas ni psiquiátricas sino sociales y cotidianas, como el historial escolar, el desenvolvimiento social, las características de la vida afectiva y familiar, la capacidad de administrar el dinero y las conductas pasadas (Rose, 1996).

Dentro de los estudios sociales sobre el diagnóstico, el aporte de Foucault resulta insoslayable (Bianchi, 2016). El pensador francés situó su análisis en el marco del denominado régimen de veridicción, definido como el conjunto de reglas con las que se establecen los criterios de verdad de un discurso, que son aquellos que permiten decidir si un enunciado es verdadero o falso (Foucault, 1991b, 2007, 2009). Foucault analizó el diagnóstico psiquiátrico y su relación con el poder, la verdad y las subjetividades. Para ello trabajó los vínculos de saberes, dispositivos e instituciones psiquiátricas con los sistemas de poder (Foucault, 2005). También estudió el diagnóstico médico-clínico, con la mirada médica, la esencia patológica y la descripción exhaustiva como pilares articulados (Foucault, 2003).

Un aspecto destacado de los análisis de Foucault sobre el diagnóstico consiste en la relación que establece entre los saberes de la biomedicina y la biopsiquiatría, y las estrategias de los Estados capitalistas para gestionar individuos y poblaciones (Foucault, 1996). Estas estrategias encuentran en el arte de gobierno liberal y en los procesos de medicalización, dos arietes fundamentales para un accionar efectivo.

Sin embargo, en este panorama es claro que una pieza ineludible para analizar los diagnósticos en salud mental la constituyen los manuales de clasificación (Faraone, 2013; Bianchi, 2016).

Clasificaciones y diagnósticos en salud mental

Si bien existen múltiples manuales y sistemas clasificatorios de los padecimientos mentales (Stagnaro, 2006), en la actualidad los de alcance global son la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (*International Classification of Diseases, CIE*) y el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*). La CIE es una clasificación de diagnósticos en salud pública editada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que desde su sexta edición cuenta con un apartado para problemáticas de salud mental (Faraone, 2013). El DSM es elaborado desde 1952 por una asociación privada de psiquiatras estadounidenses, la American Psychiatric Association. Con la publicación en 1980 de la versión III, tuvo una modificación epistemológica y tecnológica gracias a la cual inició un proceso de penetración mundial en la práctica clínica psiquiátrica. Esta modificación significó la reconceptualización de la noción de *trastorno mental* y la inclusión de ciertos rasgos en el concepto que se consolidaron en versiones subsiguientes, entre ellas: flexibilidad, dinamismo, estandarización, a-teoricidad, prescindencia de explicaciones etiológicas, y sustento en la observación de sintomatología conductual (Bianchi, 2014c).

Según la última encuesta mundial, realizada en 2011 por la Asociación Psiquiátrica Mundial (World Psychiatric Association, WPA) y la OMS, el DSM no es el manual de diagnóstico de trastornos mentales más utilizado en el mundo. El 70,1% de los psiquiatras encuestados dijo emplear la décima versión de la CIE. Sin embargo, entre quienes no emplean la CIE, la mayoría refirió utilizar el DSM (Reed *et al.*, 2011). De todos modos, la relevancia global del DSM no debe ser minimizada. En su análisis de la medicalización como fenómeno globalizado, Conrad y

Bergey (2014) subrayan la expansión de la psiquiatría estadounidense, y marcan como corolario el uso cada vez más extendido del *DSM*, en oposición a los criterios del *CIE*.

El *DSM* tiene un frondoso historial de controversias y disputas en relación con el diagnóstico en salud mental (Bianchi, 2014b). El arco desde su giro de la psicología de inspiración psicoanalítica que caracterizó a las dos primeras versiones, hacia la psiquiatría biológica y el empirismo baconiano de la versión III, en 1980 (Bianchi, 2013), pasando por la diseminación global de la versión IV, de 1994, hasta la nueva definición de trastorno mental presente en la publicación de la versión 5, en 2013, opera como sostén sobre el que orbitan las discusiones en torno al manual desde distintos saberes de la salud mental (Bianchi, 2016).

El aspecto dilemático del diagnóstico en salud mental queda expuesto en los criterios del *DSM-5*, cuya publicación en mayo de 2013 reactivó controversias de más larga data, a la luz de la incorporación en el manual tanto de nuevas nomenclaturas como de nuevos criterios diagnósticos. En este caso, los diagnósticos que se venían definiendo como infantiles ofrecen algunas claves de aproximación sugerentes. Tal es el caso de la adopción de un modelo dimensional orientado a la tipificación por espectros, que conlleva una ampliación de diagnósticos. Esta ampliación diagnóstica fue analizada en el caso del TDAH dada su más reciente extensión como diagnóstico en adultos, lo que constituye una modificación respecto de tipificaciones anteriores que lo caracterizaban como diagnóstico preeminentemente infantil. Conrad y Potter (2003) analizaron esta ampliación y consideran que las categorías diagnósticas que son absorbidas por los procesos de medicalización, una vez establecidas, pueden expandirse y tornarse más inclusivas.

La farmacologización de la sociedad, un fenómeno en curso

La farmacologización surge como afinamiento dentro de los estudios de la medicalización y biomedicalización. Fue acuñada desde la antropología en la década de 1990 y desarrollada desde la sociología en la década siguiente (Bell y Figert, 2015). Se define como la traducción de condiciones humanas, capacidades y potenciales en oportunidades para la realización de intervenciones farmacológicas terapéuticas o de mejoramiento, sea por parte de los médicos, de los pacientes o de ambos (Abraham, 2010). El incremento en la venta de fármacos desde los ochenta del siglo XX reforzó el interés académico por las implicancias políticas y económicas de la industria farmacéutica (Bell y Figert, 2015). Igual que la medicalización y otras nociones críticas –que en la academia tienen cierta neutralidad valorativa–, en el lenguaje cotidiano la farmacologización reviste una connotación peyorativa y, también como la medicalización, se trata de un proceso bidireccional (Conrad, 2013) que postula la posibilidad de una des-farmacologización, aunque los casos empíricos en los que esta tendencia se verifica son marginales respecto de la tendencia opuesta, hacia la farmacologización de la vida. Por último, la multidimensionalidad del concepto (Ballard y Elston, 2005) es un atributo compartido con la medicalización, habilitando la convergencia de diferentes perspectivas para su abordaje (Williams *et al.*, 2011).

La farmacologización privilegia respuestas farmacológicas para los problemas de la vida, y es un proceso que se solapa pero que excede el ámbito de lo médico o de lo medicalizable. El término permite distinguir algunas características que no están justipreciadas bajo la noción de medicalización, de modo que constituye una herramienta conceptual adicional y necesaria. La farmacologización es un proceso sociotécnico complejo, heterogéneo y dinámico, que involucra asimismo actores diversos: clínicos,

pacientes, consumidores y organismos de regulación que contribuyen a una construcción de largo término, pero todavía en curso, de la industria farmacéutica (Williams *et al.*, 2011).

Como marcan Greene y Sismondo “los fármacos se convirtieron en significantes sociales y culturales cuyos significados no están completamente controlados por quienes los prescriben, ni por los marcos legales y regulatorios que orientan el consumo farmacológico” (Greene y Sismondo, 2015: 7). Los autores siguen un razonamiento análogo al de Foucault (1991a), quien ubicó dos formas de ejercicio del control sobre el cuerpo: el control-represión y el control-estimulación. Recuperar esta última modalidad proporciona fundamento a un análisis que retome la dimensión positiva, formativa del poder ejercido en relación con los individuos insertos en los procesos de medicalización. En sociedades en las que el consumo no solo aparece naturalizado, sino que opera como estructurante del *yo*, resultan especialmente valorables los estudios que reconocen la ligazón del fármaco con la idea de *yo*, del mundo social, de la comunidad e incluso de la nación (Jenkins, 2011).

En la actualidad resulta indubitable la creciente preeminencia de la industria farmacéutica transnacional como actor de los procesos de medicalización, y como potencia mundial en la economía globalizada y algunas economías nacionales (Busfield, 2006). A la vez, los fármacos ocupan un lugar destacado entre las tecnologías biomédicas (Rose, 2012). Sin embargo, los estudios de la farmacologización abarcan también otras aristas, que enriquecen este campo de estudios.

El fármaco, ¿solo una herramienta?

La prescripción de fármacos conlleva a la vez una esperanza en relación con un futuro en el que se previene o alivia el sufrimiento, la morbilidad y la mortalidad (Rose, 2006), y los temores respecto de intervenciones impropias o excesivas sobre el cuerpo, con efectos adversos y controles despersonalizantes. Sin embargo, el fármaco excede esta primera aproximación polarizada porque su incidencia lo ubica como una herramienta de rastreo (*tracer tool*) que habilita la elaboración de complejos flujos de conocimiento, capital y personas (Greene y Sismondo, 2015), a los que podríamos agregar prácticas, socialidades, identidades, dispositivos, moralidades, normativas, tecnologías, clasificaciones, entre otras dimensiones.

Específicamente, el diagnóstico de TDAH puede abordarse como un analizador, es decir, como una situación o un problema que hace visible una lógica de construcción social que trasciende esa exclusiva situación o problema, ya que permite dar visibilidad y abordar las estrategias múltiples que se adecuan a este proceso, situación o problema (Faraone, 2008). En línea con estas conceptualizaciones, se puede considerar el concepto de *medicamentación* –acuñado como emergente de la investigación realizada en 2008– para designar una predisposición hacia la asistencia que, en el marco de la medicalización de la sociedad, se constituye como una acción terapéutica que reduce la operatoria al síntoma, y que se direcciona preferencialmente hacia un abordaje uniterapéutico y mediado por la utilización del fármaco. Así, la medicación o el tratamiento farmacológico se presentan como respuestas frecuentemente exclusivas (Faraone *et al.*, 2010), y el consumo de fármacos aparece como única o cuasi-única estrategia hacia las nuevas problemáticas en las infancias.

Fármacos, síntomas y diagnósticos

Otra línea en los estudios de la farmacologización explora el fármaco desde su doble carácter de *pharmakon* (veneno y cura) y su uso terapéutico legal, o no terapéutico y/o por fuera de la legislación. Hay toda una línea de análisis acerca de los usos recreativos y no terapéuticos de las drogas, entre ellas el metilfenidato, empleado en el tratamiento del TDAH (Barros y Ortega, 2011). Historiadores de la farmacología como Healy (2002) y Shorter (2009) destacan que los opiáceos, anfetaminas, barbitúricos y tranquilizantes fueron drogas lícitas antes de constituirse como fármacos elaborados por las industrias farmacéuticas. Estos mismos principios activos son, a la vez y en la actualidad, identificados como drogas de abuso. Esta especificidad del fármaco puede comprenderse en lo que Dumit (2012) analiza como una transformación en curso que, iniciada hace medio siglo, condujo a la instauración de un modelo de salud y enfermedad que considera a los individuos por debajo de un estado de salud, y por ello pueden ser tratados, por lo general, con fármacos. Este autor inscribió esta transformación en lo que caracterizó como un complejo compuesto por dos engranajes: la salud masiva y los tratamientos crónicos para reducción del riesgo. Este complejo se caracteriza por un modelo de salud basado en ensayos clínicos limitados, y la administración de un creciente número de fármacos.

En esta configuración, el establecimiento de la enfermedad se desliga de la presentación de síntomas, y eso habilita modalidades de reducción del riesgo en las que la enfermedad, la experiencia y el tratamiento se articulan y consolidan una lógica de acumulación de fármacos en la que “se convierte en natural e imperioso tratar el cuerpo con más y más drogas de por vida” (Dumit, 2015: 34). Estudios que abordan la hipertensión (Greene, 2015), la disfunción sexual femenina (Fishman, 2015) y el riesgo de cáncer de mama (Fosket, 2010) ilustran que la asintomaticidad no obsta para diagnosticar la presencia de la enfermedad.

El empleo de tratamiento farmacológico en condiciones asintomáticas o presintomáticas se torna especialmente sinuoso en el caso de la salud mental, donde los contornos entre salud y patología son opacos.² De hecho, se publicaron numerosos trabajos que dan cuenta, a través de diversos ejemplos empíricos y periodizaciones históricas, de la íntima y relevante relación entre las transformaciones en las tipificaciones diagnósticas en biopsiquiatría y las innovaciones farmacológicas que se incorporan como terapéutica de primera elección. Entre ellos se destacan el estudio de la historia de la psicofarmacología (Healy, 2002) y el de la historia de los trastornos del ánimo (Shorter, 2009). También los trabajos acerca de la transformación de la tristeza en trastorno depresivo (Horwitz y Wakefield, 2007) y del derrotero de la manía hasta su denominación como trastorno bipolar (Healy, 2008). A esta última nosología aporta el estudio de Martin (2007) sobre la manía y la depresión como parte de su investigación sobre la bipolaridad, y su análisis del papel de los fármacos en la configuración de lo que denomina “*pharmaceutical person*” (Martin, 2006).

Fármacos, globalización y mercancías

Otro vector de trabajos aborda al fármaco como una mercancía global. La mayoría de los textos académicos sobre farmacologización provienen de casos empíricos estadounidenses y europeos. Sin embargo, el campo fenoménico excede estos contornos geográficos. En esta línea, hay trabajos que postulan que el fármaco es un instrumento muy adecuado para el estudio de los flujos y conexiones transnacionales de mercancías y conocimientos. La escala global en la que el mercado de fármacos funciona no es nueva,

² Ver “Normativa, paradigmas y conceptos: avances, resistencias y tensiones”, en este volumen.

sin embargo hay consenso en ubicar la segunda mitad del siglo XX como un momento de cambio que derivó en un modelo globalizante explícito. En este modelo la investigación, producción y distribución de fármacos a través de una misma firma comercial pasó de abarcar una o dos decenas de países, a adquirir una escala transcontinental (Greene y Sismondo, 2015).

También en este aspecto de la farmacologización, la salud mental ofrece un campo relevante de estudios. Conrad y Bergey (2014) identificaron una serie de condiciones para la globalización de los diagnósticos medicalizados. Con el TDAH como ejemplo, documentaron que algunas firmas de investigación de mercado sugieren que el mercado global de fármacos para ese diagnóstico está contenido, porque todavía el trastorno no se conoce lo suficiente. Por ello, la industria farmacéutica identifica ciertos países como mercados potenciales para la expansión del diagnóstico y la consecuente venta de fármacos. Frente a un mercado sobresaturado como el estadounidense, los denominados *mercados emergentes*, como China, India y Brasil, pueden contribuir al crecimiento global de la industria farmacéutica en el corto plazo. De ello se desprende su necesidad de profundizar campañas de *marketing* y publicidad dirigidas a médicos y consumidores potenciales. Distintos autores resaltan la vinculación entre la formación de mercados de salud, la vigencia de una creciente lógica del consumo en relación con el acceso a la salud, y la preponderancia de la industria farmacéutica transnacional, con sus múltiples estrategias de *marketing* aplicadas a diferentes segmentos poblacionales, en función de diagnósticos psiquiátricos específicos (Conrad y Leiter, 2004; Conrad, 2013; Conrad y Bergey, 2014; Clarke y Shim, 2011; Lupton, 1997).

Si bien Conrad y Bergey (2014) situaron las resistencias a la medicalización del TDAH como elemento relevante para analizar la globalización del cuadro, son escasos los trabajos que estudian los agrupamientos de estos movimientos de profesionales de diferentes países. La investi-

gación realizada en conjunto por la Universidad de Buenos Aires y la Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Bianchi *et al.*, 2017) dio cuenta de un incipiente pero firme accionar coordinado entre organizaciones de profesionales de Argentina y Brasil, y su confluencia en relación con la crítica al diagnóstico de TDAH y la prescripción de metilfenidato, con encuentros y actividades conducentes a la profundización de una lectura regional. El devenir de estos encuentros constituye un escenario abierto y en formación, pero con relevancia creciente en la agenda de salud pública regional.

Fármacos y marketing

Los estudios de la farmacologización también analizan la relación entre el fármaco como mercancía, los mercados farmacológicos y la industria publicitaria. Sin embargo, el *marketing* farmacéutico excede la publicidad de medicamentos, ya que integra un andamiaje compuesto además por revistas científicas y de divulgación en medicina y educación, regulaciones de agencias estatales y privadas, y el ya tradicional contacto con cada profesional médico. El análisis del fármaco requiere entonces una perspectiva relacional, que integra al medicamento como línea de fuerza que se articula con otros elementos, entre ellos las nosologías y los tratamientos (Bianchi y Faraone, 2015).

Este polígono que conforma la industria farmacéutica en torno al fármaco se despliega de diversas maneras, por ejemplo, incidiendo para optimizar las ventas y contribuyendo a la generación de demandas específicas. A esto se suma que las compañías farmacéuticas influyen y modelan el conocimiento médico, sea a través del descubrimiento de nuevas drogas y principios activos, o a través de la hegemonía sobre la producción y comunicación del conocimiento científico (Greene y Sismondo, 2015).

En salud mental infantil se publicaron investigaciones que evidencian la expansión de la industria farmacéutica hasta abarcar a actores no médicos como objetivos destacados de sus campañas de *marketing* (Conrad y Bergey, 2014). De hecho, para las compañías farmacéuticas, los docentes son potenciales detectores de la enfermedad, y operan como agentes de la enfermedad y el tratamiento. Esto ocurre en el caso del TDAH, ya que en la escuela se puede dar inicio al circuito de derivación y tratamiento, y los docentes contribuyen en la evaluación diagnóstica, completando cuestionarios u otros instrumentos (Faraone *et al.*, 2008). En Argentina se documentó que las campañas orientadas a la escuela se complementan con otras orientadas a padres y, más ampliamente, a grupos de apoyo (Faraone *et al.*, 2010, Bianchi *et al.*, 2016).

Un baluarte en estas campañas lo constituyen la planificación, redacción y circulación de artículos científicos que realzan las bondades de algún fármaco específico. El *marketing* y la comunicación farmacéutica convergen en la figura del agente de propaganda médica (APM), que contribuye a formar la opinión médica tanto como otros actores expertos, como los voceros o *speakers*. Existen trabajos que analizan cómo los APM desarrollan e implementan diversos abordajes para clasificar a los médicos y luego adaptar sus estrategias de *marketing*. Estos abordajes incluyen obsequios que suponen una expectativa y también generan una obligación, y están distribuidos de acuerdo con la cuantía de la prescripción. A los médicos que prescriben medicamentos del laboratorio se les obsequian suvenires como tazas, jarros térmicos, materiales de librería (calendarios, lapiceras y lapiceros, blocs de notas, recetarios, pisapapeles, tarjeteros), y otro *merchandising*, que quedan expuestos en el consultorio, así como también muestras de fármacos y accesos a revistas científicas.

Al respecto, en el trabajo de campo realizado durante 2017 documentamos dos conjuntos de novedades en el *merchandising* farmacéutico. Por un lado, en un importante

Congreso de Psiquiatría, observamos que los laboratorios ofrecían a los profesionales la mayoría de los obsequios antes mencionados, además de gran cantidad de folletería informativa. Sin embargo, interesa destacar dos obsequios que no habíamos relevado con anterioridad. En ambos casos se trató de medicación para adultos. El primero es un set de tres saquitos de té de tilo, con dibujos en blanco y negro de paisajes naturales, y el comprimido birranurado en el interior. En la tapa del set se observaba el logo del laboratorio con el nombre del psicofármaco, un antiepiléptico, antineurálgico y ansiolítico indicado para el tratamiento de la ansiedad generalizada. El segundo obsequio que documentamos es un pequeño chocolatín cuyo envoltorio lleva el nombre del psicofármaco sobre un fondo blanco, que en este caso se trataba de un antipsicótico.

Por otro lado, en nuestro trabajo de campo con profesionales de la salud mental infantil, uno de los entrevistados nos mostró un blíster que le había obsequiado un APM, de forma similar a los que se utilizan para empacar medicación, pero que estaba compuesto por confites bañados en chocolate. Tanto en *merchandising* para adultos como para niñas y niños, se observa esta asociación entre alimentos y medicamentos, algunas veces bajo la forma de golosinas (chocolatines y confites), cuya ingesta, especialmente en las niñas y los niños, suele ser asumida como un premio o un regalo, y otras veces como infusiones vinculadas al logro de un mejoramiento del estado anímico, a la serenidad y a la tranquilidad.

Si bien excede los objetivos del presente capítulo, vale la pena atender a estas estrategias de borramiento de los contornos entre alimento y fármaco, especialmente en el marco de procesos de biomedicalización que, como señalamos, no se restringen a estados mórbidos, sino que buscan penetrar y modelar la lógica misma de la salud y operar en momentos de asintomaticidad. En esta asociación de fármaco y alimento, el primero se integra a la vida cotidiana

con funciones equivalentes a las de la comida, que en diferentes culturas se ingiere para estar o mantenerse sano, y no estrictamente para curarse de una enfermedad.

Los profesionales categorizados como grandes prescriptores reciben regalos más onerosos, como becas, viajes y estadías para eventos científicos nacionales e internacionales, y también artículos de uso personal y tarjetas prepagas para consumos particulares, corbatas de seda y bolsos de golf, entre muchos otros (Fugh-Berman y Ahari, 2015).

La ley y el fármaco

Según Greene y Sismondo (2015), y en general, las regulaciones de base estatal reciben fuertes presiones para balancear las posturas que, por un lado, abogan por la efectividad y seguridad, y por otro representan los intereses financieros de la floreciente industria farmacéutica. Aunque las farmacéuticas multinacionales llevan adelante numerosas acciones de protesta y hacen *lobby* de potencia diversa en contra de las regulaciones estatales (e incluso contra los meros intentos de regulación), Rodwin (2011) afirma que en países como Estados Unidos, Francia y Japón la industria farmacéutica no solo ha influenciado y se ha adaptado a las regulaciones, sino que se benefició ampliamente de ellas.

Conrad y Bergey (2014) marcan que la existencia de regulaciones y normativas restrictivas de la comercialización de psicofármacos indicados para el TDAH desalienta la penetración de las compañías farmacéuticas, e inversamente países como Francia o Italia, con barreras legales menos robustas, ofrecen mayor accesibilidad y atractivo a la industria farmacéutica. El análisis de las estrategias de *marketing* farmacéutico para el TDAH en niñas y niños en Argentina, sin embargo, permite matizar estas consideraciones generales, dado que la normativa nacional existente contempla regulaciones, restricciones y prohibiciones

(Ley 16.463), y se da en el marco de una perspectiva de derechos para las personas diagnosticadas con alguna condición psiquiátrica (Ley 26.657). La vigencia de estas normativas, empero, no ha redundado *per se* en una limitación o desaliento al *marketing* farmacéutico; antes bien, este ha demostrado gran capacidad de respuesta, con un accionar intersticial a través del cual sostiene y amplía sus estrategias, diversificando las propuestas, acciones y ofertas, y afianzándose en diferentes resquicios normativos y regulatorios existentes (Bianchi *et al.*, 2016).³

Conclusiones

Los estudios de la medicalización atravesaron un notable camino analítico que hoy los posiciona como una de las corrientes más vitales del pensamiento sociológico. Sus reformulaciones, articulaciones con otras perspectivas y afinamientos teórico-conceptuales los fortalecieron, y llevaron incluso a la formulación de subdisciplinas específicas. Tal es el caso de la sociología del diagnóstico, que retoma diferentes tradiciones y perspectivas, cuyos aportes recorta y amplifica en función del diagnóstico como objeto de interés sociológico.

A la vez, la medicalización dio pie a una diáspora de términos y categorías. Entre los conceptos más resonantes que se abrieron camino se destaca la farmacologización de la sociedad. Múltiples y diversas temáticas convergen en este campo de pensamiento e investigación que, aunque incipiente, avizora una participación de relevancia creciente en estudios y teorizaciones sociales.

³ Ver “Actores sociales en pugna: industria farmacéutica, medios de comunicación y movimientos de profesionales en Argentina”, en este volumen.

Dentro de los estudios de la medicalización, la salud mental y en especial la salud mental infantil son campos fenoménicos destacados para analizar la realidad social contemporánea, ya que proporcionan claves de comprensión que los desbordan como objetos particulares y los ubican como analizadores de problemáticas más abarcativas. A la vez, su asociación con perspectivas como la biopolítica y la gubernamentalidad fructifica en herramientas teórico-conceptuales que permiten un análisis en clave histórica.

Los estudios basados en la sociología del diagnóstico y la farmacologización se encuentran en construcción pero *in crescendo* en América Latina. Los resultados de diversas investigaciones sobre el TDAH en Argentina marcan la particularidad de las configuraciones locales que se están suscitando en relación con estas temáticas y perspectivas de análisis, y ponen de relieve la importancia de llevar adelante investigaciones que sostengan una aproximación rigurosa a los estudios de otras latitudes, pero que a la vez contemplen aspectos singulares en cada caso nacional empírico, y sus múltiples vinculaciones con entramados más amplios y siempre en tensión, de saberes, dispositivos, normativas y actores involucrados en los procesos de medicalización en el siglo XXI.

Bibliografía

- Abraham, J. (2010). "Pharmaceuticalization of society in context: Theoretical, empirical and Health Dimensions", *Sociology*, 44(4), 603-622.
- Aronowitz, R. (2009). "The Converged Experience of Risk and Disease", *The Milbank Quarterly*, 87(2), 417-442.
- Ballard, K. y Elston, M.A. (2005). "Medicalisation: A Multi-dimensional Concept", *Social Theory & Health*, 3, 228-241.

- Barros, D. y Ortega, F. (2011). "Metilfenidato e Aprimoramento Cognitivo Farmacológico: representações sociais de universitário", *Saúde e Sociedade*, 20(2), 350-362.
- Bell, S. y Figert, A. (2015). *Reimagining (bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics. Old critiques and new engagements*. New York-London: Routledge.
- Bianchi, E. (2014a). "Biopolítica: Foucault y después. Contrapuntos entre algunos aportes, límites y perspectivas asociados a la biopolítica contemporánea", *Astrolabio Nueva Época*, 1, 218-251.
- Bianchi, E. (2014b). "Gubernamentalidad, tecnologías y disputas. Una genealogía de los saberes profesionales acerca del ADHD (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) en la infancia (1994-2012)". Tesis de doctorado, Universidad de Buenos Aires (mimeo).
- Bianchi, E. (2014c). "Todo tiene un principio... y en el principio fue el *DSM-III*. El desbloqueo epistemológico y tecnológico de la psiquiatría biológica estadounidense", *Culturas Psi*, 1, 87-114.
- Bianchi, E. (2016). "Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y *DSM*: ¿hacia una nueva (a)normalidad?", *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14, 417-430.
- Bianchi, E. y Faraone, S. (2015). "El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA/H). Tecnologías, actores sociales e industria farmacéutica", *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 1, 75-98.
- Bianchi, E.; Ortega, F.; Faraone, S.; Gonçalves, V.P. y Zorzanelli, R.T. (2016). "Medicalización más allá de los médicos. Marketing farmacéutico en torno al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014)", *Saúde e Sociedade*, 25, 452-462.

- Bianchi, E.; Faraone, S.; Ortega, F.; Gonçalves, V.P. y Zorzaneli, R.T. (2017). "Controversias acerca del diagnóstico de TDAH y la prescripción de metilfenidato en los debates sobre la medicalización en Argentina y Brasil", *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 641-660.
- Burchell, G.; Gordon, C. y Miller, P. (1991). *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Busfield, J. (2006). "Pills, Power, People: Sociological Understandings of the Pharmaceutical Industry", *Sociology*, 40(2), 297-314.
- Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Castro, E. (2008). "Biopolítica: de la soberanía al gobierno", *Revista Latinoamericana de Filosofía*, XXXIV, 2, 187-205.
- Clarke, A. y Shim, J. (2011). "Medicalization and biomedicalization revisited: Technoscience and transformations of health, illness and american Medicine", en Pescosolido, B. et al. (ed.), *Handbook of the sociology of health, illness, and healing. A Blueprint for the 21st Century*. New York: Springer.
- Clarke, A.; Mamo, L.; Fosket, J.; Fishman, J. y Shim, J. (2010). *Biomedicalization. Technoscience, health and illness*. Durham-London: Duke University.
- Clarke, A.E.; Shim, J.K.; Mamo, L.; Fosket, J.R. y Fishman, J.R. (2003). "Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine", *American Sociological Review*, 68, 161-194.
- Conrad, P. (1992). "Medicalization and Social Control", *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Conrad, P. (2005). "The shifting engines of medicalization", *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 3-14.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University.

- Conrad, P. (2013). "Medicalization: Changing contours, characteristics, and contexts", en Cockerham, W. (ed.), *Medical sociology on the move: new directions in theory*. New York: Springer.
- Conrad, P. (2015). "Foreword", en Bell, S. y Figert, A. (ed.), *Reimagining (bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics. Old critiques and new engagements*. New York-London: Routledge.
- Conrad, P. y Potter, D. (2003). "From hyperactive children to ADHD adults. Observations on the expansion of medical categories", en Conrad, P. y Leiter, V. (ed.), *Health and health care as social problems*. Reino Unido: Rowman & Littlefield.
- Conrad, P. y Leiter, V. (2004). "Medicalization, markets and consumers", *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 158-176.
- Conrad, P. y Bergey, M. (2014). "The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder", *Social Science and Medicine*, 122, 31-43.
- Crawford, R. (1980). "Healthism and the medicalization of everyday life", *International Journal of Health Services*, 10(3), 365-388.
- Donzelot, J. (1998). *La policía de las familias*. España: Pre-Textos.
- Dumit, J. (2012). *Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health*. Durham: Duke University.
- Dumit, J. (2015). "Pharmaceutical Witnessing: Drugs for Life in an Era of Direct-to-Consumer Advertising", en Greene, J. y Sismondo, S. (ed.), *The Pharmaceutical Studies Reader* (33-48). New Jersey: Wiley Blackwell.
- Durkheim, É. (1982). *Las reglas del método sociológico*. España: Hyspamérica.
- Faraone, S. (2008). "Medicalización de la infancia: Una mirada desde la complejidad de los actores y de las políticas", *Topía*. Disponible en <https://goo.gl/NyPE98> [consulta: enero de 2018].

- Faraone, S. (2013). "Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones", *Salud Mental y Comunidad-UNLa*, 3, 29-40.
- Faraone, S. et al. (2008). "Campo salud", en Arizaga, C. y Faraone, S. *La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos*. SEDRONAR-II.GG. Disponible en <https://goo.gl/9EDHZh> [consulta: diciembre de 2017].
- Faraone, S.; Barcala, A.; Torricelli, F.; Bianchi, E. y Tamburino, M.C. (2010). "Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicalización de la infancia en Argentina", *Interface*, 14(34), 485-497.
- Fishman, J. (2015). "Manufacturing Desire: The Commodification of Female Sexual Dysfunction", en Greene, J. y Sismondo, S. (ed.), *The Pharmaceutical Studies Reader*. New Jersey: Wiley Blackwell.
- Fosket J. (2010). "Breast Cancer Risk as disease. Biomedicalizing Risk", en Clarke, A.; Mamo, L.; Fosket, J.; Fishman, J. y Shim, J. (ed.), *Biomedicalization. Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* Durham-London: Duke University.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1991a). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1991b). *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Foucault, M. (2001). *Los anormales*. Argentina: FCE.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad*. Argentina: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2003). *El nacimiento de la clínica*. Argentina: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2009). *El gobierno de sí y de los otros*. Argentina: FCE.
- Fugh-Berman, A. y Ahari, S. (2015). "Drugs and the Circulation of Medical knowledge", en Greene, J. y Sismondo, S. (ed.), *The Pharmaceutical Studies Reader*. New Jersey: Wiley Blackwell.
- Greene, J. (2015). "Releasing the Flood Waters: Diuril and the Reshaping of Hypertension", en Greene, J. y Sismondo, S. (ed.), *The Pharmaceutical Studies Reader*. New Jersey: Wiley Blackwell.
- Greene, J. y Sismondo, S. (2015). *The Pharmaceutical Studies Reader*. New Jersey: Wiley Blackwell.
- Healy, D. (2002). *The creation of psychopharmacology*. London: Harvard University.
- Healy, D. (2008). *Mania. A Short History of Bipolar Disorder*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Horwitz, A. y Wakefield, J. (2007). *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University.
- Illich, I. (1976). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. México: Joaquín Mortiz.
- Iriart, C. e Iglesias Ríos, L. (2013). "La (re)creación del consumidor de salud y la biomedicalización de la infancia", en Collares, C.L.; Moysés, M.A. y França Ribeiro, M. (ed.), *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos trastornos*. Brasil: Mercado de Letras (21-40).
- Jenkins, J. (2011). "Psychopharmaceutical Self and Imaginary in the social field of Psychiatric Treatment", en Jenkins, J. (ed.), *Pharmaceutical Self. The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology*. Santa Fe: SAR.
- Jutel, A. (2009). "Sociology of diagnosis: a preliminary review", *Sociology of Health & Illness*, 31(2), 278-299.
- Jutel, A. (2011a). "Classification, disease, and diagnosis", *Perspectives in Biology and Medicine*, 54(2), 189-205.

- Jutel, A. (2011b). *Putting a Name to it. Diagnosis in contemporary society*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Jutel, A. (2015). "Beyond The Sociology of Diagnosis", *Socio-logy Compass*, 9 (9), 841-852.
- Lippman, A. (1991). "Prenatal genetic testing and screening: constructing needs and reinforcing inequities", *American Journal of Law & Medicine*, 17, 15-50.
- Lock, M. (2012). "From genetic to postgenomics and the discovery of the new social body", en Inhorn, M.C. y Wentzell, E.A. (ed.), *Medical anthropology in the intersections*. Durham: Duke University.
- Lupton, D. (1997). "Foucault and the medicalization critique", en Petersen, A. y Bunton, R. (ed.), *Foucault, Health and Medicine*. London-New York: Routledge.
- Mamo, L. y Fosket, J.R. (2009). "Scripting the body: Pharmaceuticals and the (Re)Making of Menstruation", *Signs*, 34, 926-49.
- Martin, E. (2006). "The Pharmaceutical Person", *Biosocieties*, 1, 273-287.
- Martin, E. (2007). *Bipolar expeditions. Mania and depression in American Culture*. Princeton-Oxford: Princeton University.
- Nadesan, M. (2010). *Governing Childhood into the 21st century. Biopolitical Technologies of Childhood Management and Education*. New York: Palgrave-McMillan.
- Nichter, M. (1996). "Pharmaceuticals, the commodification of health, and the health care-medicine use transition", en Nichter, M. y Nichter. M. (ed.), *Anthropology and international health: Asian care studies, theory and practice in medical anthropology and international health*. Amsterdam: Gordon & Breach.
- Rabinow, P. (1996). *Essays on the Anthropology of Reason*. New Jersey: Princeton University.
- Rabinow, P. y Rose, N. (2006). "Biopower Today", *BioSocieties*, 1, 195-217.

- Reed, G.; Correia, J.; Esparza, P.; Saxena, S. y Maj, M. (2011). "The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification", *World Psychiatry*, 10, 118-131.
- Rose, N. (1996). "Psychiatry as a political science: advanced liberalism and the administration of risk", *History of the Human Sciences*, 2(9), 1-23.
- Rose, N. (1999). *Governing the Soul. The shaping of the private self*. London-New York: Free Association.
- Rose, N. (2006). "Disorders without borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice", *BioSocieties*, 1, 465-484.
- Rose, N. (2007). "Beyond Medicalization", *The Lancet*, 369, 700-2.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPe.
- Rose, N. y Abi-Rasched, J. (2013). *Neuro: The New Brain Sciences and the Management of the Mind*. Princeton-Oxford: Princeton University Press.
- Rosenberg, Ch. (2002). "The tyranny of diagnosis. Specific entities and individual experience", *The Milbank Quarterly*, 80 (2), 237-260.
- Rosenberg, Ch. (2005). "Contested boundaries. Psychiatry, disease and diagnosis", *Perspectives in Biology and Medicine*, 49 (3), 407-24.
- Shorter, E. (2009). *Before Prozac. The troubled history of mood disorders in psychiatry*. Oxford: Oxford University.
- Stagnaro, J.C. (2006). "Los nombres de la locura. Noso-grafías psiquiátricas contemporáneas", *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, XVII, 69, 337-339.
- Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (1991). *Arqueología de la escuela*. Madrid: La Piqueta.
- Vidal, F. (2009). "Brainhood, anthropological figure of modernity", *History of the Human Sciences*, 22 (1), 5-36.
- Williams, S.; Martin, P. y Gabe, J. (2011). "The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis", *Sociology of Health and Illness*, 33 (5), 710-725.

Williams, S.J.; Gabe, J. y Davis, P. (2008). "The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects", *Sociology of Health & Illness*, 30, 813-24.

Normativas citadas

Argentina, Ley 16.463 (1964). *Normas sobre Contralor Técnico y Económica de los Medicamentos, Drogas y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana*. Congreso de la Nación, julio 23.

Argentina, Ley 26.657 (2010). *Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Congreso de la Nación, noviembre 25.

Medicalización, biomedicalización y proceso salud-padecimiento-atención

CELIA IRIART

Introducción

El objetivo central de este capítulo es clarificar las diferencias entre *medicalización* y *biomedicalización*, el contexto de emergencia de esta última y la importancia que tiene este concepto para entender el actual modelo médico hegemónico y las consecuencias que tiene en la reconfiguración del proceso salud-padecimiento-atención. Todas estas son cuestiones que impactan en el tipo de reformas sectoriales que se proponen, en la formación de profesionales, en la práctica cotidiana en los servicios, y por supuesto, en los efectos sobre el proceso de subjetivación colectiva. Utilizo como analizador el denominado “trastorno de déficit de atención e hiperactividad” (TDAH) para ejemplificar cómo se dan en la práctica estos procesos. Es un análisis realizado desde la salud colectiva, sin discutir la pertinencia o no del diagnóstico, que pretende aportar un análisis crítico a la construcción que la salud pública hace del trastorno.

Contextos, procesos y conceptos

¿Por qué se puede encuadrar la resignificación del TDAH en un proceso de biomedicalización? Primeramente, porque los fenómenos que dieron origen al concepto de *medicalización* se produjeron en un contexto socio-económico-ideológico muy diferente al actual, caracterizado por pro-

fundas disputas intercapitalistas en el ámbito sanitario. Estos procesos se vinculan en el nivel macro con las estrategias que el complejo médico-industrial, especialmente la industria farmacéutica, generó a partir de la década de 1990 para contrarrestar las reformas que el capital financiero, globalmente y en Argentina también, desarrolló al entrar como administrador de programas de salud y planes de cobertura de atención médica (Iriart *et al.*, 2000; Iriart y Waitzkin, 2006; Iriart, 2008). Estos fenómenos, que se dieron con distintas modalidades en numerosos países impactados por la globalización capitalista, produjeron transformaciones en los agenciamientos subjetivos producto de las disputas por la hegemonía del sector salud y por los reagrupamientos entre el capital financiero y el ligado a la producción de bienes y servicios.

La entrada del capital financiero en el sector salud introdujo nuevos actores sociales y cambios en su regulación, así como nuevos modelos de seguro que impactaron directamente en la administración y la provisión de servicios. La masiva entrada de este capital y su lógica en el sector salud cambió no solo las reglas de juego a nivel económico, sino que introdujo también cambios en las subjetividades individuales y colectivas en relación con la concepción *salud-padecimiento-atención* (Iriart, 2005). Las decisiones profesionales fueron subordinadas a la de los administradores del sistema, que perseguían el objetivo de maximizar ganancias limitando la utilización de servicios, vía el control de prescripciones y derivaciones –encubiertas la mayoría de las veces– como decisiones sustentadas en lo que, también desde los noventa, se dio en llamar “medicina basada en evidencia”.

Los profesionales de la salud, los administradores de servicios y las compañías productoras de medicamentos y tecnología médica fueron impactados por las transformaciones gerenciales impuestas por la masiva entrada del capital financiero en el sector salud. Importantes cambios se

impusieron en las prácticas cotidianas de los trabajadores de la salud, tanto a nivel administrativo como en la provisión de servicios.

Estos procesos mostraron nítidamente lo que Merhy y Franco (2006, 2008) señalaron, en el sentido de que los capitales que operaban en salud comprendieron claramente que cualquier cambio efectivo en los sistemas productivos debía intervenir en la micropolítica del trabajo vivo en acto, lugar donde se instituye la producción del modelo tecnoasistencial, tanto en el sector público como en el privado. A esto ya había apostado el complejo médico-industrial, el que históricamente dirigió la promoción de sus productos a los médicos, detentadores privilegiados de la relación con los usuarios y, por lo tanto, potenciales inductores de consumo y creadores de nuevas subjetividades en la producción de salud (Kassirer, 2005).

Sin embargo, las gerenciadoras en salud avanzaron un paso más al no limitar su intervención a la captura del trabajo vivo de los profesionales de la salud, sino que buscaron impactar en la creación de nuevas subjetividades en los usuarios individuales y colectivos. Para ello capturaron el concepto de *consumidor de salud*, que había sido introducido en los sesenta con una perspectiva de empoderamiento por los movimientos de defensa del consumidor de los Estados Unidos. Muchas de sus estrategias comunicacionales con los usuarios habían sido diseñadas para mostrar la necesidad de que los pacientes/usuarios se transformaran en clientes/consumidores informados de la oferta de servicios y seguros de salud disponibles, para que pudieran tomar decisiones racionales en términos de costo/beneficio al contratarlos. Cabe aclarar que pese a las buenas intenciones de los movimientos progresistas estadounidenses, el concepto de *consumidor* es regresivo en relación con el de *usuario/ciudadano* empleado en otros países, ya que implica la posibilidad de ejercer poder a partir del acto de compra,

mientras que el de usuario/ciudadano lo hace desde una concepción de derecho social (Souza *et al.*, 2007; Bahia, 2006; Tritter *et al.*, 2010).

En los años iniciales de las reformas gerenciadoras los intereses del capital financiero se confrontaron con los del complejo médico-industrial, y le restaron mercado. En el afán de disminuir gastos para aumentar las ganancias, el capital financiero controló a los prescriptores, especialmente los médicos, en quienes las farmacéuticas habían centrado sus esfuerzos de captura para expandir el consumo de sus productos. Hacia mediados de los noventa, las grandes corporaciones farmacéuticas y productoras de tecnología comenzaron a generar silenciosas reformas con el fin de reposicionarse en el mercado (Iriart, 2008). La industria de bienes y servicios en salud redireccionó sus estrategias de ampliación de consumo, y las dirigió directamente a los potenciales usuarios (Iriart *et al.*, 2011). Esto produjo nuevos cambios en el modelo médico hegemónico y en la conceptualización del proceso salud-padecimiento-atención que radicalizaron la medicalización, la cual pasó a constituirse en lo que algunos autores definen como *biomedicalización* (Clarke *et al.*, 2010).

Medicalización y biomedicalización

Dicho muy sintéticamente, y a partir de los trabajos de Zola (1972), Illich (1975) y Conrad (1975), se puede entender la medicalización como la expansión de la jurisdicción médica sobre situaciones previamente no consideradas como padecimientos; por ejemplo, el embarazo y el parto no patológicos. En este tema, los procesos de medicalización se consolidaron a partir de deslegitimar prácticas que no se realizaban bajo supervisión médica e instituir la necesidad de control médico ante el riesgo de complicaciones. Esto, a su vez, implicó el continuo agregado de procedimientos

diagnósticos que los avances tecnológicos fueron aportando a controles de rutina. De esta forma, continuando con el mismo ejemplo, el embarazo y el parto comenzaron a ser visualizados como una condición médica y cuando se consolidó el modelo asegurador, en la década de 1990, fueron considerados como un siniestro.

Así, se institucionalizaron distintos procedimientos médicos como una práctica regular y necesaria, sobre todo si se trata de pacientes de clase alta o con buenas coberturas. Es lo que se ha dado en llamar “prevención secundaria”, es decir, prevención a partir de intervenciones médicas y el uso de procedimientos para la detección de potenciales patologías (Starfield *et al.*, 2008). Es claro que en este planteo no se desconocen los beneficios de la detección precoz, sino que se refiere al uso excesivo, innecesario, injustificado y muchas veces iatrogénico que está más relacionado con el lucro que con la salud (Tesser y Norman, 2016).

La salud pública ha colaborado grandemente en generar el proceso de medicalización al capturar temas que, se podría decir, solo en sus efectos tienen consecuencias para este ámbito; muchas cuestiones de origen social y político han sido capturadas bajo un discurso técnico-gestionario que mueve la discusión hacia aspectos que poco tienen que ver con las causas y mucho menos con las posibles soluciones. Este es el caso de los programas de salud pública que apuntan a resolver el síntoma, no la causa. Por ejemplo, los programas para prevenir las violencias (en sus distintos tipos), el embarazo adolescente, el *bullying*, la obesidad infantil (descuidando la nutrición y las causas socioeconómicas de la cadena producción-consumo), solo para mencionar unos pocos.

La biomedicalización, por su parte, supone la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos, sin requerir la intervención médica. No se trata solamente de definir, redefinir, detectar y tratar procesos mórbidos, sino de que la población esté informada y alerta de potenciales riesgos e indicios que

pueden derivar en una patología. Esto se puede ver claramente en la emergencia de nociones tales como prehipertensión, precolesterolemia, prediabetes, etc.

Según lo desarrollado por Clarke y colegas (2010) con base en la teoría foucaultiana del biopoder y en desarrollos posteriores de Rabinow (1995), la biomedicalización implica la gubernamentalidad y regulación de individuos y poblaciones a través de la reconstrucción del discurso hegemónico en el campo sanitario, al que se presenta como la nueva verdad científica. Con la biomedicalización se pasa de un creciente control de la naturaleza (el mundo alrededor del sujeto) a la internalización del control y transformación del propio sujeto y su entorno, transformando así la vida misma (Murphy, 2017).

Mientras que la medicalización se centra en el padecimiento, la enfermedad, el cuidado y la rehabilitación, la biomedicalización se enfoca en la salud como un mandato moral que internaliza el autocontrol, la vigilancia y la transformación personal. Esto es lo central, porque claramente la biomedicalización implica el concepto de medicalización, pero lo radicaliza al hacer de la población, y no de los profesionales de la salud, los principales ejecutores. Supone también la apropiación de problemáticas que estaban fuera del ámbito médico y que pasan a ser leídas como problemas de salud; pero lo central es la ampliación de las definiciones de patologías ya existentes, la institucionalización de nuevas definiciones y la expansión del concepto de *riesgo* para abarcar a casi toda la población, a partir de correr la curva normal hacia la izquierda (Heath, 2006), y así más individuos caen en el área de riesgo.

Muchos de estos nuevos o resignificados problemas de salud se encuadran en el campo de la salud mental, así como en el de enfermedades crónicas o de trastornos que, aunque conllevan riesgos de ocasionar enfermedades, como la hipercolesterolemia e hipertensión, se los convierte en sí mismos para el imaginario colectivo en enfermedades. Estos procesos se dan mayoritariamente en problemáticas

de salud para las que las farmacéuticas tienen medicamentos o aparatología que controlan la evolución, y cuyo uso es de largo plazo. Muchos de los síntomas que se biomedicalizan tienen un claro contenido socio-psicológico y estaban ya definidos en manuales médicos y psiquiátricos; tal es el caso de la depresión, ansiedad, el propio TDAH, y muchos más. Al redefinirlos se busca aumentar la cantidad de casos que pueden ser diagnosticados y, más importante, ser tratados con medicamentos o algún tipo de procedimientos. En la biomedicalización es importante el componente de *farmaceuticalización* (Williams *et al.*, 2011), especialmente cuando se entiende por esto no solo el consumo de medicamentos, sino también la compra de aparatos de uso doméstico, como los tensiómetros, oxímetros, pulsímetros, y los que permiten hacer medición de glucosa y otros valores sanguíneos.

Los procesos que facilitaron el pasaje de la medicalización a la biomedicalización fueron dos: por un lado, la posibilidad de masificar el consumo de biotecnologías, incluyendo los medicamentos e instrumentos diagnósticos y equipamientos domésticos antes mencionados; y por otro, los desarrollos en computación y comunicaciones que facilitaron tanto la captura de enormes cantidades de datos de salud de individuos y colectivos por parte de las corporaciones como la diseminación masiva de información sobre enfermedades, padecimientos y riesgos, y las formas de detectarlos, tratarlos y prevenirlos. Como ejemplos de estos procesos se encuentran la creación de portales destinados al público desarrollados por empresas que, muchas veces, son subsidiarias de compañías farmacéuticas. Estos portales invitan a los usuarios a introducir su información de salud, los medicamentos que consumen y otros datos con la finalidad declarada de ayudarlos a cuidarse al recordarles cuándo controlar signos vitales y valores biológicos, consultar al médico, tomar medicamentos, etc. Sin embargo, el objetivo central de estas empresas es capturar enormes cantidades de información que usan para producir estrategias

de mercadotecnia y manipular el consumo vía lo que se denomina *data mining*. Asimismo, a través de los portales y de otros medios de comunicación (revistas de divulgación, canales de cable y circuitos cerrados de televisión en hospitales, y otras modalidades) divulgan información detallada sobre signos y síntomas de múltiples padecimientos y difunden cuestionarios cortos para que el público pueda evaluar si padece alguna de las enfermedades descriptas o tiene riesgos de padecerlas. Un claro ejemplo de esto son los cuestionarios cortos que se difunden entre el público en general y la comunidad educativa para prediagnosticar el TDAH.

Estos fenómenos facilitaron la creación de nuevas subjetividades, identidades y biosocialidades en torno al proceso salud-padecimiento-atención. Las redes sociales dedicadas a temas de salud ocupan un lugar destacado en este proceso; la mayoría fueron creadas por usuarios reales y por asociaciones de pacientes y familiares, pero muchas de ellas han sido cooptadas por la industria farmacéutica y de tecnología, vía el apoyo financiero que proveen.

Esta medicina tecnocientífica y sus subespecialidades, como la nueva salud pública, han desarrollado discursos ilusorios según los cuales cualquiera puede mantener el cuerpo y la mente jóvenes y energéticos si ejerce un estricto control sobre los riesgos que lo amenazan, especialmente aquellos relacionados con los estilos de vida. Ese discurso se acompaña de una intensa diseminación del conocimiento necesario vía las nuevas herramientas comunicacionales para acceder a él y para compartirlo con familiares y amigos. Los organismos de salud pública nacionales e supranacionales forman parte de esta estrategia que promueve la biomedicalización de la promoción y prevención. Por ejemplo, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) ofrecen desde su sitio en la red a los usuarios tanto anglo como hispanoparlantes información sobre diversas enfermedades y padecimientos,

herramientas comunicacionales para difundirla entre familiares y amigos, e indicaciones sobre cómo prediagnosticar diversos problemas de salud. Los temas son múltiples, desde TDAH, autismo y síndrome de fatiga crónica hasta sobrepeso y obesidad (CDC, 2017). Asimismo, desde este portal se puede hacer contacto con numerosas asociaciones de pacientes y familiares, que proveen información más directa sobre medicamentos, tipos de tratamientos y nombres de profesionales especializados en el tema.

Es decir que Internet y los medios de comunicación son instrumentos claves para facilitar estos procesos de biomedicalización, ya que permiten a las corporaciones y los organismos de salud pública segmentar las estrategias comunicacionales por edades, géneros, nacionalidades, culturas, patologías, riesgos, etc., así como llegar a los usuarios a través de diversos medios de acuerdo con el grupo poblacional al que se destinan.

Los mensajes sobre salud-padecimiento-atención son presentados como mandatos morales y centrados en una visión economicista; esto es, si los individuos no controlan proactivamente su salud los resultados de sus conductas crean un peso económico al resto de la sociedad (Murphy, 2017). Esto va más allá de usar intervenciones médicas para recuperar la salud afectada por una enfermedad o padecimiento, supone la biomedicalización de la prevención y promoción que requiere la internalización del mandato moral de mantenerse saludable, y prácticas de vigilancia sanitaria a nivel individual.

Estar saludable en el contexto de la biomedicalización significa que es una responsabilidad individual controlarse con exámenes de laboratorio, genéticos u otros, de potenciales enfermedades y padecimientos, y utilizar medicamentos, dispositivos médicos y otros productos biotecnológicos y servicios para controlar el riesgo de desarrollar enfermedades o agravar una condición. Los servicios ofrecidos para cumplir con este mandato moral incluyen herramientas vía Internet y otros mecanismos comunicacionales

que ofrecen información a través de la privacidad de las computadoras personales, dispositivos de entretenimiento doméstico o teléfonos celulares, o se difunden en otros espacios cotidianos, como escuelas o lugares de trabajo. Se instruye sobre enfermedades y padecimientos, así como la forma de diagnosticarlos y controlarlos, tal es el caso de la presión arterial o los niveles de glucosa usando equipos domésticos, o controlar el índice de masa corporal para evitar correr el riesgo de ser hipertenso, diabético u obeso. De esta forma los riesgos se han convertido en patologías en sí mismas, no en indicadores a observar en individuos (Starfield *et al.*, 2008).

En el contexto de la biomedicalización, debido a la nueva modalidad de negocios desarrollada por el complejo médico-industrial, los profesionales de la salud, en su tradicional papel de líderes del proceso de cura de pacientes enfermos, son más y más prescindibles. Como se señaló, el proceso incluyó la transformación de los pacientes y sus familiares en consumidores activos con derecho de recibir información de otras fuentes, más allá de los profesionales de la salud, e incluso consumir productos sin intervención de un prescriptor. Esto supone también la posibilidad de traspasar fronteras sin necesidad de atenerse a regulaciones locales. Son numerosos los productos y servicios que la industria farmacéutica promueve bajo el concepto de *educar al consumidor* para evitar riesgos de enfermar que no requieren la mediación del profesional de la salud para su consumo. Asimismo, la industria ha desarrollado herramientas para enseñar a los pacientes cómo influenciar a los médicos y otros profesionales de la salud para que les prescriban el producto deseado. Los jóvenes son especialmente vulnerables a este tipo de mensajes de mercadotecnia que promueven la autoprescripción (Iriart *et al.*, 2011).

El TDAH como analizador de la biomedicalización

El TDAH¹ sirve como analizador de la biomedicalización de la infancia porque es un trastorno que se diagnostica con diferentes nombres desde las primeras décadas del siglo XX y que se medica desde la década de 1950, y constituye un problema que se puede encuadrar en el concepto de *medicalización de la infancia*, perspectiva desde la cual ha sido analizado por diversos autores. Sin embargo, la visibilidad que adquirió a partir de la década de 2000, a través de un discurso alarmista que plantea un sostenido crecimiento de las prevalencias, obliga a que sea reexaminado a la luz del concepto de biomedicalización. Este proceso se pudo observar primero en los Estados Unidos, pero muy pronto se extendió a numerosos países, entre los cuales los latinoamericanos no son la excepción (Frenk Mora *et al.*, 2002). Es interesante observar que quienes plantean este alarmante aumento del TDAH en países de Latinoamérica se basan mayoritariamente en los datos de prevalencia publicados por el CDC sobre la base de una encuesta telefónica a padres, que se hace cada dos años, o de estudios fundados en datos de servicios clínicos (CDC, 2010). Los capítulos que analizan la situación en Chile² y Brasil³ indican que en esos países se está avanzando en la obtención de datos locales, pero aun así las metodologías son de dudosa calidad y la conceptualización desde la que se parte en cuanto a la forma de definir el TDAH determina también la prevalencia informada.

¹ Para un análisis más detallado de la construcción del TDAH como un problema que se expande y demanda la atención de la salud pública, consultar Iriart e Iglesias-Ríos (2012). Aquí se sintetizan solo algunos puntos que nos permiten reflexionar sobre las consecuencias que esto tiene para la salud de las niñas y los niños y para el futuro de las sociedades.

² Ver “Reensamblando la medicalización: hacia una pluralización de las explicaciones del TDAH en Chile”, en este volumen.

³ Ver “Un panorama sobre el diagnóstico de TDAH en Brasil y sus controversias”, en este volumen.

Como se dijo, el TDAH (como otros trastornos) comenzó a adquirir nueva visibilidad en la década de 2000, cuando creció el volumen de publicaciones en revistas académicas sobre este tema, y también se generalizó el uso de cuestionarios breves destinados a la población en general, especialmente padres y maestros, para prediagnosticarlo. Estas listas de verificación son cada vez más utilizadas en consultorios del primer nivel de atención debido a las restricciones de tiempo impuestas por las aseguradoras para atender a los pacientes. Los medios de difusión masiva, por su parte, ofrecen cada vez más espacios para publicar datos alarmantes sobre el aumento de la prevalencia de este trastorno y difundir la idea de que es un problema subdiagnosticado. Los organismos de salud pública, como el CDC, se involucran cada vez más en la difusión de dudosos datos de la prevalencia (Iriart e Iglesias-Ríos, 2012), descripción del trastorno, tratamientos, conexiones a portales de organizaciones de familiares y pacientes, las que a su vez contienen datos de proveedores especializados en el tema, y otras herramientas para que el público entienda el problema y difunda la información entre familiares y amigos. Es decir, se ponen en manos de la población criterios diagnósticos y potenciales tratamientos, para que desde allí se demande la intervención especializada.

De esta forma se transforma al sufrimiento infantil en un desbalance bioquímico de fácil diagnóstico, del que hay que estar alerta para controlarlo con base en medicamentos y/o tratamiento del niño o la niña, en lugar de repensar la situación de la infancia en el contexto del avance de procesos de transformación profunda de la vida a escala planetaria y de reconfiguraciones y disputas capitalistas por la concentración de la riqueza. En lugar de ver las conductas disruptivas como un síntoma de un malestar social, se las ve como un problema biológico a ser tratado individualmente, muchas veces a partir de fármacos, con la iatrogenia que esto implica. La expansión del problema no solo se da entre

la población infantil, sino que ahora también los adultos son un foco de interés de este proceso biomedicalizador a través del TDAH.

La enorme difusión que en numerosos países se ha hecho de los signos y síntomas a detectar, particularmente en niñas y niños, a través de medios de comunicación (especialmente programas destinados a las mujeres), material dirigido a los educadores (revistas y otros materiales de divulgación), portales en Internet, etc., ha favorecido la creación de una nueva subjetividad en torno a niños y niñas inquietos, traviesos, soñadores, con necesidades educacionales diferentes o que con sus conductas disruptivas tratan de llamar la atención sobre situaciones que los afectan.

Al generarse el diagnóstico se disparan una serie de mecanismos que van creando una red invisible de complicidades conscientes o inconscientes frente al diagnóstico. Por un lado, los padres y maestros se sienten aliviados al pensar que no son ellos el problema ni que su niño o niña tiene un problema psicológico difícil de resolver y del que pueden sentirse responsables, sino que, muy por el contrario, el niño o la niña tiene un desequilibrio químico que se puede resolver con medicación. Asimismo, en la mayoría de los países el diagnóstico de una niña o un niño en edad escolar con TDAH se encuadra en una discapacidad para el aprendizaje y por lo tanto genera recursos (humanos, materiales o económicos) adicionales para las escuelas. En algunos casos, incluso, se puede definir al niño o la niña como elegible para ampararse en legislación de discapacidad con los beneficios que esto provee a la familia. Romper el círculo se va tornando más y más difícil, ya que el número de beneficiarios va creciendo y nadie quiere perder la parte que le tocó en el reparto de recursos producido por “un TDAH”. La industria farmacéutica es la más interesada y acrecienta sus estrategias manifiestas y encubiertas para avanzar y consolidar el proceso.

Los grupos de familiares y pacientes con TDAH (como muchísimos otros grupos de este tipo que se han generado en los últimos años) contribuyen asimismo a crear una nueva sociabilidad determinada por el padecimiento, algo que se puede denominar “biosocialidad” (Iriart e Iglesias-Ríos, 2012). Estos grupos (reales y virtuales) le otorgan al problema una visibilidad social y lo legitiman como trastorno definido por la psiquiatría, con sus pautas diagnósticas y de tratamiento. Lo que queda intocado es el contexto familiar, educativo y social (“de eso no se habla”). Lo que queda oculto también es que muchos de los mecanismos de difusión son financiados por las farmacéuticas que producen los medicamentos

Reflexiones finales

La identificación colectiva de un problema de salud y la presión de los grupos de interés para que se consideren prioritarios lleva a que los gobiernos inviertan recursos en estos problemas y se descuiden otros que afectan un número mayor de población, muchas veces con menor capacidad de poner en evidencia sus necesidades. Lo que parece importante es comprender que, con estos procesos, lo que se está favoreciendo es la internalización del control y regulación de los cuerpos que responde a una forma de *gubernamentalidad biomédica*. Gubernamentalidad entendida en el sentido foucaultiano de formas particulares de poder, en general definidas por saberes especializados y que implican monitorear, observar, medir y normalizar individuos y poblaciones.

Es importante resaltar que este poder no descansa en una coerción forzada, sino en mecanismos difusos, tal es el caso de los discursos que prometen felicidad o salud a través de ciertas formas de conducta personal que requieren, entre otras cosas, autovigilancia

y autorregulación (Clarke *et al.*, 2010). En el caso del TDAH, lo que se pretende son niños y niñas tranquilos, atentos y sociables, que obtengan buenos resultados escolares y no problematicen el espacio educativo y social. Los adultos tienen un enorme temor al futuro incierto que afrontarán sus hijos, a la dificultad de que logren ubicarse en espacios laborales cada vez más competitivos, limitados y enajenantes. La creciente exclusión social se vive en muchos casos como una realidad infranqueable y muchas veces se ve en estas drogas la fórmula mágica para que el niño o la niña se ajuste al mundo y sobreviva.

Repensar estos procesos ubicando los contextos socioeconómicos, políticos e ideológicos en los que se producen aporta a crear o expandir líneas de fuga que desnaturalicen la biomedicalización y nos permitan defender la VIDA, con mayúsculas (Iriart y Merhy, 2017). Existen numerosos grupos y movimientos sociales que cuestionan los procesos de biomedicalización e investigadores-militantes que trabajamos junto a ellos y ayudamos a visibilizar estos procesos que pueden facilitar que lo nuevo emerja (Merhy *et al.*, 2016).

Bibliografía

- Bahia, L. (2006). “Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado”, *Trabalho, Educação e Saúde*, 4 (1), 59-169.
- CDC (2010). “Increasing prevalence of parent-reported Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among children, United States, 2003 and 2007”, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59 (44), 1439-144. Disponible en <https://goo.gl/K7vec5> [consulta: junio de 2017].

- CDC (2017). *Diseases and conditions*. Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en <https://goo.gl/bx1a5H> [consulta: junio de 2017].
- Clarke, A.E.; Shim, J.K.; Mamo, L.; Fosket, J.R. y Fishman, J.R. (2010). "Biomedicalization. A theoretical and substantive introduction", en Clarke, A.; Mamo, L.; Fosket, J.R.; Fishman, J.R. y Shim, J.K. (org.), *Biomedicalization. technoscience, health and illnesses in the U.S.* Durham & London: Duke University.
- Conrad P. (1975). "The discovery of hyperkinesis: Notes on the medicalization of deviant behavior", *Social Problems*, 23 (1), 12-21.
- Frenk Mora, J. et al. (2002). *Programa específico de trastorno por déficit de atención 2001-2006*. México: Secretaria de Salud.
- Heath, I. (2006). "Combating disease mongering; daunting but nonetheless essential", *Plos Medicine*, 3 (4), 146. Disponible en <https://goo.gl/LQUqvX> [consulta: enero de 2018].
- Illich, I. (1975). *Medical Nemesis – The Expropriation of Health*. New York: Penguin.
- Iriart, C. (2005). "The transnationalization of the health care system in Argentina", en Mackintosh, M. y Koi-vusolo, M. (org.), *Commercialization of health care: global and local dynamics and policy responses*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Iriart, C. (2008). "Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias reguladoras", *Ciência e Saúde Coletiva*, 13 (5), 1619-1626.
- Iriart, C.; Merhy, E.E. y Waitzkin, H. (2000). "La atención gerenciada en América Latina: transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma", *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (1), 95-105.
- Iriart, C. y Waitzkin, H. (2006). "Argentina: no lesson learned", *International Journal of Health Services*, 36, 177-196.

- Iriart, C.; Franco, T.B. y Merhy, E.E. (2011). "The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era", *Globalization and Health*, 7: 2. Disponible en <https://goo.gl/to8PDZ> [consulta: diciembre de 2017].
- Iriart, C. e Iglesias-Ríos, L. (2012). "Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención hiperactividad", *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, oct.-dic., 16 (43).
- Iriart, C. y Merhy, E.E. (2017). "Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico", *Interface Comunicação, Saúde, Educação*.
- Kassirer, J. (2005). *On the take: how medicine's complicity with big business can endanger your health*. New York: Oxford University.
- Merhy, E.E. y Franco, T.B. (2006). "Reestruturação produtiva em saúde", en Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.), *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.
- Merhy, E.E. y Franco, T.B. (2008). "Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessario para a compreensão do processo de 'finacerização' do mercado na saúde", en Bolaño, C.S. y Silva, L.d.O. (org.), *Economia política, trabalho e conhecimento em saúde*. São Cristovão SE: EDUFS.
- Merhy, E.E.; Staevie Baduy, R.; Terenzi Seixas, C.; Da Silva Almeida, D. y Slomp Júnior, H. (2016). *Políticas e Cuidados em Saúde. Livro 1: Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde. Surpreendendo o Instituído nas Redes*. Rio de Janeiro: Hexis. Disponible en <https://goo.gl/2XkEo9> [consulta: mayo de 2017].
- Murphy, M. (2017). *The Economization of Life*. Durham: Duke University.
- Rabinow, P. (1995). "Artificiality and enlightenment", en Crary, J. y Kwinter, S. (org.), *Incorporations*. New York: Zone.

- Souza, M.H.S.C.; Bahia, L.; Vianna, M.L.T.; Scheffer, M.; Salazar, A.L. y Grou, K.A. (2007). "Intervenção do Poder Judiciário no setor de saúde suplementar – tutelas antecipadas como instrumento de garantia da assistência à saúde no Brasil", *Divulgação em Saúde para Debate*, 37: 44-60.
- Starfield, B.; Hyde, J.; Gervas, J. y Heath, I. (2008). "The concept of prevention: a good idea gone astray?", *J Epidemiol Community Health*, 62: 580-83.
- Tesser, C.D. y Norman, A.H. (2016). "Differentiating clinical care from disease prevention: a prerequisite for practicing quaternary prevention", *Cad. Saúde Pública*, 32 (10).
- Tritter, J.; Koivusolo, M.; Ollila, E. y Dorfman, P. (2010). *Globalization markets and health care policy. Redrawing the patient as consumer*. London: Routledge.
- Williams, S.; Martin, P. y Gabe, J. (2011). "The pharmaceuticalization of society? A framework for analysis", *Sociology of Health and Illness*, 33 (5), 710-725.
- Zola, I. (1972). "Medicine as an institution of social control", *Sociological Review*, 20, 487-504.

Segunda parte

**Legislación, política pública y formación en Argentina:
perspectivas en torno a la Ley 26.657**

Normativa, paradigmas y conceptos

Avances, resistencias y tensiones

SILVIA FARAONE

Introducción

Hablar de las nociones, conceptos y tipificaciones en el campo de la salud mental exige recorrer un camino de especificaciones no poco conflictivo, ya que ellas difieren teórica, conceptual y legalmente; pero también, desde lo contextual, esos enunciados tienen implicancias prácticas, subjetivas y sociales sobre los sujetos portadores de esos significados. Esa enunciación contribuye diferencialmente a la colonización de la vida del sujeto (Grimberg, 2003; Tamburrino, 2009).

La Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657), sancionada en la Argentina en 2010, define en su artículo primero que tiene por objeto el goce de los derechos humanos de “aquellas personas con padecimiento mental”. La reglamentación de la Ley, a través del Decreto 603, firmado tres años después, avanza sobre la definición de padecimiento mental y establece que se refiere a “todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como situaciones más prolongadas de padecimientos incluyendo trastornos y/o enfermedades”.

A través de los diez años de investigación que he realizado pude identificar que las nociones expuestas por la Ley y la reglamentación –padecimiento/sufrimiento, trastorno, enfermedad– involucran dimensiones históricas, sociales,

económicas, morales y epistemológicas que impactan diferencialmente en la construcción de prácticas en el campo de la salud mental. Como señala Augsburger (2002), esas nociones organizan tanto saberes populares como un cuerpo teórico conceptual entramado en prácticas profesionales específicas.

Son esos enunciados expuestos por la ley y la reglamentación los que guían la discusión abordada en este capítulo, ya que entre ellos se abren zonas de intersección que, lejos de clausurar un problema en el campo de la salud mental, consolidan tensiones, disputas y conflictos. Para abordar este problema, se rastrea, en una primera instancia, el modo particular por el cual se definen históricamente esos enunciados, a partir de buscar “sus condiciones de existencia en las prácticas sociales y no en los sujetos” (Murillo, 1996: 30). Así, los enunciados de enfermedad, trastorno y padecimiento responden a conjuntos expresados y articulados con prácticas concretas que no forman un sistema homogéneo, sino que “se articulan en la dispersión, en la diferencia” (Murillo, 1996: 34) e identifican una problemática difusa, con intersecciones incompletas, con regularidades y dispersiones, que supone una diversidad de significados, y que involucran la producción de prácticas diversas y mecanismos no homologables de tutela jurídica y de igualdad de derechos.

En una segunda instancia se abordan los conflictos actuales que se suscitan en la Argentina en el campo de la salud mental en general, y en particular en las infancias, en torno a la implementación de la Ley 26.657. Así, se avanza en una descripción de los actores en pugna y los intersticios a partir de los cuales se introducen instancias legislativas, políticas e institucionales que prosperan en un sentido que colisiona con la norma.

Metodológicamente, el trabajo que aquí se presenta se realizó a través de un relevamiento de fuentes secundarias con un procesamiento y análisis que utiliza el método analítico-interpretativo, y con fuentes primarias de entre-

vistas en profundidad a actores claves y referentes del campo de la salud mental, además de observaciones no participantes en los debates legislativos durante los años 2009 y 2010. El corpus de fuentes documentales incluye legislaciones nacionales, internacionales y supranacionales, tratados y manuales de clasificación, artículos académicos, así como sitios de Internet, donde se accedió a información periodística, producciones y difusiones que son accesibles por este medio.

Nociones, conceptos, tipificaciones en torno a la Ley 26.657

En esta primera parte del capítulo se realiza un mapa conceptual, a partir de una búsqueda organizada con base en documentos. Estos son analizados en los términos de una problematización (Foucault, 2010), para la cual es posible más de una respuesta en forma simultánea, incluso a pesar de las contradicciones que se puedan presentar. Las nociones de *enfermedad*, *trastorno* y *padecimiento* establecen prácticas históricas contextualizadas que nos ubican en la construcción de avances y retrocesos en relación con los procesos de medicalización y farmacologización.

La noción de enfermedad mental: corpus histórico y contextual

La interrelación en la construcción de un hilo conductual que estudia la enfermedad mental, desde el método científico de la medicina positivista –pensamiento fundado en el modelo anatomoclínico kraepeliano de fines del siglo XIX y basado en la experimentación de síntomas– es debatida desde perspectivas socio-antropológicas, que generan un cuestionamiento sobre la propia noción de *enfermedad mental*. Así, el término “enfermedad” circunscribe al sujeto de la intervención a la mediación de la biomedicina y, por lo

tanto, la problemática del campo de la salud mental queda capturada por una disciplina que adquiere carácter médico, a partir de la cual el hospital asume un espacio que está determinado por lo curativo-terapéutico (Foucault, 1996). Precisamente es este concepto asociado a una medicina biológica el que cimenta sus consideraciones en términos a-históricos, fijos en sus diagnósticos y a-culturales. Desde un trabajo que cuestiona estas perspectivas, en *Enfermedad mental y personalidad* Foucault establece que no se puede enunciar la noción de enfermedad mental (patología mental) relacionada con la enfermedad orgánica (patología orgánica), sino que solo se puede pensar asociada a una reflexión sobre el “hombre mismo” (Foucault, 1961). Posteriormente Foucault retoma esta idea y establece que la diferencia entre lo mental y lo orgánico resulta central, ya que pone en juego la posibilidad de establecer si una determinada situación, una conducta, una forma de actuar, es o no una enfermedad mental, a diferencia de las enfermedades orgánicas que no admiten esta duda (Foucault, 2007).

Lo que es y lo que no es enfermedad mental, la nebulosa acerca de esta noción, ha atravesado –y continúa haciéndolo– el campo de la salud mental en todas sus dimensiones. También en este aspecto los diferentes anclajes epistemológicos ubican este concepto de modo multívoco. Desde la sociología, Bastide problematiza la dispersión entre las significaciones otorgadas a la enfermedad mental y a la psiquiatría social. Este autor plantea que la noción de enfermedad mental acarrea grandes diferencias de definiciones según las orientaciones de los usos del término. Y pone en juego la interrelación entre enfermedad mental y el estudio de lo normal y lo anormal (lo patológico), estableciendo que “en el curso de estas discusiones se han ido desprendiendo nociones que interesan a la sociología psiquiátrica tanto como a la etnopsiquiatría” (Bastide, 1998: 90).

Desde la antropología, Benedict introdujo en la década de 1930 una disputa entre la psiquiatría y la antropología. Esta autora pone en cuestión las categorías nosológicas con

las cuales los psiquiatras definen lo anormal en términos de enfermedad mental, y observa en sociedades primitivas estudiadas por etnólogos situaciones análogas a las definidas por ellos como anormales, pero que ocupan lugares diferenciales de la anormalidad. Dice al respecto: “Lo cierto es que existen culturas bien descritas en las cuales los anormales funcionan cómodamente y con honor y, aparentemente, sin peligro, ni dificultad para la sociedad” (Benedict, 1934: 2). Establece que la descripción de esas sociedades nos pone frente a la evidencia de que la anormalidad se define culturalmente y que “ninguna civilización puede utilizar en sus normas tradicionales todo el rango potencial de comportamiento humano” (Benedict, 1934: 10), y concluye diciendo que “el concepto de lo normal es, en realidad, una variante del concepto de ‘el bien’, refiere a lo que la sociedad ha aprobado” (Benedict, 1934: 11).

Por otro lado, John Foley, en un análisis que plasma Bastide, realiza un intento interpretativo para

hacer salir el problema de lo patológico de la subjetividad de los juicios de valores y darle una base científica; no que él elimine los valores, sino que los valores se constituyen aquí en “hechos” colectivos, observables y cuantificables y no como “juicios de valores” (Bastide, 1998: 92).

En este concepto, Foley tiene una interpretación sobre lo anormal (patológico) afín a la desarrollada por Durkheim en *Las reglas del método sociológico*, quien establece que “un hecho solo puede calificarse de patológico con relación a una especie dada” y que “las condiciones de salud y de enfermedad no pueden definirse en abstracto y de una manera absoluta” (Durkheim, 1982: 83).

Otros autores del campo social reinterpretan el hecho de lo anormal-patológico-enfermedad mental a partir de diferentes teorías, particularmente las del “etiquetamiento” y la “teoría de la desviación” (Goffman, 1998a, 1998b; Becker, 2009), y su relación con los procesos de producción. En

este argumento, el valor otorgado a lo normal como adaptación, y a lo anormal como desviación, introduce nuevas dimensiones al análisis de la enfermedad mental, en este caso, vinculadas a la segregación y al castigo en espacios de internamiento crónico.

Esta perspectiva será reinterpretada por Minkowski al determinar que aquel que padece una enfermedad mental (alienado) más que un desviado es un “diferente” que se ha apartado, no respecto a otros hombres sino de sí mismo: a partir de esto, el autor va a establecer que el enfermo mental puede explicarse “no tanto como un desviado sino un diferente” (citado en Canguilhem, 1978: 85).

Para autores del campo social, el “rótulo”, en términos de diagnóstico psiquiátrico, imprime un estigma social (Goffman, 1998a) que no se condice en términos de enfermedad, sino en un conjunto de valores negativos para el sujeto que lo acarrea.

En esta dirección, Rosenhan parte de la hipótesis de que la noción de enfermedad mental pierde todo rigor de verdad al ser determinada por procesos diagnósticos de escasa seriedad. Los difusos límites entre normalidad y anormalidad son el enclave que Rosenhan pone en cuestión. Señala que “la normalidad y la anormalidad, el estar sano y el estar loco [enfermo], así como los diagnósticos que se derivan de ellos son posiblemente menos determinantes de lo que se cree generalmente” (Rosenhan, 1982: 99).

En la misma trayectoria que los aportes antropológicos y sociológicos, un conjunto de autores pertenecientes al campo de la salud mental –específicamente vinculados a movimientos de reformas psiquiátricas– también pusieron en duda la construcción del diagnóstico psiquiátrico y la propia noción de enfermedad mental, tal como se interpreta desde la nosología psiquiátrica.

De los diferentes autores ligados a la reforma psiquiátrica en Italia, se destaca el trabajo de Basaglia, que centró el análisis de la noción de enfermedad mental en las condiciones concretas de producción económico-social, lo que

lo llevó a considerar que no se encuentra definida por la ideología médica, sino por el sistema socio-económico que determina sus modalidades (Basaglia, 1986). La enfermedad mental reviste, en este análisis, un significado distinto según el nivel social del enfermo.

Desde esta perspectiva se le asigna al diagnóstico psiquiátrico un valor de etiquetamiento que codifica una pasividad irreversible que, sostiene Basaglia, puede ser de otra naturaleza; no es siempre ni únicamente patológica, pero, dice, “desde el instante en que se la considera únicamente en términos de enfermedad, no entra en duda la significación discriminatoria de ese diagnóstico” (Basaglia, 1972: 141). Esta construcción deja abierto un interrogante acerca del lugar específico de la enfermedad mental en el contexto global de las problemáticas sociales en general. Este será un nuevo avance en términos teóricos, que enfatiza la imprecisión de esta noción y el riesgo de englobar las problemáticas sociales como enfermedad, al medicalizar aquello que se percibe como problemático cultural y socialmente.

Jervis, otro autor italiano y colaborador de Basaglia, realiza un intento por encontrar una respuesta a este interrogante al analizar las variables particulares que intervienen para que un comportamiento interpretado como desviación o anormalidad se diferencie de otros, en términos sociales, y le incumba en forma particular a la psiquiatría. El autor estableció que aquellos a quienes se atribuye un diagnóstico de enfermedad mental suelen ser individuos con problemas que son más graves, o bien diferentes, de los que padecen el resto de los oprimidos o marginados (citado en Menéndez, 1979: 47). Sin embargo, no logró especificar cuál es esa particularidad que establece la categoría de gravedad.

La antipsiquiatría inglesa de mediados de siglo pasado se preguntó también acerca de los límites en la producción de las categorías que explican la enfermedad mental. La obra del psiquiatra David Cooper cuestiona la noción de enfermedad mental, y establece una crítica a lo que define

como la objetivación de los síndromes y síntomas que son observados para conformar un diagnóstico de enfermedad mental. A partir del intento de definir la esquizofrenia, cuestiona los enunciados diagnósticos y establece que “se refieren a las perturbaciones externas de un grupo y no a los desórdenes de las personas que padecen dichos síntomas” (Cooper, 1985: 15).

Sin embargo, el anclaje crítico más resonante, desde la perspectiva de la antipsiquiatría, estuvo dado por Thomas Szasz, psiquiatra húngaro radicado en Estados Unidos, cuando interpretó que “la categoría enfermedad mental es un mito construido socialmente, una metáfora que equivocadamente se ha considerado un hecho real” (Szasz, 1973: 32). Este autor buscó demostrar que la noción de enfermedad mental funciona como un mito. Para Szasz “los hombres tienen problemas de la vida, problemas biológicos, económicos, políticos y/o psicosociales” (Szasz, 1973: 33), e incorpora dentro de estos últimos a los que afectan los valores morales. También puntualiza que los problemas definidos como enfermedad mental se supeditan a estos valores. Así, la utilización de la noción de enfermedad mental se relaciona con las estructuras de poder económico-político.

La irrupción en el siglo XX de la noción de síndrome o trastorno mental

Con la emergencia de los manuales de clasificación internacional de enfermedades surgen nuevos conceptos para redefinir la problemática en el campo de la salud mental a partir de la emergencia del término de “síndrome” o “trastornos mentales”. Estos manuales se encargan de codificar los modos de pensar y organizar los comportamientos, y los clasifican en categorías nosológicas. Augsburger dice que una clasificación se define como “un sistema de categorías a las cuales se asignan entidades mórbidas de acuerdo con criterios preestablecidos” (Augsburger, 2002: 63), y Conti, Matusevich y Stagnaro agregan que estas codificaciones

han producido en los últimos años un movimiento en el que “la psiquiatría se ha ido vaciando de contenido filosófico para incluirse en el universo de una medicina naturalista y tecnocientífica”; y agregan: “Este proceso de ‘desfilosofización’ del psiquiatra no se da sin efectos sobre los alcances individuales y sociales de su práctica” (Conti *et al.*, 2004: 22).

A partir de la noción de trastorno mental, la psiquiatría, como práctica política, encuentra nuevos nichos de control social que fundan innovaciones al proceso de medicalización, redefiniendo la significación de lo normal o lo patológico (siempre en términos de anormalidad para este último) y las terapéuticas.

Como ya se señaló en otro capítulo de este mismo volumen,¹ a nivel global se utilizan dos instrumentos para la elaboración diagnóstica en salud mental: la *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud* (CIE), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Salud Mental* (DSM), de la American Psychiatric Association (APA).

La CIE es una nosografía de características descriptivas del conjunto de problemas salud-enfermedad, utilizado en principio con fines estadísticos y epidemiológicos. Si bien el propósito de consensuar internacionalmente los sistemas clasificatorios de enfermedades se remonta al siglo XIX, fue recién a partir de la sexta edición del manual de la CIE, publicado en 1952, cuando se incluyó un apartado específico para problemáticas de salud mental. La revisión en vigencia, *CIE-10*, fue publicada en 1994 y, entre sus 21 capítulos, el quinto está dedicado a “trastornos mentales y del comportamiento”, que incluye la mayoría de las problemáticas referidas al campo de la salud mental.

El *DSM* es un instrumento con características de nomenclatura y orientación diagnóstica. Su primera edición data de 1952 y, desde entonces, en sucesivas revisiones,

¹ Ver “Diagnósticos y fármacos en las infancias: una perspectiva analítica desde las ciencias sociales”, en este volumen.

se fueron incorporando modificaciones metodológicas y conceptuales de acuerdo con el contexto socio-político general y del campo de la salud mental en particular.

El *DSM IV-TR*, que aún se utiliza en Argentina, junto al *DSM-5*, reconoce como objetivos, tal como la *CIE-10*, constituirse como una herramienta para la investigación epidemiológica y el intercambio científico. Pero, además, se enuncia como guía útil para la práctica clínica (Stagnaro y Tesone, 2004; Mises, 2004).

Russo y Venâncio señalan que a partir de la versión III, el *DSM* es proclamado como un manual a-teórico, basado en principios de testeo y verificación a partir de los cuales cada trastorno es identificado por criterios accesibles a la observación y medición empíricas. Según las autoras esta clasificación, con pretensiones de neutralidad y generalización para todo tiempo y lugar, condujo a la globalización de la psiquiatría norteamericana (Russo y Venâncio, 2006). Un análisis afín es realizado por Bianchi, quien sostiene que la publicación y circulación del *DSM-III* puede ser entendida como un desbloqueo epistemológico y tecnológico de la psiquiatría biológica estadounidense (Bianchi, 2014).

Es a partir de esta versión del *DSM* cuando emerge el concepto de trastorno mental. Este concepto es asimilable a un “síndrome o manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica, sin especificación de causa” (APA, 1980). El surgimiento del término trastorno, en la década de 1980, significó una categorización binaria, con opciones si/no de acuerdo con “supuestos criterios objetivos dados por una taxonomía del síntoma” (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007: 29). Es interesante señalar aquí los estudios desarrollados por Shorter y publicados en su libro *Historia de la psiquiatría*, de 1999; estos marcan cómo a lo largo de cuarenta años se extendió sensiblemente la clasificación de trastornos en este manual. En el *DSM-I*, en 1952, se detallaban 106 diagnósticos y en el *DSM IV*, en 1994, alcanzaban los 297 diagnósticos (citado en González Pardo y Pérez Álvarez, 2007: 31). Con la

publicación del *DSM-5* la producción de nuevos trastornos se vio incrementada aun más drásticamente. Esto puede enmarcarse en lo que se denomina un viraje hacia un abordaje dimensional (Bianchi, 2016), que en lugar de recortar entidades discretas apunta a establecer continuos y borra todavía más las demarcaciones entre lo definido como normal y patológico. Según Allen Frances, esto se da de dos maneras: nuevos diagnósticos que podrían ser comunes en la población general, y umbrales de diagnósticos más bajos para muchos desórdenes existentes (Frances, 2010).

En el sentido aquí desarrollado, Arthur Kleinman y Meter Benson agregan que a través de estos instrumentos la experiencia moral del paciente está siendo privada de moralidad, y que la subjetividad misma está experimentando cambios “en virtud de los cuales se reconfiguran alrededor procedimientos burocráticos y modelos técnicos de manera que la vida deviene algo nuevo, diferente y peligroso” (Kleinman y Benson, 2004: 21). El *DSM* utiliza desde entonces la noción de trastorno mental como “un concepto que no tiene límites precisos y que carece de una definición operacional” (Korman e Idoyaga Molina, 2010: 31). El propio manual expresa la conflictividad acerca de esta conceptualización, a pesar de lo cual la asume y la instala como hegemónica para la lectura de las problemáticas en el campo de la salud mental.

Así, la noción de trastorno mental posibilita nuevas interpretaciones acerca de prácticas, comportamientos, actitudes y otras dimensiones de los sujetos individuales y sociales sobre los cuales interviene específicamente el campo de la salud mental. De modo que el concepto de trastorno mental abre nuevos desafíos que reinterpretaron lo normal, lo anormal, la desviación y la diferencia en innovadores procesos de medicalización/biomedicalización y farmacologización.

Padecimiento mental como una categoría disruptiva en el campo de la salud mental en Argentina

Con la sanción de la Ley 26.657 irrumpe en la Argentina una nueva enunciación en el campo de la salud mental: *padecimiento psíquico* o *sufrimiento mental*. Es posible ubicar los antecedentes de este concepto en algunas de las convenciones pertenecientes a la Asociación Mundial de Psiquiatría, tales como la *Declaración de Hawaii II* y la *Declaración de Madrid*. Estas enuncian un conjunto de principios para la práctica del profesional psiquiatra en el marco del respeto por los derechos humanos y definiendo a las personas, ya no sobre la base de una enfermedad o trastorno, sino de un nuevo concepto, el de *padecimiento mental*.

La mención en estos documentos de la noción de padecimiento psíquico o sufrimiento mental puede ser vinculada a una ruptura epistemológica en el campo de la psiquiatría y la salud mental. Algunos autores enlazan la enunciación de estas nociones a la emergencia de la constitución del propio campo de la salud mental (Galende, 1990). El sufrimiento psíquico se vincula con el tejido social en el sentido de entender el padecimiento como un concepto no restringido a la noción de enfermedad-trastorno, como fue expuesto hasta aquí, sino a la propia relación del sujeto con lo social y lo cultural, e incorporando su punto de vista (Menéndez, 1997; Alves, 1993).

Estas nociones irrumpen y dislocan las concepciones biomédicas sobre el propio proceso de salud-enfermedad/trastorno-atención. A diferencia del concepto de enfermedad o trastorno, los enunciados de padecimiento o sufrimiento fundan un concepto histórico-social y cultural sobre el padecer/sufrir que, dadas estas características, es cambiante en cada contexto. Galende introduce la noción de *performatividad* para demostrar esta diferencia, y establece que “los enunciados performativos constituyen un caso particular de lo que Bourdieu denomina ‘dominación

simbólica', hecho constatable en el juego de poder (y frecuentemente de violencia) que sostiene la intervención del psiquiatra" (Galende, 2008: 56).

Desde la perspectiva que se adopta en este capítulo, el padecimiento o sufrimiento involucra un presupuesto epistemológico que incluye la subjetividad como elemento sustantivo, sin limitar la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas definidas, sino a la comprensión de la emergencia de nuevas representaciones y expresiones de las formas de padecer.

Diversas investigaciones antropológicas brindan también un aporte sobre la relación entre cultura y padecimiento. En este sentido, y entendiendo que la cultura se vincula con la producción de sentidos y significados por los cuales los sujetos organizan y simbolizan sus prácticas, la noción de sufrimiento mental se puede pensar como una construcción histórica social cultural compleja y de múltiples dimensiones. Los estudios sobre padecimientos crónicos (Strauss y Glasser, 1975) introdujeron dimensiones acerca del sufrimiento en tanto redefinición de la propia vida de los sujetos, y de las relaciones de estos con otros sujetos.

En sus trabajos sobre VIH, Grimberg (1999, 2000, 2003) realizó aportes para pensar el padecimiento crónico que podrían ser asimilables para abordar el padecimiento mental. Esta autora hace referencia a que un complejo variado de padecimientos "es un acontecimiento y un proceso a la vez individual y colectivo, cuya conformación y sentido deben contextualizarse en los modos, las condiciones y las trayectorias de vida de los sujetos" (Grimberg, 2003: 81). Así, el padecimiento no puede leerse como un suceso preciso en la vida de un sujeto, sino por el contrario, como un acontecimiento que coloniza la vida misma y se confunde con ella (Grimberg, 2003; Tamburrino, 2009). Se trata entonces de colocar el padecimiento como una construcción subjetiva e intersubjetiva enlazada a procesos

estructurales e históricos. Kleinman, por su parte, aporta que la experiencia del padecer incluye la vida moral de quien la sufre (Kleinman, 1988).

Francisco Mercado Martínez y su equipo, siguiendo a Scheper-Hughes y Lock, hablan de la “experiencia del padecimiento” y la definen como

[...] aquel fenómeno social cambiante de naturaleza subjetiva en la cual los individuos y sus integrantes de la red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo o emocionales, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos, y una serie de eventos ligados y/o derivados del padecimiento y de su atención, todo ello en el marco de las estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan y modelan (Mercado Martínez *et al.*, 1999: 182).

Estos autores hablan también de “trayectoria del padecimiento” y de “carrera del padecimiento”. Por trayectoria del padecimiento entienden “aquel proceso cambiante que abarca desde el inicio de los síntomas y llega hasta la muerte e incluye las percepciones, evaluaciones, manifestaciones y efecto a corto o largo plazo tanto en el individuo como en quienes lo rodean a causa del padecimiento” (Mercado Martínez *et al.*, 1999: 182). Esta perspectiva de la trayectoria del padecimiento se aleja de las consideraciones tradicionales de la historia natural de la enfermedad según la biomedicina o los modelos de análisis sociomédicos.

Por otro lado, “la carrera del padecimiento” es concebida como:

[...] el proceso en el cual los sujetos buscan, seleccionan, usan y evalúan determinadas estrategias, medidas y programas para la atención de su padecimiento [...]. Un proceso cambiante [en el cual] se incluyen las formas, las modalidades como los individuos organizan y responden a su enfermedad,

teniendo en cuenta los modos de atención existentes en su medio, así como los recursos materiales y simbólicos disponibles (Mercado Martínez *et al.*, 1999: 183).

Byron y Mary-Jo Good proponen incluir en el llamado “cultural hermenéutico” la noción de padecimiento en un sentido fundamentalmente semántico, y establecen que su transformación en enfermedad sucede a través de un proceso de atribución de significados que asigna cada sujeto en una red de significados inherentes a cada cultura (Good y Good, 1980).

Almeida Filho añade aspectos políticos e ideológicos a los aportes hasta aquí analizados, poniendo permanentemente en juego los diferentes modelos de complejidad que tiene esta precisión. Coincidiendo con lo expresado por Augsburg (2004), su contribución ayuda a problematizar las condiciones concretas en que se generan los padecimientos, al otorgarles a estos un carácter procesual e histórico que no queda expresado en las clasificaciones mórbidas, y cuya utilización, como fue señalado en la noción de enfermedad o trastorno, conduce a una patologización de las situaciones cotidianas (Almeida Filho, 2001).

Debates actuales: tensiones, conflictos y oportunidades

En esta segunda parte del capítulo se avanza en las oportunidades que la Ley 26.657 ha generado en la Argentina en el campo de la salud mental en torno a un nuevo paradigma des/institucionalizador y des/medicalizador, vinculado a la noción de padecimiento mental y en tensión con la noción de enfermedad/trastorno; y los intersticios sobre los cuales algunos actores contestatarios fortalecen instancias conflictivas en virtud de consolidar intervenciones que colisionan con la norma.

De modo que el acontecimiento de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental adquiere un aspecto de importancia central para los procesos analizados en Argentina a lo largo de este libro, ya que construye una instancia analítica que nos permite problematizar no solo las relaciones de poder, en tanto posiciones no ubicadas en la exterioridad del campo de tensiones, que son a la vez intencionales y no subjetivas (Foucault, 2002a), sino también las relaciones que encuentran resistencias.

Antecedentes: actores en pugna

Como se señaló, la Ley 26.657 fue promulgada en diciembre de 2010, y su sanción puede analizarse como un acontecimiento, es decir, en el sentido práctico, político, institucional y moral. En este contexto los debates y disputas en torno al proyecto de ley no reflejaron nuevas prácticas, sino que permitieron analizar sus formas ocultas (Foucault, 2002b).

Así, los actores contestatarios al texto de la norma pueden visibilizarse analizando las discusiones planteadas en el Parlamento, en el transcurso de los años 2009 y 2010, cuando se generaron foros, encuentros y debates públicos en los cuales participaron académicos, organismos internacionales, organismos de derechos humanos, autoridades políticas, asociaciones de profesionales y familiares, y usuarios de servicios de salud mental, que plantearon diversas teorías en torno a la problemática de la salud-enfermedad-trastorno/padecimiento mental y a los procesos de reforma (Faraone, 2012).

Las disertaciones desarrolladas en ese momento ya mostraban ciertas relaciones de poder dentro del campo de la salud mental. En la figura del médico psiquiatra, a través de sus corporaciones, se cristalizó un poder que invisibilizaba a otras profesiones del campo de la salud mental. Sin embargo, ya era posible observar en ese momento que, a pesar de discursos de diferenciación respecto de la psiquiatría, algunos representantes de esas otras profesiones

reproducían, en sus alocuciones, el discurso médico, como una multiplicación en espejo de la situación de hegemonía, de poder y subordinación.

En ese momento era palpable que en algunas disertaciones de los representantes de instituciones se observaba una apropiación de la mirada médica por otras profesiones del campo de la salud mental, en un movimiento análogo al que, en este mismo libro, Eugenia Bianchi alude como lógica de ventriloquía de los saberes.² Así, la condición de esta mirada, su neutralidad, la posibilidad de ganar acceso al objeto, en suma, la relación misma de objetividad, constituida desde el saber médico y tomando sus criterios de validez (Foucault, 2005), desplazaban los términos desde la lectura sobre el campo problemático actual (al que se orientaría la ley en vías de elaboración), hacia explicaciones que estuvieron vigentes en momentos históricos anteriores, y que fueron fruto de otras configuraciones problemáticas muy diferentes a la que convocaba a la elaboración de la ley.

Es interesante en este punto recordar cómo Foucault expone, tomando el período entre 1800 y 1830, que la propia creación de la psiquiatría, a diferencia de lo que comúnmente se interpreta, se dio como una especialidad de la medicina, aunque sin contar con procedimientos acordes a su práctica. Y releva una serie de procedimientos psiquiátricos que se legitiman con la medicina en el momento en que esta adquiere el estatuto de ciencia (Foucault, 2005).

A diferencia de lo planteado por Foucault para aquel período histórico (que, dicho sea de paso, se cimentaba en el análisis de experiencias europeas), en las disertaciones de los representantes de instituciones y organizaciones se percibió algo nuevo: la existencia de profesiones no médicas que le disputaban a la medicina ciertos principios y hegemonías, hasta entonces formulados como privativos de esta

² Ver “La medicalización contra las cuerdas. Puntuaciones teórico-metodológicas y desafíos para la investigación de la medicalización desde el análisis del TDAH en Argentina”, en este volumen.

profesión. Se observó que, subterráneamente, no se trataba de discursos que legitimaran el accionar de la psicología, el derecho, la sociología o la política, como otros aportes más allá de la psiquiatría, contribuyendo al denso y enmarañado campo de la salud mental, sino de la reproducción en otros saberes, de las lógicas y argumentaciones de un saber ya certificado para encargarse de la locura y del loco, como lo es la medicina, a través de la psiquiatría como especialidad médica.

Así, ciertos discursos no médico-psiquiátricos del campo de la salud mental asumían expresiones ligadas al saber médico como condición de su propia legitimidad argumentativa sobre el tema. Esto conduce a considerar que las prácticas psiquiátricas no solo pueden pensarse desde la psiquiatría como profesión, sino que son productoras de una serie de manifestaciones que representan tácticas puestas en acción. Estas constituyen enunciados de verdad, y proyectan relaciones de poder y enfrentamiento, que luego se despliegan y observan en las intervenciones profesionales cotidianas.

Los debates parlamentarios posibilitaron entender una lógica en la cual la diferenciación no solo se manifiesta en contraposición a un modelo médico hegemónico (Menéndez, 1985), sino al interior de los propios campos profesionales. En este contexto, el rol que asumieron las organizaciones pertenecientes a otros campos sociales y de derechos humanos fue un elemento aglutinador que permitió avanzar hacia una lógica des/institucionalizadora y des/medicalizadora.

En el debate epistemológico en torno a la definición del objeto de intervención, se observó un anclaje que diferenció los actores que traían al escenario los desacuerdos sobre los diagnósticos y los procesos terapéuticos. Las corporaciones psiquiátricas plantearon el debate entre lo enunciado por la Ley, el padecimiento psíquico, y las definiciones de enfermedad o trastorno mental. En este punto la identidad médica dejó su impronta, según la cual no sería posible pensar

la intervención en el campo de la salud mental por fuera de las nociones históricamente construidas de enfermedad y de trastorno. En esta disputa se observó una construcción ahistórica y asocial de la expresión “enfermedad-trastorno mental”, y de la incidencia que tienen los procesos socioeconómicos, laborales y de la cultura dominante en la conformación de nuevas formas de malestares (Galende, 2008).

Las corporaciones que se oponían a la noción de padecimiento psíquico plantearon la necesidad de definir el objeto de la ley como enfermedad o trastorno. En este punto, la discrepancia entre los psiquiatras y el resto de las organizaciones representadas en el debate produjo una fractura que no fue posible subsanar hasta hoy. El límite expuesto por la psiquiatría en el concepto de enfermedad o trastorno, lejos de ser una noción que ha resguardado a los sujetos de la medicalización y farmacologización, los ha expuesto a estos procesos en un complejo camino de doble vía.

Los avances medicalizadores en los órganos de gobierno: resistencia y consolidación de actores

Con el cambio de autoridades nacionales en Argentina, en diciembre de 2015, fue nombrado director nacional de Salud Mental un médico psiquiatra de la Ciudad de Buenos Aires, quien previamente había ocupado la función de coordinador de Redes de Atención en Salud Mental. Su gestión en esta ciudad se había caracterizado por una fuerte oposición a los contenidos de la Ley 26.657 y su explícita voluntad de incumplirla, en concordancia con las corporaciones médico-psiquiátricas de esa jurisdicción.

Al finalizar el segundo año de su mandato en la Dirección Nacional comenzó a circular un borrador de un nuevo decreto reglamentario, listo para la firma del Poder Ejecutivo Nacional, cuyo contenido, lejos de ceñirse a las funciones de un decreto reglamentario, transformaba radicalmente el contenido de la misma Ley 26.657, sin pasar por el Congreso Nacional.

Entre los principales aspectos que modificaba el proyecto de decreto se encontraban aquellos que se vinculan a los contenidos expuestos en este capítulo, ya que el borrador transformaba la concepción de salud mental definida por la ley y la sustituía por la de “estado de bienestar y de alteración en el comportamiento”, focalizando en un aspecto comportamental alterado, y deslindándose de la consideración de otros múltiples determinantes que están enunciados en la norma (históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos).

En este sentido, se avanzaba también sobre una concepción biologicista y de prácticas fundadas en evidencia científica, desdibujando los componentes interdisciplinarios e intersectoriales fundantes de la norma. Pero además implicaba una subsunción del concepto de padecimiento psíquico al de trastorno mental. En este proyecto se precisaba el padecimiento como

todo tipo de trastorno mental o del comportamiento que se encuentre descripto o sea objeto de atención en el Capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS, CIE-10ª Revisión) y las sucesivas versiones de dicha clasificación,

desandando y tergiversando el propio sentido de lo aquí descripto como sufrimiento o padecimiento, y anudándolo exclusivamente a las características biologicistas e individualizantes de la noción de trastorno.

Ante esta situación, en la Argentina se vivió un proceso que abrió un nuevo espacio de debates y disputas entre organizaciones, instituciones, profesionales y sociedad civil que se manifestaron a través de documentos que circularon por diversas redes.

A fin de delinear el mapa de fuerza y actores en pugna en relación con el proyecto de decreto, vale destacar tres asociaciones vinculadas a corporaciones médicas que presentaron documentos institucionales con pronunciamien-

tos en concordancia con el proyecto de decreto: la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA, s./f.), la Asociación de Médicos Municipales (AMN, 2017) y la Asociación Argentina de Psiquiatras. Estas asociaciones son las mismas que en el proceso parlamentario pusieron objeciones estrictas a la norma, y en forma particular, a la necesidad de revertir el concepto de padecimiento psíquico, estableciendo que el diagnóstico en el campo de la salud mental solo puede estar vinculado a la concepción de enfermedad/trastorno. Un médico psiquiatra perteneciente a una de estas organizaciones ya expresaba en una entrevista realizada en 2011 lo que luego se incluyó en este proyecto:

En las opiniones que dimos sobre el proyecto de ley, proponíamos que quedara clara y taxativamente puesta la frontera señalada por la OMS. La Argentina ha firmado la carta de la OMS. Digamos claramente que esta ley es sanitaria, no de derechos humanos. Contempla la situación de las personas con trastornos mentales según la Clasificación Internacional de Enfermedades, según la OMS. Porque ahí entonces ponemos el límite de lo que vamos a tratar.

Los intersticios abiertos desde el arribo de la nueva gestión de gobierno nacional, y más específicamente, desde la Dirección Nacional de Salud Mental, reposicionaron a estos actores quienes, sin debate parlamentario, quisieron impulsar una modificación radical de ciertos aspectos de la ley vinculados particularmente a la primacía de la hegemonía médica, en desmedro de la interdisciplina y la intersectorialidad, y con profundas consecuencias en los procesos des/institucionalizadores y des/medicalizadores y particularmente de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental que la ley establece (Kraut, 2006; OMS, 2005).

Por otra parte, entre los documentos que emergieron con un contundente pronunciamiento de rechazo al proyecto de reglamentación inconsulto, es posible ubicar a actores de organizaciones de profesionales, sindicatos,

organismos de derechos humanos y organismos de la sociedad civil. Circunscribiéndonos a los principales, podemos destacar la declaración del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones, un órgano creado por la Comisión Nacional Interministerial de Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA, Acta 6/2014), e integrado por diferentes organizaciones (sindicatos, asociaciones gremiales, asociaciones y colegios de profesionales, organismos de derechos humanos, unidades académicas y organizaciones de usuarios), cuyos representantes-consejeros, de acuerdo con la mencionada Acta, ejercen sus funciones por cuatro años. Este consejo, tal como su nombre lo indica, cumple el rol de consultor honorario de las autoridades nacionales de salud mental; sin embargo, no fue convocado ni consultado durante el proceso de redacción del proyecto de reglamentación (Fepra, 2016).

Un rol estratégico en esta disputa fue el asumido por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS, 2017). Este organismo, a través de la Red de Salud Mental Comunitaria y Derechos Humanos, presentó un documento acompañado por más de 300 adhesiones de organizaciones de toda la Argentina, que fue presentado en conferencia de prensa a los pocos días de conocerse la noticia sobre el proyecto de decreto (*Página/12*, 2017). Este espacio permitió que el debate trascendiera los límites del propio campo de la salud mental para instalarse en algunos de los medios de comunicación masiva.

También, y por primera vez en forma contundente, la Academia se aglutinó en torno a un documento firmado por 370 instituciones universitarias del país y del extranjero (facultades, carreras, cátedras e institutos de investigación). Este documento, redactado por el Grupo de Estudio sobre Salud Mental y Derechos Humanos (GESMyDH) del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, fue presentado ante la Jefatura de Gabinete, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (GESMyDH).2017

Otras instituciones, vinculadas a asociaciones de profesionales, también elaboraron diversos documentos, que circularon por redes sociales, con una impronta contestataria al proyecto de reglamentación, entre los que podemos destacar: un documento conjunto de la Asociación Psicoanalítica Argentina, la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires y la Escuela de la Orientación Lacaniana, y otros documentos redactados por la Asociación de Psiquiatras y Adherentes por los Derechos Humanos (APADH, 2017), la Asociación de Psicólogos del Gobierno de la CABA (2017) y el sitio Topía de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura (*Topía*, s./f.).

Si bien los documentos tienen perspectivas teóricas y analíticas diversas, en todos ellos se indica que el proyecto de reglamentación constituye un retroceso en los principios que la Ley 26.657 sostiene. Así, se señala que el proyecto de decreto, antes que reglamentarla, viola la propia norma, porque erige una lectura de la problemática de salud mental con efectos biologicistas e individualizantes, donde los corolarios más resonantes de este posicionamiento son la institucionalización de procesos medicalizadores, bio/medicalizadores y farmacologizadores.

Los avatares producidos en torno al proyecto de reglamentación pudieron frenar momentáneamente su avance, y el decreto no se promulgó. Al poco tiempo fue alejado del cargo el director de Salud Mental, y se presentó públicamente un posicionamiento del Ministro de Salud que manifestó la intención de “convocar a los grupos que están implicados, todos los sectores, escuchar sus aportes y contarles cuáles son las controversias” (*Clarín*, 2017). Asimismo, en relación con el expediente abierto por el GESMyDH presentado por los ámbitos académicos, el secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgo del Ministerio de Salud informó formalmente, el 22 de diciembre de 2017, que el proceso se llevará a cabo recepcionando la opinión de los sectores involucrados. Como un claro ejemplo de los procesos de medicalización en Argentina, la problemática está lejos de cerrarse.

Además de este conflicto, vale mencionar que, entre las problemáticas que emergen en 2017 en el cruce de los campos legislativos y de la salud mental en Argentina, se cuentan también los avances orientados a la promulgación de una ley para el TDAH, precisamente nuestro objeto de estudio recurrente como analizador de los procesos de medicalización y farmacologización en el país. En el próximo apartado se trabaja este otro frente problemático abierto durante el último año.

El avance de leyes por patología. Un nuevo intersticio legislativo

Como se desprende de lo hasta aquí narrado, en Argentina las críticas y resistencias al manual *DSM*, y junto con esto a los procesos de medicalización, biomedicalización y farmacologización, pueden asociarse, a partir de 2010, a la Ley Nacional de Salud Mental; no obstante, los grupos que la resisten buscan intersticios para su horadación. Además del antedicho proyecto de reglamentación inconsulto que logró frustrarse, otras acciones vinculadas a los aspectos legislativos se enfocaron en algunos padecimientos determinados. En este contexto surgieron las “leyes por patología”, denominadas así ya que expresan formas de diagnóstico y tratamiento, definiendo el objeto como trastorno y describiéndolo según el *DSM*.

A nivel nacional, en 2015 se sancionó la Ley 27.043 de Abordaje Integral e Interdisciplinario de las Personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), y al año siguiente la Ley 27.306 de Abordaje Integral e Interdisciplinario de las Personas con Dificultades Específicas del Aprendizaje (DEA). Estas normas contaron con el apoyo de entidades de profesionales, la industria farmacéutica y algunas asociaciones de padres y familiares.

Cabe señalar que en ambos casos se trata de normas nacionales, que regulan las prestaciones de los organismos de salud estatales nacionales, de la seguridad social médica

y de la medicina privada. Sin embargo, para que se cumplan a nivel de los Estados provinciales, cada jurisdicción debe adherir sancionando una norma correspondiente. A la Ley 27.043 adhirieron nueve provincias,³ a través de legislaciones jurisdiccionales específicas, mientras que a la Ley 27.306 lo hicieron cuatro provincias.⁴ Sin embargo, y paralelamente, existen otras normas provinciales, solo aplicables a esa jurisdicción, que se inscriben en diferentes problemáticas de la salud mental, siempre vinculadas a la infancia, tales como TEA, trastorno generalizado del desarrollo (TGD), autismo, síndrome de Asperger, entre otros. En este caso, solo cinco provincias no sancionaron, a enero de 2018, legislaciones de este tenor.⁵

En 2017, el asunto en la agenda parlamentaria nacional, que puso nuevamente en escena la problemática de los diagnósticos medicalizados en las infancias, fue el avance de un proyecto, con giro a Comisiones, de la Ley de Creación del Programa Nacional de Protección Integral para Niños, Niñas y Adolescentes con TDAH (Expediente 5881 D 2017). En función de los avances observados hasta el momento, todo indicaría que será tratado en el año 2018 en Diputados.

El antecedente de este proyecto lo constituye uno de igual nombre sancionado en la provincia de Salta en diciembre de 2016, la Ley 7.985, que si bien fue promulgada a principios de 2017, aún no se ha reglamentado (*Informe Salta*, 2017), lo que suscitó acciones de protesta de un grupo de madres que a mediados de diciembre de ese año se encadenaron frente a la legislatura provincial, y entregaron un petitorio pidiendo al gobernador que se reglamente la ley (*La Gaceta Salta*, 2017). Este grupo de madres, nucleadas en la *Fundación Por un Mañana Mejor*, impulsa desde fines

³ Chubut, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Tierra del Fuego y Tucumán.

⁴ Córdoba, Entre Ríos, Misiones y Salta.

⁵ Catamarca, Formosa, San Juan, San Luis y Santa Cruz.

de 2016 la campaña por una ley nacional de TDAH, para lo cual ya iniciaron la recolección de avales en diversas provincias (*Tiempo Sur*, 2017).

Volviendo al proyecto nacional, vale destacar que además del ya señalado, existen otros dos proyectos relacionados con TDAH presentados en la Cámara de Diputados, que aún no fueron girados a Comisión (Expediente 0944 D 2017 y Expediente 1893 D 2017). Es posible que se trabaje en la unificación de estos ya que, además, no difieren sustancialmente en su contenido, sino que transparentan la intención de diferentes bloques legislativos de asumir el tratamiento de la temática.

Algo que se destaca en los tres proyectos es que el TDAH es definido desde el manual *DSM*, que lo ubica como un “trastorno neurobiológico”, a partir del cual se asume como objetivo principal de los proyectos la garantía de cobertura, acorde con esa conceptualización, en los tres subsectores de salud.

En los fundamentos del proyecto girado a Comisión se avanza en la implementación de tratamientos que, de acuerdo con lo especificado en el documento, deben estar a cargo de “equipos multidisciplinarios médicos”. Según se describe, estos equipos deben intervenir activamente con el niño o la niña, sus padres, el personal de la escuela, psicólogos y psicopedagogos. Una primera y básica lectura del texto arroja que se circunscribe todo tratamiento al campo médico, quebrando el principio de interdisciplinariedad e intersectorialidad que, como ya se ha expresado de acuerdo con la Ley 26.657, debe regir los abordajes en salud mental. El proyecto establece además, para “casos graves”, pero sin definir a qué se refiere con gravedad, los tratamientos medicamentosos con estimulantes como el metilfenidato y la atomoxetina.

Más ampliamente, es en el contexto de avances y retrocesos en torno a la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental que los grupos de corporaciones médicas y la industria farmacéutica han encontrado nuevos

nichos para ir horadando su contenido. Así todas estas legislaciones o proyectos legislativos, como es el caso de TDAH, avanzan en recolocar el concepto de trastorno como central para el diagnóstico y tratamiento en este campo.

Muchas voces se alzan en la Argentina reclamando a los diputados no avanzar en la institucionalización de estos procedimientos normativos, entre ellos un actor central es el Forum Infancias⁶ que, junto a otras organizaciones sociales, de derechos humanos y profesionales vienen instalando este problema en la agenda pública. También en este caso, el escenario está abierto y no es posible realizar afirmaciones conclusivas del rumbo que puede tomar este campo de disputas.

Palabras finales

Se han repasado a lo largo de este capítulo los dilemas en torno a los conceptos, nociones y tipificaciones en salud mental. Así, se profundizó en conceptos como *enfermedad*, *trastorno*, y *padecimiento* o *sufrimiento*, acentuando especialmente que estas formaciones discursivas acarrearán prácticas y políticas diversas, al tiempo que perspectivas disímiles referidas a los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental, en nuestro caso particular, de niñas, niños y adolescentes.

El enfoque en la noción de *padecer*, inscripto en la Ley 26.657, condujo a problematizar la construcción de una categoría cultural y, por lo mismo, cambiante en cada contexto; además, admitió un supuesto epistemológico que contiene a la “subjetividad” como elemento sustantivo, no limitando la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas definidas (tal la dimensión de

⁶ Ver “Actores sociales en torno al TDAH en las infancias. Una década de investigaciones en Argentina”, en este volumen.

enfermedad o trastorno), sino a la comprensión de nuevas representaciones y expresiones de las formas de padecer. Esta noción encontró acogida en los procesos des/institucionalizadores y des/medicalizadores afines a la garantía de los derechos humanos.

Por otro lado, el análisis exigió tomar en cuenta la aparición de nuevas tecnologías y la transformación de los usuarios de los servicios de salud mental en “consumidores”. En este punto la enunciación del sujeto de intervención desde la noción de *trastorno* encontró a la medicina en un movimiento inverso del alienismo, fundamentalmente hospitalocéntrico y con una relación médico-paciente fundada en un “tratamiento moral” a partir del encierro. En este concepto, el internamiento prolongado se ligaba a la corrección de la “anormalidad” y a la supresión de la “peligrosidad social”, en cambio los nuevos procesos medicalizadores proponen innovadoras estrategias de disciplinamiento en el exterior de los muros institucionales. Para abordar estas cuestiones se analizaron los manuales de clasificación de enfermedades, en especial el *DSM*.

El término “trastorno mental” condujo a la globalización de la psiquiatría hegemónica estadounidense y a una asociación particular con la industria farmacéutica, que consolidó una fuerte articulación entre la inclusión de diagnósticos y la producción de medicamentos. Los debates actuales sobre la versión *DSM-5* incluyen lo que se define como “abordaje dimensional”, que en lugar de recortar entidades discretas apunta a establecer continuos y borra aun más las demarcaciones entre lo definido como normal y patológico.

En este contexto, el sujeto consumidor masificado es el que interesa a la actual construcción social. Precisamente, en estos procesos la extensión de áreas que antes correspondían a otras dimensiones de intervención –como el trabajo social, la educación o la recreación– son consideradas un espacio en el cual los problemas de la vida son convertidos en problemas del campo de la salud mental.

Como se desarrolló en este capítulo, en Argentina las críticas y resistencias al manual *DSM*, y junto con esto a los procesos de medicalización, biomedicalización y farmacologización, pueden asociarse, a partir de 2010, a la Ley Nacional de Salud Mental. Sin embargo, también analizamos las hendijas por la cuales los grupos contestatarios a la norma consolidan espacios a fin de horadar sus principios. Se describieron dos instancias en las cuales se pudieron observar estos avances en los últimos años: por un lado, el proyecto inconsulto de una nueva reglamentación de la propia norma, que transformaba radicalmente el sentido de la ley sin discusión parlamentaria; y, por otro lado, el avance sobre legislaciones específicas por patología, tal los ejemplos de TEA, DEA y, actualmente, los proyectos en curso de la Cámara de Diputados de la Nación sobre TDAH.

Estos avances encuentran resistencias. Grupos vinculados a profesionales, asociaciones civiles, sociales y de derechos humanos han logrado momentáneamente detener el avance del proyecto de reglamentación, sin embargo, aún esta participación no ha conseguido evitar que se legisle sobre normativas específicas por patología que reinstalan procesos medicalizadores, biomedicalizadores y farmacologizadores, particularmente destinados a las infancias. En la Argentina, el escenario en torno a estos procesos está abierto y no es posible realizar afirmaciones conclusivas del rumbo que puede tomar este campo de disputas.

Bibliografía

- Almeida-Filho, N. (2001). "For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes", *Cadernos de Saude Publica*, 17, 4, 753-799.
- Alves, P. (1993). "A experiência da enfermidade: considerações teóricas", *Cadernos de Saude Publica*, 9, 263-271.

- Augsburger, A.C. (2004). "La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología", *Psicología & Sociedade*, 6(2), 71-80.
- Augsburger, A.C. (2002). "De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave", *Cuadernos médicos sociales*, 80, 61-75.
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Barral.
- Basaglia, F. (1986). "La institución psiquiátrica de la violencia", en Suárez, A. (org.), *Razón, locura y sociedad*. México: Siglo XXI.
- Bastide, R. (1998). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI.
- Becker, H. (2009). *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Benedict, R. (1934). "La antropología y el anormal", *Journal of General Psychology*, 10(2), 59-82. Trad. García M.G. y Cler Pereira, N. Cátedra de Historia de la Teoría Antropológica, Departamento de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Disponible en <https://goo.gl/3q6HXg> [consulta: diciembre de 2011].
- Bianchi, E. (2014c). "Todo tiene un principio... y en el principio fue el *DSM-III*. El desbloqueo epistemológico y tecnológico de la psiquiatría biológica estadounidense", *CulturasPsi*, 1, 87-114.
- Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Conti, N.; Matusevich, D. y Stagnaro, J. (2004). "Historia y epistemología de la psiquiatría", *VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría*, 55, XV, 22-24.
- Cooper, D. (1985). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Barcelona: Paidós.
- Durkheim, É. (1982). *Las reglas del método sociológico*. España: Hypspamérica.

- Faraone, S. (2012). "El acontecimiento de la ley nacional de salud mental. Los debates en torno a su sanción", *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 2, 4. Disponible en <https://goo.gl/gVpeSD> [consulta: diciembre de 2016].
- Foucault, M. (1961). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Foucault, M. (2002a). *Historia de la sexualidad*. Argentina: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2002b). *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2010). "Polémicas, problemas y problematizaciones", en Foucault, M. *Estética, ética y hermenéutica* (Obras Esenciales, vol. III). Barcelona: Paidós.
- Frances, A. (2010). "Preparémonos. Lo peor está por venir: el DSM-V, una pandemia de trastornos mentales", *Revista Topía*. Disponible en <https://goo.gl/5FnA3D> [consulta: febrero de 2013].
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental*. Buenos Aires: Lugar.
- GESMyDH (2017). "Los ámbitos académicos nos pronunciamos. Por la defensa de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657 y su decreto reglamentario 603/2013". Disponible en <https://goo.gl/xnegdn> [consulta: enero de 2018].
- Goffman, E. (1998a). *Estigma. La identidad deteriorada*. Argentina: Amorrortu.
- Goffman, E. (1998b). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Argentina: Amorrortu.

- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, H. (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Good, B. y Good, M.J. (1980). "The meaning of symptoms. A cultural hermeneutic model for clinical practice", en *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht: Reidel.
- Grimberg, M. (1999). "Vivir con VIH: experiencia de la enfermedad y narrativas biográficas", en *Nuevos escenarios regionales e internacionales, III Reunión de Antropología del Mercosur*, 82-85.
- Grimberg, M. (2000). "Género y VIH-sida. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH", *Cuadernos Médico Sociales*, 78, 41-54.
- Grimberg, M. (2003). "Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH", *Cuadernos de Antropología Social*, 17, 79-99.
- Kleinman A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, J. y Benson, P. (2004). *La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina*. Disponible en <https://goo.gl/DGqk7L> [consulta: marzo de 2011].
- Korman, G. y Idoyaga Molina, A. (2010). *Cultura y depresión*. Buenos Aires: Akidia.
- Kraut, A. (2006). "Derechos humanos y salud mental en la Argentina", en Galende, E. y Kraut, A., *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar.
- Menéndez, E. (1979). *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Nueva Imagen.
- Menéndez, E. (1985). "Modelo médico hegemónico. Crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud", *Cuadernos Médico Sociales*, 33.
- Menéndez, E. (1997). "El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad", *Relaciones*, 69, 237-270.

- Mercado Martínez, F.; Robles Silva, L.; Ramos Herrera, I.; Moreno Leal, N. y Alcántara Hernández, E. (1999). "La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico", *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 1 jan-mar, 179-186.
- Mises, R. (2004). "Prólogo", en *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente*. Buenos Aires: Polemos.
- Murillo, S. (1996). *El discurso de Foucault. Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*. Buenos Aires: CBC.
- OMS (2005). *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental. Derechos humanos y legislación*. Ginebra.
- Rosenhan, D. (1982). "Acerca de estar sano en un medio enfermo", en Watzlawiek, P., *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
- Russo, J. y Venâncio, A.T. (2006). "Classificando as pessoas e suas perturbações: a 'revolução terminológica' do DSM III", *Revista Latinoamericana de Psicopatología*, IX, 3, 460-483.
- Stagnaro, J.C. y Tesone, J.E. (2004). "Presentación", en *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente* (CFTMEA). Buenos Aires: Polemos.
- Strauss, A. y Glaser, B. (1975). *Chronic Illness and Quality of Life*. St. Louis: Mosby.
- Susser, M. y Susser, E. (1996). "Choosing a future for epidemiology I: Eras and paradigms", *Am. J. Public Health*, 86, 668-673.
- Szasz, T. (1973). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Tamburrino, C. (2009). "Contribución a una crítica epistemológica de la discapacidad mental", *Feminismo/s*, 13, junio, 187-206.

Normativas citadas

- Argentina, Ley 26.657 (2010). *Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Argentina, Congreso de la Nación, noviembre 25.
- Argentina, Ley 27.043 (2014). *Declárase de Interés Nacional el abordaje integral e interdisciplinario de las personas que presentan Trastornos del Espectro Autista (TEA)*. Argentina, Congreso de la Nación, noviembre 19.
- Argentina, Ley 27.306 (2016). *Declárase de Interés Nacional el abordaje integral e interdisciplinario de los sujetos que presentan Dificultades Específicas del Aprendizaje*. Argentina, Congreso de la Nación, octubre 19.
- Salta, Ley 7985 (2016). *Protección integral de niños, niñas y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Congreso de la Provincia, diciembre 16.
- Argentina, Decreto 603 (2013). *Ley N° 26.657. Apruébase reglamentación*. Argentina, Poder Ejecutivo Nacional, 28 de mayo.

Otras fuentes

- AMN (2017). Jornada en defensa del hospital público: la atención de los pacientes en salud mental en peligro, 24 de noviembre. Disponible en <http://www.medmun.org.ar/> [consulta: diciembre de 2017].
- APA (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- APADH (2017). “La Asociación de Psiquiatras y Adherentes por los Derechos Humanos (APADH) manifiesta”. Disponible en <https://goo.gl/FgSqr> [consulta: enero de 2018].

- APSA. “Declaración de APSA sobre la Ley de Salud Mental”, Asociación de Psiquiatras Argentinos. Disponible en <https://goo.gl/WtJNKc> [consulta: enero de 2018].
- Asociación de Psicólogos del Gobierno de la CABA (2017). “Alerta en salud mental: Decimos no a la modificación de la reglamentación de la Ley 26.657”. Disponible en <https://goo.gl/gaAk4C> [consulta: febrero de 2018].
- CELS (2017). “Ley de Salud Mental: un cambio por decreto de su reglamentación elimina la perspectiva de DD.HH”. Disponible en <https://goo.gl/18GJRd> [consulta: febrero de 2018].
- Clarín* (2017). “Adolfo Rubinstein: ‘Es más efectivo desde lo sanitario que cuanto más azúcar tenga la bebida, más impuesto pague’”, 23 de noviembre <https://goo.gl/xDTzbF> [consulta: enero de 2018].
- Fepra (2016). “Documento del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones Ley 26.657”. Disponible en <https://goo.gl/3eZdNG> [consulta: enero de 2018].
- La Gaceta Salta* (2017). “Madres de niños con TDAH se encadenaron frente a la Legislatura”, Disponible en <https://goo.gl/sSjDrN> [consulta: febrero 2018].
- Informate Salta* (2017). “Piden la urgente reglamentación de la ley de TDAH”. Disponible en <https://goo.gl/Q984iC> [consulta: diciembre de 2017].
- Página/12* (2017). “Pronunciamiento de organizaciones contra los cambios en la Ley de Salud Mental. Un retroceso muy preocupante”, 17 de noviembre. Disponible en <https://goo.gl/mTiDKf> [consulta: febrero 2018].
- Tiempo Sur* (2017). “Comenzó la campaña por una Ley Nacional Integral para Niños y Adolescentes con TDAH”. Disponible en <https://goo.gl/cCYLNb> [consulta: febrero 2018].
- Topía* (s./f.). “Un nuevo avance de la contrarreforma psiquiátrica”. Disponible en <https://goo.gl/ahcQqi> [consulta: enero de 2018].

Políticas de salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Su participación en los procesos de medicalización del sufrimiento psíquico de niñas y niños

ALEJANDRA BARCALA

Introducción

En este artículo describo el modo en que las políticas de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires han participado en los procesos de medicalización del sufrimiento psíquico en la niñez. En particular, analizo de qué manera colaboraron en la profundización de la patologización de las conductas de los niños y las niñas en situación de vulnerabilidad social.¹

Las políticas en salud mental se enmarcan en las políticas sociales y deben ser entendidas en el contexto de otras políticas estatales, lo que permite una visión del Estado en acción (Oszlak y O'Donnell, 1976) en un período determinado. La formulación e implementación de políticas están dirigidas por un conjunto de valores y concepciones de las realidades sociales. Y en estos dos últimos años, las políticas sociales nacionales han tenido un viraje en concordancia con los lineamientos que desde hace años se implementan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Es decir, aquellos

¹ En este capítulo retomo líneas de trabajo desarrolladas en artículos publicados en Barcala, A. y Luciani Conde, L. (2015).

que dejan de satisfacer ciertas demandas de reconocimiento e integración simbólica, acentúan las desigualdades sociales, fomentan la exclusión y generalizan las tendencias de desintegración. Así, desde el cambio de gestión política en el ámbito nacional, en 2015, las políticas de salud mental responden a un paradigma ideológico neoliberal que debilita la protección social, con lo cual incrementa las inequidades y se aleja del paradigma basado en la perspectiva de derechos incluidos en las Leyes 26.657 y 26.061. Este proceso produce incertidumbre y sentimientos de desamparo (Lechner, 1997).

Los estudios realizados a partir de la década de 1990 en la Ciudad de Buenos Aires (Barcala, 2011) evidenciaron cómo las profundas transformaciones de los acontecimientos sociales, económicos y políticos, junto con los cambios culturales y el debilitamiento de las instituciones, establecieron formas nuevas de la cultura e importantes cambios en la producción de subjetividad, que dieron lugar a constituciones yoicas cada vez más fracturadas y fragmentadas, privadas de referentes simbólicos de identidad. Esto dio lugar, entre otras consecuencias, a que haya cada vez más niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad social y fragilidad psíquica. Muchos de estos niños y niñas habitaban en hogares desintegrados, por efecto de la creciente pobreza y el desempleo, que aumentó en nuestro país la brecha de inequidad y acentuó la desigualdad y la fragmentación social.

Aquella década en la Ciudad de Buenos Aires se caracterizó por la retracción del Estado en la implementación de las políticas sociales históricamente consensuadas, especialmente en el campo de la salud y en un contexto de creciente deterioro de las condiciones de vida. La ausencia de políticas estatales facilitó el avance de la mercantilización en esta área, y se instalaron nuevos modos de resolver las cuestiones desde una lógica economicista que posibilitó la expansión de la industria farmacéutica y del subsector privado de atención. Esta orientación eficientista puso énfasis

en la racionalización del subsector público que llevó a una metamorfosis del aparato institucional, el cual no respondió a la dimensión social de las nuevas problemáticas de salud mental e incrementó el deterioro de la calidad y la accesibilidad.

Las políticas de salud, enmarcadas dentro de una poderosa ideología neoliberal constructora de subjetividades, colaboraron en la deconstrucción de la condición de ciudadano como sujeto de derecho para convertirla en otra, la de consumidor/cliente, y el acceso a los cuidados de la salud pasó de ser un derecho adquirido a ser una mercancía, posible de comprar según el poder adquisitivo de cada hogar.

Durante este período la salud mental, y especialmente la salud mental infantil, no constituyeron una preocupación central en la agenda política y permanecieron alejadas de las prioridades de la agenda gubernamental. En este escenario comenzaban a ponerse de manifiesto la producción de nuevas formas de padecimiento y sufrimiento psíquico –subjetividades en riesgo– (Bleichmar 2002), mientras que los procesos de medicalización de la infancia se fueron instalado en la cotidianidad de la vida social y colectiva de una manera veloz y con una profundidad hasta el momento poco conocida. Esto implicó una radicalización y transformación de la medicalización hacia nuevos procesos de farmacologización con intervención de actores sociales resignificados en nuevos escenarios, en los que la medicación es utilizada como respuesta frecuentemente exclusiva y naturalizada (Faraone *et al.*, 2008).

La ausencia de políticas públicas y respuestas institucionales apropiadas para hacer frente a las nuevas demandas en salud mental colaboraron en la profundización de este proceso, en el que las conductas y sufrimientos fueron medicalizados por el conjunto social. El sector salud contribuyó a este proceso, que comprendió prácticas de estigmatización, exclusión, institucionalización psiquiátrica y su interrelación (Barcala, 2015).

Recuperando el recorrido histórico desde los noventa, en este trabajo analizo las políticas desplegadas por el actual gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en el campo de la salud mental en la niñez hasta la actualidad. Desarrollo el modo en que las políticas neoliberales contribuyeron a afianzar un modelo biomédico, positivista y tutelar en tensión con marcos normativos de derechos humanos vigentes. También abordo el impacto que tuvieron las políticas de salud mental en el diseño de respuestas institucionales de los servicios de salud, y el modo en que participaron en la producción del proceso de medicalización en la niñez. En el contexto del presente libro el análisis de esta jurisdicción permite ubicar también las actuales políticas que, en esta área, se vienen fortaleciendo a nivel nacional.

Las políticas en salud mental en los procesos de medicalización de los niños y las niñas

En el marco del proceso de implementación de políticas públicas, las políticas de salud mental, definidas como un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales de la población, que determinan una filosofía para el futuro y ayudan a establecer un modelo de actuación (OMS, 2006), en la Ciudad de Buenos Aires no cumplieron su función y favorecieron la consolidación de un complejo proceso de medicalización de las manifestaciones de los sufrimientos psíquicos intensos de la niñez.

Esto estuvo estrechamente vinculado a las propuestas neoliberales en materia de políticas públicas. Los lineamientos políticos en el campo de la salud mental proponían un modelo de intervención que contribuía a reforzar y consolidar los procesos de medicalización que se venían desarrollando desde décadas anteriores en los servicios de salud. Es decir, colaboraron con el tratamiento de problemas no

médicos como problemas médicos, generalmente en términos de enfermedades o desórdenes, utilizando un lenguaje médico para describirlo, adoptando un marco médico para entenderlo y/o utilizando la intervención médica para “tratarlo” (Conrad, 1982; Conrad y Schneider, 1992). Como marca Eugenia Bianchi,² la medicalización se integró como proceso social e histórico en el concierto de estrategias de gobierno de las poblaciones en los Estados capitalistas (Foucault, 1996).

Se instaló de este modo en los servicios de salud una práctica en la que las manifestaciones de los padecimientos eran interpretadas en términos psicopatológicos y daban origen a un circuito institucional de estigmatización, discriminación y exclusión que consolidó un proceso de medicalización de las infancias más vulnerables. Sometidos a reiterados traumatismos sociales, cuya violencia impacta sobre su subjetividad, estos niños y niñas comenzaron a ser definidos como peligrosos y violentos, y diagnosticados según categorías de manuales de clasificación psiquiátrica, instrumentos que constituyen piezas clave de los entramados medicalizantes en la actualidad,³ particularmente el *DSM*. El valor performativo de estos diagnósticos deja afuera las condiciones reales de existencia de los niños y las niñas, y estas constelaciones específicas de saberes, poderes, tecnologías crean identidades desacreditadas y modos de subjetivación. La estructura de poder de la autoridad médica y los discursos “psi” se instalaron con violencia sobre sus cuerpos.

La diversidad de formas de habitar la niñez en contextos de vulnerabilidad fue redefinida como “enfermedad”, y estas interpretaciones medicalizantes de la desviación social constituyeron formas de control social. Los discursos del

² Ver “La medicalización contra las cuerdas. Puntuaciones teórico-metodológicas y desafíos para la investigación de la medicalización desde el análisis del TDAH en Argentina”, en este volumen.

³ Ver “Diagnósticos y fármacos en la infancia: una perspectiva analítica desde las ciencias sociales”, en este volumen.

campo psi cooperaron en este proceso al que los profesionales del sector salud fueron convocados a participar como actores principales.

Así, la gran mayoría de niñas y niños con padecimientos y traumatismos severos fueron apropiados por un discurso médico a través de prácticas tecnocráticas-objetalizantes que diluían la dimensión de la subjetividad. Y producían normalidad y disciplinamiento. A consecuencia de este tipo de intervenciones, en numerosas oportunidades, luego de ser diagnosticados, los niños y las niñas fueron expulsados de los servicios, siendo medicados como única prescripción o, como última intervención, internados en el hospital neuropsiquiátrico infantojuvenil. Este proceso se caracterizó por una deriva institucional a través de servicios de salud de hospitales pediátricos, generales y centros de salud y acción comunitaria, donde se recibían las consultas y se desarrollaban múltiples instancias diagnósticas, pero ninguno los alojaba ni brindaba cuidados integrales a estos niños y a estas niñas, ni a sus familias o referentes afectivos.

La niñez con sufrimiento psicosocial en la agenda estatal. Dos modelos de abordaje posibles

En la construcción del problema del sufrimiento psíquico de niñas y niños se establecieron fronteras entre lo que se debía considerar como problemático y lo que no debía ser tomado como tal. Se instituía entonces una oposición entre lo normal y lo patológico, lo que está en la base de los procesos de medicalización. De esta manera se producía una tajante escisión en el campo de la salud mental de la niñez en términos de polarización.

Estos dos modos de concebir a las niñas y los niños, esta diferencia, dio lugar a que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires las intervenciones estatales respecto a la salud mental fueran entendidas en términos de oposición,

en dos grupos cuya atención quedaba espacializada de la siguiente manera (Barcala *et al.*, 2007): en uno se encontraban niñas y niños que eran atendidos en efectores del subsistema de salud estatal que incluían servicios de salud de hospitales generales y pediátricos, y en el otro los que eran derivados a instituciones psiquiátricas. A estos últimos se los denominaba “los graves”, y fueron siempre objeto de los procesos de medicalización. Formaban un colectivo de niñas y niños con una importante vulnerabilidad psíquica y/o social, cuyos problemas eran definidos en términos psicopatológicos, estigmatizándolos al mismo tiempo que se los excluía de las prácticas de intervención de las citadas instituciones de salud.

De este modo, los servicios de salud mental de la Ciudad se polarizaban respecto a sus perfiles institucionales de atención. Por un lado se encontraban las niñas y los niños que respondían a las representaciones hegemónicas, y a la identificación con los propios valores considerados como universales por los profesionales respecto a quienes debían atender (lo normal era tomado como lo esperable para poder ser atendido), y por otro los niños y las niñas que desplegaban una *existencia otra* que no se podía o no se dejaba normalizar, y en consecuencia no eran atendidos.

Estos niños y niñas nominados “graves” eran descriptos por una parte como opositoristas, violentos, actuadores, disconformes, impulsivos, inquietos o agresivos; y en el otro extremo, como chicos que no hablan, que no se conectan, débiles mentales, con trastornos mentales severos por el movimiento o la falta de él (por exceso o carencia). Estos niños y estas niñas eran siempre considerados como peligrosos para sí, para otros o para la infraestructura propia del servicio de salud.

El término “grave” tomaba así una pluralidad de acepciones: estos niños y estas niñas eran graves en el sentido de que constituían un problema difícil y arduo, graves con respecto a la importancia relevante de su padecimiento, y graves en referencia a la carencia de herramientas por

parte de los profesionales para abordar estas problemáticas y por su impotencia para transformar la complejidad de las problemáticas con las que se enfrentaban. “Grave” era la categorización descriptiva que indicaba la condición o no de la admisión en la mayoría de los servicios y se operacionalizaba a través de diferentes diagnósticos, generalmente el manual *DSM*. Es decir, a los niños y las niñas “graves”, que no eran admitidos, se les adjudicaban diagnósticos psicopatológicos: trastorno generalizado del desarrollo, Asperger, psicosis infantil, esquizofrenia de inicio temprano, esquizofrenia, hebefrenia, autismo, manía, retrasos madurativos, o trastornos como *border*, bipolar reactivo, en la constitución de la subjetividad o mental severo, entre otros.

Esto constituía un modo de desubjetivar a las niñas y los niños, quienes llegaban a ser como extranjeros, ajenos a su contexto y realidad. Al deshumanizarlos a través del diagnóstico quedaban excluidos de la categoría de semejante y eran significados como niñas y niños con los que “no se podía hacer mucho”, lo que implicaba que era impropio que fueran alojados en los servicios de salud generales. La desubjetivación en su forma más extrema, la anulación de la singularidad de estos niños y estas niñas, no dejaba de constituir una estrategia de desculpabilización, así como la derivación desresponsabilizaba a los profesionales de la ausencia de respuesta a los profundos sufrimientos de estos niños y estas niñas.

Así, la dicotomía estructural del mundo de la niñez se reproducía en la construcción de una nueva categorización: niños propiamente dichos, niños graves que se correspondían a niños atendidos en los servicios de salud y niños para dispositivos especializados.

La preocupación histórica por las infancias marginales, que dio origen a las políticas de protección y control social y dividía la niñez entre niños y menores, se reciclaba en los servicios de salud, con lo que se acentuaba la psicopatologización de niñas y niños y la medicalización de los problemas sociales. Los servicios de salud mental reprodujeron la

distinción originaria de dos infancias opuestas y recrearon la escisión *infancia propiamente dicha/infancia de la minoridad*, en la siguiente oposición: *infancia propiamente dicha/infancia patologizada*.

La infancia propiamente dicha era la que respondía a lo esperable por los servicios, y los padecimientos y síntomas motivos de consulta eran abordables por las herramientas teórico-técnicas de los profesionales y por las propuestas históricas de los servicios. La otra infancia, la patologizada, los graves, era aquella considerada inabordable por las instituciones sanitarias típicamente dedicadas a la atención de la niñez. A diferencia de lo que históricamente constituyó la infancia de la minoridad, que el Estado “protegía” y normalizaba, esta infancia ya no era construida como objeto de prácticas tutelares, sino que era considerada legislativamente como sujeto de derecho a partir de la adhesión a la Convención Internacional de los Derechos del Niño en 1990. Sin embargo, simultánea y paradójicamente era objetalizada y, en el campo de la salud mental, excluida de las instituciones.

Estas niñas y estos niños eran definidos por su carácter de alteridad respecto a la infancia esperable. Construida a través de las formaciones discursivas de los actores sociales, esta infancia era entendida por los efectores de los servicios sanitarios en términos de oposición, de “nosotros y los otros”. Los niños con mayor nivel de vulnerabilidad psíquica y social, portadores de diagnósticos psicopatológicos, eran considerados otros, y en la más extrema de las situaciones eran definidos como seres ajenos, fuera de la categoría de semejante: eran incomprensibles, peligrosos, y sus problemáticas no se podían abordar en los servicios universales de salud. El encuentro de estos niños con los servicios estaba determinado por la marca de la ambigüedad, donde la condición del otro –la alteridad humana– es revelada y negada a la vez, es decir que se expulsa y se introduce (Todorov, 1991). De esta manera, las instituciones sanitarias reconocían la existencia de un tipo de niñas

y niños con serios sufrimientos psíquicos y traumatismos sociales, a los que agrupaban como graves, pero al mismo tiempo los negaban, dado que les retaceaban un lugar de atención en los servicios de salud mental y los expulsaban de su espacio social propio a través de la derivación a otras instituciones.

Esta derivación remitía a un no lugar o a un lugar de encierro. Esta alteridad quedaba ubicada del mismo modo en que históricamente fueron estigmatizados los menores. Asumían una condición que los ubicaba en una situación de inferioridad y subordinación que el discurso institucional sanitario terminaba de afianzar. De este modo, el saber-poder médico-psiquiátrico-psicológico contribuía en su propio ejercicio a esta diferenciación en la que la alteridad era entendida en términos de oposición-denigración.

Este discurso era compartido por la mayoría de los servicios –salvo las pocas excepciones donde a través de estrategias innovadoras se intentaba transformar esta mirada, refiriéndose en su mayoría al marco de la garantía de derechos–, lo que permitía instalar en el interior del sistema la reproducción de tendencias incluyentes/excluyentes.

Las respuestas institucionales productoras de exclusión, estigma y desigualdad

De lo descripto hasta aquí podemos decir que la ambigüedad se expresaba en el modo de concebir a los niños y las niñas que padecían sufrimiento psíquico grave, lo que constituyó una de las características centrales de las intervenciones. El miedo a estos niños y estas niñas, su hipotética peligrosidad, creaba consensos en los equipos de salud, que desarrollaban conductas defensivas, y la medicación fue una de las intervenciones priorizadas. Una tensión entre el orden conseguido y la desorganización/desorden/irrupción de lo nuevo generaba miedos y resistencia

a modificar las respuestas institucionales para desarrollar procesos de producción de cuidados apropiados. El temor al otro hacía que se lo demonizara y generalmente también a sus familias.

Además, producía efectos generalizados de exclusión social resultantes de la discriminación para acceder a tratamientos. Y la consecuencia era la internación psiquiátrica por ausencia de otros abordajes posibles, lo que se convertía a largo plazo en un castigo que duplicaba la vulnerabilidad. Los profesionales, sin tomar conciencia de ello, se convirtieron así en importantes agentes de exclusión social.

A mediados de 2000, en la Argentina, diversas investigaciones visibilizaban la medicación como respuesta a niñas y niños inquietos a través de la construcción del diagnóstico de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (Bianchi, 2012), y el alto porcentaje de niños medicados fue considerado como un tipo específico de violencia motorizado para tapar los trastornos y no interrogarse acerca del funcionamiento familiar y social, y de los movimientos de deshumanización, de descualificación, de no reconocimiento que estos desarrollaban (Janin, 2007). En la última década este proceso se extendió hasta abarcar grandes franjas de población infantil que padecen importantes niveles de sufrimiento; estos eran efecto de traumatismos sociales que, a su vez, producían desarticulaciones de los sistemas psíquicos definidos como “enfermedades mentales”. Las niñas y los niños institucionalizados en hogares se convirtieron masivamente en objeto de medicación, y la intervención farmacológica utilizada como única respuesta constituía una poderosa estrategia de control social.

En síntesis, al ser diagnosticados, patologizados y sobremedicados, muchas niñas y muchos niños perdían la categoría de pertenencia a la niñez y eran despojados de su singularidad. De este modo, en lugar de constituir una herramienta terapéutica, el diagnóstico se convertía en una metáfora de muerte social y asumía un carácter destructivo para la subjetividad.

En el marco de las políticas de salud mental que se venían desarrollando en la Ciudad y que se profundizaron desde 2015, con el cambio de gestión política a nivel nacional, los servicios de salud mental colaboraron en la construcción de estigmas, y la estigmatización como una variable de exclusión conllevó a la pérdida de inclusión social o al mantenimiento de una exclusión estructural, ya que fue un poderoso motivo para que las instituciones no atendieran, no brindaran cuidados integrales y discriminaran a muchas niñas y muchos niños.

Conclusiones

Las políticas en salud son definidas como un grupo de acciones tomadas por el Estado que afectan las condiciones y oportunidades de vida o muerte de las personas, grupos o familias. Es decir, expresa el esfuerzo del Estado por modificar las condiciones adversas que favorecen el riesgo de enfermarse de los individuos y para atenuar el sufrimiento de las personas cuando se enferman (Almeida Filho, 2006).

En los últimos años, en la Ciudad de Buenos Aires, dichas políticas motorizaron acciones, saberes, poderes y tecnologías que colaboraron en la profundización de un proceso de cuidados centrado en un modelo médico hegemónico psiquiátrico, que anula la subjetividad y refuerza el avance de la medicalización.

Este proceso tuvo como objeto a las infancias con mayor nivel de sufrimiento psíquico y vulnerabilidad social, consideradas portadoras de enfermedades mentales y diagnosticadas con categorías psicopatológicas. Esta categorización ontológica de niñas y niños fue el carácter distintivo que tuvo como implicaciones una naturalización de la forma organizacional de los servicios de salud y sus criterios de exclusión, y una familiarización con este hecho, como si fuera una realidad aceptada por todos y considerada

natural. De esta manera se favoreció que la indicación más utilizada respecto a esta niñez otra, patologizada, fuera la medicación, y se estableció la internación psiquiátrica como respuesta privilegiada.

La ausencia de estrategias de cuidados adecuados por parte del Estado y la tercerización de los mismos en instituciones privadas u ONG amplió el riesgo de beneficiar la creación de mercados en los que se profundizan los modelos patologizantes del sufrimiento, y la potencia de la industria farmacológica y las neurociencias en relación con las prácticas de salud.

En la última década no solo no hubo en la Ciudad de Buenos Aires un plan de salud mental que pusiera en marcha un proceso de reforma que favoreciera la provisión de servicios territorializados e integrales destinados a la promoción, tratamientos integrales e inclusión social, sino que decisiones políticas implementadas desarticulaban varios de los programas innovadores creados en períodos anteriores, o modificaron su esencia y valores vinculados a la salud mental comunitaria. En este contexto se estimula la proliferación de instituciones de internación psiquiátrica para niños, niñas y adolescentes como respuesta privilegiada, en una franca tensión y contradicción con los principios de la Ley Nacional de Salud Mental.

La reciente decisión de suplantarlo el decreto reglamentario de la ley por un nuevo decreto⁴ profundiza un modelo de salud que favorece la estigmatización, exclusión y encierro de niños y niñas, que colabora en perpetuar la institucionalización en tanto desaparición de la escena social de la niñez en situación de vulnerabilidad social, de niños y niñas considerados superfluos, innecesarios, residuos humanos (Bauman, 2007).

⁴ Ver "Normativa, paradigmas y conceptos: avances, resistencias y tensiones", en este volumen.

Entendiendo que una política debe considerar la construcción de una mayor igualdad, no solamente desde la lucha contra la pobreza (Bustelo y Minjuín, 1998), es necesaria la participación de los actores del campo de la salud mental en la lucha por evitar el actual retroceso de las políticas y su impacto en la construcción de subjetividades e identidades en la niñez. Se hace imperioso recuperar un modelo de comprensión de la subjetividad y del cuidado de la salud acorde al campo de la salud mental comunitaria, y radicalizar la escucha de las voces de los niños y las niñas brindándoles a ellos y sus familias protagonismo en el proceso de cuidados. Estas tareas tienen en su base la necesidad de relevar las múltiples y potentes prácticas desmedicalizantes que se encuentran en marcha en diversos escenarios de nuestro país, muchas veces invisibilizadas.

Bibliografía

- Almeida Filho, N. (2006). "Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones", *Salud Colectiva*, 2, 2, 123-146.
- Barcala, A. (2011). "Los dispositivos de atención en niños, niñas y adolescentes con padecimiento en su salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", en *Panoramas en salud mental*. Buenos Aires: Ministerio Público Tutelar-Eudeba.
- Barcala, A.; Torricelli, F.; Brio, C.; Vila, N. y Marotta, J. (2007). "Características de los servicios asistenciales para niños/as con trastornos mentales graves en la Ciudad de Buenos Aires", *Revista de Investigaciones en Psicología*, 12, 3, 7-24.
- Barcala, A. y Luciani Conde, L. (comp) (2015). *Salud mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Buenos Aires: Teseo.

- Bauman, Z. (2007). *Vidas desperdiciadas, la modernidad y sus parias*. Buenos Aires: Paidós.
- Bianchi, E. (2012). "Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM", *Revista Latinoamericana de Niñez y Juventud*, 10, 1, 1021-1038.
- Bleichmar, S. (2002). *Dolor país*. Buenos Aires: Del Zorzal.
- Bustelo, E. y Minujin, A. (1998). *Todos entran. Propuesta para sociedades incluyentes*. Colombia: Santillana.
- Conrad, P. (1982). "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social", en Ingleby, D. (ed.), *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica-Grijalbo.
- Conrad, P. y Schneider, J.W. (1992). *Deviance and Medicalization. From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University.
- Faraone, S. et al. (2008). "Campo salud", en Arizaga, C. y Faraone, S., *La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos*. SEDRONAR-II.GG. Disponible en <https://goo.gl/fQrLhR> [consulta: diciembre de 2017].
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Janin, B. (2007). "La construcción de la subjetividad y los diagnósticos invalidantes", *Novedades Educativas*, 18, 196, 5-15.
- Lechner, N. (1997). "Tres formas de coordinación social. Un esquema", *Revista de la CEPAL*, 61, 81-87.
- OMS (2006). *Políticas, planes y programas en Salud Mental*. Disponible en <https://goo.gl/cQfqVX> [consulta: diciembre de 2017].
- Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1976). *Estado y políticas estatales en América Latina*. Buenos Aires: CEDES/CLACSO.
- Todorov, T. (1991). *La conquista de América. El problema del otro*. México: Siglo XXI.

Formación de los profesionales del campo de la salud mental en infancia

Problemáticas actuales en el grado y el posgrado

FLAVIA TORRICELLI Y SILVIA FARAONE

Introducción

En este capítulo exploramos los lineamientos para la formación de los profesionales del campo de la salud mental vinculados a las infancias, a partir del análisis de un conjunto de elementos teóricos metodológicos tal como lo establecen los diversos postulados de la Ley 26.657.

En la primera parte del capítulo se desarrollan los avances y conflictos en términos de la formación de grado. Se utilizaron como fuentes los registros escritos de los encuentros en los que confluyeron representantes académicos de universidades públicas y privadas de todo el país pertenecientes a las carreras de Trabajo Social, Psicología, Medicina, Enfermería y Derecho. En estos encuentros, realizados en 2014 y 2015, se acordó como diagnóstico de situación inicial la necesidad de transformar la formación fragmentada de los profesionales del campo de la salud mental en torno a los principios establecidos por la norma, artículo 33, y respetando las especialidades y especificidades.

Se considera en este capítulo el proceso de elaboración de las recomendaciones realizadas por este grupo de académicos, a fin de mitigar la situación que habían diagnosticado. Así, se partió de la base de cuatro ejes establecidos por la Comisión Nacional Intersectorial en Políticas de

Salud Mental y Adicciones (CONISMA)¹ y que se evaluaron como organizadores transversales para la currícula de estas carreras consolidando un enfoque afín a la normativa. Estos ejes incluyeron: enfoque de derechos, inclusión social, interdisciplina e intersectorialidad, y salud pública.

En la segunda parte del capítulo, se analiza la formación de posgrado en servicio, en este caso, las residencias.² Para su abordaje incluimos como fuentes un conjunto de entrevistas a residentes, instructores y jefes de residentes de hospitales públicos especializados en infancia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires realizadas durante el período 2015 a 2017. El sistema de residencias forma parte del sistema público de salud y constituye el punto de cruce entre la política educativa, la política sanitaria, particularmente aquella vinculada a la salud mental, y la práctica profesional.

Así, en los cursantes de las residencias se concentra gran parte de la asistencia en salud mental del sector público, por eso resulta un colectivo atractivo que nos permite observar, por un lado, cuáles son los puntos conflictivos en torno a la plena implementación de la Ley 26.657, pero también dimensionar los intersticios por donde los procesos de medicalización, biomedicalización y farmacologización se enraízan en la práctica actual de jóvenes profesionales.

¹ La CONISMA está presidida por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, y la secretaría ejecutiva está a cargo de la Jefatura de Gabinete de Ministros. A su vez, está integrada por los Ministerios de Desarrollo Social, Educación, Seguridad Social y Justicia, y Derechos Humanos junto al SEDRONAR, la Secretaría de Niñez, adolescencia y familia, y el INADI.

² Existen también, como capacitación en servicio, las concurrencias hospitalarias, que no serán abordadas en este capítulo.

La formación de grado: lineamientos curriculares acordes a la Ley 26.657

Partiendo de la hipótesis de que la reforma en salud mental es un objetivo imprescindible a esta altura del siglo, es necesario desglosar cada uno de los componentes involucrados que requieren una minuciosa revisión. Sin dudas, uno de ellos es la reformulación de la formación y capacitación de las profesiones implicadas en el campo de la salud mental. Y el punto de partida de esa reformulación se remonta a la consideración de los contenidos curriculares universitarios.

El eje que nuclea y desde el cual necesitan partir todas las transformaciones ligadas a la salud mental, que ya se referenció en los capítulos precedentes pero aquí es pertinente remarcarlo, es concebir el proceso salud-padecimiento-atención tal como lo establece el artículo 3 de la Ley 26.657. Este tríptico está determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona, en el marco de la vida en comunidad.

En el artículo 33 de la ley se indica que la autoridad de aplicación³ debe realizar recomendaciones a las universidades públicas y privadas con el objetivo de que la formación de los futuros profesionales, que intervengan en el campo de la salud mental, sea acorde con esta concepción, así como con los principios, políticas y dispositivos también establecidos en la norma.

A fin de dar cumplimiento a este artículo, la CONIS-MA elaboró el documento “Recomendaciones a las Universidades Públicas y Privadas. Art 33 Ley Nacional 26.657”. Este documento fue construido a través de un proceso de consulta y discusión llevado a cabo con especialistas,

³ La autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Salud Mental (art. 31, Ley 26.657).

autoridades provinciales del ámbito de la salud mental, organizaciones de la sociedad civil, sociedades de profesionales y organismos de gobierno. En él se puso el acento en la pretensión de desarrollar un proceso de mutua colaboración entre la autoridad de aplicación de la norma y los espacios de formación, en el marco y respeto de la autonomía universitaria (CONISMA, 2013).

La CONISMA recomendó a las universidades que la currícula de contenidos contuviera: el enfoque de derecho, la inclusión social, la interdisciplina e intersectorialidad y la salud pública como ejes transversales para la formación, extensión e investigación.

El inicio del proceso. Debates y acuerdos

A partir de estas recomendaciones, durante el período que va entre octubre de 2014 y mayo de 2015 se realizaron un conjunto de reuniones con referentes académicos de universidades públicas y privadas de todo el país, que incluyeron las carreras de Enfermería, Medicina, Psicología, Trabajo Social y Derecho. Estos representantes nucleaban cuarenta y cuatro universidades, veintinueve estatales y quince privadas. Veinticinco pertenecían a la órbita de Buenos Aires (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y todo el predio provincial), mientras que los veintinueve restantes provenían de diferentes provincias.⁴

El grupo de académicos nucleados por la CONISMA y coordinados por la Secretaría de Políticas Universitarias, del Ministerio de Educación, elaboraron un documento con lineamientos curriculares a fin de acompañar los cambios políticos y legislativos que venían generándose en la materia. También aportaron a este proceso, a través del diálogo con los representantes académicos, otros actores

⁴ Salta, Jujuy, Corrientes, Misiones, Tucumán, Catamarca, Mendoza, San Luis, Río Negro, Santa Fe, Entre Ríos y Córdoba.

pertenecientes a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), expertos nacionales e internacionales, asociaciones profesionales y organizaciones de la sociedad civil.

El proceso de abordaje de los contenidos se desarrolló en dos instancias articuladas entre sí. La primera, vinculada a los propios campos profesionales, y la segunda, caracterizada por un abordaje interdisciplinario. Así, se partió de un diagnóstico situacional que marcó la necesidad de transformar la formación fragmentada, el reduccionismo conceptual, la tendencia medicalizadora y la falta de articulación entre las diversas profesiones intervinientes. Se ubicó la salud mental como un campo específico de conocimiento (Bourdieu, 1990; Galende, 1990, 2013) en el que convergen profesiones, teorías, tecnologías y prácticas que se integran en el proceso de atención/cuidado (Pinheiro y Ceccim, 2009; Pinheiro *et al.*, 2007).

En consonancia con documentos nacionales e internacionales (Rosendo, 2008, Huerta, 2013; Ley Nacional 25.421/2001; OPS, 2009; OPS/OMS, 2005a, 2005b; OMS, 2004), los actores nucleados en este proyecto detectaron en las currículas universitarias actuales la reproducción de conocimientos desconectados del tejido socio histórico, la proliferación de un discurso estigmatizante y de un saber que no hace lugar a la reflexividad. Señalaron, especialmente, la necesidad de cuestionar las concepciones tradicionales de las entidades patológicas o trastornos que se configuran en torno a una sola y única dimensión, descontextualizando el padecimiento subjetivo de la situación social e histórica, territorial y cultural, tal como fue abordado por Silvia Faraone en este libro.⁵

La instancia diagnóstica fue central dado que permitió el avance en la construcción de recomendaciones vinculadas a los contenidos de la ley, con el propósito de producir cambios en esas currículas de grado. Debemos destacar

⁵ Ver “Normativa, paradigmas y conceptos: avances, resistencias y tensiones”, en este volumen.

que en Argentina, particularmente, la formación académica siguió históricamente un comportamiento por fuera de las reformas acaecidas en las políticas y las prácticas de los servicios en el campo de la salud mental (Galli, 1989; Faraone, 2012a). Lo expuesto supone asumir que el discurso legislativo se ha hecho eco de las necesidades de transformación antes que la tradición educativa lo advirtiera, por eso la propia norma insta a las universidades a acompañar ese proceso.

Tales recomendaciones se focalizaron, por un lado, sobre el sistema de regulación de las evaluaciones y acreditaciones profesionales, y por otro lado, enfatizaron los diversos postulados de la Ley 26.657 en función de los cuatro ejes antes mencionados: enfoque de derechos, inclusión social, interdisciplina e intersectorialidad, y salud pública.

Consenso en los principales lineamientos

Al analizar el documento elaborado por los representantes académicos, entre sus lineamientos –tanto en las instancias de formación como de extensión e investigación– se destaca la necesidad de interpelar las representaciones sociales (Jodelet, 1986) en torno a la práctica en salud mental, las que aún en amplios sectores profesionales se vinculan al paradigma tutelar (Kraut, 2006a). Así, dichas representaciones se encuentran atravesadas por estereotipos, prejuicios y estigmas con implicancias en el plano de la salud mental que no van de la mano de pensar el sujeto de derecho (Kraut, 2004; 2006b; Vásquez, 2007) y que no son acordes a las convenciones y tratados internacionales ni a la normativa nacional vigente ligada al enfoque de derechos humanos (Cohen, 2009; Galende, 2007; CELS-MDRI, 2008; Vásquez, 2009).

Uno de los ítems en los que los representantes de las universidades ponen especial acento es en el análisis crítico de los fundamentos y criterios empleados por los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales.

También subrayan la pertinencia de ubicar el ejercicio profesional según los principios deontológicos que regulan y guían la actividad profesional conforme a la bioética y la ética social.

Por otra parte, el documento insta a incluir otros contenidos en la formación. Entre ellos, los que propician el abordaje de la discapacidad como problemática socio-sanitaria, contenidos relacionados con la perspectiva de género y la perspectiva de la diversidad cultural. Con estos elementos como encuadre, el documento asume, desde un enfoque de derechos y con un criterio de equidad social, la problemática específica que presentan los colectivos sociales que se hallan en situación de mayor vulnerabilidad, tales como niñas, niños y adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad, personas del colectivo de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, intersexuales, queer (LGBTIQ), personas en situación de encierro, personas declaradas inimputables, personas expuestas a situaciones de emergencias y catástrofes, entre otras.

También se recalca la necesidad de promover el conocimiento de los aspectos políticos, legales e institucionales que rigen en el sistema y servicios de salud, y las condiciones que contribuyen a garantizar la cobertura y la accesibilidad de la población, con particular énfasis en poblaciones históricamente excluidas del sistema.

En consonancia con el fundamento de la ley, además se postula la necesidad de sustitución de la institución monovalente, y la importancia de habilitar y fortalecer las prácticas preprofesionales, de extensión y de posgrado fuera del ámbito de internación hospitalaria y fortaleciendo aquellas que se desarrollen en dispositivos sustitutivos al monovalente (Faraone, 2012a, 2012b). Todo ello se despliega en el marco de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales acordes a los principios de la atención primaria de la salud y con énfasis en el reforzamiento, restitución o promoción de lazos sociales, el empoderamiento colectivo y la participación comunitaria.

Tal como se manifestó en este texto, la necesidad de adecuación de la formación de grado ha sido señalada en el mundo desde hace décadas en documentos internacionales, particularmente por no responder convenientemente a las necesidades sanitarias de la población; en la Argentina esta situación cobró además mayor relevancia (OPS, 2009). En 2010, luego de la aplicación en varias provincias del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la salud (IESM-OMS), el organismo dio a este país diez recomendaciones como guía de acción para la reforma de servicios de salud mental;⁶ entre ellas se incluyen las relacionadas con la temática de este capítulo, como el desarrollo de los recursos humanos, el establecimiento de vínculos con otros sectores (es decir, la intersectorialidad) y el apoyo y estímulo al desarrollo de investigaciones en este campo.⁷

A su vez, esta situación reclama perentoriedad por la enorme carga que representa la problemática en salud mental creciente en el país, la distribución desigual del recurso en salud/salud mental y en ocasiones, además, por la utilización del recurso humano de modo ineficaz. Este cuadro de situación ha contribuido a aumentar la brecha y la inequidad en materia de salud, lo que profundiza procesos

⁶ Dijo que “existen actualmente varios documentos que pueden ayudar a las autoridades de la República Argentina y sus provincias como guía para la reforma de los servicios de salud mental: las recomendaciones del Informe Mundial de Salud (OMS, 2001), las resoluciones de la OPS/OMS (CD40.19, de 1997) y la Conferencia para la Salud en las Américas 2001 y los Principios de Brasilia (OPS, 2005). A estas se agregan la Resolución del 49º. Consejo Directivo de OPS/OMS de setiembre-octubre del 2009 y el documento que fuera discutido en la Conferencia de Panamá en noviembre de 2010, en la cual se operacionalizan las estrategias aprobadas por esta última Resolución”.

⁷ Completaban estas recomendaciones: dispensar tratamiento en la atención primaria de la salud; garantizar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; prestar asistencia en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores; establecer políticas, programas y legislación a escala nacional; y vigilar la salud mental de las comunidades.

de desigualdad y exclusión. A ello podemos sumar el desmantelamiento progresivo que, en estos años, se ha ido produciendo en el sector público, en sus distintos ámbitos de expresión, y en particular en el sector salud/salud mental, sin que haya como política pública una auténtica respuesta integral (Barcala, 1012, 2013, 2016; Barcala y Luciani Conde, 2015).

Ante este escenario, la construcción de lineamientos a instrumentar en las currículas universitarias puso en el inicio la interdisciplinariedad y la intersectorialidad, en una trama federal y participativa como nodo central abriendo, desde su misma concepción, la cimentación de un pensamiento acorde a cómo deben afrontarse las problemáticas en el campo de la salud mental. Sin embargo, queda aún mucho por recorrer ya que el documento no ha sido distribuido entre las unidades académicas, y como ya se manifestó en otros capítulos, el cambio de gestión gubernamental no desarrolló acciones a fin de dar continuidad a este proceso, sino todo lo contrario, ha intentado detener y obstaculizar el recorrido iniciado para el cumplimiento de la Ley 26.657.

Residencias: una capacitación permanente en servicio

Dado que también la Ley 26.657 recomienda promover espacios de capacitación y actualización permanente tanto a nivel de la currícula universitaria como a nivel de los propios efectores o equipos de salud mental, y siendo esto consonante con el cumplimiento de sus postulados, para el segundo aspecto de este capítulo se incluyó el análisis de un conjunto de entrevistas que se realizaron durante el período 2015-2017 a residentes, instructores y jefes de residentes de hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a fin de analizar cómo este proceso había tenido lugar. Si bien estos profesionales constituyen un colectivo

privilegiado en materia de análisis en un momento de particular coyuntura en el marco de una política pública, no son el único segmento a ser explorado, dado que, como se ha señalado en otros capítulos de este libro, la multiplicidad de actores sociales y fuerzas en tensión involucrados pueden ser susceptibles de procesos de medicalización y biomedicalización de la sociedad, de los que la Argentina no está exenta.

Es pertinente esclarecer que las residencias en salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tienen énfasis aquí en la formación de psicólogos clínicos y en médicos en psiquiatría, a diferencia de lo que fuera la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISAM), creada en 1985 por Vicente Galli, el entonces director nacional de Salud Mental, que incluía, además de las profesiones señaladas, trabajo social, enfermería y terapia ocupacional (Ferro, 1989; Faraone, 2012a, 2012b, 2013). Esta diferencia tiene importantes consecuencias en los procesos anteriormente señalados.

Contextualizando, el sistema de residencias en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires forma parte del sistema público de salud.⁸ Al momento de la investigación, las sedes o ámbitos de formación con residencias en salud mental eran catorce, y se desarrollaban en hospitales generales de agudos, monovalentes de salud mental y en centros de salud

⁸ Este se encuentra integrado por trece hospitales generales, dieciocho hospitales especializados –entre los que se cuentan cuatro hospitales monovalentes de salud mental (uno de los cuales es infantojuvenil)–, y dos hospitales generales de niños. El Hospital Pediátrico Juan P. Garrahan, de alta complejidad, no está incluido en este conjunto de hospitales dado que su pertenencia es bipartita (Nación y Ciudad Autónoma de Buenos Aires). A esto se agregan dos centros de salud mental, cuarenta y cuatro centros de salud y acción comunitaria.

mental.⁹ Sin embargo, los resultados aquí expuestos son producto del trabajo de campo en los efectores dedicados a infancia.

Las disputas en torno a la formación. Las improntas del grado

Las residencias en salud mental constituyen el punto de cruce entre la política educativa, las prácticas en salud/salud mental en manos de los diferentes actores del campo y las políticas públicas en salud. Consisten en un sistema remunerado de capacitación en servicio de posgrado, a tiempo completo, con dedicación exclusiva o de integración docente asistencial y en la cual los residentes llevan a cabo su práctica en salud mental (Ordenanza GCABA 997/85; Programa de Residencias, de 2003; Marco de referencia para la formación del equipo de salud. Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental, de 2015).¹⁰

Si bien en la institución interactúan médicos que llevan adelante la especialidad en psiquiatría, y psicólogos con especialidad clínica, también hay residencias vinculadas a otras profesiones, tales como trabajadores sociales que despliegan su experiencia asistencial y comunitaria, psicopedagogos, musicoterapia, fonoaudiología y terapeutas ocupacionales. Todas estas profesiones confluyen generalmente en los diferentes servicios de salud mental; sin embargo, el título que expide la Dirección de Capacitación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es el de psicólogo clínico y el

⁹ Entre los ocho hospitales generales de agudos se encuentran: Álvarez, Argerich, Durand, Piñero, Pirovano y Centro de Salud Mental N° 1 conjuntamente, Ramos Mejía, Rivadavia, Tornú, dos hospitales generales pediátricos (Elizalde, Gutiérrez), un hospital psiquiátrico infanto-juvenil (Tobar García), un hospital de emergencias psiquiátricas (Alvear), dos hospitales monovalentes de adultos (Borda y Moyano).

¹⁰ El programa de formación de la residencia se enmarca en la Ley Básica de Salud N° 153/99.

de psiquiatra formados en un programa interdisciplinario.¹¹ Este es un punto de diferenciación que varios entrevistados han señalado en relación, como adelantáramos, con la RISAM, donde la formación es totalmente multidisciplinaria. En las residencias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a pesar de que cada sede institucional es particular, los entrevistados acotan que hay espacios de formación y rotación, donde ambas profesiones articulan espacios interdisciplinariamente, sin relegar lo disciplinar.

Más allá de las competencias de cada una de las profesiones en juego y de las características de cada sede hospitalaria, la adquisición de destrezas y habilidades profesionales conlleva una reorientación de la práctica centrada en lo asistencial, particularmente en las intervenciones individuales. El trabajo de reorientación implica, en el caso de los psicólogos, una erosión sistemática de estereotipos basados en modelos teoricitas, con el consecuente regodeo académico, es decir, centrados en conceptualizaciones o abstracciones arborescentes escindidas de la práctica.

Contextualizando este proceso, ya Castro Solano, en 2004, encontró que la imagen del graduado en psicología estaba asociada con un profesional en el que primaba la psicología clínica (en detrimento de otros campos y especialidades) y una “carencia básica [la constituía] la desconexión entre teoría y práctica profesional”. El autor, a partir del análisis de los planes de estudio de la Carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, estableció que esta

¹¹ Por la Resolución N° 2340/MSGC/15 se comprueba una modificación de la denominación de las siguientes residencias: “Salud Mental (Psiquiatría)” por “Psiquiatría”; “Salud Mental Infanto-Juvenil (Psiquiatría Infanto-Juvenil)” por “Psiquiatría Infanto-Juvenil”; “Salud Mental (Psicología Clínica)” por “Psicología Clínica”; “Salud Mental Infanto-Juvenil (Psicología Clínica Infanto-Juvenil)” por “Psicología Clínica Infanto-Juvenil”. Las residencias que son enteramente interdisciplinarias pero no asistenciales son la Residencia Interdisciplinaria de Promoción de la Salud, la de Investigación, la de Epidemiología y la de Gerontología. Quedó sin efecto la Resolución 214/15, que planteaba dividir las residencias y concurrencias en salud mental, firmada en la gestión de la directora Grosso. Resolución ministerial 2340/15.

profesión se consolidaba teóricamente deslindando las problemáticas psicosociales existentes (Castro Solano, 2004: 121). Un estudio pertinente, y que abona a lo aquí expresado, es el desarrollado sobre la currícula de la Carrera de Psicopedagogía a la luz de los postulados de la Ley 26.657 (Ferreyra e Iglesias Frecha, 2017). Ambos trabajos, además, se encuentran en concordancia con los diagnósticos desplegados por los referentes académicos de las diversas carreras que intervinieron en las recomendaciones a las universidades y que desarrolláramos en el primer punto de este capítulo.

En el caso de los médicos, esto supone un modelo ceñido en toda su formación de grado estrictamente a los aspectos químicos y biológicos, y concebido desde una epistemología clásica. Aquí la perspectiva de la enfermedad y el trastorno se consolida como hegemónica y las prácticas vinculadas a dimensiones familiares, sociales y comunitarias quedan por fuera de la cotidianidad de las intervenciones y las prácticas (Yanco y Roma, 2007; Stagnaro, 2008; Ferro, 2010; Torricelli, 2012).

En el sentido aquí expuesto sobre los profesionales recién egresados de sus carreras de grado, y que ingresan a las residencias, un informante clave nos ilustra con su comentario: “Los residentes responden y hablan lo que les dicen sus supervisores, con niveles de sofisticación teórica muy alta, y con preguntas alejadas del manejo clínico de las situaciones que se presentan en los hospitales”. Es interesante introducir aquí el argumento del psicoanalista e investigador chileno Jiménez, quien pertinentemente sostiene que “los clínicos [...] tienden a sesgar la realidad clínica hasta hacerla calzar dentro de categorías establecidas, dentro de sus teorías preferidas, o dentro del pensamiento del autor de moda” (Jiménez, 2009: 52).

En el mismo sentido que el diagnóstico realizado por los representantes académicos, lo observado en el trabajo de campo con las residencias de psicología y psiquiatría es una situación en la cual la formación de grado ya viene imbuida

de un perfil predominantemente asistencial en detrimento de modelos comunitarios, territoriales y con peso en la prevención o la rehabilitación, aspectos privilegiados por la Ley 26.657. Pero aun la exploración de lo clínico (dentro de la labor asistencial) en niveles micro de la subjetividad requeriría la inclusión de diversas perspectivas, que tomen en cuenta los planos evolutivos, familiares, ambientales, micro y macro sociales, culturales e históricos (Jiménez, 1995), aspectos distantes en ocasiones de la práctica cotidiana del joven profesional.

El residente como modelador de su formación

Es interesante tener presente que para el funcionamiento de las residencias –en general y en particular en salud mental– existe un documento marco de referencia que exige para cada especialidad un conjunto de criterios básicos y estándares mínimos que aluden al perfil profesional considerando las bases curriculares y las capacidades de cada egresado, a la vez que delinean la trayectoria formativa de cada especialidad para que sea equivalente en todo el país (Documento marco de referencia, 2011). Por ello es que la Dirección de Capacitación del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires provee a las residencias un programa de formación con contenidos que contemplen los diferentes contextos y necesidades hospitalarias zonales (Yanco y Roma, 2007). El programa oficial funciona desde 2003 (a diferencia de otras especialidades de la salud que son más recientes) y sigue vigente hasta la actualidad.

En dicho programa se encuentra una línea de base común con cursos obligatorios que garantizan un estándar mínimo de conocimientos, y luego se adecua variando en relación con la realidad de las distintas sedes mediante programas locales a cargo de coordinadores institucionales de residencia de ambas profesiones. Esta última particularidad hace que en alguna sede los residentes puedan decidir

separar los cursos de formación de psicología por un lado y psiquiatría por otro, con lo cual se restringen los espacios interdisciplinarios y se consolidan instancias disciplinarias.

Además, es menester señalar que el hecho de que grave sobre los residentes (de primero, segundo, tercero y cuarto año) la decisión de moldear su propia formación acorde a sus intereses, durante el lapso de duración de la residencia, es una característica del campo de la salud mental, pero no así de otras especialidades. Este aparente ejercicio de libertad de elección libra en manos de profesionales que dan sus primeros pasos en el hospital la formulación de trayectorias educativas que necesitan ser pensadas con una lógica cuyo eje se funde en la necesidad de recursos del sistema sanitario público, sobre la base de lo establecido normativamente para tales funciones, y no solo de las inquietudes personales o las de otros actores que disputan en el cotidiano las políticas y prácticas en salud mental, tal como ya se describió en este volumen.¹²

Las singularidades de cada sede guardan relación también con la corriente teórico-clínica de los jefes, coordinadores y/o miembros del servicio hospitalario. Así es que en algunos hospitales puede primar una perspectiva psicoanalítica, en otros una perspectiva más conductual o también una mayor pregnancia del paradigma biologicista. Entonces, en alguna sede puede haber más afinidad por el funcionamiento interdisciplinario o por el contrario, por la primacía de una sola disciplina en desmedro del funcionamiento en equipo. En ese sentido, Rovere (2011) señala la falta de interface entre las residencias en salud y el personal de planta, y ubica las primeras como mano de obra precarizada que termina refugiándose en sí misma y sin apoyatura de las líneas jerárquicas.

¹² Ver “Normativa, paradigmas y conceptos: avances, resistencias y tensiones”, en este volumen.

Por otro lado, tal como lo postula la Ley 26.657 y como acordaron los académicos reunidos, la construcción de un enfoque interdisciplinario debe concebirse desde el comienzo del aprendizaje y transversalizando toda la formación. Esta concepción rompe con el esquema clásico, logra transformar la práctica y produce nuevos saberes más integrales, en permanente interacción y dispuestos a saltar fronteras restrictivas (Latorre Postigo *et al.*, 2005; Borrel Bentz, 2005); pero esto parecería estar lejos de la interiorización en las prácticas formativas en las residencias aquí analizadas.

La manualización en la formación y la descontextualización de la complejidad

Los residentes son responsables de gran parte de la asistencia en el campo de la salud mental del sector público y llevan a cabo, particularmente, tareas clínicas programadas, en la urgencia y en la interconsulta. Esto supone la permanencia durante gran cantidad de horas en los hospitales y centros de salud (Torricelli, 2007). En esas instancias, según se pudo registrar, para la realización de los diagnósticos los residentes utilizan el *DSM IV*, aunque el manual de uso oficial para el subsector público es el *CIE* en su décima versión.

El manejo de los manuales diagnósticos y la consiguiente codificación forman parte central de la formación en salud mental. Si bien su uso es una herramienta que puede permitir llevar adelante algunas exploraciones epidemiológicas, y organizar determinadas políticas en salud, puede también precipitarse hacia un profundo apego por los procedimientos estandarizados y promover un estilo escolar dependiente del manual (Gauron y Dickinson, 1966).

Con la manualización no solo quedan por fuera las complejidades que se presentan en el campo, sino que además no se pueden construir una diversidad de respuestas terapéuticas posibles, necesarias y contextualizadas socio-

culturalmente, de las problemáticas en salud mental infantil. Si bien autores estadounidenses refieren que el uso de los manuales fue una moda en los años sesenta (Beutler *et al.*, 1994), advierten sobre el peligro de la manualización como ejemplo del feroz aplanamiento de la clínica.

De hecho, Conrad y Bergey (2014) han advertido acerca de la extensión del manual *DSM* como uno de los indicadores de la globalización de los diagnósticos medicalizados en el siglo XXI, y diferentes autores se han encargado de resaltar la íntima y robusta relación que se establece entre la creación de nuevos diagnósticos, o la reformulación de antiguos diagnósticos, y la consecuente indicación de medicamentos presumiblemente indicados para estas nosologías (Russo y Venancio, 2006; Conrad, 2007; Moynihan y Cassels, 2007; Jara, 2007; Cabral Barros, 2007; Healy, 2002; Shorter, 2009). Estas investigaciones, sustentadas en diferentes casos empíricos, sean de corte histórico o relacionados con problemáticas actuales, ponen de relieve la importancia de considerar el campo de los fenómenos medicalizados como una trama en la que los manuales en general, y el *DSM* en particular, se constituyen como piezas fundamentales para reflexionar acerca de las relaciones entre nosologías, diagnósticos y fármacos. Más ampliamente, los manuales marcan la pauta de un desdibujamiento de los contornos entre patología y salud, que va en consonancia con los procesos de biomedicalización orientados a la salud misma. Este análisis es desarrollado con mayor profundidad por Eugenia Bianchi y Silvia Faraone,¹³ y Celia Iriart,¹⁴ en este volumen.

Vinculado a los efectos de la manualización se observó, en el trabajo de campo, un abrupto modelaje de los padecimientos, devenidos en trastornos, en función de la industria

¹³ Ver “Diagnósticos y fármacos en las infancias: una perspectiva analítica desde las ciencias sociales”, en este volumen.

¹⁴ Ver “Medicalización, biomedicalización y proceso salud-padecimiento-atención”, en este volumen.

farmacéutica. Así, los residentes son coaptados en ocasiones por ciertas voces que, amparadas en un supuesto cientificismo ateorico y en un reduccionismo biológico, condicionan una dependencia prematura del profesional a la bibliografía elaborada por la industria farmacéutica, con lo cual tempranamente se farmacoliza el proceso mismo de asistencia (Pavlovsky, 2006). En esta lógica de la asistencia se acentúa una acción terapéutica que reduce la operatoria al síntoma, y se orienta fundamentalmente a un abordaje en el que el fármaco es el instrumento imprescindible y primordial de la terapéutica en salud mental, tal como ya ha sido constatado en otras investigaciones vinculadas a los procesos de medicalización de las infancias en la Argentina (Faraone, 2008; Faraone *et al.*, 2010) y que también cobra relevancia como respuesta preponderante en la formación de jóvenes profesionales. Así, las intervenciones de salud mental, particularmente la simplificación de la psiquiatría “encubre una práctica, tanto en la investigación como en la clínica [...] que desaloja al sujeto en beneficio del mercado” (Desviat, 2003: 2).

Vinculado a este problema en la formación de los residentes, una observación que merece destacarse es la escasa relevancia que se otorga a estudios o investigaciones locales, llevadas a cabo generalmente por centros científicos o académicos, o en secretarías u organismos locales que proporcionan insumos adecuados para conocer las realidades zonales (población, problemáticas, perspectivas integrales de salud y recursos disponibles).¹⁵ Si bien estas investigaciones tienen el potencial de situar las prácticas y ofrecer un entramado más acorde al contexto, en las entrevistas se manifestó que ellas no son ponderadas ni consultadas por los residentes, aunque aborden datos estadísticos o cualitativos afines a sus intervenciones. Sin embargo, no se observó similar comportamiento con las investigaciones

¹⁵ Estos materiales figuran en la bibliografía del examen de la residencia de psicología (2017/2018).

proporcionadas por la industria farmacéutica y relacionada con la prescripción de fármacos. En este caso el material es suministrado por los agentes de propaganda médica de los laboratorios, o las páginas de Internet, y constituyen un insumo habitual utilizado para los profesionales en formación.

Vinculado al proceso de manualización, en investigaciones centradas en la formación de los residentes que anteceden a este trabajo (Torricelli, 2007; Comité de Redacción Clepios, 2013; Agrest, 1994; Agrest y Nemirovsky, 1998; Agrest *et al.*, 1998) y en artículos científicos producidos por exresidentes (Rubinstein, 2013; Vainer, 1996), queda expresado el sesgo de la formación predominante hacia la atención individual más cercana al consultorio privado en desmedro de la capacitación en dispositivos grupales, familiares o comunitarios. En tres de estas exploraciones (Torricelli, 2007; Pavlovsky, 2006; Vainer, 1996) se concluyó que existía una brecha entre la formación en la residencia y la complejidad en materia de problemáticas que la realidad evidenciaba. Estos trabajos demostraron que, ya en ese momento, la capacitación de los jóvenes profesionales no respondía adecuadamente a las necesidades sanitarias de la población, ni tenía interiorizada una perspectiva interdisciplinaria que pudiera intervenir en las problemáticas, que, según los propios entrevistados, se presentan cada vez con mayor agudeza. Igualmente, en las investigaciones vinculadas a las infancias de Barcala y Luciani Conde, así como en nuestro propio trabajo de campo, se observó que la complejidad de los nuevos problemas y demandas en materia de salud mental daba cuenta de un contexto de creciente vulnerabilidad de niñas, niños y adolescentes y sus familias (Barcala, 2012, 2013, 2016; Barcala y Luciani Conde, 2015), y una disociación con los recursos necesarios para la intervención.

Lo dificultoso de la situación descripta es que, a pesar de la existencia de la Ley Nacional de Salud Mental y la ley jurisdiccional (N° 448, sancionada en 2000), que consolidan

perspectivas interdisciplinarias e intersectoriales para abordar esas complejidades, no se reflejaron transformaciones en las prácticas y en la formación de los profesionales. La capacitación sigue promoviendo identidades defensivas (Jiménez, 2009) destinadas a mantener las premisas de cada teoría a salvo de los argumentos de la norma. Dichas actitudes defensivas son producto de la conmoción de certezas que implica el asumir las limitaciones de la propia profesión o línea teórica, y la necesidad de articular con otro.

El abandono de lo comunitario en la formación

Otro factor para conjugar con esta situación es la escasa proporción dentro del sistema público de salud de experiencias de base comunitaria que sean de referencia para el aprendizaje de los jóvenes profesionales. Así es que los residentes rotan por equipos del primer nivel de atención, sin ser apuntalados por profesionales más experimentados, a menudo muy sobrecargados y demandados con tareas asistenciales, que si bien se desarrollan en la periferia de los nosocomios, continúan la lógica hospitalaria en la atención a la demanda (Falicoff *et al.*, 2013).

Para situar este problema relevante, que impacta sobre las residencias pero que las trasciende, debemos ubicar la sistemática desarticulación de espacios de atención comunitaria que se han desarrollado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los últimos años (Stolkiner *et al.*, 2003; De Santis y Herrero, 2006; Rossi *et al.*, 2007), lo que generó una política en salud mental en colisión con la Ley 26.657.

En relación con dispositivos asistenciales para niñas, niños y adolescentes el ejemplo más emblemático lo constituyó, en 2012, la desaparición, por decisión de las autoridades sanitarias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, del Programa de Atención Comunitaria (PAC) de referencia en el área infantojuvenil (con sede en el Centro de Salud Mental N° 1). Dicho programa daba respuesta a las necesidades de las niñas, los niños y los adolescentes con trastornos

mentales severos o en situaciones complejas de vulnerabilidad psicosocial dentro de la red de hospitales y centros de salud (Barcala y Torricelli, 2013; López y Torricelli, 2014; Torricelli y López, 2015; Álvarez Zunino, 2016).¹⁶ Pero, además, el PAC constituía un espacio de formación que rompía con la lógica descripta hasta aquí y en la cual los residentes podían construir otras identidades profesionales.

Así, lo comunitario parecería alejado en los procesos de formación, ya sea por la ausencia y/o desmantelamiento de dispositivos en el sistema formal de salud, y por la falta de inquietudes personales de los residentes, pero también por la complejidad de las propias problemáticas psicosociales que los profesionales deben enfrentar y a las que deben dar respuesta por fuera del disciplinamiento del manual. Lo comunitario emerge como ese espacio no transitado, donde se generan resistencias y, nuevamente, identidades defensivas dentro del campo.

Un punto señalado por los entrevistados, y que tiene una profunda relación con este aspecto, es la falta de espacios de revisión y reflexión sobre la práctica, ya que no es sistemática ni formal la inclusión de estos aspectos, que nuevamente quedan librados a los intereses personales de los residentes. Sin embargo, si concebimos la formación en salud pública como una tecnología relacional, ubicada en un espacio *inter*, entre los jóvenes profesionales, la institución y el usuario en un espacio de interacción (comunidad) resulta esencial la necesidad de pensar la micropolítica del proceso de trabajo (Merhy y Franco, 1999). Justamente el acto de reflexionar sobre la práctica e interpelar estereotipos desmarca la dicotomía usuario vs. profesional/efector, y

¹⁶ La Asesoría General Tutelar efectuó una recomendación a las autoridades del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires dado que la desaparición del PAC y la desvinculación de sus coordinadoras, Dra. Alejandra Barcala y Lic. Patricia Álvarez Zunino, implicaba un grave incumplimiento al sistema de protección integral de derechos de la infancia y solicitó el inmediato restablecimiento del programa. Plenario del Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, 26/09/2013.

reubica el tema de las prácticas en salud mental comunitaria en un espacio complejo que incluye lo multidimensional (Stolkiner *et al.*, 2003; Faraone *et al.*, 2011).

Ley 26.657, la gran ausente

Lo antedicho también guarda relación con la ausencia de espacios formales de capacitación en torno a los contenidos de la Ley 26.657, ya que ella consolida un paradigma des/institucionalizador y des/medicalizador (Faraone, 2012a, 2012b) centrado en dispositivos alternativos y sustitutivos de los hospitalocéntricos. De este modo se define en el artículo 9 de la norma, con eje en abordajes interdisciplinarios, intersectoriales, basados en los principios de atención primaria de la salud y reforzando la restitución o promoción de lazos sociales y comunitarios. La falta de espacios formativos en torno a estos principios es concordante, a su vez, con que en el apartado de normativas en el portal oficial de la Dirección General de Salud Mental aparece exclusivamente mencionada la norma jurisdiccional, Ley 448, y la Ley 26.657 es la gran ausente. Asimismo, se expresa esta omisión en el cuadernillo *Guía de Recursos y Derivación de Salud Mental 2014/2015* (GCBA, s./f.). Cabe señalar, en la misma línea de política institucional, que el portal oficial sobre adicciones¹⁷ tampoco hace una mención a la ley nacional y su particular consideración de las adicciones como parte de la salud mental, tal cual lo establece el artículo 4 de la norma (GCBA s/f).

Otro aspecto que contribuye a poner en relieve la falta de adecuación y de incorporación de los avances legislativos de los últimos años lo constituye la ausencia de un plan de salud mental actualizado, ya que el último, denominado “Plan de Salud Mental 2002 a 2006”, fue el diseñado cuando Ricardo Soriano estaba cargo de la Dirección de Salud

¹⁷ Ver el portal de la Ciudad de Buenos Aires, sección “Adicciones”: <<https://goo.gl/j6KeV7>>.

Mental. Este plan brindaba expresamente lineamientos y pautas para la formación y la adecuación del sistema de salud (GCBA, 2002).

En las entrevistas fue posible detectar una vivencia de la Ley Nacional ligada a un tipo persecutorio de la práctica, generando y poniendo el armado de un enemigo en la propia norma o en otra profesión interviniente en el campo de la salud mental. Un ejemplo claro de esto es el lugar que, en el artículo 22, la ley otorga a los abogados de defensa de los usuarios. En relación con ellos, un residente se preguntaba en el marco de una entrevista: “a veces pienso: ¿en qué me puede servir que un abogado me diga a mí lo que tengo que hacer?”. Esta frase oculta el objetivo de la ley, que es el cuidado del usuario y la preservación de sus derechos. La falsa puja de equipos o profesiones corre la mirada de la reflexión sobre la complejidad del campo, la propia praxis y la imbricación de discursos y acciones que requiere la salud mental para abroquelarse en posiciones defensivas. Si bien entonces los cambios normativos son sin dudas factores de progreso, Mario Testa (1999) en su discurso de apertura en las *Jornadas sobre la Vigencia del Derecho a la Salud* en la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires advierte sobre los “cementeros legislativos”, aludiendo a la fisura existente entre los principios que las leyes establecen y las prácticas institucionales.

Si bien, tal como lo refiere un entrevistado, ya existen generaciones de residentes formados en el contexto de la Ley 26.657, no parece haber, sin embargo, un sistema de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que haya formalmente realizado acciones y dispositivos acordes a la norma, y menos aun un espacio formativo para que las nuevas generaciones de profesionales la implementen. De este modo las prácticas de los profesionales en formación son producto y producidas por los cambios que todavía no han devenido en el sistema de salud, y que impregnan no solo las intervenciones institucionales, sino también los sistemas de formación.

A modo de síntesis

Lo sustancial en estos capítulos ha sido el análisis del escenario argentino en materia de salud mental, formación y procesos de medicalización. En el punto de la formación de grado, el denominador común para el territorio nacional ha sido la revisión impostergable de la currícula universitaria de las carreras intervinientes en el campo de la salud mental a partir de la disociación entre los campos formativos y la práctica profesional. Para el análisis estrictamente de la formación de posgrado hemos centrado la exploración en las residencias en salud mental ligadas a las instituciones especializadas en infancia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Allí se ha podido observar una práctica centrada en lo individual, y sin un enfoque transversal ligado a lo interdisciplinario e intersectorial que promueva una perspectiva de construcción conjunta del campo, ni problematice las instancias que devienen de prácticas medicalizadoras.

En otro plano, la disociación afín a una conceptualización de enfermedad/trastorno que está ligada a los procesos de manualización logra que la multidimensionalidad de las problemáticas sociosanitarias, que requieren de respuestas complejas, terminen coagulándose en modos convencionales y reduccionistas de formación. Esta disociación, que jerarquiza modelos teóricos, escindiéndolos de lo cultural, territorial y lo comunitario, termina por recortar los fenómenos humanos.

La soledad en la formación evidencia una falsa libertad que deja librados a los residentes a la construcción de su propia trayectoria educativa, lo que restringe este espacio no solo a inquietudes personales, sino también a la penetración de actores que disputan en lo cotidiano las políticas y prácticas en salud mental. Ligado a esto, los laboratorios farmacéuticos tienen un rol fundamental en la distribución de material vinculado a investigaciones que enlazan los fármacos y los diagnósticos establecidos por los manuales. Con estos procesos se consolidan, desde los propios

espacios formativos, instancias que promueven lógicas y dinámicas farmacologizadoras de los padecimientos psíquicos en las infancias.

Estos núcleos, que terminan empobreciendo el aprendizaje, dejan al profesional en formación sin herramientas adecuadas para problematizar lo que sucede y actuar integralmente. Más significativamente, desamparan a las niñas y los niños de una respuesta subjetivante, y contribuyen a su sometimiento a procesos medicalizadores y farmacologizadores, como los que exponen las investigaciones cimentadas en experiencias nacionales que se incluyen en este volumen.

Bibliografía

- Agrest, M. (1994). "Los residentes de salud mental en 1994. Características poblacionales y sus opiniones sobre la formación", *Rev. Acta Psiquiat y psicol. Am. Lat.*, 41 (3), 219-229.
- Agrest, M.; Arín, C.; Greco, C.; Nemirovsky, M. y Vainer, A. (1998). "Perfil profesional de los ex residentes de salud mental", *Rev. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, VIII, 30, 278-288.
- Agrest, M. y Nemirovsky, M. (1998). "Los residentes de Salud Mental", *Rev. Clepios*, IV, 1, 15-18.
- Álvarez Zunino, P. (2016). "PAC, memorias de una experiencia innovadora en salud mental comunitaria en la infancia", *Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental*, XXII, 1, 45-47.
- Barcala, A. (2012). "Los dispositivos de atención de niños, niñas y adolescentes con padecimiento en su salud mental en la CABA", *Panorámicas de salud mental. A un año de la sanción de la Ley Nacional 26.657*. Ministerio Público Tutelar de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: EUDEBA.

- Barcala, A. (2013). "Niños, niñas y adolescentes en situación de alta vulnerabilidad psicosocial", *La patologización de la infancia II. Intervenciones en la clínica*. Buenos Aires: Noveduc.
- Barcala, A. (2016). "Institucionalización psiquiátrica en la niñez: el alcance del problema". Presentación, *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIII Jornadas de Investigación, Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Barcala, A. y Luciani Conde, L. (2015). *Salud mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Buenos Aires: Teseo.
- Barcala, A. y Torricelli, F. (2013). "Ampliando los márgenes de la clínica. Trayectoria de un Programa de Salud Mental Comunitaria para niños, niñas y adolescentes desde una perspectiva de derechos en la Ciudad de Buenos Aires", *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat*, XXIV, 67-75.
- Beutler, L.E.; Machado, P.P. y Neufeldt, S.A. (1994). "Therapist variables", en Bergin, A.E. y Garfield, S.L., *Handbook of psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley (4º ed.).
- Borrell Bentz, M.R. (2005). *La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. Buenos Aires: OPS.
- Bourdieu, P. (1990). "Algunas propiedades de los campos", *Sociología y cultura*. México: Grijalbo.
- Cabral Barros, J.A. (2007). "Nuevas tendencias de la medicalización", *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 579-587.
- Castro Solano, A. (2004). "Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales", *Revista Interdisciplinaria*, 21, 2, 117-152.
- CELS-MDRI (2008). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos de la Argentina*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University.
- Conrad, P. y Bergey, M.R. (2014). "The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder", *Social Science and Medicine*, 122, 31-43.
- Cohen, H. (2009). *Salud mental y derechos humanos. Vigencia de los estándares internacionales*. Buenos Aires: OPS.
- Comité de Redacción Clepios (2013). "La formación en la residencia en salud mental en la Ciudad de Buenos Aires", *Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental*, vol. XIX, N° 1: 29-35. Disponible en <https://goo.gl/T9HrKR> [consulta: mayo de 2016].
- CONISMA (2013). *Recomendaciones a las Universidades Públicas y privadas*. Art. 33, *Ley Nacional 26.657*. Imp. Jefatura de Gabinete. Argentina.
- Desviat, M. (2003). "La construcción del discurso psiquiátrico", *Revista Atopos*, 2-3. Disponible en <https://goo.gl/bsuLtJ> [consulta: enero de 2018].
- De Santis, M. y Herrero, V. (2006). *Equidad en el acceso, desigualdad y utilización de los servicios de salud. Una aplicación al caso argentino en 2001*. Córdoba: Instituto de Economía y Finanzas, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Córdoba. Dirección de Salud Mental.
- Guía de Recursos y Derivación de Salud Mental 2014/2015. Disponible en <https://goo.gl/gHEcX3> [consulta: enero de 2018].
- GCBA (2011). *Documento Marco. Residencias del Equipo de Salud*. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Disponible en <https://goo.gl/RyvrX6> [consulta: febrero de 2018].

- Falicoff, J.; Lagos, M.; Mazzoglio y Nabar, M.; Bekerman, S.; Muñiz, M. y Méndez Ribas, M. (2013). "Impacto subjetivo de la práctica clínica actual según momentos de la formación", *Sinopsis*, 26, 52, 31.
- Faraone, S. (2008). "Medicalización de la infancia: Una mirada desde la complejidad de los actores y de las políticas", *Topía*. Disponible en <https://goo.gl/BWgkct> [consulta: febrero de 2018].
- Faraone, S. (2012a). "Cartografía de la des/institucionalización en salud mental en la argentina (1983-2010). Tensiones, conflictos y oportunidades en las políticas y las prácticas". Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Faraone, S. (2012 b). "El acontecimiento de la ley nacional de salud mental. Los debates en torno a su sanción", *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 2, 4, 48-61.
- Faraone S. (2013). "Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones Salud Mental y Comunidad", *Ediciones Unla*, 3, 3, dic., 29-41.
- Faraone, S; Barcala, A.; Torricelli, F.; Bianchi, E. y Tamburino, M.C. (2010). "Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicalización de la infancia en Argentina", *Interface*, 14(34), 485-497.
- Faraone, S.; Geller, Y.; Mendez, M.J.; Rosendo, E.; Torricelli, F. y Valero, A. (2011). *Accesibilidad y derechos humanos en salud mental. Análisis de los procesos de atención en efectores generales de salud desde una perspectiva alternativa y sustitutiva de los modelos asilares: el caso de las provincias de Santa Fe y Tierra del Fuego*. Salud Investiga, Ministerio de Salud.
- Ferreira, J.A. e Iglesias Frecha, J.M. (2017). "La formación en salud mental infanto-juvenil en psicopedagogía: la tensión entre la autonomía universitaria y las legislaciones vigentes. Estudio de caso de una currícula de grado a la luz de las políticas públicas con enfoque de

- derechos". Presentación, *II Jornadas Latinoamericanas de Teoría Social "Horizontes y dilemas del pensamiento contemporáneo en el sur global"*, 2 y 3 de agosto. Sección de Neoliberalismo, bio/medicalización y salud mental en América Latina. Avances y resistencias en perspectiva.
- Ferro, R.O. (1989). *Análisis y evaluación del desarrollo de recursos humanos para la salud mental en la Argentina 1983-1989*. Buenos Aires: OPS-DNSM.
- Ferro, R.O. (2010). "Salud mental y poder. Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad", *Revista de Salud Pública*, XIV, 2, dic., 47-62.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2007). "Derechos humanos y salud mental: la cuestión ética", en *Subjetivación clínica insurgencias*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.
- Galende, E. (2013). "Editorial", *Salud Mental y Comunidad*, 3, 3, dic. 7-19.
- Galli, V. (1989). "Lineamientos en Salud Mental". Documento Dirección Nacional de Salud mental. Buenos Aires (mimeo).
- Gauron, E.F. y Dickinson, J.K. (1969). "The influence of seeing the patient first on diagnostic decision making in psychiatry", *Am. J. Psychiatry*, 126, 199-205.
- GCBA (s./f.). "Guía de recursos y derivación de Salud Mental 2014/2015". Dirección de Salud Mental. Disponible en <https://goo.gl/nyJPev> [consulta: enero de 2018].
- GCABA (2002). *Plan Nacional de Salud Mental 2002 a 2006*. Dirección de Salud Mental.
- Healy, D. (2002). *The creation of psychopharmacology*. London: Harvard University.
- Huerta, A. (2013). "Apuntes sobre la formación de Recursos Humanos en Salud Mental". Disponible en <https://goo.gl/mCJWuf> [consulta: junio de 2017].
- Jara, M. (2007). *Traficantes de salud. Cómo nos venden medicamentos peligrosos y juegan con la enfermedad*. Barcelona: Icaria-Antrazyt.

- Jiménez, J. (2009). "Aprender la práctica de los psicoanalistas en sus propios méritos", *Psicoanálisis*, XXXI, 1, 51-75.
- Jiménez, J. (1995). "El psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada", en Defey, D.; Elizadlde, J.H. y Rivera, J. (comp.), *Psicoterapia focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempos definidos*. Uruguay: Roca Viva.
- Jodelet, D. (1986). "La representación social: fenómeno, concepto y teoría", en Moscovici, S., *Psicología social*, t. II, 469-494. Barcelona: Paidós.
- Kraut, A. (2004). *Los derechos de los pacientes*. Buenos Aires: Lexis Nexis.
- Kraut, A. (2006a). *Salud mental y tutela jurídica*. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni.
- Kraut, A. (2006b). "Derechos humanos y salud mental en la Argentina", en Galende, E. y Kraut, A., *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar.
- Latorre Postigo, J.M.; López-Torres Hidalgo, J.; Montañés Rodríguez, J. y Parra Delgado, M. (2005). "Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria", *Aten Primaria*, 36 (2), 85-92.
- López, P. y Torricelli, F. (2014). "Y no comieron perdices", *Topía Digital*. Disponible en <http://www.topia.com.ar/articulos/> [consulta: febrero de 2018].
- Merhy, E.E. y Franco, T.B. (1999). "O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil", *Cad. Saúde Pública*, 15 (2), abr.-jun., 345-353.
- Moynihan, R. y Cassels, A. (2007). *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*. Barcelona: Terapias Verdes.
- OMS (2004). *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Informe compendiado del Departamento de Salud Mental y Abuso de

- Sustancias de la OMS en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Ginebra.
- OPS (2009). *Estrategia y plan de acción sobre salud mental* (CD49/11). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS/OMS (2005a). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- OPS/OMS (2005b). *Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental, políticas, planes y programas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- Pavlovsky, F. (2006). "La tentación: vicisitudes de un psiquiatra", *Topía*. Disponible en <https://goo.gl/K9GUvp> [consulta: febrero de 2018].
- Pinheiro, R. y Ceccim R. (2009). "Experimentación, formación, cuidado y conocimiento en el campo de la salud: articulando concepciones, percepciones y sensaciones para efectivizar la enseñanza de la integralidad", en R. Pinheiro y otros (comp.), *Enseñar salud*. Buenos Aires: Teseo.
- Pinheiro, R.; Guljor, A. y Da Silva Junior, A. (2007). "Necesidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: uma proposta de avaliação entre demanda e oferta de cuidado", en *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.
- Rossi, D.; Pawlowicz, M. y Singh, D. (2007). *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario*. Buenos Aires: Intercambios, Naciones Unidas.
- Rosendo, E. (2008). "Los olvidos de la salud mental en los procesos desinstitucionalizadores. Antecedentes históricos, formación universitaria y abordaje social. La Ley

- de Salud Mental (N° 448), un ejemplo paradigmático”, *Serie documentos en políticas sociales 2008 del CIO-BA*, Buenos Aires.
- Rovere, M. (2011). “Curso de Formación Docente para el Área de Prácticas en Salud en la Formación del Psicólogo”. Seminario Extracurricular, Universidad Nacional de Rosario.
- Rubinstein, V. (2013). “Una formación que se inventa”, *Clepios*, XIX, 1, 5-8.
- Russo, J. y Venâncio, A.T. (2006). “Classificando as pessoas e suas perturbações: a ‘revolução terminológica’ do *DSM III*”, *Revista Latinoamericana de Psicopatología*, 3, 460-483.
- Shorter, E. (2009). *Before Prozac. The troubled history of mood disorders in psychiatry*. Oxford: Oxford University.
- Stagnaro, J.C. (2008). “Reportaje”, *Clepios*, XIV, 3, 124-129.
- Stolkiner, A.; Comes, Y.; Parenti, M.; Solitario, R. y Unamuno, P. (2003). *Descentralización y equidad en salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense*. Buenos Aires: Serie Seminarios en salud y política pública. Centro de Estudios de Estado y Sociedad CEES.
- Testa, M. (1999). “Legalidad, legitimidad y constitución de los actores sociales para la defensa de la salud”. Discurso de apertura, *Jornada sobre Salud “Vigencia del Derecho a la Salud”*, Consejo Multisectorial de Organizaciones Sociales y Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.
- Torricelli, F. (2007). “Residentes en Psicología Clínica y en Psiquiatría. Representaciones acerca de sus campos profesionales y producción inferencial clínica en su formación como psicoterapeutas”. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Torricelli, F. (2012). “Campo, rol y perfil profesional en los residentes en psicología y en psiquiatría en la Ciudad de Buenos Aires: una investigación sobre el componen-

- te ‘recurso humano en salud mental’ en el subsector público”, *Salud Mental y Comunidad*, 2, 2. Disponible en <https://goo.gl/cf4rUJ> [consulta: febrero de 2018].
- Torricelli, F. y López, P. (2015). “Caracterización y análisis evaluativo de un Programa de Atención Comunitaria para niños en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)”, *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, XXI, 1. Universidad de Buenos Aires.
- Vainer A. (1996). “La desaparición de lo grupal en las residencias”, *Clepios*, 2, 2, 62-67.
- Vásquez, J. (2007). “La Declaración de Caracas: un instrumento esencial para la promoción y protección de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales”, en Rodríguez, J. (ed.), *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington: OPS.
- Vásquez, J. (2009). “Derecho internacional como un instrumento esencial para la promulgación y protección de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad mental y sus familiares en el contexto del Sistema de Salud Europeo e Interamericano de Derechos Humanos”, *Salud mental y derechos humanos. Vigencia de los estándares internacionales*, pp. 33-39. Washington: OPS.
- Yanco, D. y Roma. V. (2007). “Residencias de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. Dilemas y avances en su construcción”, *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.*, vol. XVIII: 179-18.

Normativas citadas

- Argentina, Ley 25.421 (2001). *Creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM)*. Congreso de la Nación, abril 4.

Argentina, Ley 26.657 (2010). *Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Congreso de la Nación, noviembre 25.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ley 448 (2000). *Salud Mental*. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, julio 27.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ordenanza 40997 (1985). *Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud*. Publicada en el B.O. N° 17720 el 11-02-1986.

Argentina, Ministerio de Salud. Resolución 2340 (2015). Sobre recursos humanos en salud. Disponible en <https://goo.gl/xuwsuG>.

Tercera parte

**La medicalización/farmacologización de las infancias:
resultados de investigaciones sobre el TDAH como
analizador en Argentina**

La medicalización contra las cuerdas

Puntuaciones teórico-metodológicas y desafíos para la investigación de la medicalización desde el análisis del TDAH en Argentina

EUGENIA BIANCHI

Introducción

Una de las constataciones más persistentes que arrojan las investigaciones en la temática es que el concepto de *medicalización* tiene lo que suele denominarse “gancho”, es decir que está presente fuertemente como tema de agenda cultural, social, económica y también político-legislativa, y que es convocante en los espacios tanto académicos (de formación, docencia e investigación) como clínico-profesionales relacionados con la salud y la salud mental. Pero a la vez, en esos mismos espacios persisten una serie de inexactitudes ligadas al concepto y su circulación.

El objetivo de este capítulo es presentar algunas implicancias o corolarios teórico-metodológicos que se derivan de estas inexactitudes, que surgen de reflexiones en el marco de las investigaciones en relación con los procesos de diagnósticos y tratamientos por TDAH en Argentina. Para ello se emplean métodos analítico-interpretativos sobre bibliografía específica, nacional e internacional.

Se postula que, al extender su influencia, la medicalización ha resignado matices y potencia analítica. También que, por lo general, estas inexactitudes redundan en que las discusiones y las críticas se encuentran un tanto rigidificadas y estereotipadas, y que los términos en los que circula

efectivamente el concepto, y los debates que se delinean en torno a él, omiten, obturan o impiden el planteamiento de otros términos para discutir y profundizar dentro del amplio campo problemático que la perspectiva y su concepto están en condiciones de abordar.

Estas reflexiones, a su vez, resultan de constataciones respecto de la pregnancia de ciertas discusiones y agendas que rigen mayoritariamente la circulación de trabajos ligados a la perspectiva de la medicalización en América Latina. Y parten de asumir que los fenómenos medicalizados en general, y en particular el TDAH, se constituyen en objetos de estudio complejos, en tensión y en curso.

Complejos porque incluyen muchos actores sociales, con lógicas no unitarias, que pueden ser consonantes o contrapuestas, y que pueden funcionar y reproducirse aun en la contradicción. También porque abarcan múltiples estrategias, que no son generales sino parciales, fragmentadas, no siempre convergentes, y en ocasiones decididamente divergentes. Esta misma complejidad se amplía a múltiples instituciones, tecnologías, saberes, prácticas, dispositivos y profesiones, entre otros tantos elementos.

En tensión porque todo el conjunto anterior no es armónico, sino que se producen feroces cruces, luchas, conflictos, debates, disputas de diverso calibre. En la complejidad no hay calma, no hay quietud, ni consenso. Y en curso porque esa tensión no está saldada; los conflictos que se suscitan todavía están desplegándose, moviéndose o desarrollándose, y ni el devenir ni el final de estas luchas complejas pueden avizorarse del todo.

La medicalización en América Latina: ¿dónde estamos y a dónde vamos?

Como señala Murillo,¹ en América Latina la medicalización entronca con toda una serie de especificidades históricas, económicas y político-culturales que la distinguen de cómo se han dado los procesos en otras latitudes. La medicalización en América Latina también es un tópico que ha dado lugar a numerosas investigaciones, tanto de corte teórico como de problemáticas empíricas. En particular, el análisis del TDAH en distintas experiencias en Argentina, Brasil y Chile ha realizado los primeros aportes a un análisis global de los estudios de la medicalización (Bergey *et al.*, 2018).

Recientemente se publicaron artículos que revisan los estudios sociológicos enfocados en los procesos de medicalización provenientes de América Latina (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016), y en sus especificidades epistemológicas (Murguía, Ordorika y Guerrero, 2016).

Entre las conclusiones del relevamiento de estos autores interesa destacar algunos elementos. En primer lugar, que en América Latina los estudios sociológicos sobre medicalización intersectan con otras agendas de investigación, como las de la historia de la medicina y la salud pública, pero sus objetivos no se solapan totalmente. Esta afirmación puede constatarse y completarse, en el caso de Argentina al menos, ya que en las agendas de investigación se verifican una serie de campos de análisis que de modo incipiente están siendo abordados también, aunque no excluyentemente, en clave de medicalización. Además de los dos principales que trabajamos en este libro, es decir, los de las infancias y la salud mental, pueden mencionarse desde campos que incluyen tópicos canónicos del análisis en las ciencias sociales y humanas como clase, economía, trabajo, legislación y derechos, hasta otros de más reciente inte-

¹ Ver “El gobierno de las infancias”, en este volumen.

rés investigativo, como género, maternidad, migraciones, sexualidades, pueblos originarios, encierro punitivo, envejecimiento, alimentación, tecnologías reproductivas, etc.

Otro elemento que marcan Murguía y su equipo (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016) es la preeminencia teórica de tesis foucaultianas, algo que va en línea con considerar la medicina como estrategia biopolítica del Estado moderno, y como forma de ejercicio del control social, a la vez represivo y persuasivo. Los autores concluyen que estos análisis se llevan a cabo, muchas veces, sin las necesarias adecuaciones para comprender los procesos en la región, y/o sin un basamento empírico robusto. Sin embargo, es posible agregar al análisis de los autores que este doble carácter del control social ejercido sobre los diferentes individuos y segmentos poblacionales no es tenido en cuenta en todos los casos. Así, son frecuentes los análisis orientados exclusivamente a los elementos represivos desplegados en los procesos de medicalización, algo que va en detrimento de un análisis más profundo y propende a un estudio de los fenómenos o bien pre-formateado, o bien extrapolado de otros contextos geográficos e instancias históricas. También deriva de una de las tantas reducciones a las que se somete la complejidad de estos procesos, un atributo que Rodríguez Zoya (2017) ha analizado para estudiar la relación entre comunicación y salud, y que resulta útil para abordar los procesos de medicalización de la sociedad.

En América Latina estos estudios se dan, según estos autores, en el marco de una salud pública con amplio predominio del modelo médico hegemónico de la medicina occidental, que invisibiliza otras modalidades de posicionarse socialmente frente a las dolencias.

Uno de los resultados más significativos a los que arriban con su relevamiento es que en América Latina, los trabajos muestran que los procesos de medicalización son expresivos de las desigualdades de la región. En los extremos de un amplio arco, estas desigualdades se patentizan por una parte en el hecho de que amplios sectores de la

población tienen acceso limitado a servicios y medicamentos básicos, por lo que ven restringido su derecho a la salud. Y por otra parte y al mismo tiempo, hay una sobreutilización de fármacos y servicios en los sectores socioeconómicamente más favorecidos. Así, el análisis de los fenómenos medicalizados describe una curva cuyos extremos son, por una parte, la exclusión de algunos sectores, y por la otra, la sobremedicalización y el hiperconsumo de medicamentos de otros. De lo que expresan los autores es posible derivar que en el resto de los puntos de esa curva, se suscitan cantidad de otras problemáticas y fenómenos que no debieran ser reducidos a explicaciones polares, antagónicas o generales.

Por último, marcan que en América Latina están empezando a publicarse estudios de caso, y de corte cualitativo que aportan a una comprensión más acorde con la multidimensionalidad del fenómeno (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016).

Sin embargo, para entender cómo se llega al panorama actual en América Latina respecto de la medicalización como perspectiva de análisis social, y las dificultades que este capítulo busca mapear, es necesario situar la relevancia que tiene la perspectiva para las ciencias sociales en general, y la sociología en particular, en función de los avances y transformaciones que se han producido desde los primeros desarrollos hasta hoy. A eso se aboca el siguiente apartado.

La medicalización desde las ciencias sociales. Algunas cuerdas para tejer la trama

Como señala lúcida y tenazmente Conrad (1992, 2007, 2013), una de las claves de la medicalización reside en su definición. Como otros tantos elementos al interior de la perspectiva, la definición ha asumido diferentes rasgos a lo largo de los ya casi cincuenta años de producciones

académicas, desde que Pitts (1968) acuñó el término. Esto se relaciona con que la medicalización se ha nutrido de diferentes escuelas y posturas teóricas a lo largo de su existencia, una capacidad que le ha permitido dejar de ser un tópico periférico en los estudios de la sociología médica en la década de 1970, para convertirse en un área relevante y pujante para el pensamiento social en el siglo XXI (Conrad, 2013).

La variedad de campos que trabajan con esta perspectiva, sin embargo, ya excede con creces a la sociología. Conrad menciona la incidencia de la sociología médica, la historia, la antropología, la salud pública, la economía y la bioética (Conrad, 2013), a las que se añaden los estudios sobre ciencia y tecnología (Sismondo, 2010), y sobre género (Riska, 2010). A esta circunstancia se suma que la circulación del término ha rebalsado ampliamente los espacios académicos.

En virtud de estos enlaces y expansiones, la medicalización se posicionó como concepto del pensamiento sociológico que traspasó el borde de la terminología disciplinar específica, para emplearse en un amplio rango de otras disciplinas académicas e incorporarse a la cultura más general, y circular en los medios de comunicación y las noticias (Conrad, 2015). De hecho, Davis (2009) lo reconoce como uno de los conceptos más importantes y exitosos de la sociología médica, mientras que Bell y Figert (2015) la ubican junto con otros escasos ejemplos que comparten esta característica, como “burocracia” de Weber, “estigma social” de Durkheim y Goffman, y “capital cultural” de Bourdieu.

Conrad reseñó el conjunto de autores, escuelas y temas que fueron foco de interés en los años tempranos de la perspectiva de la medicalización. Su mapeo incluye los estudios realizados desde la sociología de la desviación y el control social, la psiquiatría crítica y la antipsiquiatría, la historia y la filosofía críticas, la historia de la psiquiatría, la sociología estructural-funcionalista, la teoría del etiquetamiento y el interaccionismo simbólico (Conrad, 2013).

Con múltiples referencias cruzadas entre las obras de todos ellos, los aportes que se produjeron en estos campos fueron cimentando la temática y desarrollando toda una serie de nociones vinculadas a la de medicalización. Entre los autores más destacados se encuentran Zola (1972), quien abordó la medicina como una institución orientada al control social; y Szasz, quien desde la antipsiquiatría acuñó la noción de *mito de la enfermedad mental* (1973) y, más específicamente, resaltó el rol de la psiquiatría como institución de control social (2001). También Illich (1976), quien desarrolló de modo articulado los conceptos de iatrogénesis clínica, social y estructural para analizar la medicalización de la vida. Además, trabajó la noción de imperialismo médico y abogó por una política de la salud que recuperara la autonomía personal y que, como resultado de la acción política, reforzara la dimensión ética de los tratamientos médicos; y Foucault, que abordó la cuestión de la medicalización como estrategia de gobierno de las poblaciones en los Estados capitalistas (Foucault, 1996).

Foucault atribuyó al saber, al poder y a las prácticas médicas y psiquiátricas una participación central en la constitución de cuerpos y subjetividades (Foucault, 1997, 2003, 2005, 2002a), y un rol preponderante en los procesos de normalización social que se llevan adelante en diferentes modalidades de ejercicio del poder, tanto en la disciplina como en la regulación (Bianchi, 2010). Asimismo, aportó herramientas conceptuales en su debate con Illich, entre ellas la noción de iatrogenia positiva (Foucault, 1996).

Por su parte, en su análisis del sistema social Parsons subrayó la relevancia de la medicina en la diferenciación entre crimen y enfermedad, ambos considerados como formas de desviación, y analizó el rol social del enfermo (Parsons, 1999). Desde la Escuela de Chicago también engrosaron la densidad analítica de la medicalización con diferentes nociones: Goffman (1998a, 1998b) trabajó, entre otros, los conceptos de institución total, mortificación del yo, carrera moral y estigma; Becker (2009) elaboró su teoría del

etiquetamiento ejemplificando su definición con numerosas metáforas médicas, y Freidson (1978) analizó el proceso de expansión de la institución médica, avanzando sobre tópicos como los significados sociales de la enfermedad –en tanto puede considerarse como desviación social– y la autoridad profesional.

Clarke y Shim (2011) también historizaron los estudios académicos de la medicalización, y agruparon las temáticas concernientes a estos en dos líneas. Una, enfocada en el predominio profesional, distintiva de los escritos teóricos tempranos y de corte marxista, con Illich y Waitzkin como autores destacados. Esta línea tomó a los médicos como principales agentes de la medicalización, y criticó la expansión de su accionar como parte del imperialismo médico. Un énfasis similar tuvieron algunos escritos de académicos británicos que no llegaron a circular en Argentina. La otra línea está representada mayormente por sociólogos estadounidenses, y su acento está puesto en “los aspectos definicionales, jurisdiccionales e institucionales de la medicalización, con el foco en el examen de procesos, complejidades y consecuencias de cómo las cosas se vuelven ‘médicas’ (más que legales, religiosas, personales, etc.)” (Clarke y Shim, 2011: 174). Al respecto, en un breve artículo, Conrad y Schneider (1980) postularon que la medicalización no puede restringirse al análisis de la interacción médico-paciente (un aspecto capital de los estudios centrados en el imperialismo médico), sino que a este deben añadirse dos niveles más: el conceptual y el institucional, con esta diferenciación en niveles marcan una diferencia con los estudios al otro lado del Atlántico.

Los trabajos académicos de este período, sin embargo, estuvieron abocados mayoritariamente al estudio de la institución y profesión médicas, tópicos dotados de una significación destacada que Lupton (1997) se permitió relativizar al momento de reflexionar acerca de las dinámicas más recientes del proceso, dada la insoslayable y creciente incidencia de otros actores y grupos como agentes activos,

tanto de la medicalización como de la desmedicalización de los procesos vitales, sociales, legales y morales que ocuparon la atención de los académicos (Bell y Figert, 2015). Para Lupton, las claves de lectura en este período suponen un registro en trazos gruesos de la relación médico-paciente que reducen la asimetría a la mera opresión, dotan a la noción de medicalización de un carácter adjetivante peyorativo, y relegan dimensiones de análisis como el alivio del dolor o la mejora de la salud (Lupton, 1997).

Más allá del temprano vínculo de la medicalización con los estudios del control social, la desviación y la normalización social, y la impronta construccionista de los primeros análisis, las teorizaciones más recientes han realizado un giro analítico importante, ya que sostienen la pertinencia de incorporar también dimensiones económico-políticas para analizar procesos complejos que abarcan formas de saber y verdad relacionadas con el conocimiento científico-tecnológico (Conrad, 2007).

Otro campo de estudios que se vincula con el de la medicalización es el de género. Riska analizó la relación entre ambos y, en particular, destaca que entre 1975 y 1985 la medicalización se presentaba como neutral respecto del género, pero que los ejemplos empíricos eran comportamientos que mayoritariamente remitían a los varones. Entre los ejemplos mencionados se encuentran los estudios de Conrad sobre hiperactividad, una condición diagnosticada predominantemente en niños varones en esa época (Riska, 2003, 2010).

Como lo trabaja Celia Iriart en este libro,² en el siglo XXI la medicalización se ha reconfigurado y se asume como un proceso crecientemente complejo, multisituado y multidireccional, caracterizado por la emergencia de una biomedicina cada vez más tecnocientífica (Clarke *et al.*, 2010). Estas reflexiones originaron la corriente de la biomedica-

² Ver "Medicalización, biomedicalización y proceso salud-padecimiento-atención", en este volumen.

lización que, entre otros elementos, contempla la creciente influencia de consumidores, compañías farmacéuticas y aseguradoras de salud, y la disminución del peso de los médicos y las instituciones médicas (Conrad, 2013). Con la biomedicalización se consolida la pregnancia del pensamiento foucaultiano como referencia nodal, aunque sus aportes estaban presentes –de un modo más lateral– en los debates iniciales de la perspectiva. La biomedicalización se ubica en la convergencia de las teorizaciones del biopoder y la biopolítica, de la bioeconomía y el biocapital, y la políticas de la vida misma (Clarke *et al.*, 2010); además abreva en los estudios de la gubernamentalidad foucaultianos (Foucault, 2006), y del concepto de biosociabilidad (Rabinow, 1996), con el foco en la salud, el riesgo y la vigilancia, una tríada ya presente en los procesos de medicalización, pero que en los fenómenos vinculados a la biomedicalización adquiere matices específicos.

Clarke y Shim (2011) marcan que el prefijo “bio-” en biomedicalización remite a dos elementos salientes de esta corriente. Por un lado denota la creciente relevancia de la biología en la biomedicina actual, y por otro conecta con el análisis del biopoder y la biopolítica foucaultianas. Por último, sostienen que los procesos de medicalización y biomedicalización no se sustituyen, sino que cohabitan espacio-temporalmente. Las temáticas clásicas de la medicalización se reformulan y son reinscriptas en procesos de biomedicalización, y el TDAH es un ejemplo destacado de ello (Iriart e Iglesias Ríos, 2013).

En publicaciones recientes se jerarquiza la relevancia de investigaciones en países no anglosajones que contribuyen a delinear contornos teóricos específicos, y aportan para diálogos y discusiones académicas, a la luz de la denominada “globalización de la medicalización” (Conrad y Bergey, 2014; Bergey *et al.*, 2018). Nuestra región tiene, entonces, mucho que ofrecer, y con su estudio Murguía y sus colaboradores dan la pauta de la relevancia de atender a estas producciones.

En diálogo con estos relevamientos, este capítulo se propone sin embargo avanzar en otra línea de reflexión, que aborda las restricciones y limitaciones para la investigación de los fenómenos medicalizados, que se derivan de ciertas definiciones del propio concepto de medicalización que se verifican en los espacios y producciones académicas de Argentina y de la región. A ellas se dedican las siguientes secciones del capítulo.

El concepto de medicalización: su potencia y sus inexactitudes

Como se introdujo en el capítulo, el concepto de medicalización tiene lo que suele denominarse “gancho”, exhibe una marcada presencia como asunto de agenda cultural, social, económica y también político-legislativa, y es altamente convocante en espacios académicos, de investigación y clínico-profesionales relacionados con la salud y la salud mental. Simultáneamente, las discusiones, críticas y aportes que se formulan en estos espacios dan la pauta de una serie de inexactitudes ligadas al concepto y su circulación, que suponen una serie de limitaciones y pérdida de fuerza argumental, y que se pueden sintetizar en tres líneas, cuyos límites entre sí son más analíticos que empíricos.

La primera es la adjetivación, que consiste en concebir el concepto de medicalización como un adjetivo, y por lo tanto como un atributo de un individuo. De acuerdo con esta descripción, la medicalización sería algo que caracteriza o le ocurre a alguien, frecuentemente de modo coercitivo y externo a sus intenciones o capacidad de manejarlo. Esta línea es la que amerita más consideraciones respecto de los efectos que supone para la investigación.

La segunda consiste en la reducción de los múltiples aspectos del proceso a dos principales. Una de las reducciones ocurre cuando se considera que medicalización es

sinónimo de prescripción de medicación, tomando el consumo de medicamentos como aspecto indispensable para que ocurra el proceso de medicalización, y la otra reducción se da cuando se asume que la medicalización es un asunto de médicos, y que son estos profesionales los principales o excluyentes involucrados en el proceso.

El tercero reside en asumir que los fenómenos asociados a la medicalización son de alguna manera impropios o falaces, y que por ello no les corresponde verdaderamente estar medicalizados.

Ahora bien, ¿qué consecuencias trae esta suerte de transacción por la cual, al extender su influencia, la medicalización ha resignado matices y potencia analítica? Como se señaló, la más inmediata consiste en que por lo general estas inexactitudes redundan en que las discusiones y las críticas se encuentran un tanto rigidificadas y estereotipadas. La más importante, sin embargo, deriva de que los términos en los que circula efectivamente el concepto, y los debates que se delinean en torno a él, omiten, obturan o impiden el planteamiento de otros términos para discutir y profundizar dentro del amplio campo problemático que la perspectiva y su concepto están en condiciones de abordar.

Para avanzar en el desarrollo de estos postulados, se describe a continuación cada una de las tres dificultades o inexactitudes del concepto antes referidas.

1. Acerca de la adjetivación del concepto

En este artículo se propone ofrecer algunos elementos para avanzar hacia una definición de medicalización compuesta de múltiples aportes, y ligada a consideraciones más amplias que remiten en muchos casos a postulados de la sociología clásica. Se nutre de los aportes de Conrad, investigador ineludible de este campo, pero también de los de Foucault, cuyas contribuciones exceden largamente la perspectiva de la medicalización, y sus otros intereses analíticos,

metodológicos e investigativos pueden nutrir el concepto mismo de medicalización con un rico andamiaje teórico-metodológico.

Más allá de sus inocultables diferencias, ambos pensadores proponen algunos lineamientos convergentes, que enlazan directamente con las características de la medicalización antes expuestas, a saber: el hecho de ser un proceso heterogéneo, con múltiples aristas y que no puede ser pensado en términos generales. Sin embargo, estos valiosos aportes deben ser reconsiderados y puestos a prueba, y es siempre necesario tensar sus límites, para adecuarlos al estudio de fenómenos noveles.

Conrad elaboró la definición canónica del término, la que es más frecuentemente referida o recitada. En sus palabras, la medicalización ocurre “cuando un problema es definido en términos médicos, es descripto usando un lenguaje médico, es comprendido a través de la adopción de un marco médico, o es tratado con una intervención médica” (Conrad, 2007: 5).

Siguiendo en general estos lineamientos, es consonante pensar en una definición de medicalización que pone el acento en lo conceptual, lo procesual y lo histórico, y no como muchas veces se advierte en alusiones a la medicalización, como un adjetivo calificativo que, las más de las veces, está dotado de un carácter peyorativo.

Sostener que la medicalización no es un adjetivo supone destacar que no es un atributo de una persona, de un individuo aisladamente, sino que es un concepto, y un concepto que surge del pensamiento social. Eso posiciona a la medicalización como un proceso que no se reduce a los diferentes actores individuales que involucra. Como se marca en otro capítulo de este libro,³ la medicalización es tributaria del pensamiento de la sociología clásica, que asume que los fenómenos sociales constituyen una entidad *sui*

³ Ver “Diagnósticos y fármacos en la infancia: una perspectiva analítica desde las ciencias sociales”, en este volumen.

generis, que no son reductibles ni enteramente comprensibles en función de sus componentes individuales (Durkheim, 1982).

Conrad (2013) subraya además el carácter procesual y diacrónico del término, de modo que supone, por un lado, la desmedicalización, suscitada cuando un fenómeno que se venía considerando en términos médicos ya no es merecedor de una intervención de ese tipo; y, por el otro, contempla la eventualidad de una remedicalización de problemas cuyo abordaje en términos médicos hubiese perdido peso como factor explicativo.

La medicalización, entonces, siempre debe ser abordada en perspectiva histórica. Y esta historización nos permite una tarea de desustancialización del fenómeno, de desnaturalización de la forma provisoria que adquiere en el momento o período en el que lo estemos abordando. Esta constituye otra de las líneas de enlace con el pensamiento de la sociología clásica.

Además, y en esto reside el aporte del pensamiento foucaultiano, los fenómenos medicalizados no se encuentran en armonía con el entramado de saberes, prácticas, tecnologías, instituciones, profesiones y demás elementos que involucran. Por el contrario, son fenómenos cruzados por agudas disputas, y que ponen en escena las diferentes posturas y las tensiones que se suscitan.

Por eso, a la vez que se hace necesaria una aproximación diacrónica, es importante también asumir que en la sincronía no hay armonía, sino que se expresan profundas tiranteces entre los elementos que se encuentran en relación en la trama. Por eso también, un mismo fenómeno puede, en diferentes períodos históricos, estar más o menos asociado a explicaciones medicalizadas, y puede por ello participar de un flujo y reflujo, al que Conrad alude como “bi-direccionalidad” (Conrad, 2013: 197), que oscila entre la medicalización, la desmedicalización y la remedicalización.

A la vez, y como otro elemento a contemplar en el eje sincrónico del análisis, un fenómeno puede estar simultáneamente medicalizado y desmedicalizado, una posibilidad que Conrad y Foucault abordan, aunque cada uno desde diferentes andamiajes conceptuales.

Conrad habla de una dinámica de sedimentación o, literalmente, de “capa sobre capa institucional”, o *institutional layering* (Conrad, 2013: 197), donde múltiples instituciones comparten el control de un problema. A esto le suma que las categorías medicalizadas son elásticas y pueden expandirse o contraerse. Por supuesto, como marca Conrad, la tendencia general más advertida en los estudios empíricos es hacia la medicalización, y de esta tendencia participa el TDAH (Conrad y Potter, 2003) como diagnóstico globalizado (Conrad y Bergey, 2014).

Para entender por qué el TDAH está en expansión como diagnóstico medicalizado es necesario remitirse a la entonces denominada “reacción hiperkinética en la infancia o adolescencia”, que aparece por primera vez en el *DSM-II* (APA, 1968). Esta nosología es ubicada en la arquitectura del manual como trastorno de conducta en la infancia y adolescencia, y caracterizada por “sobreactividad, inquietud y distractibilidad, y atención de corto alcance, especialmente en niños pequeños” (APA, 1968: 50). La elasticidad del TDAH se verifica en que aunque surge como categoría diagnóstica primordialmente infantil, y se mantiene como tal en las versiones subsiguientes del manual, para el *DSM-5* es clasificado como trastorno del neurodesarrollo (APA, 2013), lo cual supone que se puede diagnosticar y tratar en la adultez (Bianchi, 2016).

En acuerdo con estas premisas de Conrad, es importante que además y a fin de reflexionar sobre el caso del TDAH en Argentina, se tome en cuenta que la dimensión de lo institucional no abarca exclusivamente los saberes que comparten dicho diagnóstico y su tratamiento, en ese capa sobre capa institucional del que se sirve el autor. Hay saberes que no tienen necesariamente una expresión

institucional y también están involucrados en el diagnóstico y tratamiento del TDAH. Es frente a esta presentación del fenómeno en Argentina que resulta imperioso ampliar el análisis con otras consideraciones de Foucault.

Foucault se refiere en diversas oportunidades a las implicancias de “salir de la institución”. Específicamente, indica que

lo importante, entonces, no son las regularidades institucionales sino, mucho más, las disposiciones de poder, las redes, las corrientes, los relevos, los puntos de apoyo, las diferencias de potencial que caracterizan una forma de poder y que son, creo, precisamente constitutivos a la vez del individuo y de la colectividad (Foucault, 2005: 32).

También plantea un triple descentramiento metodológico, uno de los cuales consiste en “buscar detrás de la institución para tratar de encontrar, no solo detrás de ella sino en términos más globales, lo que podemos denominar una tecnología de poder” (Foucault, 2006: 141).

Si bien en las investigaciones sobre el TDAH en Argentina es relevante contar con las voces de profesionales que estén insertos en instituciones de atención clínica, docencia e investigación más renombradas del país, vale tomar como posibilidad el postulado de “salir de la institución” al que exhorta Foucault, y realizar además entrevistas a profesionales que, aunque no se desempeñen en una institución determinada, diagnostiquen y traten el TDAH como característica principal de su actividad. Esto último permite rastrear también las tecnologías de poder que operan en los saberes profesionales y que no son asimilables a una institución.

Además de lo mencionado hasta aquí, es imprescindible inscribir el *institutional layering* que marca Conrad (y que es uno de los atributos principales del TDAH en Argentina) en una tensión, es decir que al abordar los fenómenos medicalizados es necesario atender a que estos se expresan en una arena de conflicto. Este “compartir el control” entre

instituciones o, más ampliamente, saberes, no se da inequívocamente en forma armónica, sino en el marco de feroces tensiones y disputas. ¿Y dónde aparece este estado de disputa? Fundamentalmente en las apreciaciones mediáticas, que hablan del TDAH como un trastorno “polémico”.

La condición de polémico es una de las más recurrentes caracterizaciones que se realizan respecto del TDAH en Argentina, sobre todo desde los medios de comunicación. Desde la investigación dirigida por Silvia Faraone hace diez años (Faraone *et al.*, 2008), y en otras llevadas a cabo individualmente y con posterioridad (Bianchi, 2012, 2014), siempre fue posible ubicar polémicas, disputas, conflictos, debates y tensiones que se dan entre los profesionales de la salud, la salud mental y la educación respecto del diagnóstico y tratamiento por TDAH en niñas y niños.⁴

Como parte de las reflexiones a las que nos han llevado estos estudios, entiendo que vale la pena señalar la importancia de que las investigaciones que se realizan desde las ciencias sociales y humanas adopten un posicionamiento propio, sin limitarse a replicar o tratar de saldar los debates que se suscitan entre los profesionales de la salud, la salud mental y la educación. En la lectura de artículos y otros trabajos de literatura específica en la temática es preocupante la existencia de posicionamientos que podrían denominarse como ventrílocuos, porque hablan con la voz de otros saberes, porque no añaden nuevos elementos al debate, y porque subordinan o desvirtúan el aporte analítico que pueden realizar las ciencias sociales y humanas a una mera réplica de argumentos provenientes de los saberes de la psiquiatría, la psicología o la medicina.

Por eso, un posicionamiento válido a sostener desde las ciencias sociales y humanas, y de cara a las polémicas que exhiben los fenómenos de este tipo, es la necesidad de generar criterios, claves, lógicas propias de abordaje del

⁴ Ver “Actores sociales en torno al TDAH en la infancia. Una década de investigaciones en Argentina”, en este volumen.

problema, que ofrezcan algo distinto de alinearse u oponerse a las posturas ya configuradas. Frente a los abordajes que replican polémicas, es vital problematizar las disputas, y encontrar la regularidad en esa aparente dispersión de discursos (Foucault, 2002b).

Por eso también, y frente a estas consideraciones, otra herramienta teórico-metodológica de Foucault que permite abordar más profundamente el fenómeno del TDAH en Argentina es la noción de *problematización*. Problematizar es renunciar a ofrecer una solución en los términos en los que se produce una polémica. Es renunciar a ponderar, evaluar y concluir cuál es la respuesta que pondría fin a las controversias que se formulan en términos de veracidad o falsedad científica (Foucault, 1991b, 1997, 2009, 2010; Dean, 1994), en este caso en torno al TDAH.

Problematizar exige, por decirlo de alguna manera, un doble movimiento de apertura y recorte; es apertura porque supone ubicar la multiplicidad de respuestas posibles que surgieron para responder al problema que se plantea, en este caso los procesos de diagnóstico y tratamiento por TDAH; y es recorte porque requiere encontrar cuál es el punto en el que estas respuestas simultáneas y múltiples presentan alguna regularidad.

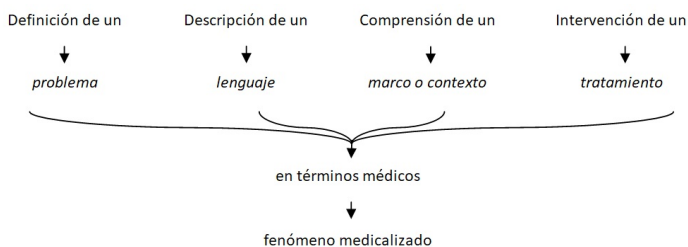
Es decir, problematizar desde Foucault no es solamente reconocer que algo es un problema, o que es problemático. Reconocer que algo es un problema es una exigencia en todas las investigaciones, cualquiera sea la metodología o el andamiaje teórico o epistemológico por el que se opte. Y problematizar tampoco quiere decir que porque algo es un problema, no tiene solución. Antes bien, problematizar es indagar en qué condiciones se configuró algo como problemático, y en qué circunstancias, y con la intervención de qué fuerzas, saberes, poderes, tecnologías, dispositivos, discursos y prácticas se presentan diferentes soluciones simultáneas para un mismo problema.

Por su parte, encontrar la regularidad en las diferentes posturas de los profesionales que diagnostican y tratan el TDAH en Argentina no equivale a decir que todas las posturas son iguales, sino que consiste en acentuar que lo que comparten es la alusión a un mismo elemento en términos problemáticos. En la investigación de posgrado que realicé acerca del TDAH en Argentina, todos los profesionales mencionaron como problema los manuales psiquiátricos, los psicofármacos que se usan para el TDAH, y los instrumentos psicométricos que auxilian el diagnóstico (Bianchi, 2014). Y en este caso, que fueran considerados en el marco de un problema no equivale a sostener que todos se oponían a su uso. Para algunos profesionales era un problema que no se extendiera más la prescripción de metilfenidato, o que no se mejoraran los métodos de diagnóstico de los manuales para que se detectaran mejor los casos que hoy por hoy no se estarían diagnosticando, o que los instrumentos psicométricos no estuvieran mejor traducidos del idioma original para que pudieran aplicarse mejor a nuestro contexto.

De manera que desde ambas perspectivas, la de Conrad y la de Foucault, el TDAH en Argentina es un ejemplo de fenómenos cuya medicalización se encuentra bajo cuestionamiento o en disputa.

2. La medicalización de la sociedad y sus reducciones

Otro aspecto que ha sido objeto de inexactitudes tiene que ver con que la medicalización no es una cosa sobre la que puedan realizarse adjetivaciones, sino un modo de abordar un fenómeno, una manera de volverlo inteligible. Esta inteligibilidad puede ser pensada bajo la forma de una grilla de coordenadas. Tomando la definición de medicalización propuesta por Conrad, y reproducida más arriba, las principales coordenadas pueden desagregarse como se detalla en la figura 1.

Figura 1. La grilla de inteligibilidad del concepto de medicalización

Fuente: elaboración propia sobre la base de Conrad (2007).

De esta manera, puede decirse que un fenómeno está medicalizado si, al pasarlo por el tamiz de la grilla, se verifica la ocurrencia de alguna o todas las posibilidades de conjunción antedichas, y estas conjunciones, a su vez, pueden ocurrir con diferentes grados de intensidad. Esa intensidad, además, debe pensarse en los ejes diacrónico y sincrónico del análisis antes mencionados.

Pensar la expresión del fenómeno medicalizado en el eje diacrónico requiere considerarlo a lo largo de la historia de las explicaciones medicalizadas de las que ha sido depositario, una historia en la cual las coordenadas por las que se tamizaba el fenómeno pueden haber variado en intensidad. Por otra parte, para reflexionar acerca de la intensidad del fenómeno medicalizado en el eje sincrónico, es preciso asumir que las explicaciones medicalizadas respecto de ese fenómeno coexisten con otras, que no recurren a las coordenadas antedichas para aproximarse a su comprensión.

Además, y más ampliamente, las propiedades mismas de la grilla pueden variar, en virtud de las transformaciones a las que está sometido el campo de los fenómenos medicalizados, por lo que pueden añadirse otras categorías y relaciones adicionales a las que detalló Conrad en su definición.

Por supuesto, no se trata de concebir la grilla como una lista de verificación, en la que la tarea de quien investiga se resume en chequear que una propiedad de la grilla esté presente o ausente por completo en el fenómeno investigado, al modo de una categorización binaria del estilo sí/no, se cumple/no se cumple la propiedad. Antes bien, se trata de asumir que las coordenadas se articulan entre sí bajo la forma de una gradación, y que esta gradación puede revestir la modalidad de un *continuum*, y no de un binarismo. Así, cada coordenada se puede expresar en intensidades variables. Y esa variabilidad, a la vez, puede ser pensada en términos históricos y en disputa simultánea.

Puede advertirse que en esta definición, la medicación no se presenta como elemento predominante. El fármaco puede aparecer como uno de los tratamientos posibles, pero no es excluyente, ya que pueden producirse procesos de medicalización que no involucran a los fármacos. Es claro, sin embargo, que los fenómenos en los que el fármaco está presente y tiene un rol relevante son los más. De hecho, en este mismo volumen se profundiza en la farmacologización como uno de los desprendimientos de la perspectiva de la medicalización que ha emergido con peso propio para designar y analizar fenómenos específicos.⁵ La medicalización, entonces, es la resultante históricamente incidida, múltiple y en tensión, de diferentes confluencias y divergencias, y no un tipo de terapéutica, la farmacológica. Por todo lo expuesto, las definiciones de medicalización que la asumen meramente como un sinónimo de la prescripción de medicamentos terminan por resultar reduccionistas.

A la vez, y por equivalentes motivos, la medicalización no es un asunto exclusivamente de médicos. En línea con lo que diversos capítulos recuperan para este volumen, y tal como fue señalado por Conrad (2013), la incumbencia

⁵ Ver “Diagnósticos y fármacos en la infancia: una perspectiva analítica desde las ciencias sociales” y “Normativa, paradigmas y conceptos: avances, resistencias y tensiones”, en este volumen.

de los médicos en los procesos de medicalización es variable y no excluyente. De la mano de las transformaciones antedichas, otros actores cumplen funciones y roles crecientemente destacados en el proceso general, entre ellos: los así denominados consumidores de salud (Conrad, 2005), considerados ya sea individualmente o en tanto grupos de apoyo o de formulación de demandas, los mercados de salud, la industria farmacéutica, la biotecnología e Internet, entre otros. Refiriéndose en especial al subsector de la salud mental vinculado a estos procesos, Jenkins (2011: 17-8) amplía la enumeración de actores a clínicos y asociaciones profesionales, espacios de formación académica e investigación universitaria, legislación gubernamental, cuerpos y comisiones de regulación, institutos nacionales de salud y medicina, empresas aseguradoras de salud y organizaciones médicas y de salud, establecimientos de internación y ambulatorios, residencias para adultos y de fomento de cuidados para niños y niñas, centros de detención, programas sin fines de lucro de organizaciones de participación comunitaria, grupos de apoyo y de consumidores, medios de comunicación popular y por Internet, pacientes y familias, y la industria farmacéutica a través de ejecutivos de negocios, investigadores, agentes de propaganda médica, y publicidades. En este mismo libro se avanza especialmente en el análisis de estos otros actores para el caso del TDAH en Argentina.⁶

3. Acerca de la impropiedad y la veracidad de los fenómenos medicalizados

Finalmente, otra de las dificultades que las definiciones canónicas han traído, tanto para la discusión académica como para la investigación empírica, se delinea frente al

⁶ Ver "Actores sociales en pugna: industria farmacéutica, medios de comunicación y movimientos de profesionales en Argentina", en este volumen.

problema de la propiedad o impropiedad de abordar un fenómeno cualquiera desde la perspectiva de la medicalización.

En las diferentes instancias y jornadas de debate académico es frecuente toparse con una lógica de aproximación al concepto de medicalización que puede definirse como la metáfora de la mancha, por oposición a la propuesta de la grilla de inteligibilidad. Como en las otras inexactitudes de circulación del concepto relevadas, lo que interesa de esta definición está relacionado con las limitaciones y restricciones que trae, tanto en términos de discusión teórica como de investigación empírica.

A estas limitaciones ha contribuido una definición que el propio Conrad ofreció a principios de los noventa, y que difiere de la que se ha trabajado hasta aquí en este artículo, que es posterior.

En aquella definición, Conrad sostiene que la medicalización “describe un proceso por el cual problemas no médicos se definen y tratan como problemas médicos, usualmente en términos de enfermedades y trastornos” (Conrad, 1992: 209). Esta línea de definición, de alguna manera, converge con la lectura de Illich, cuyo valioso trabajo ha tenido amplia recepción en nuestro medio, y que también sostiene la idea de que lo médico avanza sobre campos que no le son propios (Illich, 1976).

En el mismo artículo, Conrad afirma que se trata de

un proceso sociocultural que puede involucrar o no a la profesión médica, y conducir a un control social médico o a un tratamiento médico, o ser el resultado de la expansión intencional de la profesión médica. [...] El interés de la medicalización se ha enfocado predominantemente en problemas previamente no médicos que han sido medicalizados (y frecuentemente considerados como inapropiadamente medicalizados) pero de hecho la medicalización debe incluir todos los problemas que se definen en términos médicos (Conrad, 1992: 211).

Esta definición tributa a la idea de una mancha, que está en expansión respecto de un punto cero u original de concentración. La metáfora de la mancha supone asumir un espacio y un tiempo fijos y verdaderos, que corresponderían genuinamente a la medicalización, y respecto de los cuales, y de manera impropia o falaz, el proceso se ha expandido o ensanchado. También supone una regla de validación, que se asume en condiciones de diferenciar entre los fenómenos que deben y no deben ser abordados desde la perspectiva de la medicalización.

Si bien esta definición fue complejizada por Conrad posteriormente, tiene una pregnancia muy vívida en las discusiones actuales. De hecho, incluso las críticas de diversos autores (Rose, 2007; Lupton, 1997; Lock, 2004; Ballard y Elston, 2005) no parecen reparar en esta suerte de callejón sin salida de lo impropio. Para salir de este presunto atolladero, vale la pena remitirse a algunas consideraciones de Foucault.

Foucault trabajó el concepto de medicalización aportando que el campo de acción de la medicina no es único e inalterable, sino que

cada cultura define de una forma propia y particular el ámbito de los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos de la conducta que corresponden a la medicina, suscitan su intervención y le exigen una práctica específicamente adaptada [...]. En último término la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado (Foucault, 1996: 21).

Esta definición reconecta con lo expresado en este capítulo, es decir, con la necesidad de sostener una perspectiva historizante, desnaturalizante, desustancializadora, desprovista de presupuestos, que asume la verdad como la resultante siempre parcial y en disputa de un interjuego mayor, y que atiende a los múltiples actores intervinientes (Bianchi, 2010). Siguiendo esta línea, ningún fenómeno es

intrínsecamente medicalizado; no lo es ni en la actualidad, ni lo es en términos históricos. Lo es si es pasado por estas coordenadas de la grilla y algo de lo que queda adherido en la trama nos resulta inteligible como investigadores.

Como esta trama es dispar y siempre cambiante, este abordaje orientado hacia una grilla, y no centrado en una mancha, permite precisamente captar que los contornos de la medicina, y más ampliamente de la salud, la enfermedad, la normalidad y la vida están en transformación, de modo que fenómenos nuevos, o fenómenos configurados de un modo específico en la historia, pueden ser susceptibles de pasar por el tamiz del análisis desde la medicalización.

Este modo de aproximación a los fenómenos remite a su vez al enfoque foucaultiano orientado al estudio de los *regímenes de veridicción* (Foucault, 1991a, 2004, 2009). Es decir, del conjunto de reglas que permiten establecer, en una sociedad y en relación con un cierto discurso, cuáles son los criterios de verdad, los criterios que permiten decidir acerca de la veracidad o falsedad de ciertos enunciados y formulaciones, algo que se analiza en este mismo libro.⁷

Emprender un análisis de los discursos de la salud y la educación que circulan en torno al TDAH desde esta óptica supone un abordaje histórico que elude realizar “una historia del error, ligada a una historia de las prohibiciones” (Foucault, 2004: 53), o develar el error oculto en una aparente verdad racional o científica. Adoptar tal enfoque conduciría a concentrar el análisis en efectuar una historia de los errores conceptuales o clínicos asociados a la configuración y diagnóstico de la actual noción de TDAH y sus antecedentes: idiocia, imbecilidad, encefalitis, lesión cerebral mínima, disfunción cerebral mínima, etc. (Bianchi, 2015).

En cambio, el interés reside en conocer en qué condiciones y con qué efectos se ejerce una veridicción. En este caso, el objetivo consiste en contribuir a poner de relieve

⁷ Ver “Diagnósticos y fármacos en la infancia: una perspectiva analítica desde las ciencias sociales”, en este volumen.

las condiciones que debieron cumplirse para que ciertos enunciados se pronunciaran en relación con el TDAH en un momento dado. Estos enunciados podrán ser verdaderos o falsos, según las reglas de los diversos discursos de la salud y la educación que lo toman como objeto: la medicina, la pedagogía, la psicología, la neurología, la psiquiatría, el psicoanálisis o la farmacología, entre otros. De hecho, así ocurre en las entrevistas realizadas y otras fuentes consultadas, en las que circulan multiplicidad de enunciados que aluden al carácter no-científico de ciertos abordajes.

Por ejemplo, se señala el hecho de que el TDAH no pueda ser detectado en exámenes de laboratorio como una prueba de su inexistencia. Por otra parte, se denuncia la falta de cientificidad del psicoanálisis para tratar con una problemática cuyo origen es genético y hereditario. Y en cada uno de estos casos, se enfatiza el carácter iatrogénico del tratamiento. Aparece como iatrogénico el abordaje cognitivo-conductual, porque instruye en destrezas para superar problemáticas puntuales, dejando intacta una indagación por la historia del sujeto; y aparece como iatrogénico el psicoanálisis, porque su directriz de instar a la asociación libre profundizaría los problemas de atención en los casos diagnosticados con TDAH (Bianchi, 2014).

Estos ejemplos resultan paradigmáticos de los modos de entender la verdad en las sociedades en la que esta adquiere la forma del discurso científico y de las instituciones que la producen, está sometida a una constante incitación económica y política, es objeto de extendida difusión y consumo, y es reproducida por toda una serie de dispositivos, generando intensos debates y enfrentamientos (Foucault, 1991a).

En tanto la verdad está ligada circularmente a los sistemas de poder que la producen y mantienen, interrogarse por las condiciones que hacen posible tomar por verdaderos (o no) ciertos enunciados en torno al TDAH es interrogarse también por los efectos de poder que esa verdad

induce y que la acompañan. Por eso el análisis crítico del saber se enfoca también a los efectos de poder de esos saberes como un eje que atraviesa todo el interés investigativo.

Este abordaje se continúa en la consideración del TDAH como una formación discursiva, otro concepto de Foucault que es valioso para aproximarse a la problemática. Pensar al TDAH a la luz de dicho concepto conlleva considerarlo como un conjunto de enunciados que se articula con prácticas concretas. Dicha articulación, sin embargo, no constituye un sistema homogéneo, sino que se da en la dispersión. Estos enunciados pueden provenir de diversos ámbitos, sea que se trate de discursos de la salud, del campo pedagógico o del familiar.

Una formación discursiva no tematiza un objeto, sino que es constituyente de ese objeto, y no posee una esencia de antemano, dado que se compone y varía sus significados a lo largo de la historia (Foucault, 2002b; Murillo, 1996; Bianchi, 2015). Es, pues, de suma importancia retener el componente estratégico que está presente en su emergencia.

Articulación en la dispersión, multiplicidad de campos de procedencia, emergencia y circulación estratégica, constitución del objeto; todos estos aspectos resultan de gran utilidad para reflexionar acerca del TDAH, ya que la conformación, puesta en circulación, y los efectos que produce el TDAH, no son privativos de los discursos de la medicina, ni siquiera de la salud. A la dispersión que puede verificarse al interior de sus diferentes expresiones se suma la intervención de, al menos, dos dispositivos que tienen una presencia importante en la problemática: la escuela y la familia. Cada uno de ellos presenta en la actualidad especificidades a las que es necesario atender para contribuir al análisis de las relaciones de fuerza que se ponen en juego en el campo estratégico que queda conformado en torno al TDAH, y que se analiza especialmente en relación con el *marketing* farmacéutico en este libro.⁸

⁸ Ver “Actores sociales en pugna: industria farmacéutica, medios de comunicación y movimientos de profesionales en Argentina”, en este volumen.

Palabras finales

En este capítulo analizo algunas implicancias teórico-metodológicas del abordaje de los fenómenos medicalizados. Sin embargo, las características de estos fenómenos también inciden en el tipo de conclusiones a las que es posible arribar cuando se realizan investigaciones en esta clave. El primer factor que muestra su incidencia es que el carácter complejo, en curso y en tensión de los fenómenos medicalizados, requiere renunciar a realizar inferencias generales, a la vez que exige remitirlas a una profundización dentro de las diferentes aristas de la problemática. La medicalización tiene muchos ángulos de aproximación, congrega muchos actores sociales y en cada región adquiere características particulares. Resulta poco conducente y muy poco riguroso pretender que las investigaciones realizadas en una zona geográfica o en relación con un período de tiempo puedan ofrecer explicaciones omniabarcativas y directamente extrapolables.

Respecto del TDAH en Argentina, en función de las investigaciones realizadas en estos últimos diez años, algunos de cuyos resultados se exponen en los capítulos siguientes, es posible describir determinadas relaciones entre actores y fuerzas al interior del campo como marcadamente contradictorias y antagónicas. Pero simultáneamente, en otras líneas de fuerza dentro del mismo campo problemático se verifica un accionar diferente, de tipo intersticial, con lógicas de funcionamiento en los resquicios, que traen su propia dinámica al proceso y coexisten con él en tensión.

A la vez, el trabajo conjunto con otros equipos que investigan estas temáticas de modo conexo redundan en sistematizaciones y reflexiones valiosas para aportar a la comprensión de los fenómenos medicalizados. Este libro, entre otros objetivos, busca poner de relieve esta circunstancia.

Por eso y dado que los procesos de medicalización se encuentran en curso y transformación permanente, las investigaciones muchas veces consisten en mapeos de situa-

ción. Sin embargo, lejos de considerar estos mapeos como limitantes de los análisis, en cambio constituyen insumos relevantes en línea con la idea de disponer de elementos empíricos que permitan discutir y tensar la teoría, en definitiva para poner la medicalización “contra las cuerdas” y nunca quedarse en una situación inercial o de comodidad investigativa.

Habida cuenta de lo expuesto, la propuesta de Rose (2012) de realizar cartografías del presente ofrece un encuadre posible, dado que en la actualidad, y en el marco de lo que él entiende como la vigencia de las políticas de la vida, se han producido una serie de mutaciones que abren a la posibilidad de múltiples futuros. Las historias del presente, las genealogías que resultaron útiles para analizar la política de la salud en el siglo XX, para Rose ya no son adecuadas para dar cuenta de las políticas de la vida en este siglo. El objetivo de estas genealogías y estas historias del presente (cuyos lineamientos provienen de Foucault) fue abrir el presente a una reformulación, pensando las contingencias, rastreando la heterogeneidad que condujo a la aparente unidad del presente, historizando aspectos presumiblemente ahistóricos y resaltando el rol del conocimiento.

Según Rose, frente a la actual situación, en la que el presente es un constante fluir, estas propuestas ven diluida su anterior radicalidad. La tumultuosa coyuntura conjuga un pasado cuya seguridad se desvanece y un futuro de inseguridades apenas imaginables. De allí que la realización de cartografías propuesta, que Rose entiende como más modesta, apunta a desestabilizar el futuro, reconociendo su apertura y multiplicidad. Si no hay un solo futuro posible, intervenir en el presente múltiple y cruzado por la contingencia puede tener resonancias en aspectos de esos futuros.

Aunque estoy muy lejos de pensar que las genealogías y las historias del presente hayan agotado su potencialidad analítica, es inobjetable la consideración de Rose acerca de

que las cartografías permiten una aproximación más que adecuada para encarar los fenómenos que, como el TDAH, son parte de una disputa permanente por su medicalización.

Bibliografía

- APA (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second Edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- Ballard, K. y Elston, M.A. (2005). "Medicalisation: A Multi-dimensional Concept", *Social Theory & Health*, 3, 228-241.
- Becker, H. (2009). *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bell, S. y Figert, A. (2015). *Reimagining (bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics. Old critiques and new engagements*. New York-London: Routledge.
- Bergey, M.; Filipe, A.; Conrad, P. y Singh, I. (2018). *Global Perspectives on ADHD: Social Dimensions of Diagnosis and Treatment in 16 Countries*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Bianchi, E. (2010). "La perspectiva teórico-metodológica de Foucault. Algunas notas para investigar al ADHD", *Revista Latinoamericana de Niñez y Juventud*, 8, 43-65.
- Bianchi, E. (2012). "ADHD y discursos de la salud sobre la infancia en el AMBA (1994-2011). Configuraciones discursivas y efectos de poder". Tesis de maestría, Universidad de Buenos Aires (mimeo).

- Bianchi, E. (2014). *Gubernamentalidad, tecnologías y disputas. Una genealogía de los saberes profesionales acerca del ADHD (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) en la infancia (1994-2012)*. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, tesis de doctorado (mimeo).
- Bianchi, E. (2015). "Infancia, normalización y salud mental. Figuras históricas y encadenamientos actuales en la formulación del ADHD (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad)", *Historia, Ciencias, Saúde-Manguinhos*, 1, 761-779.
- Bianchi, E. (2016). "Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a)normalidad?", *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, vol. 14 p. 417-430.
- Clarke, A.; Mamo, L.; Fosket, J.; Fishman, J. y Shim, J. (2010). *Biomedicalization. Technoscience, health and illness*. Durham-London: Duke University.
- Clarke, A. y Shim, J. (2011). "Medicalization and biomedicalization revisited: Technoscience and transformations of health, illness and american Medicine", en Pescosolido, B. et al. (ed.), *Handbook of the sociology of health, illness, and healing. A Blueprint for the 21st Century*. New York: Springer.
- Conrad, P. (1992). "Medicalization and Social Control", *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Conrad, P. (2005). "The shifting engines of medicalization", *Journal of Health and Social Behavior*, 46, marzo, 3-14.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Conrad, P. (2013). "Medicalization: Changing contours, characteristics, and contexts", en Cockerham, W. (ed.), *Medical sociology on the move: new directions in theory*. New York: Springer.

- Conrad, P. (2015). "Foreword", en Bell, S. y Figert, A. (ed.), *Reimagining (bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics. Old critiques and new engagements*. New York-London: Routledge.
- Conrad, P. y Schneider, J. (1980). "Looking at levels of medicalization: a comment on Strong's critique of the thesis of medical imperialism", *Social Science and Medicine*, 14A, 75-79.
- Conrad, P. y Potter, D. (2003). "From hyperactive children to ADHD adults. Observations on the expansion of medical categories", en Conrad, P. y Leiter, V. (ed.), *Health and health care as social problems*. Reino Unido: Rowman & Littlefield.
- Conrad, P. y Bergey, M. (2014). "The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder", *Social Science and Medicine*, 122, 31-43.
- Davis, J. E. (2009). "Medicalization, social control, and the relief of suffering", en Cockerham, W. (ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Dean, M. (1994). *Critical and Effective Histories. Foucault's Methods and Historical Sociology*. London and New York: Routledge.
- Durkheim, É. (1982). *Las reglas del método sociológico*. España: Hyspamérica.
- Faraone, S. et al. (2008). "Campo salud", en Arizaga, C. y Faraone, S. *La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos*. SEDRONAR-IL.GG. Disponible en <https://goo.gl/EwbC3U> [consulta: diciembre de 2017]
- Foucault, M. (1991a). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1991b). *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Foucault, M. (1997). *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, M. (2002a). *Historia de la sexualidad*. Argentina: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2002b). *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2003). *El nacimiento de la clínica*. Argentina: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2004). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2009). *El gobierno de sí y de los otros*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2010). "Polémicas, problemas y problematizaciones", en Foucault, M. *Obras esenciales. Tercera parte: Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- Goffman, E. (1998a). *Estigma. La identidad deteriorada*. Argentina: Amorrortu.
- Goffman, E. (1998b). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Argentina: Amorrortu.
- Illich, I. (1976). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. México: Joaquín Mortiz.
- Iriart, C. e Iglesias Ríos, L. (2013). "La (re)creación del consumidor de salud y la biomedicalización de la infancia", en Collares, C.L.; Moysés, M.A. y França Ribeiro, M. (ed.), *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos trastornos*. Brasil: Mercado de Letras.
- Jenkins, J. (2011). "Psychopharmaceutical Self and Imaginary in the social field of Psychiatric Treatment", en Jenkins, J. (ed.), *Pharmaceutical Self. The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology*. Santa Fe: SAR.
- Lock, M. (2004). "Medicalization and the naturalization of social control", en *Encyclopedia of Medical Anthropology*, 116-125.

- Lupton, D. (1997). "Foucault and the medicalization critique", en Petersen, A. y Bunton, R. (ed.), *Foucault, Health and Medicine*. London-New York: Routledge.
- Murguía, A.; Ordorika, T. y Lendo, L. (2016). "El estudio de los procesos de medicalización en América Latina", *História, Ciências, Saúde*, 23 (3), 635-651.
- Murguía, A.; Ordorika, T. y Guerrero, F. (2016). "Consideraciones epistemológicas en torno a la medicalización en América Latina: balances y propuestas", *Ludus Vitalis*, XXIV, 46, 99-128.
- Murillo, S. (1996). *El discurso de Foucault. Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*. Buenos Aires: CBC.
- Parsons, T. (1999). *El sistema social*. Madrid: Alianza.
- Pitts, J. (1968). "Social control: the concept", en Sills, D. (ed.), *International encyclopedia of social sciences*, vol. 14. New York: Macmillan.
- Rabinow, P. (1996). *Essays on the Anthropology of Reason*. New Jersey: Princeton University.
- Riska, E. (2003). "Gendering the medicalization thesis", en *Gender Perspectives on Health and Medicine: Key Themes Advances in Gender Research*, 7, 59-87.
- Riska, E. (2010). "Gender and medicalization and biomedicalization theories", en Clarke, A.; Mamo, L.; Fosket, J.; Fishman, J. y Shim, J., *Biomedicalization. Technoscience, health and illness*. Durham-London: Duke University.
- Rodríguez Zoya, P.G. (2017). "Notas para pensar la complejidad del campo de la comunicación y salud", en Petrarchi, M.; Schwarz, P.K.N. y Rodríguez Zoya, P.G., *Comunicación y salud. Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía*. Buenos Aires: Teseo.
- Rose, N. (2007). "Beyond Medicalization", *The Lancet*, 369, 700-2.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIPE: La Plata.
- Sismondo, S. (2010). *An Introduction to Science and Technology Studies*. Sussex: Wiley- Blackwell.

Szasz, T. (1973). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.

Szasz, T. (2001). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.

Zola, I. (1972). "Medicine as an institution of social control", *The sociological Review*, 20, 487-504.

Fármacos utilizados para el TDAH en Argentina

Comportamiento y tendencias 2003-2016

EUGENIA BIANCHI Y SILVIA FARAONE

Introducción

Conrad y Bergey ubican los fármacos empleados en la terapéutica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) como pieza clave en la expansión potencial del mercado farmacéutico a nivel global (Conrad y Bergey, 1014). Esta tesis nos condujo a observar el comportamiento que la industria farmacéutica tiene en la Argentina a partir del análisis de la comercialización de los dos fármacos utilizados para el tratamiento medicamentoso del TDAH, el metilfenidato y la atomoxetina, los cuales presentan varios elementos en común, pero también varios que los diferencian.

El metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso central con propiedades farmacológicas similares a las anfetaminas. Dentro de la clasificación de los psicofármacos, se encuentra en el grupo de los psicoanalépticos, que comprenden los psicoestimulantes o estimulantes de la vigilia, y los antidepresivos o estimulantes del humor. El metilfenidato pertenece específicamente al primer grupo.

Su distribución en el país requiere de una serie de controles y requisitos. En entrevistas a informantes clave nos han referido que tanto el profesional médico que lo indica, como el farmacéutico que lo dispensa deben estar registrados en un listado oficial habilitante. Existen además protocolos de trazabilidad de los envases del fármaco y de

las recetas. Las farmacias donde se dispensa, también, deben cumplir algunos requerimientos en relación con las condiciones de almacenamiento. Específicamente, en Argentina lo comercializan cuatro laboratorios, en dieciséis presentaciones y ocho concentraciones diferentes, bajo formas de liberación controlada, prolongada y modificada.

La atomoxetina es un agente simpaticomimético, inhibidor selectivo de la recaptación del neurotransmisor norepinefrina, por lo que incrementa la actividad de este. A diferencia del metilfenidato, no es considerada un estimulante, lo que supone controles y requisitos menos estrictos. En Argentina la comercializan dos laboratorios, bajo la forma de cápsulas, en seis presentaciones y seis concentraciones diferentes.

Una de las dificultades más persistentes con las que nos topamos en las investigaciones sobre el TDAH está relacionada con la obtención de datos numéricos oficiales. Argentina no publica información estadística oficial sobre estimaciones de prevalencia de diagnósticos, ni de prescripción o consumo de fármacos relacionados. Por ello, la incorporación de información estadística a nuestras investigaciones es fragmentada, parcial y asistemática.

Con todos estos recaudos, sin embargo, entendemos que el carácter complejo del fenómeno del TDAH en Argentina exige contemplar la información cuantitativa que fuimos recabando de diferentes agencias y organizaciones profesionales disponibles para realizar una aproximación analítica. Por ello, dadas las especiales circunstancias, previo al trabajo detallamos la procedencia y características de los datos cuantitativos obtenidos para el análisis.

No obstante las limitaciones señaladas, los datos recabados permitieron, en primera instancia, establecer tendencias y realizar mapeos amplios sobre cómo se está dando el panorama a este respecto. Luego, estos datos y tendencias nos auxiliaron para realizar algunas hipótesis interpretativas, lo que consideramos de central importancia para la comprensión global de la problemática y su correlación en

el país. Además, encuadramos e integramos los datos en el análisis con otras fuentes de corte cualitativo obtenidas en las investigaciones.

Dado el antedicho carácter fragmentado, parcial y asistemático de la información, desdoblamos el análisis en tres planos. En primer lugar, analizamos la producción y consumo mundial y local de metilfenidato. Luego señalamos la distribución en el país de esta droga y la atomoxetina y relacionamos las unidades dispensadas entre ambas. En tercer lugar, documentamos la estacionalidad de la dispensación de ambas drogas. El capítulo cierra con algunas consideraciones generales acerca de estas tendencias y mapeos realizados.

Procedencia y características de los datos

Las fuentes de datos proceden de tres organismos diferentes: la Junta Internacional de Estupefacientes (JIFE, o *INCB* por la sigla en inglés de *Internacional Narcotics Control Board*), la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) de Argentina y la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA). Adicionalmente, contamos con datos poblacionales del Censo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). A continuación, describimos brevemente cada organismo y el tipo de dato que proporcionaron.

JIFE

En su página web este organismo declara haber sido creado en apoyo y vigilancia del cumplimiento de los gobiernos con los acuerdos internacionales de fiscalización. Está constituido como un órgano independiente y cuasi judicial e integrado por expertos. Su creación fue establecida como resultado de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, para lo cual se fusionaron dos organismos ya

existentes: el Comité Central Permanente de Estupefacientes, creado en virtud de la Convención Internacional del Opio de 1925, y el Órgano de Fiscalización de Estupefacientes, creado en la Convención de 1931 para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes. Actualmente está integrada por 13 miembros, seleccionados por el Consejo Económico y Social, con mandato de cinco años de duración y la posibilidad de ser reelectos. Tres de ellos se eligen de una lista de candidatos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) por su experiencia médica, farmacológica o farmacéutica, y los diez restantes son seleccionados entre los propuestos por los países miembros (Argentina no se cuenta entre ellos). Sin embargo, una vez designados, los representantes ejercen sus funciones imparcialmente y a título personal, con total independencia de sus respectivos gobiernos.

Entre los objetivos de la JIFE se cuenta cooperar con los gobiernos en lo relativo a la fabricación, comercialización y uso lícito de drogas. Para eso procura asegurar el suministro de drogas adecuadas para fines médicos, y que estas no se desvíen para canales ilícitos. Además, vigila la fiscalización que aplican los diferentes gobiernos a los productos químicos utilizados en la fabricación ilícita de drogas, y determina las deficiencias a fin de corregir las desviaciones. Desde 1971 la JIFE controla 116 sustancias psicotrópicas (como estimulantes del sistema nervioso central, hipnóticos y sedativos, y alucinógenos), en virtud de la incidencia en la salud pública y los problemas sociales que provocan en diversos países. Entre estos psicotrópicos se incluye el metilfenidato. Los países que adhieren a la Convención de 1971 están obligados a restringir el uso de sustancias psicotrópicas a fines médicos y científicos y asegurar que estén disponibles para esos propósitos. Además, deben proveer a la JIFE información estadística sobre la fabricación, las

importaciones y exportaciones de sustancias psicotrópicas. Con base en esta, publica informes técnicos anuales sobre los movimientos lícitos de sustancias psicotrópicas.¹

Para este artículo se utilizaron los datos referidos a la fabricación y consumo mundial de metilfenidato en el período 1990 a 2013.

ANMAT

Es un organismo de la Administración Pública Nacional, de carácter descentralizado, creado mediante Decreto 1490/92. Depende técnica y científicamente de las normas y directivas que le imparte la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos del Ministerio de Salud, con un régimen de autarquía económica y financiera. Su objetivo es garantizar que los medicamentos, alimentos y dispositivos médicos a disposición de los ciudadanos posean eficacia (que cumplan su objetivo terapéutico, nutricional o diagnóstico), seguridad (alto coeficiente beneficio/riesgo) y calidad (que respondan a las necesidades y expectativas de la población). Para ello, lleva adelante los procesos de autorización, registro, normatización, vigilancia y fiscalización de los productos de su competencia en todo el territorio nacional.²

Para este artículo el ANMAT proveyó, a través de su Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes, datos sobre la cantidad de metilfenidato (como monodroga) importada por año a Argentina entre 2005 y 2008, y 2011 y 2016.

¹ Ver la página de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes: <<https://goo.gl/SBQkgQ>>.

² Como se consigna en la página de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT): <<https://goo.gl/Gwp416>>.

COFA

Creada en 1935, es una organización farmacéutica de segundo grado que agrupa una veintena de colegios, círculos, federaciones y asociaciones farmacéuticas provinciales, y brinda, a través de sus asociados, atención en más de 10.000 farmacias distribuidas en todo el país. Cuenta con 16.000 profesionales matriculados, que se desempeñan en hospitales, industrias, docencia y oficinas de farmacias privadas.³ La COFA dispone del Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad, creado en septiembre de 2001 para capacitar profesionales y desarrollar una agenda de investigación. Posteriormente desde ese ámbito se iniciaron investigaciones del mercado del medicamento, desde el punto de vista comercial y farmacoterapéutico, y en la actualidad se publican anuarios con novedades del mercado farmacéutico, altas de drogas y presentaciones, evolución del mercado en unidades y en moneda corriente, y monografías de carreteras de Farmacia con las que la COFA tiene convenio.⁴

En este artículo se utilizó información proporcionada por este observatorio sobre cantidad de unidades de metilfenidato y de atomoxetina dispensadas mensualmente en el país, aunque sin discriminar las 24 jurisdicciones provinciales, entre 2005 y 2010, y de 2012 a 2016 (al momento de solicitar los datos, no poseían información sobre 2011). Procedente de la investigación de 2008 (Faraone *et al.*, 2008), disponemos de datos de cantidad de unidades de metilfenidato y atomoxetina dispensadas (entendidas como envases) para el año 2006, de cada jurisdicción provincial. Si bien requerimos la misma información para el resto de los años, al momento de la redacción de este capítulo, dichos datos no estuvieron disponibles para su procesamiento.

³ Como puede leerse en el sitio de la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA): <<https://goo.gl/TMreKi>>.

⁴ Ver la página del Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad: <<https://goo.gl/dWrq3d>>.

Metilfenidato en el mundo y la Argentina: la similitud en las tendencias

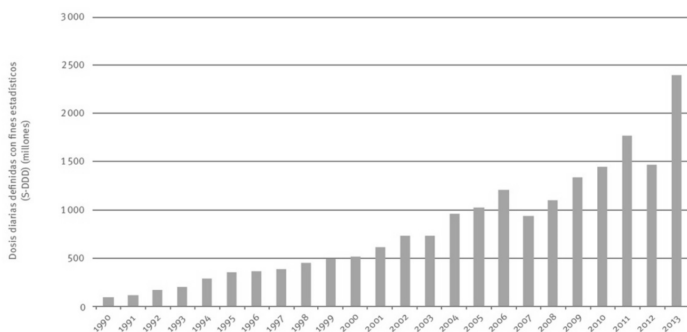
La primera aproximación a esta dimensión del trabajo de campo vino de la mano de las reiteradas referencias de parte de los diferentes profesionales entrevistados para la investigación publicada en 2008 por nuestro equipo. Estos profesionales nos relataban que en Argentina el metilfenidato era la droga de primera elección para el tratamiento medicamentoso del TDAH, y también la de mayor venta en este país (Faraone *et al.*, 2008). Este comportamiento, además, estaba en consonancia con las tendencias más globales (Singh, 2008; Bignone *et al.*, 2007; Lange *et al.*, 2010; Barkley, 2006).

Aunque la comercialización de este psicofármaco se remonta a la década de 1950 (Healy, 2002), está documentado que la asociación cada vez más directa con el TDAH se relaciona con el aumento internacional en la producción y el consumo del psicoestimulante a partir de la década de 1990 (JIFE, 1995, 2006).

En 2012, la JIFE señaló que la fabricación mundial de metilfenidato se había decuplicado con creces entre 1992 y 2011, ya que pasó de 4,2 toneladas en 1992 a 45,2 toneladas en 2011, y en 2009 superó la cifra mundial combinada de fabricación de todas las anfetaminas. El consumo mundial calculado aumentó durante el mismo período de 4,2 toneladas a 51 toneladas. El informe también detalla la cantidad de dosis diarias definidas con fines estadísticos (*daily doses for statistical purposes*, S-DDD), que en este caso aumentó de 139 millones a 1.500 millones de S-DDD (JIFE, 2012).

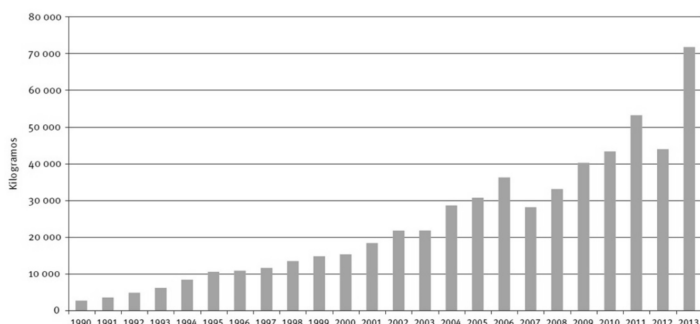
En 2014 la JIFE publicó la serie del consumo mundial de metilfenidato para el período 1990 a 2013 (JIFE, 2014), y al año siguiente la serie de fabricación mundial para el mismo período (JIFE, 2015). Como se observa en los gráficos 1 y 2, estos informes dan cuenta de un acompasamiento en el incremento.

Gráfico 1. Consumo mundial de metilfenidato entre 1990 y 2013
(en millones de S-DDD)



Fuente: Informe JIFE 2014.

Desde una perspectiva histórica, durante la década de 1980 el empleo de metilfenidato era limitado y sus niveles se mantenían estables. A principios de la década de 1990 el aumento empezó a ser notorio: en 1994 el uso mundial de esta sustancia superó en más de cinco veces el nivel de consumo registrado a principios de la década anterior. Esa evolución se debió principalmente al incremento del consumo en los Estados Unidos, aunque también se observó con menor intensidad en otros países y partes del mundo. Desde entonces, el consumo mundial ha seguido aumentando de manera constante. En 2013 se alcanzó un nuevo récord: de 71,8 toneladas (2.400 millones de S-DDD) de metilfenidato (JIFE, 2014). Sin tomar en cuenta los posibles usos no terapéuticos de la sustancia y considerando que la prescripción se realiza mayoritariamente para el tratamiento del TDAH, el aumento de su consumo con fines médicos se puede asociar a un mayor número de diagnósticos de este trastorno.

Gráfico 2. Fabricación mundial de metilfenidato entre 1990 y 2013 (en kg)

Fuente: Informe JIFE 2015.

El gráfico 2 ilustra el incremento gradual pero sostenido de la fabricación mundial de metilfenidato entre 1990 y 2013. Ese último año la producción mundial de la sustancia alcanzó el récord de aproximadamente 72 toneladas. El informe consigna también que más del 70% de las importaciones mundiales de metilfenidato se llevó a cabo en siete países de Europa y América: Suiza, Alemania, España, Canadá, Brasil, los Países Bajos y el Reino Unido (en orden descendente de las cantidades importadas) (JIFE, 2015).

En Argentina, diferentes profesionales entrevistados, así como artículos periodísticos, refieren un incremento sostenido en la prescripción y consumo del metilfenidato en el siglo XXI. Para comparar la información global con la de Argentina, en la investigación se utilizaron dos tipos de datos.

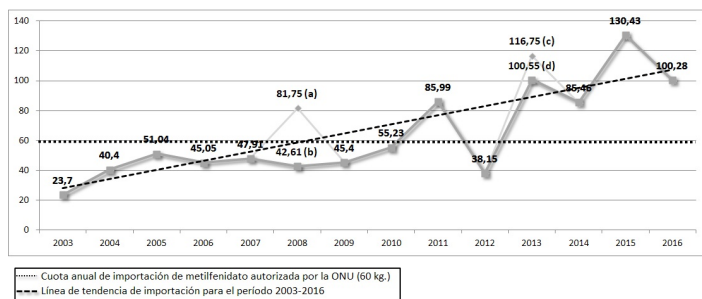
Por un lado, la cantidad de kilos de metilfenidato (como monodroga) importados por año, con base en la información provista por el Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes de ANMAT. Argentina no produce metilfenidato, aunque sí importa la monodroga y elabora el principio activo en distintos laboratorios. Luego se comercializa internamente y se exporta a algunos países limítrofes. Sin

embargo, informantes clave del campo farmacológico han referido que también, paralelamente, algunos laboratorios importan metilfenidato ya elaborado proveniente de Brasil. De manera que, aunque este dato da una idea del *quantum* de monodroga ingresada al país, no representa la totalidad del metilfenidato disponible para consumo interno, ya que es necesario contemplar que existen circuitos de importación y exportación del producto terminado.

Por otro lado, consideramos el dato de la cantidad de unidades de metilfenidato dispensadas (entendidas estas como envases) suministrado por el Observatorio de la COFA. Si bien no es asimilable a perfiles de consumo (dada la dispersión de dosis y formas de liberación que pueden combinarse en cada tratamiento individual), también ofrece un panorama acerca de las cantidades de fármaco dispensado.

La información analizada arroja que la tendencia de importación de metilfenidato en Argentina para su comercialización es marcadamente alcista, una tendencia que es consonante con la mundial (gráfico 3).

Gráfico 3. Importación anual de metilfenidato en Argentina entre 1990 y 2013 (en kg)



Fuente: elaboración propia sobre la base de 2003-2004 (Carbajal, 2007); 2005-2008 (Faraone *et al.*, 2008); 2008-2010 (Maniowicz, 2011); 2011-2016 (ANMAT).

En el gráfico se registran discrepancias para los años 2008 y 2013 en los valores señalados por las distintas fuentes. Así, Faraone y colaboradores (2008) refieren para 2008 un valor por encima de los 80 kilos (a), y Maniowicz (2011) refiere un valor sensiblemente menor (b). Para 2013, datos provenientes de ANMAT y remitidos al equipo de investigación en diferentes momentos arrojan una diferencia mucho menor entre sí (c) y (d), aunque igualmente alta.

Estas cifras son significativas, en tanto la cuota anual de importación acordada por la Administración de Alimentos y Fármacos de Estados Unidos (en inglés, *Food and Drug Administration, FDA*) con la Organización de las Naciones Unidas está establecida para Argentina en 60 kilogramos, y los datos recabados exceden decididamente este tope desde 2008 (con excepción de 2012). Asimismo, aunque los valores de importación oscilan cada año, y desde 2010 en adelante estos altibajos son más pronunciados, a los efectos de señalar una tendencia hay congruencia en la indicación de un alza sostenida en la importación del metilfenidato. De modo que, aunque no es posible asumir que todo lo que se produce en el país se consume fronteras adentro, tampoco se puede desestimar que exista una relación entre la tendencia alcista y un incremento del consumo interno.

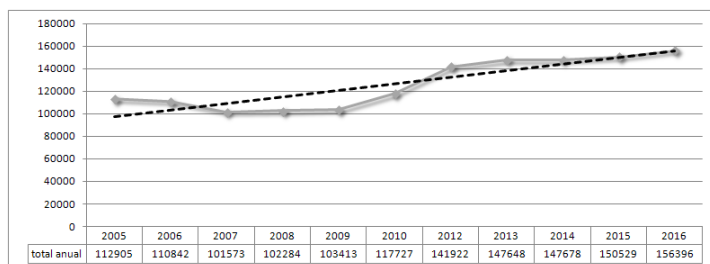
Respecto al incremento de la cantidad de kilos de metilfenidato importados en el período analizado, se puede considerar la información de 2003 contra la resultante del promedio entre 2015 y 2016, cifra que permite aminorar las variaciones más abruptas en los datos interanuales que se verifican desde 2010. El incremento de kilos de metilfenidato importados entre 2003 y el promedio de 2015-2016 es de 387%, es decir, de casi cuatro veces.

Este dato abona lo que venimos sosteniendo desde la investigación de 2008, es decir que el aumento de importación de la sustancia puede obedecer a una venta efectiva

creciente de los laboratorios o a una decisión de afianzar una mayor penetración en el mercado nacional y regional por parte de estos (Faraone *et al.*, 2008).

Otra fuente de información surge de analizar los datos de unidades dispensadas de metilfenidato, entendiendo, como ya se expresó, por unidades los envases en sus diferentes presentaciones. No es un dato equiparable al de kilos de importación de monodroga, porque en este caso se trata de la droga ya elaborada por los distintos laboratorios, y empaquetada para la venta en diferentes dosis y presentaciones. Pero a fines de identificar un panorama, vale atender a su comportamiento para los períodos 2005 a 2010 y 2012 a 2016 (gráfico 4).

Gráfico 4. Unidades anuales de metilfenidato dispensadas en Argentina en 2005 a 2010 y 2012 a 2016



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la COFA. No se dispone de datos de 2011.

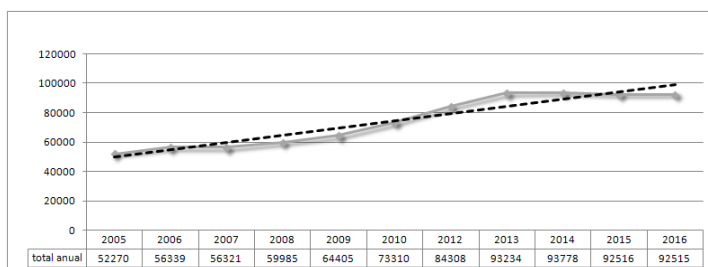
En este gráfico se observa una pequeña curva a la baja en la cantidad de unidades vendidas entre 2007 y 2010, con un incremento del 39% en las unidades dispensadas entre 2005 y 2016, un valor mucho menor que el incremento en la cantidad de metilfenidato importado para un período similar. Pero nuevamente, si se toma en cuenta la

totalidad del período, la tendencia en los totales anuales de unidades dispensadas es alcista, una tendencia que se acentuó desde 2012.

Dispensación de atomoxetina en Argentina y su relación con la de metilfenidato

Como se adelantó, la otra droga indicada exclusivamente para el TDAH es la atomoxetina, que ingresó al país con posterioridad al metilfenidato, en 2004, y como se puede observar en el gráfico 5, tiene una prescripción menor al metilfenidato. La comparación de las unidades dispensadas de ambos fármacos, desarrollada más adelante, constituye la otra línea de análisis que lleva a sostener que el metilfenidato es la droga de primera elección, así como la de mayor dispensación en Argentina en lo relativo al diagnóstico de TDAH.

Gráfico 5. Unidades de atomoxetina dispensadas en Argentina en 2005 a 2010 y 2012 a 2016



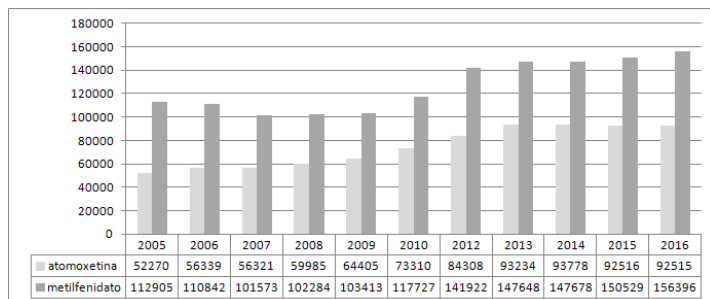
Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de COFA. No se dispone de datos de 2011.

La lectura de la información arroja que en 2010 se produjo un salto de unidades dispensadas respecto de los años anteriores. Esta alza se mantuvo en 2012 y 2013, y disminuyó muy levemente entre 2014 y 2016. También en relación con este psicofármaco, la tendencia para todo el período considerado es alcista, con un incremento del 77% entre 2005 y 2016.

Con respecto al análisis comparativo entre ambos fármacos, vale recordar nuevamente que los datos recabados se refieren a unidades dispensadas, y no a cantidades de fármacos ni a consumo de estos. Las unidades de cada uno de los dos psicofármacos no pueden ser equiparables entre sí, una a una, dadas las múltiples presentaciones, dosis y formas de liberación tanto de metilfenidato como de atomoxetina. Sin embargo, aunque no se trate de una comparación exhaustiva, los datos marcan un panorama de gran interés a efectos de conocer tendencias.

Con los recaudos antes señalados, el gráfico 6 consigna en forma conjunta las unidades dispensadas de metilfenidato y atomoxetina durante los periodos 2005 a 2010 y 2012 a 2016.

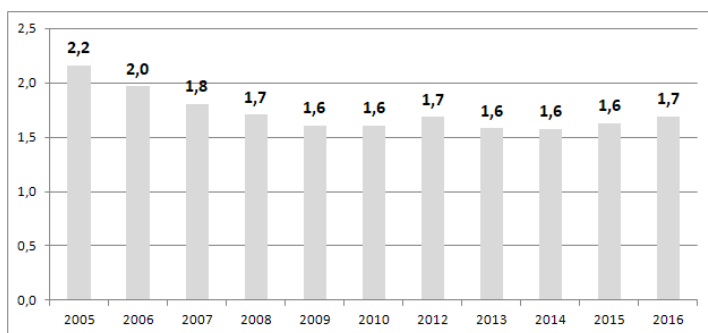
Gráfico 6. Unidades de metilfenidato y atomoxetina dispensadas en Argentina en 2005 a 2010 y 2012 a 2016



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de COFA. No se dispone de datos de 2011.

Como se puede observar, invariablemente, todos los años de los períodos considerados el metilfenidato exhibe una mayor cantidad de unidades dispensadas. Como una profundización de esta primera constatación, en el gráfico 7 se presenta la razón entre metilfenidato y atomoxetina en todo el país y los períodos antedichos.

Gráfico 7. Razón metilfenidato/atomoxetina en Argentina en 2005 a 2010 y 2012 a 2016

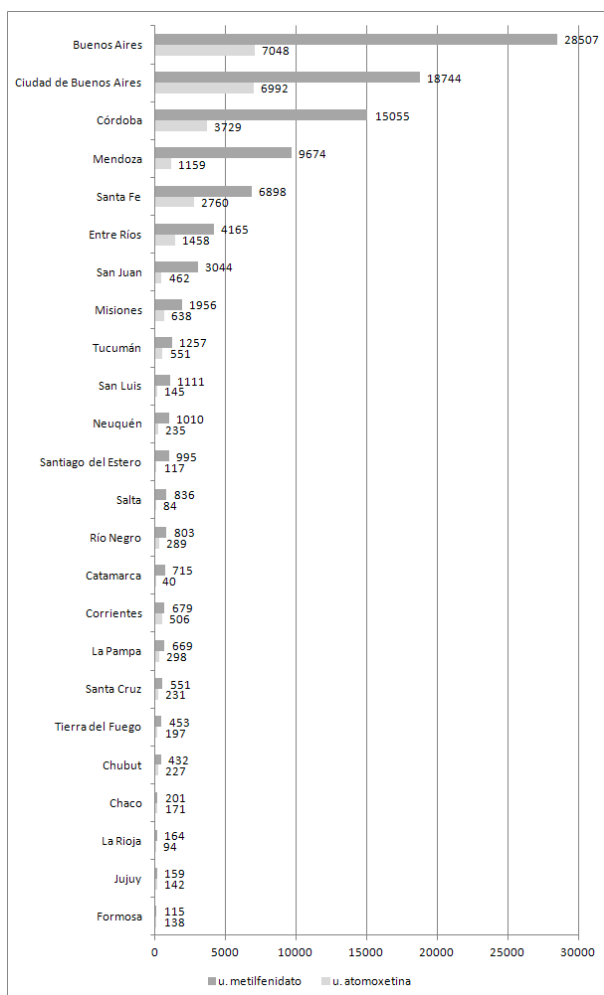


Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de COFA. No se dispone de datos de 2011.

La lectura arroja que los dos primeros años posteriores a la introducción de la atomoxetina en el mercado local, es decir, en 2005 y 2006, la razón entre ambos fármacos era más pronunciada a favor del metilfenidato, con razones cercanas a dos. En 2007 aminoró la tendencia, y desde entonces la razón no alcanza los dos puntos.

Por otra parte, al considerar la distribución de la dispensación de metilfenidato y atomoxetina en Argentina por jurisdicción, se pudo observar que esta dista de ser uniforme (gráfico 8).

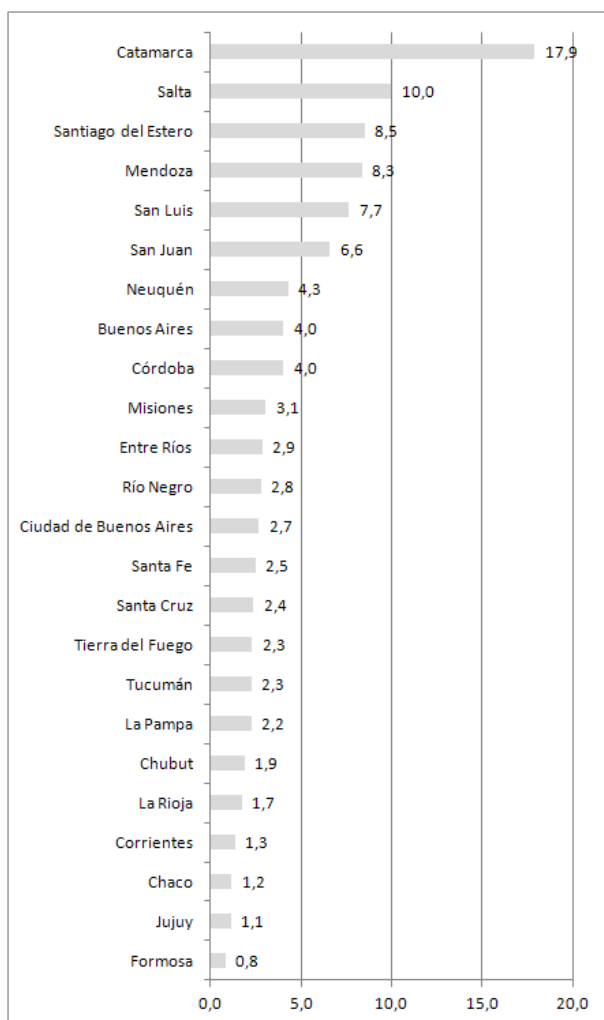
Gráfico 8. Unidades de metilfenidato y atomoxetina dispensadas en Argentina, por provincia, en 2006



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de COFA.

El gráfico 8 expone la amplia brecha existente entre las diferentes jurisdicciones del país. La provincia y la Ciudad de Buenos Aires, respectivamente, representan las dos jurisdicciones con mayor dispensación, tanto de metilfenidato como atomoxetina. Les siguen Córdoba, Mendoza y Santa Fe, también con altos totales de dispensación.

A fin de profundizar el análisis sobre 2006 se calculó para el mismo año la razón entre las unidades de metilfenidato y de atomoxetina dispensadas por provincia, dato que se detalla en el gráfico 9.

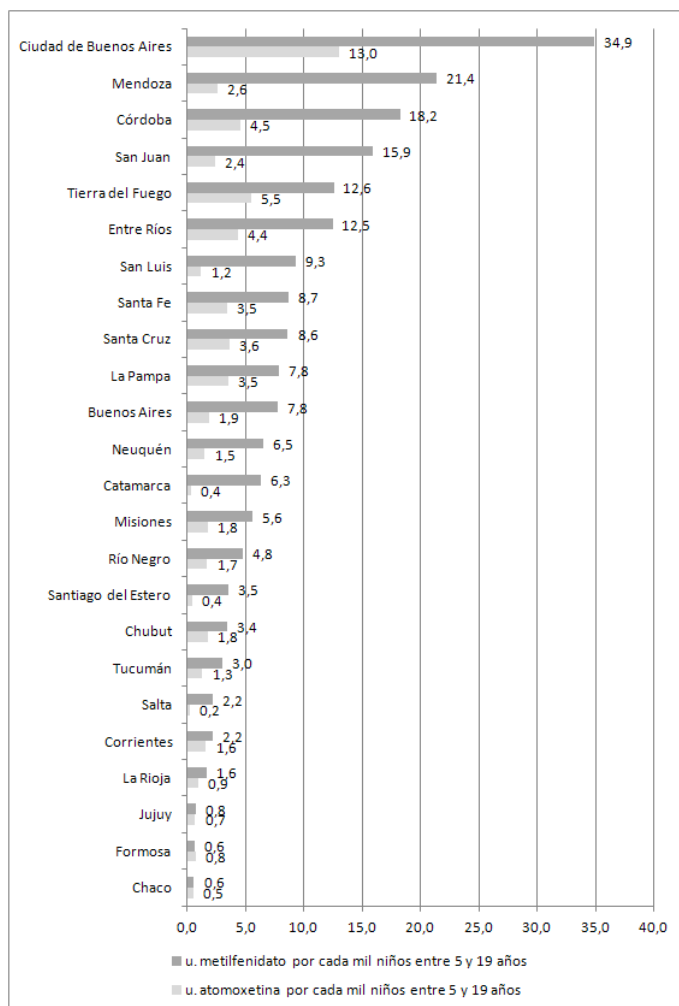
Gráfico 9. Razón metilfenidato/atomoxetina en Argentina, por provincia, en 2006

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de COFA.

En este gráfico se hace patente la amplia dispersión en la dispensación de ambos fármacos según jurisdicción, con provincias como Catamarca, en las que prácticamente por cada 18 unidades de metilfenidato se dispensó una de atomoxetina. La brecha es muy amplia también en Salta (10), Santiago del Estero (8,5), Mendoza (8,3) y San Luis (7,7). Es amplia en la provincia de Buenos Aires, Córdoba, Misiones, Entre Ríos y Río Negro, con razones entre metilfenidato y atomoxetina que van entre cuatro y casi tres puntos. Y es menos pronunciada en algunas provincias del norte del país, como Formosa (0,8), Jujuy (1,1), Chaco (1,2) y Corrientes (1,3).

En la investigación a la que ya hiciéramos referencia, realizada por Faraone y colaboradores, asociamos estos datos con los de la población de entre 5 y 19 años de cada provincia de acuerdo con lo registrado en el entonces último Censo Nacional (INDEC, 2001). En ese momento interesaba acercarse al conocimiento de la prescripción de metilfenidato y atomoxetina en las diferentes provincias del país, a fin de establecer los puntos muestrales para realizar las entrevistas a los profesionales de la salud (Faraone *et al.*, 2008). Se asumió la franja etaria de entre 5 y 19 años como denominador a partir de hipotetizar que se trataba de la población que mayoritariamente era depositaria del diagnóstico y el tratamiento del TDAH. Esta presunción estaba cimentada en bibliografía de referencia (Giraldo y Bertel, 2005; Ávila *et al.*, 2007). Con esos datos se construyó un indicador que daba cuenta de las unidades dispensadas cada mil niños y niñas de entre 5 y 19 años y, en consecuencia, brindaba un panorama de las provincias con las dispensaciones más altas y más bajas. El gráfico 10 ilustra los resultados de ese procesamiento.

Gráfico 10. Unidades de metilfenidato y atomoxetina dispensadas en Argentina cada mil niños y niñas de entre 5 y 19 años, por provincia, en 2006



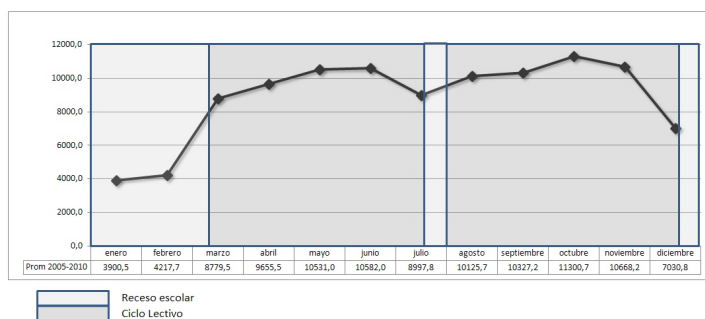
Fuente: elaboración propia sobre la base de Faraone *et al.*, 2008.

Lamentablemente, al momento de la escritura del presente capítulo no fue posible completar esta información para el período 2007 a 2016, lo que hubiera robustecido la línea de hipótesis sobre la relación entre dispensación de metilfenidato y atomoxetina, con población de entre 5 y 19 años del censo 2010. También hubiera permitido analizar las transformaciones en la relación entre dichos fármacos y la población que va de 5 a 19 años en cada provincia a través de los años. Sin embargo, sí se pudo acceder a otro conjunto de datos que va en el sentido de enlazar el diagnóstico de TDAH con la población escolarizada, a partir de los datos mensuales de dispensación de metilfenidato y atomoxetina, que sigue respaldando la hipótesis de que la población que mayoritariamente se vincula al consumo de estos fármacos es la representada en los gráficos que anteceden.

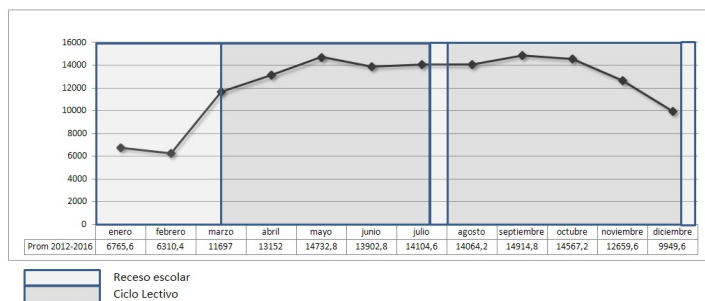
Sobre metilfenidato, atomoxetina y estacionalidad anual de la dispensación

Otro aspecto que se observó en la investigación es que así como la dispensación de metilfenidato y atomoxetina no es uniforme en el país, tampoco lo es a lo largo del año. Un aspecto documentado en Argentina es la estacionalidad en la dispensación del metilfenidato.

Para presentar la información se realizó un agrupamiento de los datos en dos bloques, uno de 2005 a 2010, y otro de 2012 a 2016. En cada caso se calculó el promedio mensual de unidades dispensadas, de metilfenidato y de atomoxetina de forma independiente. Los gráficos 11 y 12 muestran los resultados sobre metilfenidato.

Gráfico 11. Unidades dispensadas de metilfenidato por mes, Argentina, promedio mensual entre 2005 y 2010

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de COFA.

Gráfico 12. Unidades dispensadas de metilfenidato por mes, Argentina, promedio mensual entre 2012 y 2016

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de COFA.

La primera lectura de la información es que los promedios de ambos períodos describen un ciclo de dispensación similar de metilfenidato, que tiene su primer salto en el mes de marzo, coincidentemente con el inicio del ciclo lectivo,

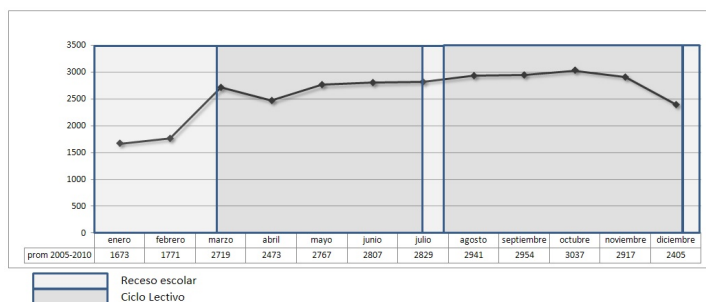
con un incremento significativo respecto del mes anterior, del 108% para el período 2005-2010, y del 85% para el período 2012-2016.

En ambos períodos, la dispensación se mantiene en ascenso en abril, mayo y junio, y cede su tendencia al alza hacia julio, en coincidencia con el receso escolar invernal de la segunda quincena de ese mes, para retomar dicha tendencia en la segunda parte del año lectivo. Para el período 2005-2010 la merma en julio respecto a junio es del 15%, y en el período 2010-2016, lo que se observa no es una merma sino un amesetamiento de la tendencia, entre junio y agosto.

El ciclo alcista se reinicia en agosto del primer período, y en septiembre del segundo, para mantenerse en ambos períodos hasta noviembre, donde inicia la baja (del 6% en el primer período y 13% en el segundo), que se pronuncia en diciembre (del 34% en el primer período y 21% en el segundo), en coincidencia con el inicio del receso escolar de verano.

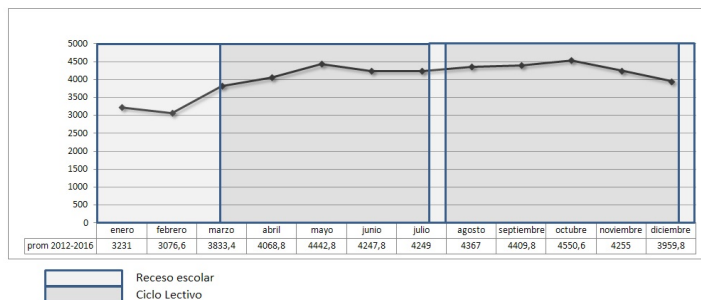
Los gráficos 13 y 14 muestran los resultados sobre atomoxetina.

Gráfico 13. Promedio mensual 2005-2010. Unidades dispensadas de atomoxetina por mes, Argentina



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de COFA.

Gráfico 14. Promedio mensual 2012-2016. Unidades dispensadas de atomoxetina por mes, Argentina



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de COFA.

También en el caso de la atomoxetina, ambos períodos describen un ciclo de dispensación afín, y consonante con el ciclo escolar. Sin embargo, los saltos mensuales son menos abruptos que los que se verifican en el caso del metilfenidato y sin cambios significativos en el receso escolar invernal.

Para el período 2005 a 2010 las variaciones son, respectivamente, de +54% en marzo, de -4% en noviembre, y de -18% para diciembre. Para el período 2012 a 2016, las variaciones son aun menos abruptas, de +25 en marzo, de -4 en noviembre, y de -7% en diciembre.

En conjunto, los datos recabados marcan una especificidad de la experiencia argentina, que evidencia un proceso de vinculación entre el diagnóstico de TDAH y la prescripción de metilfenidato más acelerado y compactado en apenas más de una década desde 2005, respecto del más longevo proceso estadounidense, verificable desde la década de 1950. También se observa una dispensación alta y constante de atomoxetina. Más ampliamente, los datos dan la pauta del afianzamiento de Argentina como una zona de producción y circulación de ambos psicofármacos.

Los datos llevan a hipotetizar que, más allá del retiro del TDAH como diagnóstico de inicio en la infancia o adolescencia del *Manual DSM-5*, en Argentina la dispensación de ambos fármacos describe una inobjetable periodicidad relacionada con el año lectivo, en una ciclicidad que resulta más pronunciada en el metilfenidato que en la atomoxetina.

De acuerdo con datos de expendio suministrados por el Observatorio de la COFA para el período de 2005 a 2016, con excepción de 2011, el volumen de dispensación describe un ciclo que se mantiene alto durante la cursada, y cae significativamente en el período de receso escolar.

A estos resultados se añade lo recabado en las entrevistas a profesionales de la salud, quienes refieren una planificación flexible de la prescripción del psicofármaco, orientada por las actividades concretas que realizan el niño y la niña durante el día. Estas actividades varían en función de las características del ciclo escolar (doble escolaridad, días de la semana o fin de semana, época lectiva o vacacional, cursada con otros niños y otras niñas o clases individuales con psicopedagoga, entre otros), y de la gravedad del cuadro. Así, enfatizan que la periodicidad y la dosis en el suministro se adecuan a las variabilidades individuales (Bianchi, 2014).

Esta prescripción del psicofármaco, que varía y se modifica de acuerdo con las necesidades que el medio impone, está en línea con una terapéutica farmacológica que es considerada como un apoyo adicional, capaz de ampliar las probabilidades de transitar espacios y sostener relaciones familiares, sociales, afectivas y académicas a aquellos que, en virtud de sus fallas en la “administración del yo” (Rose, 2006), llevan adelante una vida que debe ser administrada por otros.

Conclusiones

La primera conclusión de este artículo se relaciona con la fragmentariedad, asistematicidad y parcialidad de la información relacionada con el metilfenidato y la atomoxetina en Argentina.

Esta realidad, sin embargo, no cancela el interés por obtener e incluir datos cuantitativos en las investigaciones realizadas durante estos diez años. Antes bien, la información que sí se logró obtener debió ser procesada y analizada tomando en consideración ciertos recaudos formales, y también ciertos postulados investigativos, consistentes en triangular la información de corte cuantitativo con resultados de otras fuentes cualitativas, como entrevistas y artículos periodísticos, que organizan y dan coherencia a los datos numéricos.

Los resultados del procesamiento describen un panorama general con tendencias alcistas tanto en el caso del metilfenidato en el período 2003 a 2016, como en la atomoxetina en el período 2005 a 2016.

En el caso del metilfenidato, y a nivel nacional, se verificó un aumento tanto en los kilos de monodroga importada anualmente como en las unidades dispensadas mensualmente. Ambos datos dan cuenta de dinámicas diferentes del mercado farmacológico local, y de diferentes instancias del proceso de producción y comercialización del producto, por lo que no pueden combinarse sus resultados. Sin embargo, se documentó en ambos casos una misma tendencia al alza, pronunciada y, durante el período analizado, persistente.

En el caso de la atomoxetina, también se verificó una tendencia alcista a nivel nacional, menos abrupta que en el caso del metilfenidato, pero igualmente sostenida.

Con respecto a las diferentes jurisdicciones, se observó que en 2006 tanto la dispensación de metilfenidato como de atomoxetina, y las razones entre ambas, exhiben una amplísima variabilidad por provincia. Las jurisdicciones

más populosas del país concentran gran parte de la dispensación de estos fármacos. En cuanto a la relación entre dispensación y población entre 5 y 19 años, también para el año 2006, se documentó una gran variabilidad.

La estacionalidad en la dispensación de metilfenidato y atomoxetina es otro dato que lleva a considerar que existe una relación marcada con las niñas y los niños en edad escolar. En los dos períodos relevados fue posible documentar en la dispensación de metilfenidato un ciclo anual de fuerte alza, luego baja o amesetamiento, nuevo incremento, y luego una pronunciada baja, que es coincidente con el ciclo lectivo y el receso escolar. En el caso de la atomoxetina, esta ciclicidad es menos marcada durante el receso escolar invernal.

Si bien no se pueden asumir los resultados de la investigación que aquí se presentó como conclusiones taxativas, sí dan la pauta de un insoslayable componente de niñas y niños en edad escolar en la dispensación de estos fármacos, que refuerza la relevancia planteada por el equipo del GESMyDH sobre la necesidad de investigar los procesos de diagnóstico y tratamiento de TDAH en niñas y niños en las diferentes provincias. Esta línea de trabajo quedó trunca hasta el momento, pero constituye un eje a tomar en cuenta para continuar con estas investigaciones.

Bibliografía

- Avila, A. et al. (2007). *Estudio de utilización de metilfenidato en la provincia de San Luis*. Disponible en <https://goo.gl/DT55Sh> [consulta: junio de 2017].
- Barkley, R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.

- Bianchi, E. (2014). "Gubernamentalidad, tecnologías y disputas. Una genealogía de los saberes profesionales acerca del ADHD (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) en la infancia (1994-2012)". Tesis de doctorado, Universidad de Buenos Aires (mimeo).
- Bianchi, E.; Ortega, F.; Faraone, S.; Gonçalves, V.P. y Zorzaneli, R.T. (2016). "Medicalización más allá de los médicos. Marketing farmacéutico en torno al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014)", *Saúde e Sociedade*, 25, 452-462.
- Bianchi, E.; Faraone, S.; Ortega, F.; Gonçalves, V.P. y Zorzaneli, R.T. (2017). "Controversias acerca del diagnóstico de TDAH y la prescripción de metilfenidato en los debates sobre la medicalización en Argentina y Brasil", *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 641-660.
- Bignone, I. M.; Serrate, M. y Diez, R. (2007). "Farmacovigilancia de las drogas usadas en niños con diagnóstico de ADD/H o ADHD", en Benasayag, L. (comp.), *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario*. Argentina: Noveduc.
- Carbajal, M. (2007). "ADD y ADHD, una mirada desde el periodismo", en Benasayag, L. (comp.), *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario*. Argentina: Noveduc.
- Conrad, P. y Bergey, M. (2014). "The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder", *Social Science and Medicine*, 122, 31-43.
- Faraone, S. et al. (2008). "Campo salud", en Arizaga, C. y Faraone, S., *La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos*. SEDRONAR-II.GG. Disponible en <https://goo.gl/sBNa9d> [consulta: diciembre de 2017].

- Giraldo, S. y Bertel, L. (2005). "Consumo del medicamento Metilfenidato-Ritalina®, en el Valle Aburrá del departamento de Antioquia en el periodo de febrero a julio de 2003", *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23, 47-57.
- Healy, D. (2002). *The creation of psychopharmacology*. London: Harvard University.
- INDEC (2001). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001*. Disponible en <https://goo.gl/dEM7dN> [consulta: diciembre de 2017].
- INDEC (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. Disponible en <https://goo.gl/KvxPbn> [consulta: diciembre de 2017].
- JIFE (1995). *Informe 1995*. Disponible en <https://goo.gl/oXrBFT> [consulta: diciembre de 2017].
- JIFE (2006). *Informe 2006*. Disponible en <https://goo.gl/tkndGU> [consulta: diciembre de 2017].
- JIFE (2012). *Informe 2012*. Disponible en <https://goo.gl/3ULAHU> [consulta: diciembre de 2017].
- JIFE (2014). *Informe 2014*. Disponible en <https://goo.gl/fJB-CNq> [consulta: diciembre de 2017].
- JIFE (2015). *Informe 2015*. Disponible en <https://goo.gl/BBKKg7> [consulta: diciembre de 2017].
- Lange, K.W.; Reichl, S.; Lange, K.M.; Tucha, L. y Tucha, O. (2010). "The history of attention deficit hyperactivity disorder", *ADHD Atten Def Hyp Disord*. Springer, 2, 224-255.
- Maniowicz, D. (2011). "Malos diagnósticos y sobremedicación. La infancia en peligro", *Revista Veintitrés*. Disponible en <https://goo.gl/4ae6Ed> [consulta: diciembre de 2017].
- Rose, N. (2006). "Disorders without borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice", *BioSocieties*, 1, 465-484.
- Singh, I. (2008). "Beyond Polemics: Science and ethics of ADHD", *Nature Reviews*, 9, 12, 957-964.

Legislación citada

Argentina, Decreto 1490 (1992). *Declaración de Interés Nacional de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica*. 27 de agosto.

Argentina, Ley 17.622 (1968). *Creación del Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Presidencia de la Nación, 31 de enero.

Actores sociales en torno al TDAH en las infancias

Una década de investigaciones en Argentina

SILVIA FARAONE, EUGENIA BIANCHI, CONSTANZA LEONE,
FLAVIA TORRICELLI, MILAGROS OBERTI Y ANA VALERO

Introducción

En línea con lo que señalan los investigadores e investigadoras que presentan sus capítulos en este volumen, es posible mencionar un doble engarce entre las tendencias más globales y coincidentes, ligadas a la penetración en todo el mundo de procesos de medicalización de diagnósticos como el de TDAH, y las particularidades que estos adquieren en cada país, donde el campo de actores sociales, fuerzas intervinientes, saberes, prácticas, tecnologías y dispositivos se configura de modos específicos y da pie a múltiples efectos.

Argentina no es ajena a este doble movimiento, ya que algunas características del proceso en nuestro país remiten a tendencias más amplias, sean estas globales o regionales, y en otras cuestiones Argentina supone una nota disonante respecto de los procesos generales (Faraone y Bianchi, 2018; Bianchi *et al.*, 2016, 2017). Esta circunstancia, verificada en nuestras investigaciones –realizadas tanto en forma individual como formando parte del Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires– y refrendada en las colaboraciones con otros equipos de investigación, se

vincula con que, como sostuvimos, “la medicalización no es un proceso unívoco, homogéneo o general” (Bianchi *et al.*, 2016: 459), y con la necesidad de remarcar por ello el carácter complejo, no armónico ni definitorio del proceso.

En este capítulo presentamos una sistematización de algunos elementos de la problemática vinculada a los procesos de diagnóstico y tratamiento por TDAH en Argentina.

Analizamos libros y revistas especializadas, sitios de Internet y artículos periodísticos de prensa escrita, normativa vigente, y 84 entrevistas semiestructuradas, individuales y grupales, realizadas entre 2007 y 2017. Durante todo el período señalado se realizaron entrevistas a profesionales de la salud que ejercían su actividad en la Ciudad de Buenos Aires y en la provincia de Buenos Aires, mientras que durante el período 2007 y 2008 se incluyeron entrevistas a profesionales de salud y educación de las provincias de Salta, Tierra del Fuego y Corrientes. Estas se seleccionaron como puntos muestrales porque representaban regiones del país con diferentes intensidades de dispensación de metilfenidato y atomoxetina en relación con la población de entre 5 y 19 años.¹ Durante esos diez años también se entrevistaron informantes clave del campo médico y la industria farmacéutica, entre ellos agentes de propaganda médica, farmacéuticos y líderes de opinión de laboratorios. Además, entre 2009 y 2013, asistimos a reuniones científicas y profesionales, bajo la modalidad de congresos, ciclos de charlas, seminarios, jornadas, simposios, convocatorias y presentaciones de libros, que giraron en torno a la problemática de las infancias y la salud mental, y el TDAH en particular, con un total de 21 jornadas.

Exponemos resultados de este período en torno a tres vectores de los debates que se caracterizan por ir “más allá de los médicos” (Bianchi *et al.*, 2016) e involucrar a otros actores sociales. En estos vectores los profesionales médicos

¹ Ver “Fármacos utilizados para el tratamiento del TDAH en Argentina. Comportamiento y tendencias (2003-2016)”, en este volumen.

tienen injerencia, pero se constituyen también otros actores sociales como relevantes, sobre los que precisamente nos interesa poner el foco en este capítulo. Con esta estructura de análisis, abordamos en primer lugar, las diferentes conflictivas que se han producido en el país en torno al diagnóstico desde diferentes especialidades, algunas de ellas que no son de carácter médico, y las organizaciones que se formaron para dar institucionalidad a las resistencias. En segundo lugar analizamos las discusiones en torno al tratamiento medicamentoso y la industria farmacéutica, puntualmente en lo referido a las estrategias de *marketing* de psicofármacos para niños y niñas. Y en tercer lugar, abordamos el papel de los medios de comunicación en la generación y reproducción de una agenda sobre el TDAH como problema.

En el vector del diagnóstico, en términos generales, los psicólogos con orientación psicoanalítica y psicopedagogos surgen como voces críticas y, en un número significativo, se organizan en torno a la resistencia al *Manual DSM*. En el vector del tratamiento, nos interesa puntualizar sobre la mixtura de las estrategias de *marketing*, que tienen un polo orientado hacia los médicos, pero otro que toma como blanco a otros actores, principalmente docentes y padres. Por último, en el vector de los medios mapeamos artículos periodísticos que a lo largo de este período fueron emergiendo en la prensa escrita nacional, provincial y también comunal, y que delinean un panorama sobre la problemática.

En concordancia con los aportes de otros capítulos de este libro sobre experiencias nacionales, entendemos estos ejes de modo articulado, pero no saldado ni conclusivo, sino en un estado que podríamos denominar magmático, y que puede asumir diferentes formas: controversias, debates, tensiones, disputas o, para emplear el apelativo favorito de los medios de comunicación, polémicas.

En relación con estas controversias, ellas presentan algunas características generales. En primer lugar, no conducen a trazar un mapa unitario de los frentes de saberes en pugna. Antes bien, cada debate supone organizaciones y alineamientos específicos de los profesionales. Las fuentes recabadas arrojan que entre los profesionales que se ocupan del TDAH, de su diagnóstico y tratamiento en niñas y niños, podemos encontrar una variabilidad que no permite homogenizar resultados, a pesar de haber detectado algunos patrones generalizados. Así, en los intersticios, hay neurólogos que descreen de una etiología neurológica, pediatras que desestiman las justificaciones sociales sobre las causas del TDAH, psiquiatras que advierten sobre las consecuencias negativas del uso de medicación psicotrópica, psicólogos que valoran positivamente el concepto de trastorno mental basado en observables conductuales, psicoanalistas que consideran que la medicación no es necesariamente un instrumento iatrogénico, farmacéuticos que ubican las conflictivas familiares como los verdaderos motivos del TDAH, y así muchos otros casos. Estos registros reducirían cierta propensión a considerar que una determinada formación disciplinar o clínica es indicativa de la postura de ese profesional en relación con los procesos de diagnóstico y tratamiento por TDAH (Bianchi, 2014a). Esta propensión funcionaba como un prejuicio o preconcepto, del que fue necesario desprendernos a fin de avanzar con los análisis.

En segundo lugar, aunque todos los debates están relacionados entre sí, algunos reeditan otras batallas entre disciplinas y especialidades, más antiguas o más amplias, que sin dejar de señalarlas, exceden el problema del TDAH y que no abordamos en este artículo. En tercer lugar, otra disputa que reedita disensos en los profesionales de diversas

especialidades es en torno al concepto de trastorno mental, una línea que Silvia Faraone aborda especialmente en este libro.²

Finalmente, el capítulo cierra con algunas consideraciones acerca del caso argentino respecto de los actores y procesos analizados.

El diagnóstico en debate: manuales y resistencias de asociaciones profesionales

En Argentina se da una situación particular respecto de las críticas y debates en torno a los procesos de diagnóstico y tratamiento por TDAH, en más de un sentido. Si bien comparte con otros países algunas objeciones al cuadro y su terapéutica, disputas que en otros lares ocupan un lugar marginal, o ya ni siquiera se formulan, cobran aquí una honda relevancia.

La singularidad de Argentina en relación con los conflictos, disensos y críticas en torno al TDAH se delinea en la configuración e inscripción de las controversias en un interjuego estratégico de relaciones de fuerzas expresadas en diferentes perspectivas de los profesionales de la salud. Lo específico reside en los modos en que estas se articulan y tensionan, dado que no existen frentes únicos ni compactos de posiciones.

Un rasgo distintivo de la problemática argentina es la configuración de un frente de críticas respecto de la existencia misma del cuadro, que incluye su impugnación. Esta particularidad viene a desestimar lo afirmado por quienes sostienen que, desde la década de 1990, el TDAH, su construcción como un trastorno, está “ampliamente reconocido como tal” (Mayes *et al.*, 2008: 157). Autores como

² Ver “Normativa, paradigmas y conceptos: avances, resistencias y tensiones”, en este volumen.

Mayes, Bagwell y Erkulwater atribuyeron este cambio a varias razones; entre ellas, la ampliación del conocimiento de los factores biológicos que llevaron a la aceptación del origen neurológico y genético del trastorno, en detrimento de la incidencia de factores ambientales. Sin embargo, estos autores remarcan que, aún hoy, el uso de medicación estimulante para su tratamiento mantiene adeptos y detractores “en partes iguales” (Mayes *et al.*, 2008: 157).

A diferencia de estos estudios, en Argentina, la polémica más resonante introducida por algunos grupos involucre la existencia misma del TDAH como entidad clínica. El amplio abanico que va desde la defensa de la validez del concepto hasta la impugnación del estatuto del TDAH constituye una singularidad que no se ha registrado en otros países.

Sin embargo, esta álgida controversia no agota las diferencias entre los profesionales que se disputan el saber sobre el TDAH. Un análisis del panorama permite organizar y delinear los bordes de otras polémicas que, aunque relacionadas, fueron desgranando su especificidad. Así, otra diferencia se da en los posicionamientos en relación con la etiología del cuadro. Desde algunos saberes, se enlazan explicativamente la impugnación del estatuto del TDAH como patología específica con una causación social de esta, que quedaría oscurecida bajo la pretendida veracidad de la nomenclatura. A la vez, desde posiciones que entienden el TDAH como una tipificación psiquiátrica válida, la causación biológica refuerza la consideración de una entidad clínica verdadera.

A continuación trabajamos la relación entre el TDAH y su tipificación como trastorno en el *DSM*, algunos movimientos sociopolíticos y sanitarios que ofician de resistencia al diagnóstico, y la publicación de consensos profesionales como momento destacado de las tensiones.

Sobre el DSM y el TDAH

En virtud de las investigaciones que aquí se presentan, surge que abordar el diagnóstico de TDAH en Argentina requiere incorporar la relevancia de los manuales de clasificación de los denominados “trastornos psiquiátricos”, cuya incidencia se analiza en este libro.³

La tríada sintomática que caracteriza al TDAH (hiperactividad, impulsividad y desatención) puede rastrearse en la literatura hasta dos siglos atrás (Lange *et al.*, 2010). Se han constatado diversos antecedentes conceptuales de las infancias desatenta e hiperactiva (Bianchi, 2015); sin embargo, la descripción del *DSM* es la que instaura y consolida los criterios diagnósticos con los que actualmente se tipifica la nosología. El *DSM-I*, publicado en 1952, no incluía en su nomenclatura ninguna descripción equiparable a la tríada sintomática del actual TDAH (APA, 1952). En el *DSM-II*, de 1968, aparece por primera vez la “reacción hiperkinética en la infancia o adolescencia”, considerada dentro de los “trastornos de conducta en la infancia y adolescencia”, y caracterizada por “sobreactividad, inquietud y distractibilidad, y atención de corto alcance, especialmente en niños pequeños” (APA, 1968: 50).

Sin embargo, ninguna de las dos versiones del manual circularon masivamente fuera de Estados Unidos (Bianchi, 2014b), y los estudios históricos sobre los antecedentes del TDAH en Argentina no mencionan los manuales (Borinsky, 2010). Las escasas referencias a los antecedentes conceptuales del TDAH en Argentina incluyen un estudio sobre la lesión cerebral leve a principios de los sesenta, conducido por el equipo de Telma Reca y con apoyo del recientemente creado Conicet, y otro del psicoanalista Mauricio Knobel sobre el niño y la niña hiperkinéticos en el que intenta establecer los criterios diferenciales entre la hiperkinesia de

³ Ver “Diagnósticos y fármacos en las infancias: una perspectiva analítica desde las ciencias sociales”, en este volumen.

naturaleza orgánica y la de naturaleza psicógena (Borinsky, 2010). En ese artículo, publicado en el *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, describe además la exitosa utilización del metilfenidilacetato como estimulante cerebral en el tratamiento de estos niños y niñas (Knobel, 1960). Borinsky relevó además dos artículos publicados en la década siguiente, uno de 1970 que vincula las investigaciones previas sobre la hiperkinesia con un enfoque psicoanalítico, también de Knobel pero publicado en la *Revista Argentina de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia* (Knobel, 1970), y otro de 1975 acerca de la disfunción cerebral mínima, firmado por el neurólogo Natalio Fejerman y publicado en la *Revista Argentina de Psicología* (Fejerman, 1975).

El *DSM-III*, publicado en 1980, supone una transformación epistemológica y tecnológica capital, y el inicio de un proceso de penetración mundial del manual en la práctica clínica psiquiátrica. Esta transformación incluyó rasgos que se consolidaron en versiones subsiguientes –entre ellas flexibilidad, dinamismo, estandarización, a-teoricidad, prescindencia de explicaciones etiológicas y sustento en la observación de sintomatología conductual–, lo que generó numerosas críticas del campo de la salud mental (Bianchi, 2014b). El *DSM-III* incorporó el diagnóstico del síndrome de déficit de atención (APA, 1980). El *DSM III-R* unió déficit de atención e hiperactividad (APA, 1987). Y el *DSM-IV-TR* distinguió los tres subtipos: con predominio de inatención, con predominio de hiperactividad-impulsividad, y combinado (APA, 2000).

En el *DSM-5*, de 2013, la tipificación del TDAH mantiene la estructura en torno a síntomas y subtipos, aunque añade aclaraciones ampliatorias de la importancia en cada síntoma. Además, eleva la edad de manifestación de algunos síntomas de 7 a 12 años. También se destaca el diagnóstico de TDAH en adultos. Se contempla además la comorbilidad entre del TDAH con otros cuadros, y se incluyen índices de severidad (APA, 2013; Bianchi, 2016).

Si bien, y como apuntan Mayes y su equipo (2008), ni los debates, ni el uso de estimulantes son novedosos en el TDAH, entendemos que sí lo son las formas recientes a través de las cuales se profundiza el proceso de farmacologización de las infancias, la especificidad de los actores en pugna, y los mecanismos de legitimación de organismos gubernamentales y de la sociedad civil.

Tomando en cuenta estas consideraciones, concluimos que el proceso de redefinición nosológica del TDAH operado desde la emergencia del *DSM-III* tiende a evidenciar, por un lado, la estrecha relación entre manuales de clasificación, construcción diagnóstica e industria farmacéutica, y por otro, que opera como organizador de las discrepancias en torno al diagnóstico.

Estas discrepancias se inscriben en las críticas suscitadas por las tipificaciones del *DSM-IV-TR* (vigente en Argentina en parte del período analizado), y las que se añaden, amplían o reformulan en el *DSM-5*. Discrepancias que pueden considerarse recientes, si se toma en cuenta que, al igual que el *DSM-I*, el *DSM-II* concebía las enfermedades mentales como expresiones simbólicas de realidades psicológicas o psicosociales subyacentes (Grob, 1991; Gaines, 1992). Y que, de la misma manera que en el *DSM-I*, en el *DSM-II* se sostuvo la naturaleza simbólica de los síntomas psiquiátricos. Recién desde su III versión fueron retiradas las alusiones a la batería conceptual del psicoanálisis (Bianchi, 2014b).

En este sentido, Argentina es consonante con la tendencia global referida por Conrad y Bergey (2014) –que se analiza en este libro⁴– de acuerdo con la cual el *DSM* va profundizando sostenidamente su penetración a nivel mundial. En las investigaciones realizadas en estos diez años, se pudo verificar que la gran mayoría de los profesionales de la salud y educación entrevistados (sea que estuvieran a favor

⁴ “Ver “Fármacos utilizados para el tratamiento del TDAH en Argentina. Comportamiento y tendencias (2003-2016)”, en este volumen.

o en contra del diagnóstico y sus características) definieron y siguen definiendo el cuadro de TDAH recurriendo a la descripción del *DSM*, lo que supone el conocimiento de parte de los profesionales, y en ocasiones el empleo para la práctica clínica, de los lineamientos de un manual de diagnóstico que no es el manual que oficialmente el Ministerio de Salud de Argentina aprobó para ser utilizado en el campo de la salud pública, ni para la práctica asistencial ni para las estadísticas de salud.

Movimiento sociopolítico y sanitario en respuesta al diagnóstico

Como se dijo, otro aspecto de los conflictos en torno al diagnóstico de TDAH que caracteriza a Argentina es la extendida y sostenida organización de profesionales con posturas críticas. En las investigaciones realizadas se pudo documentar el logro de diversos objetivos de parte de estas organizaciones, como así también su vinculación con otras organizaciones de la región (Bianchi *et al.*, 2017).

El movimiento de profesionales más destacado en el país en relación con la introducción de posturas críticas y polémicas en torno al incremento de casos de TDAH en las niñas y los niños es el Forum Infancias, originalmente denominado ForumADD. El cambio en la denominación marca la pauta de la importancia que suscitó el fenómeno del TDAH en Argentina y cómo este ofició de piedra de toque para una posterior ampliación de objeciones hacia otros diagnósticos psiquiátricos infantiles. De hecho, en 2017 esta organización impulsó la Campaña Internacional por el Derecho a Infancias y Adolescencias Libres de Etiquetas, en donde las críticas a lo que denominan la patologización y la medicalización de niñas, niños y adolescentes se sostienen, entre otros, en el diagnóstico de TDAH (Forum Infancias, s./f.).

Además de las acciones del Forum Infancias, se documentaron gran cantidad de reuniones científicas y profesionales, en forma de congresos, jornadas y simposios, que centraban o tomaban como tema relevante el fenómeno del TDAH (Bianchi y Faraone, 2015; Bianchi, 2014a). Desde posturas muy distintas entre sí, se publicaron compilaciones de artículos de profesionales que argumentan respecto del diagnóstico de TDAH en Argentina (Joselevich, 2005; Moyano Walker, 2004; Janin, 2007; Stiglitz, 2006).

Los profesionales de diversas disciplinas y especialidades nucleados en el Forum Infancias realizan simposios bianuales en la Ciudad de Buenos Aires desde 2007. En su III edición, llevada a cabo del 2 al 4 de junio de 2011, se señaló por primera vez que la utilización del *DSM* constituye una transgresión a la Ley 26.657, y que contraviene la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849/1990). Por ello incluyeron un espacio en su sitio web contra los etiquetamientos y la lógica clasificatoria del *DSM*, y publicaron el manifiesto Por un abordaje subjetivante del sufrimiento psíquico en niños y adolescentes. No al *DSM*. En noviembre de 2011, en la Biblioteca Nacional, se relanzó este documento, denominado, a partir de ese momento, *Manifiesto Buenos Aires*.

Una característica distintiva del Forum Infancias es que los siete integrantes de su Comité Ejecutivo son especialistas en psicoanálisis. Este predominio absoluto debe situarse en el contexto de la extensa tradición psicoanalítica argentina, y en la Ciudad de Buenos Aires como perfil geográfico central y dominante. Esta tradición se remonta a la década de 1960 (Dagfal, 2009) y ha logrado una influencia gradual en la educación y en la práctica de instituciones y profesionales a cargo de los problemas de salud mental. Sin embargo, desde la década de 1990 se produjo la emergencia creciente de otras terapias, en ocasiones denominadas “alternativas” (Visacovsky, 2001), y a esto se suma la influencia progresiva de todas las ramas de las neurociencias, de modo

que el predominio psicoanalítico está siendo objeto de los avances de una hegemonía biológica en su concepción y tratamiento del padecimiento mental.

A pesar de la creciente influencia de estas otras corrientes y perspectivas diagnósticas y terapéuticas en el ámbito de la salud mental, el rol del psicoanálisis en Argentina lo constituye en una singularidad fenoménica en relación con otros países europeos y latinoamericanos, con excepción de Brasil (donde está particularmente centrado en las ciudades de Rio de Janeiro y São Paulo). En Argentina, el psicoanálisis mantiene numerosos adeptos y sostiene modalidades específicas de articulación y divergencia con otras prácticas clínicas. La diseminación en la sociedad se expresa, además, en la cantidad y peso de sus instituciones, y la profusión de conceptos psicoanalíticos en el lenguaje cotidiano, factores que lo constituyen en voz pública autorizada para opinar acerca de variados temas en los medios de comunicación (Bianchi *et al.*, 2017).

Bajo la denominación “Red Federal de Forum Infancias”, la asociación impulsa otras reuniones profesionales en diferentes ciudades del país, promoviendo la formación de agrupaciones locales (Untoiglich, 2014). También participa en asociaciones con objetivos convergentes en Brasil, México y Chile.⁵ Otras articulaciones incluyen el grupo español Espai Freud (impulsores de la campaña internacional Stop DSM!), el Forum por uma abordagem não medicalizante nem patologizante da educação, de Portugal, y la agrupación francesa Pas de zéro de conduite (Untoiglich, 2014).

En el trabajo que el Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos realizó junto con el equipo de Francisco Ortega, del Instituto de Medicina Social de la Universidad de Río de Janeiro, se documentaron procesos que avanzan en el accionar coordinado entre organizaciones de profesionales de Argentina y Brasil, y su confluencia

⁵ Puede consultarse al respecto el sitio Forum Infancias: <<https://goo.gl/6GEym>>.

en relación con la crítica al diagnóstico de TDAH y a la prescripción de metilfenidato, por lo cual se perfilaron encuentros y actividades comunes conducentes a la profundización de una lectura regional respecto de estos procesos. Aunque el devenir de estos encuentros constituye un escenario abierto y en formación, el panorama delineado supone una incipiente globalización de las resistencias (Bianchi *et al.*, 2017) en las que las experiencias de Argentina, pero también de otros países de la región, pueden officiar como aglutinantes de las críticas y disensos.

Consensos cruzados. Un momento histórico destacado de las tensiones

Más allá de lo descrito hasta aquí, vale la pena reseñar un momento de agudización de las tensiones que se produjo en Argentina en 2005, cuando el entonces ForumADD publicó el Consenso de Expertos del Área de la Salud, dirigido al Ministerio de Salud de la Nación, y firmado en aquel momento por alrededor de 200 renombrados profesionales de distintas especialidades, aunque la convocatoria sigue abierta y ha excedido largamente este número inicial de adherentes. El documento critica la extensión del diagnóstico y la prescripción de metilfenidato, y resalta algunos efectos adversos de esa sustancia. Propone que las niñas y los niños sean evaluados por expertos que tomen en consideración el contexto familiar y social, y que la medicación sea administrada como el último recurso terapéutico; asimismo, plantea que la información sobre el TDAH en los medios masivos de comunicación debe ser restringida, debido a las controversias entre los profesionales acerca de la existencia del cuadro. La elaboración de este consenso coincidió con la elevación de un pedido de informes que realizó la Honorable Cámara de Diputados al Poder Ejecutivo Nacional (2006) y la implementación, a través de una disposición de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), de la obligación

de que los laboratorios que comercializan metilfenidato incluyeran advertencias, precauciones y contraindicaciones en los prospectos (ANMAT, 2007).

El Consenso produjo la réplica de posturas contrapuestas, expresadas particularmente en la publicación en el sitio www.tdah.org.ar, de la traducción del original en inglés del Consenso Internacional sobre ADHD, de 2002, que sostiene que el pedido de restricción de divulgación de información sobre este diagnóstico es una limitación a la libertad de expresión. Según Conrad y Bergey (2014) los consensos publicados la década pasada, destinados a promover el diagnóstico y brindar fundamentos a los profesionales, fueron creados desde Estados Unidos para una audiencia global. Si bien reconocían las controversias que ya se multiplicaban en torno al TDAH, planteaban elementos para dar por concluidos los debates, ya que invocaban “evidencia científica” para el reconocimiento del TDAH como un trastorno real. En particular, el mencionado Consenso de 2002, autodefinido como Internacional, contaba apenas con un 12% de firmantes no provenientes de Norteamérica. Otro aspecto de los consensos internacionales es la fundamentación del diagnóstico en los criterios del *DSM*.

En consonancia con estos aspectos, y con las tensiones aquí señaladas, la misma Cámara de Diputados de la Nación, que en otros momentos solicitaba informes al Ejecutivo, hoy avanza sobre la sanción de un proyecto de ley sobre el TDAH. Esto revela cómo en diferentes momentos históricos, las perspectivas que se encuentran en puja modelan las políticas públicas en Argentina.⁶

⁶ Ver “Normativa, paradigmas y conceptos: avances, resistencias y tensiones”, en este volumen.

El tratamiento en debate: la terapéutica medicamentosa

Otro diferendo se genera en torno a imputaciones cruzadas desde los diferentes saberes, que entienden que ciertas terapéuticas para el TDAH tienen un carácter iatrogénico. En estos años de investigaciones se observó que algunos profesionales y asociaciones sostienen que las terapéuticas cognitivo-conductuales suponen un daño a los niños y las niñas tratados por TDAH, dado que omiten un análisis acerca de los determinantes subjetivos y familiares involucrados. Otros consideran que las terapias psicoanalíticas son inespecíficas para el tratamiento del cuadro, y por ello iatrogénicas, ya que dilatan la mejoría del niño o la niña.

Sin embargo, la prescripción de medicación psiquiátrica a niños y niñas es, creemos, “el” gran eje de las polémicas en Argentina. Las diversas posturas documentadas fundamentan tanto la pertinencia de una terapéutica psicofarmacológica como su inadecuación, y conectan con el debate acerca de la iatrogenia. Sumado a las controversias en torno al incremento de los diagnósticos, y de la prescripción de psicotrópicos, otro núcleo de controversia lo constituye la extensión de los abordajes cognitivo-comportamentales cuando estos van asociados a la utilización de psicofármacos en el tratamiento del cuadro. Con equivalente amplitud de posicionamientos, también se expresa de forma polémica el recurso al *Manual DSM* como herramienta diagnóstica, y a los instrumentos psicométricos (escalas, tests, cuestionarios, y demás herramientas) utilizados en auxilio de dicho diagnóstico (Bianchi, 2009). Esta polémica se vincula más ampliamente a la noción de trastorno mental, y es alternativamente cuestionada y defendida la validez del concepto para abordar problemáticas de salud mental infantil.

La historia del metilfenidato en argentina

El metilfenidato es un psicoestimulante del sistema nervioso central, que había dejado de comercializarse en Argentina décadas atrás. A principios de los noventa se reinició su venta en el país, en respuesta a la demanda de padres y médicos “interesados en acceder a la droga sin tener que gestionar su compra en Estados Unidos” (Carbajal, 2007: 238).

Con matices, este acontecimiento surge en las entrevistas realizadas. Profesionales de diferentes disciplinas refirieron que el metilfenidato se había dejado de comercializar en los setenta, cuando era indicado para el tratamiento de la obesidad (aunque bajo otra forma farmacológica) y fallecieron algunas mujeres que lo utilizaban. Estos efectos en la población adulta derivaron en alarmas elevadas desde la Asociación de Cardiología, y el metilfenidato dejó de venderse. Además del uso como anorexígeno, era empleado ya desde entonces por estudiantes universitarios, previo a los exámenes, dada su acción estimulante.

De acuerdo con las entrevistas, a mediados de los noventa un laboratorio multinacional con filial en Argentina reunió a un grupo de neurólogos para que presionaran al Ministerio de Salud, a fin de permitir la reincorporación de la droga en el vademécum nacional. Otra línea convergente documentada también en las entrevistas ubica para la misma época la realización de diversas presentaciones sobre el metilfenidato y su utilización para el TDAH por parte de un neurólogo argentino, formado en Estados Unidos, y auspiciadas por el laboratorio que luego comercializaría el fármaco.

El diagnóstico y el tratamiento farmacológico del TDAH tuvieron amplia recepción en la zona que abarca el norte de la Ciudad de Buenos Aires y localidades del norte del Conurbano Bonaerense, áreas de alto poder adquisitivo. Esta circunstancia marca un perfil específico del fenómeno en Argentina, ya que si bien los procesos por los cuales se

diagnostica y trata a niñas y niños por TDAH se encuentran aún en curso (y por ello no cabría hacer señalamientos concluyentes), algunos profesionales consideran que se configuraron como un problema vinculado a sectores medios y altos urbanos, y a la educación privada de alta exigencia (Faraone *et al.*, 2008).

Así, laboratorios farmacéuticos, neurólogos, y padres de niñas y niños con diagnóstico de TDAH aparecen en el entramado de actores en torno a la adquisición de un insumo que consideran esencial en ciertas terapéuticas, que abrieron la posibilidad para la emergencia y proliferación de diagnósticos y tratamientos para el TDAH en la Argentina e instituyeron el uso de esta medicación como tratamiento de primera línea. Estas alianzas de actores, frágiles e inestables, se conformaron en torno a objetivos no totalmente equiparables, aunque convergentes, y entre sus efectos se cuenta que lograron delinear los contornos de un enlace que anuda el diagnóstico de TDAH, tal como lo tipifica el *DSM*, con el tratamiento medicamentoso con metilfenidato. Pero esta misma reintroducción del metilfenidato habilitó a su vez toda una serie de discursos y prácticas que, tal como se desarrolló, ofrecieron y ofrecen una fuerte resistencia (Bianchi, 2010, 2012).

Políticas públicas, cobertura de medicación y TDAH

La complejidad del sistema de salud en Argentina marca una amplia variabilidad de coberturas de fármacos, lo que impacta directamente en la adquisición de los medicamentos. Este país cuenta con un sistema por demás diferente al resto de los países de la región, ya que está conformado por un subsector estatal (nacional, provincial y municipal), un subsector de la seguridad social médica (con más de 300 obras sociales nacionales organizadas por rama de actividad, y obras sociales provinciales) y un subsector privado (Iriart, 1997).

En lo que respecta específicamente al metilfenidato, esta droga no estuvo incorporada al programa de medicación suministrada por el Estado Nacional (REMEDIAR) que funcionara hasta el año 2016, y que proveía a los centros de primer nivel de atención del Subsistema Estatal. Por otra parte, la Seguridad Social Nacional y el Subsector Privado cubren por vademécum el 40% de su precio (Superintendencia de Servicios de Salud, 2012). Solo algunas obras sociales provinciales elevaron la cobertura hasta un 70% de su valor. Sumado a su empleo regular en períodos escolares, esto lo convierte en un medicamento de elevado costo para los sectores que no disponen de una cobertura social o que no pueden cubrir el valor diferencial.

En este punto reside una diferencia con la problemática en Uruguay, que Míguez trabajó y que retoma, junto al equipo de ese país, en este libro. Sus estudios en Uruguay arrojan que la medicación abusiva con metilfenidato está destinada a poblaciones infantiles pobres, y orientada a mantenerlas en la pasividad (Míguez, 2010).

El devenir de la problemática en Argentina presenta la particularidad, hasta ahora, de enfocarse en una infancia que no está caracterizada por presentar una situación de vulnerabilidad o exclusión socioeconómica, de privación de derechos de acceso a la salud. Antes bien, quienes reciben la medicación son descriptos por los profesionales como niños y niñas de familias de clase media y alta, escolarizados muchas veces en instituciones de alta exigencia académica y que asisten regularmente a la consulta con los profesionales de la salud, particularmente del subsector privado.

Sin embargo, en Argentina la asociación del TDAH con los diferentes niveles socio-económicos emergió especialmente en el campo escolar. En la investigación de Faraone y equipo (2008), se halló una cierta naturalización en el consumo de psicofármacos en niños y niñas diagnosticados con TDAH en sectores con situación socioeconómica media o alta. Según los médicos entrevistados, las niñas y los niños de sectores medios y altos estaban expuestos a

expectativas de exigencia y rendimiento social y académico, y el consumo de psicofármacos aparecía directamente asociado al cumplimiento de tales expectativas. Por el contrario, en población en situación de mayor vulnerabilidad social, tanto la desatención como la hiperactividad de una niña o un niño fueron nominadas por los entrevistados o bien como “problemas de conducta” o bien como “características de la personalidad del niño”. Este enunciado podría estar asociado a que a estas niñas y estos niños, según expresan algunos entrevistados, no se les atribuyen expectativas o posibilidades para aprender, sino que solo se espera que no provoquen disturbios o desorden en el aula y que puedan sostenerse para transitar en el sistema escolar primario (Faraone *et al.*, 2008).

La industria farmacéutica: un actor clave para la penetración del tratamiento medicamentoso

Otro eje investigado por el Grupo y sus integrantes sistemáticamente en estos años remite al análisis de los procesos vinculados a los laboratorios farmacéuticos. En varios artículos (Faraone *et al.*, 2009; Faraone *et al.*, 2010; Bianchi *et al.*, 2016) se profundizó en el estudio de diferentes estrategias de *marketing*, algunas de las cuales están relacionadas especialmente con el metilfenidato.

El análisis de esta arista del fenómeno redundó en un contrapunto con los estudios anglosajones, en varios sentidos. Por un lado, es importante tener en cuenta que los estudios sobre la medicalización en el siglo XXI jerarquizan la incidencia de actores no médicos en los procesos de medicalización del TDAH (Conrad, 2005). De hecho, la medicalización vio remozada su potencialidad crítica al incorporar las tecnologías como uno de los motores del cambio (*shifting engines*) en detrimento de los profesionales médicos como actores principales de la medicalización de la sociedad, y a la luz de la pérdida de algunos aspectos vinculados a su capacidad de ejercer soberanía y dominio

frente a otros actores vinculados a tales procesos. Específicamente, algunos autores ubican en la década de 1980 el inicio de un doble movimiento que en el siglo XXI consolidó ya su especificidad. Por un lado, los pacientes fueron adquiriendo prácticas asociadas a una lógica de consumo en lo atinente a las políticas de salud y la búsqueda de servicios médicos (Conrad, 2005), y por otro lado, las organizaciones de atención gerenciada, la industria farmacéutica y algunas especialidades médicas concibieron a los pacientes como consumidores o mercados potenciales (Conrad, 2007; Iriart, 2008).

Los estudios anglosajones, además, remarcan la necesidad de atender a diferentes casos nacionales para comprender la migración del diagnóstico de TDAH por fuera de Estados Unidos. Conrad y Bergey (2014) esbozaron algunos rasgos de lo que denominan la “inminente globalización del TDAH”, en el marco de la expansión de la categoría por fuera de Estados Unidos. El TDAH es ilustrativo en este sentido, ya que es un diagnóstico pionero en el empleo de psicofármacos para los problemas de conducta infantil, que redundó en altísimos beneficios para la industria farmacéutica (Conrad, 2005). En este panorama, en la actualidad Internet y los grupos de apoyo a pacientes y familiares se constituyen en actores insoslayables de los procesos de medicalización (Conrad y Leiter, 2004; Conrad y Rondini, 2010).

Sin embargo, y por otro lado, los fenómenos documentados en los países de América del Sur para este libro marcan la pauta de la especificidad de las configuraciones propias de cada país que se están suscitando en relación con la globalización del TDAH como diagnóstico medicalizado, y permiten matizar social y culturalmente las argumentaciones realizadas por los autores anglosajones. En Argentina, primer lugar, el sector salud ha experimentado una reforma silenciosa desde la década de 1990 (Iriart *et al.*, 2000: 62). Se han producido profundas transformaciones sin un proyecto general explícito y sin una declaración

ostensible de objetivos de parte del gobierno o de los organismos multilaterales de crédito. Es en este marco de micro y macro políticas, y con desarrollos contradictorios, que los procesos de medicalización y biomedicalización en Argentina constituyen un caso paradigmático para el contexto de América Latina.

En segundo lugar, y analizando el caso argentino, para el TDAH, las asociaciones y grupos de apoyo a pacientes y familiares en este país no alcanzan todavía ni la escala, ni la articulación con las empresas farmacéuticas que tienen en Brasil, Estados Unidos y otros países europeos.⁷ Tampoco es asimilable a la experiencia chilena, en la que organizaciones como Asociación Nacional de Padres y Amigos de Niños con Déficit Atencional han incidido en el diseño de políticas educacionales.⁸

Lo distintivo del caso argentino en lo que se refiere a la incidencia de actores no médicos en los procesos de medicalización reside en un modelo de *marketing* farmacéutico basado en una orientación múltiple y a la vez articulada. El modelo que se delinea de acuerdo con lo relevado consiste en una mixtura versátil entre un *marketing* orientado al médico, en el cual el profesional es el objetivo principal, y uno orientado al consumidor, que incluye a la familia y a la escuela (Bianchi y Faraone, 2015).

Esta mixtura del modelo de *marketing* psicofarmacéutico infantil en Argentina pone en evidencia que las periodizaciones realizadas en los estudios anglosajones que postulan el predominio de actores médicos en el siglo XX, y el paso a actores no médicos en el siglo XXI en los procesos de medicalización, deben ser reconsideradas en los análisis del TDAH en nuestro país, ya que aquí no es asimilable como un proceso de sucesión de etapas. En esta estrategia

⁷ Ver “Un panorama sobre el diagnóstico de TDAH en Brasil y sus controversias”, en este volumen.

⁸ Ver “Reensamblando la medicalización: hacia una pluralización de las explicaciones del TDAH en Chile”, en este volumen.

al menos bifronte, se mantiene un eje en el médico como destinatario primordial, pero se completa la maniobra de *marketing* con campañas que se dirigen a actores no médicos, con fuerte incidencia en el ámbito docente y gabinetes psicopedagógicos, y entre las familias, y de esta manera ingresan en la comunidad educativa y en los hogares.

En el citado capítulo referido a Brasil de este volumen se analiza cómo la industria farmacéutica incide en los grupos de apoyo al TDAH. Si bien los procesos de medicalización “más allá de los médicos” (Bianchi *et al.*, 2016) en los dos países expresan una palpable diferencia de alcance en el desarrollo del *marketing* farmacéutico, contribuyen a la configuración de una mirada panorámica en tanto desde ambos equipos hemos documentado aspectos de una estrategia más amplia verificada en la región.

Argentina: antiguos y nuevos actores. Un diálogo posible

Según Conrad y Bergey (2014), la industria farmacéutica identifica ciertos países como mercados potenciales para la expansión del TDAH. Algunas compañías de investigación sugieren que el mercado global de fármacos para TDAH está contenido porque todavía no existe conocimiento suficiente acerca del trastorno en aquellos actores sociales que forman parte del proceso de diagnóstico y tratamiento de este cuadro. Frente a un mercado sobresaturado como el estadounidense, los denominados “mercados emergentes”, como China, India y Brasil, pueden contribuir al crecimiento global de la industria farmacéutica en el corto plazo. De ello se desprende la necesidad de profundizar campañas de *marketing* y publicidad, dirigidas tanto a los médicos como a los consumidores actuales y potenciales.

Aunque las modalidades de promoción de productos de parte de las industrias farmacéuticas involucran una variedad de actores, aún hoy los médicos siguen siendo un baluarte histórico, y son irremplazables cuando los

fármacos requieren prescripción (Conrad y Leiter, 2004; Jara, 2007; Lakoff, 2004); pero también en Argentina, y respecto del TDAH, se documentó el empleo de profesionales médicos como difusores de información, bajo la denominación de “líderes de opinión” o “voceros”.

Sobre el primer frente de estrategias se verificó que la dinámica ha sufrido variaciones respecto de la modalidad ya clásica de visitas regulares al médico de parte de los agentes de propaganda médica. En salud mental infantil se pudo establecer que estos agentes prácticamente no realizan visitas a pediatras, y que la información sobre psicofármacos circula vía publicaciones de los laboratorios y las llamadas “Guías de Consenso”. Estas consisten en acuerdos sobre las prácticas clínicas a seguir y están confeccionadas a partir de lo que se denomina “evidencia disponible”. El consenso deriva de reuniones de expertos, muchas veces bajo patrocinio de los laboratorios (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007), y con aval de sociedades científicas. Esto hay que incluirlo en un marco en el que los protocolos y la medicina basada en la evidencia se transformaron en reglas a seguir y a invocar para no quedar fuera del consenso científico hegemónico (Iriart, 2008). En términos generales, estas Guías de Consenso están orientadas a la psiquiatría infantojuvenil y a la neurología infantil, especialidad que es la más relevante en el caso específico del TDAH en Argentina (Faraone *et al.*, 2008).

La segunda arista de este frente queda constituida por la participación de líderes de opinión, voceros o *speakers*, cuyas acciones son tan influyentes que están incorporadas a los cálculos de rentabilidad de las campañas farmacéuticas (Moynihan y Cassels, 2006). Los agentes de propaganda médica detectan y valoran a los médicos según su rol dentro del colectivo de la especialidad, y luego estos son elevados por las propias empresas a la categoría de expertos. Su difusión de las novedades en relación con diagnósticos y terapéuticas en reuniones científicas, medios de comunicación y publicaciones especializadas, y el reconocimiento

de otros profesionales los ubica como actores relevantes en la difusión de las estrategias de *marketing*. En el caso del TDAH, en las fuentes y entrevistas se observó que los líderes de opinión son psiquiatras infanto-juveniles y neurólogos infantiles, pertenecientes tanto a instituciones públicas como privadas, con acreditado prestigio asistencial en la Ciudad de Buenos Aires, y otras jurisdicciones del país (Faraone *et al.*, 2009).

Como parte de la expansión de objetivos de la industria farmacéutica, Conrad y Bergey (2014) subrayan que los educadores se posicionan como otros profesionales no médicos a los que se destinan las campañas. De hecho, los señalan como potenciales “agentes de la enfermedad y el tratamiento” y “detectores de la enfermedad” (de los originales en inglés *sickness and treatment brokers* y *disease spotters*, respectivamente).

En este contexto, la escuela se torna un actor destacado en el inicio del circuito de derivación y tratamiento del TDAH, y los docentes contribuyen, mediante el llenado de cuestionarios y otros instrumentos, en la evaluación diagnóstica del cuadro. En la investigación sobre Argentina se documentaron cuatro modalidades de publicidad y *marketing* farmacéutico orientadas a la comunidad educativa, lo que constituye el segundo frente de estrategias relevado.

La primera modalidad, también denominada “mesa de ayuda”, consiste en encuentros y charlas informativas en las escuelas, especialmente en gabinetes psicopedagógicos, llevadas a cabo por representantes de ventas de laboratorios y en ocasiones con participación de especialistas médicos. La segunda modalidad identificada opera a través de la edición de cuadernillos y gacetillas destinadas a educadores. Estas publicaciones contienen consejos para docentes, e información detallada acerca de los fármacos empleados en la terapéutica del TDAH, datos estadísticos y consejos generales para la detección del cuadro (Faraone *et al.*, 2010). La tercera forma verificada reside en la distribución de *merchandising* en establecimientos educativos, tales como útiles

escolares con eslóganes e imágenes del psicofármaco y el logo del laboratorio. Por último, se documentó como cuarta estrategia del frente la inclusión, en revistas especializadas para docentes y psicopedagogos, de artículos de difusión de fármacos para el tratamiento del TDAH, y en ocasiones de números completos dedicados al tema. La autoría de dichos artículos y *dossiers* es, por lo general, de líderes de opinión vinculados a laboratorios que producen los psicofármacos difundidos.

No es ocioso mencionar que estas modalidades de campañas de *marketing* no están permitidas en Argentina; existe legislación vigente que establece que la medicación psicotrópica solo debe ser prescripta para propósitos terapéuticos, y nunca reemplazar el acompañamiento terapéutico o los cuidados especiales (Ley 26.657, art. 12). Hay además normativa vigente que prohíbe cualquier forma de publicidad directa para los productos medicinales que requieren prescripción médica (Ley 16.463).

Conrad y Bergey (2014) marcan que la existencia de normativas restrictivas de la comercialización de psicofármacos indicados para el TDAH desalienta la penetración de las compañías farmacéuticas; e inversamente, países como Francia o Italia, con barreras legales menos robustas, ofrecen mayor accesibilidad y atractivo a la industria farmacéutica. El análisis de las estrategias de *marketing* farmacéutico para el TDAH en niñas y niños en Argentina, sin embargo, permite matizar estas consideraciones, dado que la normativa nacional existente, aunque contempla prohibiciones, restricciones y una perspectiva de derechos para las personas que son diagnosticadas con algún padecimiento psíquico, no ha redundado *per se* en una limitación o desaliento a las estrategias de *marketing* farmacéutico; antes bien, estas han demostrado una notable capacidad de respuesta, ya que diversificaron las propuestas, acciones y ofertas, y se afianzaron en los diferentes resquicios normativos existentes.

Este accionar intersticial, a través del cual la industria farmacéutica sostiene y amplía sus estrategias de *marketing*, constituye una expresión fenoménica específica que, creemos, aporta a un análisis más profundo del accionar de este actor en los procesos de medicalización en el siglo XXI.

Medios de comunicación y difusión del TDAH: actores y discursos en pugna

En diferentes momentos de estos diez años de investigaciones, las integrantes del Grupo analizaron el desenvolvimiento de los medios de comunicación en relación con notas publicadas en diarios y periódicos que referenciaban el TDAH. Para esto se establecieron dos etapas de relevamiento: un primer período de abril de 2001 a octubre de 2008, y el segundo de noviembre de 2008 a noviembre de 2017. El foco estuvo puesto en la construcción de la noticia como una de las formas en las que se expresa esta problemática en la población general. No se trató de un análisis exhaustivo sino de corte ilustrativo; en la primera etapa el objetivo fue recabar diferentes expresiones referidas al TDAH en medios de alcance nacional, pero en la segunda, luego de notar cierta tendencia a una proliferación de notas en medios provinciales y locales, se los incluyó también.

Los resultados del primer período de esta indagación, realizado a través de un corpus de 50 notas, arrojaron que en los medios gráficos primaron los abordajes de tipo médico, científico y en menor medida, de salud mental y/o educación. Asimismo, no se relevaron crónicas sino notas atemporales sobre avances de investigación nacionales o internacionales, o nuevos debates o escritos teóricos.

En cuanto a los actores, las notas mencionaban la multiplicidad de involucrados en la problemática. Por un lado, profesionales y/o especialistas/expertos, donde se destacan, en primer lugar, los profesionales médicos (de diferentes

especialidades) y, en segundo lugar, profesionales de la salud mental (particularmente psicólogos). Adicionalmente, se cuentan actores del campo educativo, se menciona específicamente a docentes y maestros, y la escuela como institución. También las familias, con los padres y madres como principales referentes, son actores presentes en las notas. En este panorama, el análisis destacó que los niños y las niñas, principales sujetos involucrados en la problemática, no tuvieron voz en las notas, solo se aludió a ellos como objeto del problema o como protagonistas pasivos de diferentes casos presentados. Las temáticas que abordaron los artículos abarcaron la denominación de la problemática, el diagnóstico, la medicación y las recomendaciones.

Los resultados del segundo período abarcaron un universo de 260 notas relevadas entre 2008 y 2017. De este primer corpus, luego se seleccionaron las 180 notas que se analizaron y que fueron relevadas a través de *Infosalud*.⁹ Se trabajó a partir de búsquedas por palabras clave sobre los archivos de notas registradas en el mencionado portal.¹⁰ En términos cuantitativos, del universo de 180 notas de

⁹ Infosalud es una consultora de *clipping* de medios en salud creada en 1997 y que desde entonces se constituyó en un observatorio de noticias mundiales de salud, que recopila diariamente la información de las principales fuentes gráficas y *on-line* del mundo hispano-parlante. A partir de 2008, cuenta además con un portal web dinámico y un archivo histórico digitalizado cuyos contenidos personalizados están disponibles para sus suscriptores (Programa Infosalud.com: <<https://goo.gl/eKZhoA>>).

¹⁰ Centralmente se indagaron las secciones “Discapacidad” y “Salud Mental y Adicciones”. Las palabras clave utilizadas se refieren a campos semánticos asociados al “Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad” (déficit, trastorno, atención, TDA, ADD, TDAH, ADH, hiperactividad), así como a los campos referidos a la “Infancia” (niños/as, infancia, hijos/as, chicos/as) y a procesos de “Medicalización y patologización en salud mental” (medicación, pastillas, fármacos).

este segundo período, solo 46 correspondieron a medios nacionales –*Clarín*, *La Nación* y *Página/12*– y el resto son de medios provinciales.¹¹

En este segundo período, la cantidad promedio es de 20 notas vinculadas al TDAH por año. Sin embargo, se destaca la cantidad mínima de diez en 2009 y una máxima de 35 en 2013.

En cuanto a los actores en este segundo período de análisis, se observó una tendencia similar al primer período examinado. El lugar central en las notas corresponde a declaraciones, afirmaciones, entrevistas y citas de profesionales, especialistas y expertos locales y extranjeros, entre los que se destacan profesionales médicos (de diferentes especialidades: psiquiatría, neurología, pediatría) y de la salud mental (psicología, psicopedagogía). La mayoría de las notas hace referencia a uno o varios especialistas.

Sin embargo, en este período analítico los docentes y familiares ocupan un lugar central como destinatarios de actividades, responsables de tratamientos y entorno de las niñas y los niños diagnosticados por TDAH. Emergieron, a diferencia del primer período, las madres y familiares como actores organizados en torno a asociaciones y fundaciones que cobraban relevancia, particularmente en los medios locales. Una de las situaciones a destacar en relación con el rol que tienen las asociaciones y fundaciones en las notas es el proceso de sanción de la ley específica sobre TDAH en Salta. A partir de 2015 aparecen notas promocionando campañas de sensibilización, concientización para la detección temprana del TDAH y en apoyo para la sanción de una ley provincial, iniciativa de la Fundación por un

¹¹ Medios de Buenos Aires, Salta, Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos, Santiago del Estero y Misiones (en orden decreciente según cantidad de notas relevadas). En menor grado de aparición, de medios de Santa Cruz, Mendoza, Tierra del Fuego, Jujuy, Chaco, La Pampa, San Juan, Tucumán, Catamarca, Chubut, La Rioja, Río Negro y San Luis.

Mañana Mejor. Como aborda Faraone en este volumen,¹² la ley se sancionó en diciembre de 2016, y se promulgó en enero de 2017. *El Tribuno* y *La Gaceta* de Salta acompañaron el proceso con 15 notas publicadas entre 2015 y 2017. Promocionaron las campañas, brindaron información estadística y difundieron los avances legislativos. Previo a este proceso no se registraron notas en medios salteños sobre la temática.

Al igual que en el primer período relevado, es generalizada la ausencia en las notas, de voces de niñas y niños. Solo dos notas mencionan diferentes posicionamientos de las niñas y los niños que reciben medicación para este diagnóstico, que tampoco están en primera persona. Esas notas describen a niñas y niños que saben por el nombre qué pastilla deben tomar y otros que se resisten a tomarla porque saben que les genera somnolencia, cansancio, mareos o dolor de cabeza.

Otro eje que surge del análisis es en torno a las discusiones sobre cómo son considerados y problematizados el TDAH y su etiología. Persisten las notas sobre posturas que aluden al TDAH como un problema de desarrollo cerebral con origen genético, y otras que postulan que el TDAH está vinculado a la carencia de aminoácidos esenciales. Se relevaron notas que marcan que el TDAH se asocia, en los últimos tiempos, a la extensión del uso de Internet; y otros artículos que ubican el origen del cuadro en una disfunción en la metabolización de determinados alimentos. También se documentaron notas en las que se postula que no hay un fundamento orgánico-biológico para la nosología, sino que lo que puede haber es un mal diagnóstico, además de la predisposición genética.

Entre las razones del incremento de casos diagnosticados se registraron referencias a la aceleración del ritmo de vida y a la intensificación del uso de tecnología en la vida de

¹² Ver “Normativa, paradigmas y conceptos: avances, resistencias y tensiones”, en este volumen.

padres e hijos, lo que perjudicaría la relación entre ambos. También, notas que consideran que la problemática del TDAH es una cuestión compleja, ya que se trata de un trastorno de supuesto origen neurobiológico que sin embargo no tiene ninguna prueba de laboratorio que lo ratifique. En otras notas surgieron nosologías vinculadas al TDAH, desde hipertensión hasta trastornos de sueño. En las diversas notas se explicitan estas discusiones, pero toman posición jerarquizando posturas a partir de declaraciones de expertos citados. Las discusiones sobre el TDAH se continúan en los tratamientos descriptos en los medios escritos. En este sentido se documentaron menciones a medicación, meditación, alimentación, terapias en general y deporte.

Conclusiones

La globalización del TDAH se está configurando con características diferentes en cada país, y con la consolidación y penetración diferencial de actores y vínculos entre ellos. El caso de Argentina es un ejemplo de cómo se están dando estos procesos, en un doble engarce entre tendencias compartidas con otras experiencias nacionales y singularidades que no se observan en otros países.

En este marco, los procesos de medicalización de la sociedad constituyen una problemática que pone en escena disputas de intereses sociales, culturales y económicos, que reconfiguran y radicalizan los procesos de farmacologización y biomedicalización. El incremento de casos diagnosticados por TDAH y el consecuente consumo de psicotrópicos resulta emblemático para reflexionar acerca de estos procesos, en los cuales el consumo de fármacos emerge como terapéutica casi excluyente.

El auge y consolidación del diagnóstico del TDAH en las dos últimas décadas en la población infantil argentina se verifica en los datos recabados, a través del análisis

de las diferentes estrategias de *marketing* que la industria farmacéutica utiliza para ampliar sus mercados, y en los relatos de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud y la educación. También se documenta una robusta y organizada oposición de numerosos profesionales a que los procesos de diagnóstico y tratamiento por TDAH en niñas y niños se lleven a cabo de manera estandarizada, y con una lectura centrada casi excluyentemente en un abordaje médico-biológico de la problemática. En estas posturas críticas, el psicoanálisis como discurso y como abordaje de los padecimientos subjetivos cumple un ineludible rol aglutinador. Esto marca una especificidad de la experiencia argentina que también evidencia un proceso de vinculación entre el diagnóstico del actual TDAH en niñas y niños y la prescripción de metilfenidato más acelerado y compactado en apenas más de una década, con una marcada alza de importación y dispensación desde 2005,¹³ respecto del más longevo proceso estadounidense, verificable desde la década de 1950 del siglo pasado.

La industria farmacéutica en Argentina consolida estrategias de *marketing* en el mercado psicofarmacológico infantil. El modelo de *marketing* documentado para este capítulo tiene dos características principales. Por un lado, exhibe su especificidad en la mixtura de estrategias de *marketing*, ya que mantiene un eje en el médico como destinatario principal –algo que desde las producciones científicas anglosajonas es considerado como propio de momentos históricos precedentes en los procesos de medicalización de la sociedad–. Por otro lado y simultáneamente, amplía su penetración hacia actores no médicos, con fuerte incidencia en el ámbito docente y entre los padres de niños y niñas diagnosticados por TDAH. Esto último es consonante con un movimiento que ha sido entendido como una

¹³ Ver “Fármacos utilizados para el tratamiento del TDAH en Argentina. Comportamiento y tendencias (2003-2016)”, en este volumen.

característica propia de la medicalización de los diagnósticos psiquiátricos en el siglo XXI y su globalización por fuera de Estados Unidos y algunos países europeos.

Un dato relevante es que, aunque en Argentina existe normativa de larga data que restringe la publicidad de medicación, y legislación reciente que brega por los derechos de las personas con padecimiento mental en general y de niñas y niños en particular, la industria farmacéutica lleva a cabo un accionar intersticial a través del cual sostiene y amplía sus estrategias de *marketing*.

En un plano más teórico, la normalización sigue vislumbrándose en el horizonte de estos procesos, y en el caso de niñas y niños, el despliegue de estas modalidades encuentra en el empleo de psicofármacos un instrumento insoslayable. En virtud de los relevamientos en medios gráficos es posible concluir que la temática del TDAH mantiene indudable vigencia en los medios nacionales, pero además se jerarquizó en los provinciales y locales. Algunas constantes entre ambos corpus de datos son el carácter polémico del trastorno, que no ha decantado en una explicación mediática única, tanto en su etiología como en los tratamientos de ella derivados, y el registro de múltiples voces involucradas en torno a las discusiones, con la notoria omisión de las de los propios niños y niñas. En el segundo período analizado se observa el *lobby* mediático que diferentes profesionales y grupos de padres realizan en una provincia en favor de la promulgación y luego reglamentación de una normativa específica.

Los resultados expuestos en Argentina marcan la pauta de la particularidad de las configuraciones locales que se están suscitando en relación con la globalización del TDAH como diagnóstico medicalizado. Asimismo, ponen de relieve la importancia de llevar adelante investigaciones que, como las realizadas, sostengan a la vez una aproximación rigurosa a los estudios sobre otras zonas del mundo, pero que contemplen los aspectos singulares en cada caso nacional empírico, y sus múltiples vinculaciones con entramados

más amplios y siempre en tensión, de saberes, dispositivos, normativas y actores involucrados en los procesos de medicalización en el siglo XXI.

Bibliografía

- ANMAT (2007). “Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad: Se modifican prospectos de especialidades medicinales para tratar esta patología”, Disposición n° 2123, Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, 13 de abril. Disponible en <https://goo.gl/QXye8z> [consulta: diciembre de 2017].
- APA (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. Washington.
- APA (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Second Edition. American Psychiatric Association. Washington.
- APA (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition. Revised*. American Psychiatric Association. Washington.
- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- Bianchi, E. (2009). “Psicometría y control social. Algunas cuestiones en torno al uso de la estadística en el ADHD y la construcción de la infancia anormal”. Presentación, XVI Jornadas de Investigación. Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Psicología y Sociedad Contemporánea: Cambios Culturales.

- Bianchi, E. (2010). "La perspectiva teórico-metodológica de Foucault. Algunas notas para investigar al 'ADHD'", *Revista Latinoamericana de Niñez y Juventud*, 8, 43-65.
- Bianchi, E. (2012). "ADHD y discursos de la salud sobre la infancia en el AMBA (1994-2011). Configuraciones discursivas y efectos de poder". Tesis de maestría, Universidad de Buenos Aires (mimeo).
- Bianchi, E. (2014a). "Gubernamentalidad, tecnologías y disputas. Una genealogía de los saberes profesionales acerca del ADHD (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) en la infancia (1994-2012)". Tesis de doctorado, Universidad de Buenos Aires (mimeo).
- Bianchi, E. (2014b). "Todo tiene un principio... y en el principio fue el *DSM-III*. El desbloqueo epistemológico y tecnológico de la psiquiatría biológica estadounidense", *CulturasPsi*, 1, 87-114.
- Bianchi, E. (2015). "Infancia, normalización y salud mental. Figuras históricas y encadenamientos actuales en la formulación del ADHD (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad)", *Historia, Ciencias, Saúde-Manguinhos*, 1, 761-779.
- Bianchi, E. (2016). "Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y *DSM*: ¿hacia una nueva (a)normalidad?", *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14, 417-430.
- Bianchi, E. y Faraone, S. (2015). "El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA/H). Tecnologías, actores sociales e industria farmacéutica", *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 1, 75-98.
- Bianchi, E.; Ortega, F.; Faraone, S.; Gonçalves, V. P. y Zorzaneli, R.T. (2016). "Medicalización más allá de los médicos. Marketing farmacéutico en torno al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014)", *Saúde e Sociedade*, 25, 452-462.

- Bianchi, E.; Faraone, S.; Ortega, F.; Gonçalves, V. P. y Zorzanelli, R.T. (2017). "Controversias acerca del diagnóstico de TDAH y la prescripción de metilfenidato en los debates sobre la medicalización en Argentina y Brasil", *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 641-660.
- Borinsky, M. (2010). "Introducción a la historia del síndrome de déficit de atención (AD/DH)". Trabajo Libre. Cátedra Historia de la Psicología I/UBA PSI.
- Carbajal, M. (2007). "ADD y ADHD, una mirada desde el periodismo", en Benasayag, L. (comp.), *ADHD. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario*. Argentina: Noveduc.
- Conrad, P. (2005). "The shifting engines of medicalization", *Journal of Health and Social Behavior*, 46, March, 3-14.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Conrad, P. y Bergey, M. (2014). "The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder", *Social Science and Medicine*, 122, 31-43.
- Conrad, P. y Leiter, V. (2004). "Medicalization, markets and consumers", *Journal of Health and Social Behavior*, 45, Extra Issue, 158-176.
- Conrad, P. y Rondini, A. (2010). "The Internet and Medicalization: Reshaping the Global Body and Illness", en Ettorre, E. (ed.), *Culture, Bodies and the Sociology of Health*. United Kingdom: University of Liverpool.
- Dagfal, A. (2009). *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966)*. Buenos Aires: Paidós.
- Faraone, S. et al. (2008). "Campo salud", en Arizaga, C. y Faraone, S., *La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos*. SEDRONAR-II.GG. Disponible en <https://goo.gl/X83Kqt> [consulta: diciembre de 2017].

- Faraone, S.; Barcala, A.; Bianchi, E. y Torricelli, F. (2009). "La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia", *Revista Margen*, 1-10.
- Faraone, S.; Barcala, A.; Torricelli, F.; Bianchi, E. y Tamburino, M.C. (2010). "Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicalización de la infancia en Argentina", *Interface*, 14, 34, 485-497.
- Faraone, S. y Bianchi, E. (2018). "The Journey of ADHD in Argentina: From the Increase in Methylphenidate Use to Tensions among Health Professionals", en Bergey, M.; Filipe, A.; Conrad, P. y Singh, I., *Global Perspectives on ADHD: Social Dimensions of Diagnosis and Treatment in 16 Countries*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Fejerman, N. (1975). "Disfunción cerebral mínima", *Revista Argentina de Psicología*, 6, 19-20, 205-215.
- Forum Infancias (s./f.). "Campaña Internacional por el Derecho a Infancias y Adolescencias Libres de Etiquetas". Disponible en <https://goo.gl/3PQWZg> [consulta: noviembre de 2017].
- Forum Infancias (s./f.). "Consenso de expertos del área de la salud sobre el llamado "Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad"". Disponible en <https://goo.gl/poFzB7> [consulta: noviembre de 2017].
- Gaines, A.D. (1992). "From *DSM-I* to *III-R*; voices of self, mastery and the other: a culture constructivist reading of U.S. psychiatric classification", *Social Science and Medicine*, 35, 1, 3-24.
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, H. (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Grob, G. (1991). "Origins of DSM-I: A study in Appearance and Reality", *American Journal of Psychiatry*, 148, 4, 421-431.

- Honorable Cámara de Diputados de la Nación (2006). "Pedido de informes al Poder Ejecutivo sobre el diagnóstico del síndrome de déficit atencional con o sin hiperactividad y cuestiones conexas. Ríos y otros (6.228-D.-2005)". Comisión de Acción Social y Salud Pública, de Educación y de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, Sesiones Ordinarias. Orden del día n° 750. Disponible en <https://goo.gl/r3ZBo1> [consulta: febrero de 2018].
- Iriart, C. (2008). "Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias", *Ciência e Saúde Coletiva*, 13, 5, 1619-1626.
- Iriart, C.; Faraone, S. y Waitzkin, H. (2000). "Atención gerenciada: La reforma silenciosa", *Nueva Época. Salud Problema*, 5, 9, 47-75.
- Janin, B. (comp.) (2007). *Niños desatentos e Hiperactivos. ADD/ADHD. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Buenos Aires: Noveduc.
- Jara, M. (2007). *Traficantes de salud. Cómo nos venden medicamentos peligrosos y juegan con la enfermedad*. Barcelona: Icaria-Antrazyt.
- Knobel, M. (1960). "Diagnóstico y tratamiento del niño hiperkinético", *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, 6, 30, 491-496.
- Lakoff, A. (2004). "The anxieties of globalization: antidepressant sales and economic crisis in Argentina", *Social Studies of Science*, 34, 247-269.
- Lange, K.W.; Reichl, S.; Lange, K.M.; Tucha, L. y Tucha, O. (2010). "The history of attention deficit hyperactivity disorder", *ADHD Atten Def Hyp Disord*, Springer, 2, 224-255.
- Mayes, R.; Bagwell, C. y Erkulwater, J. (2008). "ADHD and the Rise in Stimulant Use Among Children", *Harvard Review of Psychiatry*, May-June, 151-166.

- Míguez, M.N. (2010). "La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya". Tesis doctoral. Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Moyano Walker, J.M. (comp.) (2004). *ADHD: ¿Enfermos o singulares? Una mirada diferente sobre el síndrome de hiperactividad y déficit de atención*. Buenos Aires: Lumen.
- Moynihan, R. y Cassels, A. (2006). *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*. Barcelona: Terapias Verdes.
- Stiglitz, G. (comp.) (2006). *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran. El mal real y la construcción social*. Argentina: Grama.
- Superintendencia de Servicios de Salud (2012). *Buscador de genéricos con cobertura del 70%*. Ministerio de Salud, Argentina. Disponible en <https://goo.gl/5fgwew> [consulta: mayo de 2012].
- Untoiglich, G. (2014). "Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en Latinoamérica", *Nuances, estudos sobre Educação*, 25, 1, 20-38.
- Visacovsky, S.E. (2001). *El Lanús. Memoria, política y psicoanálisis en la Argentina (1956-1992)*. Buenos Aires: Info-med.

Normativas citadas

- Argentina, Ley 16.463 (1964). *Normas sobre Contralor Técnico y Económica de los Medicamentos, Drogas y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana*. Congreso de la Nación, julio 23.
- Argentina, Ley 23.849 (1990). *Apruébase la Convención sobre los Derechos del Niño*. Congreso de la Nación, septiembre 27.
- Argentina, Ley 26.657 (2010). *Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Congreso de la Nación, noviembre 25.

Cuarta parte

**Investigaciones sobre medicalización/
farmacologización de las infancias en el sur de
América Latina. Discusiones y perspectivas actuales**

Un panorama sobre el diagnóstico de TDAH en Brasil y sus controversias

FRANCISCO ORTEGA, VALERIA PORTUGAL GONÇALVES
Y RAFAELA TEIXEIRA ZORZANELLI

Introducción

El diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una condición médica que se encuentra sujeta a controversias desde su creación, en la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. La codificación del TDAH por la *American Psychiatric Association* suscitó dudas en el medio profesional y académico sobre si tal trastorno es una enfermedad real o el resultado de la construcción social de diagnósticos que surgieron por una supuesta demanda de medicalización de los comportamientos de la niñez y adolescencia. Sin un límite claro para la patología, la principal alegación de los que abogan por la no existencia del cuadro se refiere a que los principales síntomas que la componen (déficit de atención, hiperactividad e impulsividad) forman parte del rango de variación del comportamiento esperado en la niñez y adolescencia.

Después de décadas de debate, se pronunciaron muchos actores sociales relevantes y se formularon distintos documentos en defensa de las diversas posiciones y, aun así, la polémica persiste. En Brasil, el debate se presenta polarizado en movimientos que, por un lado, rechazan la legitimidad de las investigaciones sobre el diagnóstico y su tratamiento psicofarmacológico y, por otro, se apoyan en la descripción y fundamentación del TDAH a partir de innumerables estudios científicos publicados. Entre ellos,

provenientes de la Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) y la Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) (Mattos *et al.*, 2012; ABRASME, 2010; ABP, 2014).

Conforme al análisis de Singh y colaboradores (2013), la visión del TDAH como un producto de la medicalización puede llevar a una confusión conceptual, pues si todos los trastornos son, en alguna medida, contruidos, ninguno podría ser visto como real. Como consecuencia de esa posición se establece una formulación dicotómica sobre la etiología del TDAH, en la cual las causas sociales y ambientales rivalizan con las causas biológicas, lo que lleva a una disputa etiológica entre el modelo social y el modelo médico en el que uno de ellos pretende tener más poder explicativo que otro.

En este capítulo pretendemos presentar un panorama sobre los diversos discursos que circulan en Brasil respecto al TDAH. En primer lugar, presentaremos algunos datos epidemiológicos sobre el TDAH provenientes de centros de investigación brasileños, que ofrecen elementos para el debate sobre la adaptación cultural y la creación de pruebas psicológicas que se realizan para establecer el diagnóstico del trastorno. A continuación, mostraremos datos de la Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), el órgano de vigilancia sanitaria y regulación del uso de medicamentos controlados del gobierno brasileño, sobre el control de la prescripción del metilfenidato en el territorio nacional y la construcción del discurso médico acerca del TDAH en el país. Por último, presentaremos algunas controversias y discursos sobre TDAH y medicalización presentes en los medios profesionales y académicos brasileños, y mostraremos cómo se posicionan los movimientos que integran el debate.

Datos epidemiológicos sobre el TDAH en Brasil

En la literatura sobre el TDAH existe una amplia variación en las tasas de prevalencia para el trastorno. Mientras que en Colombia la estimación es del 20,4%, en España sería de 3,1 al 6,8%, en Reino Unido del 2 al 5%, y en Australia la variación entre distintos estudios puede ser del 2,4 al 9,9% (Singh *et al.*, 2013).

La tasa de prevalencia encontrada en los estudios epidemiológicos realizados en Brasil oscila entre el 3,6% y el 5% de la población escolar (Barbosa y Gouveia, 1993). Un estudio encontró una tasa del 5,8% en una muestra de adolescentes utilizando los criterios del *DSM-IV* (Rohde *et al.*, 1999). Otro estudio evaluó la población de cuatro escuelas de la red pública en la región sudeste y encontró una tasa del 13% (Fontana *et al.*, 2007). Sin embargo, en la misma región se encontró una tasa del 17,1% (Vasconcelos *et al.*, 2003). En el contexto internacional, se sabe que estudios que utilizaron el *DSM-IV* encontraron prevalencias mayores que cuando fueron usadas las ediciones anteriores del manual (Baumgaertel *et al.*, 1995). Según Freire y Pondé (2005), una de las razones para esta discrepancia en los resultados encontrados entre las encuestas que utilizan las diferentes ediciones del *DSM* sería el enfoque que la cuarta edición del *DSM* les atribuye a los síntomas observados, que desprecia criterios como compromiso, inicio, duración y gravedad de los síntomas (Freire y Pondé, 2005). Otra razón que puede explicar las diferencias en las tasas de prevalencia sería la población tomada en la investigación: la escolar parece ofrecer mayor tasa de prevalencia que las muestras comunitarias (Vasconcelos *et al.*, 2003). Un estudio realizado por investigadores de dos universidades del sur de Brasil entre estudiantes de primer grado, utilizando el *DSM-IV*, encontró una tasa de prevalencia del TDAH del 18% (Guardiola *et al.*, 2000). Este resultado discrepa con un

estudio semejante realizado en los EE.UU. que encontró una prevalencia de TDAH de entre el 9 y el 15% en alumnos de escuelas elementales (de entre 5 y 12 años).

Un estudio de meta análisis sobre la prevalencia mundial del TDAH, conducido por investigadores brasileños, buscó ofrecer una explicación a la gran variedad de tasas encontradas en diversas investigaciones sobre el trastorno (Polanczyk *et al.*, 2007). La razón alegada por estos autores es que tal discrepancia residiría en las diferencias metodológicas adoptadas en cada uno de los estudios. Además, si se toman tales diferencias en consideración, se obtendría una estimación de aproximadamente el 5% de la población mundial de niños y niñas en edad escolar adecuándose a los criterios para el TDAH (Polanczyk *et al.*, 2007). Por otro lado, Guardiola y colaboradores (2000) creen que el haber encontrado en sus estudios tasas altas de prevalencia (18%) se debió a que las clasificaciones diagnósticas de los manuales estadounidenses no serían suficientemente precisas para identificar el trastorno, por lo cual se necesita la complementación de evaluaciones neuropsicológicas. Esta alegación es ampliamente aceptada en la literatura médica internacional. Sin embargo, Singh y colaboradores (2013) ponderan que la búsqueda de una estandarización de métodos de diagnóstico del TDAH como problema estrictamente metodológico asumiría la idea de una universalización de la validez del diagnóstico que descuidaría dimensiones éticas de daños y beneficios relativos a la globalización del diagnóstico.

En un estudio realizado en escuelas de la red pública de la ciudad de Salvador de Bahía, Freire y Pondé (2005) estimaron que 12 niños (8%) presentaban alta probabilidad de tener TDAH, de los cuales 8 (5%) presentaban el subtipo desatento, 3 (2%) el hiperactivo/impulsivo y 1 (0,66%) el combinado; es decir, un resultado próximo a las estimaciones internacionales, cuya media sería del 6,9% (AAP, 2000). En este estudio se utilizó la Escala de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, en la versión para profesores

creada por la investigadora brasileña profesora Edyleine Benczik, de la Universidad Estatal de São Paulo, para evaluar síntomas conductuales del TDAH en el ambiente escolar, utilizando al profesor como fuente de información, asumiendo que a través de él se obtienen informaciones recogidas indirectamente con padres y cuidadores. Freire y Pondé (2005) concluyeron que la utilización de esta escala puede haber llevado a encontrar bajos índices de prevalencia, pues propone la inclusión del niño en el grupo de riesgo para el trastorno solo si presentase una puntuación máxima o muy próxima a la máxima para el factor evaluado (Freire y Pondé, 2005).

Como la utilización de la escala presupone el relato previo de la impresión del profesor sobre cada alumno, fue posible evaluar el grado de concordancia entre la impresión inicial del maestro y el análisis obtenido después del empleo de la escala. Se verificó una discordancia del 47% para los casos identificados como alta probabilidad de déficit de atención, pero una concordancia del 100% para los casos de alta probabilidad de hiperactividad. La proporción del TDAH entre los sexos fue 1,8: 1 para el género masculino. Sin embargo, se encontró una mayor prevalencia del subtipo desatento entre los niños y de la hiperactividad entre las niñas, al contrario de la estimación esperada en relación con la distribución de los tipos entre los sexos (Freire y Pondé, 2005). En otro estudio realizado en la Isla de la Maré, en Bahía, con una población de fuerte herencia afro-brasileña, se encontró una tasa del 0,9% de prevalencia para el TDAH (Goodman *et al.*, 2005).

Entre las diversas investigaciones sobre las tasas de prevalencia del TDAH realizadas en el país, también se encuentra la de un grupo de investigadores brasileños de la Universidad Federal de Goiás que buscó explorar la posibilidad de presentación de síntomas del TDAH en una población indígena. Este grupo analizó niños de 7 a 16 años de cinco agrupaciones de la etnia Karajá que viven en asentamientos aislados de la Amazonia (Azevêdo *et al.*, 2010). La

tasa detectada entre los niños de esa edad con problemas emocionales y comportamentales compatibles con el TDAH fue del 24,5% (21,9% en niños y 28,6% en niñas). Los autores creen que puede haber habido una sobreestimación de la prevalencia del TDAH por el hecho de que la muestra se había restringido a niños y adolescentes cuyos padres creían que presentaban problemas de comportamiento (Azevêdo *et al.*, 2010).

La gran variación en las tasas de prevalencia del TDAH es un hecho que provoca algunos cuestionamientos por parte de la comunidad académica. Explicar tales variaciones en términos de las diferencias metodológicas empleadas en esas investigaciones implica comprender que un consenso global sobre los criterios diagnósticos del trastorno sería capaz de ofrecer respuestas definitivas para cuestiones sobre la existencia de la enfermedad. Es decir, los propios criterios diagnósticos utilizados, los métodos para llegar a esos diagnósticos y la frecuencia característica de los síntomas del TDAH como posibles comportamientos transitorios en el cotidiano de los niños serían responsables, cada uno a su modo, de la diferencia entre las prevalencias encontradas en las investigaciones realizadas. Estas variaciones demuestran cuán fluidas e inciertas son las fronteras de la categoría que se investiga, el TDAH, así como las de otras condiciones clínicas contemporáneas (Rosenberg, 2002, 2006). No carece de razón, por lo tanto, que las variaciones de la prevalencia sean una cuestión para la comunidad de investigadores brasileños, y que esta circunstancia ayude a fomentar debates en torno al exceso de diagnóstico en personas que supuestamente no presentan el trastorno, así como el subdiagnóstico en personas que potencialmente son portadoras de él.

Consumo de metilfenidato y su prescripción en Brasil: el difícil límite entre el diagnóstico y el tratamiento

El metilfenidato, utilizado para el tratamiento del TDAH, es el estimulante más consumido en Brasil, así como en todo el mundo, y es comercializado con los nombres de Ritalina® y Concerta®. Mientras que en la década de 1950 el metilfenidato se utilizaba para casos de niños muy agitados y como antidepresivo, a partir de la década de 1990 su valor terapéutico pasó a basarse en la posibilidad de tratamiento del TDAH. Desde la edición del *DSM-III*, la venta de la sustancia creció exponencialmente en el mundo. Por lo tanto, la trayectoria del medicamento es indisociable de la del diagnóstico del TDAH. Paralelamente, la ampliación de su uso y su confiabilidad pasaron a servir como referencia en la legitimación del diagnóstico (Singh, 2007; Dunpanloup, 2004). Se cree que la asociación cada vez más directa entre el metilfenidato y el TDAH ha sido responsable del aumento a nivel internacional de la producción y consumo del psicoestimulante a partir de la década de 1990. Según datos de la JIFE (Junta Internacional de Control de Estupefacientes), entre 1990 y 2006 la producción mundial de metilfenidato aumentó 1200% (JIFE, 2008) y el consumo global de la sustancia pasó de 21,8 toneladas en 2002 a 35,8 toneladas en 2006 (JIFE, 2008). Entre 2005 y 2009, el consumo mundial prosiguió su escalada, ya que aumentó en un 30% y llegó a las 40 toneladas (JIFE, 2010).

En ese período se verificó en Brasil un aumento en el consumo, que alcanzó los 23 kg en 2000. Algunos años más tarde, la producción anual llegó a 226 kg, a lo que se sumó una importación de 91 kg (INCB, 2008). En 2011 la producción nacional presentó un valor menor, con 81 kg, para 210 kg importados (INCB, 2013). No hay datos más recientes, pues Brasil, así como otros importantes países productores (Alemania, Austria, Canadá, China, Estados Unidos, Francia, Japón, Países Bajos y Pakistán), no reportaron en tiempo y forma estadísticas de sustancias psicotrópicas a la

INCB sobre el año 2012 (INCB, 2013), situación que ha sido señalada con alarma por la Junta en sus últimos informes anuales (INCB, 2012, 2013).

Hablar del diagnóstico de TDAH en Brasil es un tema indisoluble del asunto de la sobreprescripción de sustancias psicotrópicas con potencial abusivo y/o el uso abusivo de sustancias prescritas. Entendemos como práctica de sobreprescripción aquella que no se encuadra en el llamado “uso racional de medicamentos”, según lo previsto por la Organización Mundial de Salud (OMS, en inglés World Health Association, WHO), o sea cuando “los pacientes reciben medicamentos de forma apropiada a sus necesidades clínicas, en dosis adecuadas a sus necesidades individuales, por un período adecuado de tiempo y al menor costo para ellos y para su comunidad” (WHO, 1996). Estas han sido consideradas cuestiones importantes en materia de salud pública común a diferentes países, tanto en los más industrializados y socialmente desarrollados como en aquellos en desarrollo, localizados en el llamado “Global South”, aunque el volumen de ventas de estos medicamentos, así como las políticas de atención a los usuarios, sean bastante diferentes en cada realidad local (Costa y Silva, 1999; Srisurapanont *et al.*, 2005; Charney *et al.*, 2005; Nicoletti, 2002).

A partir de la década de 2000, el uso racional de clorhidrato de metilfenidato se ha destacado como objetivo de preocupación de la ANVISA a través de informes producidos sobre la distribución farmacoepidemiológica de sustancias controladas en Brasil, como las anfetaminas y otros inhibidores del apetito y el clorhidrato de metilfenidato (ANVISA, 2010, 2012).

La necesidad de un mayor control del uso de sustancias psicotrópicas llevó a implantar, en 2009, la base de datos del Sistema Nacional de Gestión de Productos Controlados (SNGPC), sobre la venta de sustancias controladas en Brasil, es decir, aquellas que dependen de prescripción médica (como benzodiazepinas, antidepresivos, anorexígenos y clorhidrato de metilfenidato). Aunque existen lagunas

importantes en las notificaciones de venta, la creación de la base de datos permitió que farmacias y droguerías privadas registradas en el SNGPC enviasen a la ANVISA, en períodos de hasta siete días, datos del movimiento de medicamentos sujetos a control especial en Brasil, tales como la adquisición, las prescripciones dispensadas, las pérdidas y las transferencias (ANVISA, 2010).

Según la ANVISA, el consumo de metilfenidato en Brasil, a lo largo del año 2009, osciló entre 5 millones de miligramos en el mes de enero y 20 millones de miligramos en el mes de octubre. De un modo afín a lo documentado por el equipo de Argentina,¹ la reducción del consumo al final de año probablemente se debe a la interrupción de la prescripción en las vacaciones escolares. Podemos entonces considerar que el consumo reportado por el SNGPC de aquel año es el de las sustancias y productos sujetos a control especial provenientes del sector privado (ANVISA, 2010). En el boletín de 2012, el SNGPC describió el alcance de la prescripción del metilfenidato en Brasil entre 2009 y 2011: verificó un consumo anual de 156,62 kg en 2009, de 266,09 kg en 2010 y 413,38 kg en 2011 (ANVISA, 2012). Respectivamente, esto representa un incremento de 2009 a 2010 del 70%, y del 55% de 2010 a 2011.

A partir del análisis de los datos, se observó que hubo un aumento en las ventas de metilfenidato en el país con un comportamiento variable a lo largo del año (caracterizado por una reducción del consumo en los meses de vacaciones y un aumento en el segundo semestre de los años estudiados); también que en el Distrito Federal se registró el mayor consumo de metilfenidato en el período. Entre las especialidades médicas informadas hubo predominio de las relacionadas con asistencia al niño y al adolescente y que tratan problemas del sistema nervioso central (neurólogo pediátrico, neurólogo, pediatra). Además de demostrar una

¹ Ver “Fármacos utilizados para el tratamiento del TDAH en Argentina. Comportamiento y tendencias (2003-2016)”, en este volumen.

tendencia de uso creciente en Brasil, esos datos, según destaca el informe, llevan a cuestionar si el uso de la sustancia está siendo realizado de forma segura, según las indicaciones aprobadas en el registro del medicamento y para los pacientes indicados, y con la dosificación y períodos adecuados; es decir, dentro de lo que se considera uso racional de medicamentos (ANVISA, 2012). Desde el punto de vista macrosocial, pensando que el clorhidrato de metilfenidato es una sustancia en el mercado desde la década de 1950, el aumento significativo de ventas se refiere más a las condiciones favorecedoras de su consumo –aumento del diagnóstico o el sobrediagnóstico, uso abusivo o recreacional, entre otras hipótesis– que al descubrimiento de una sustancia nueva que actuaría de manera más eficaz sobre síntomas específicos.

Sin embargo, algunas medidas legales de control de ventas y consumo de metilfenidato reciben críticas de una parte de los médicos brasileños. Según algunos prescriptores de la sustancia, la exigencia de la notificación de la prescripción se considera exagerada y desproporcionada a los riesgos que la sustancia ofrece al usuario (Carlini *et al.*, 2003). Desde 1998, el Ministerio de Salud de Brasil (Ministério da Saúde, MS) determinó que la notificación del metilfenidato sea la misma que la utilizada para las sustancias opiáceas, que difieren de la clasificación de la Organización de las Naciones Unidas, donde estas últimas se enumeran por separado. Para adquirir su primer talonario se requiere que el profesional haga una solicitud a través de una ficha de inscripción con su firma registrada en notario. Los talonarios subsiguientes solo se obtienen en presencia de una autoridad sanitaria que comprueba la colocación del sello del profesional en todas las hojas del talonario, una a una (MS, 1998). Carlini y colaboradores (2003) informaron que, en la consulta a médicos prescriptores de metilfenidato, el 72% manifestó que la notificación provoca efecto intimidante en los pacientes y sus familiares, pues estos pasarían a considerar que la enfermedad sería más seria de lo que

pensaron inicialmente. En particular, el 86% dijo que esa exigencia burocrática llevaría a un desinterés por parte de las farmacias en mantener el producto en *stock*, lo que dificultaría su disponibilidad, y el 70% sostuvo que la notificación severa traía constreñimiento para el comprador.

Aunque las agencias nacionales e internacionales se muestran preocupadas por el aumento en las tasas de consumo de metilfenidato y buscan mejorar las formas de control del registro y las ventas de esa sustancia (Gomes *et al.*, 2007), están convencidas de que el mayor problema a enfrentar sería el poco conocimiento acerca del trastorno y de su tratamiento por parte de profesionales y del público en general (Gomes *et al.*, 2007). Los autores llegan a tal conclusión después de analizar informaciones recogidas de profesionales de educación y de salud, y de población en general, en 61 municipios y 39 regiones metropolitanas de todas las áreas del país.

Con el fin de evaluar este supuesto desconocimiento, dos investigadores de un programa de posgrado del Estado de Minas Gerais investigaron la realidad de las prescripciones para TDAH en Brasil a través de una revisión no sistemática de los descriptores “trastorno de falta de atención/hiperactividad” y “prescripción de medicamentos” en publicaciones de un período de 10 años (hasta noviembre de 2008) publicadas en inglés, francés, español y portugués en las bases de datos Medline, SciELO, Lilacs y Cochrane (Camargos y Nicolato, 2009). Constataron un aumento en el número de diagnósticos y prescripciones de metilfenidato en ese decenio que comprendieron como consecuencia de una mayor atención de los médicos en cuanto al TDAH y a los estimulantes, además de una mayor seguridad en su adopción como estrategia de diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, la constatación de que el 50% de las personas medicadas lo hicieron como máximo durante cinco meses fue interpretado como fallo técnico del médico en el establecimiento del diagnóstico y en la interlocución con la familia. Otra peculiaridad encontrada fue la tendencia a

prescribir dosificaciones inferiores a la banda considerada terapéutica y a la prescripción para niños menores, ya que el uso llegaba a niños de dos años de edad. Se ha identificado que a pesar de que el psiquiatra es el médico que acompaña los casos más complejos, no es el mayor prescriptor de medicamentos para los pacientes portadores del trastorno (Camargos y Nicolato, 2009).

Para confirmar la hipótesis de que el TDAH era subtratado en el país, los investigadores Paulo Mattos, Luis Augusto Rohde y Guilherme Polanczyk, de la Universidad Federal de Río de Janeiro, la Universidad Federal de Rio Grande do Sul y la Universidad de São Paulo, respectivamente, publicaron en 2012 una carta en la revista oficial de la ABP dirigida a sus editores. En el documento, demuestran que la cantidad de comprimidos de metilfenidato vendida en el año 2010 (40.585.870 unidades, según el IMS/Health Care Measurement) estimaría su uso por solo 184.481 individuos en aquel año. La tasa de prevalencia sería conservadora, del 0,9% (Goodman *et al.*, 2005), en el caso de las personas con diagnóstico de TDAH de Brasil, en lugar de tasas de prevalencia del 5,3% para niños y adolescentes y el 2,5% para adultos en los meta-análisis publicados (Polanczyk *et al.*, 2007). Para argumentar la existencia de una laguna de tratamiento (*treatment gap*) parten de una definición propia de los autores de un tratamiento continuo para el período de un año (1 comprimido por 22 días consecutivos por 10 meses), teniendo en cuenta la interrupción del uso en los meses de vacaciones y fines de semana. Con ese cálculo, se procura mostrar a la comunidad científica del país que aunque se tomen tasas de prevalencia por debajo de la media esperada para la ocurrencia del trastorno, se concluye que el tratamiento medicamentoso no estaría ofrecido a más del 80% de los individuos con este diagnóstico (Mattos *et al.*, 2012).

En el otro polo del debate están aquellos que entienden que la explosión del número de personas diagnosticadas con TDAH y el aumento exponencial de consumo de

metilfenidato en todo el planeta son motivos para cuestionar el papel del incentivo de las industrias farmacéuticas detrás de un presunto abuso de prescripción de metilfenidato y en la propia legitimación del TDAH como enfermedad neurológica. En Brasil, ese planteo es organizado por el movimiento Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade,² compuesto por investigadores y profesionales médicos, psicólogos y educadores. El Foro es liderado por la médica pediatra e investigadora Maria Aparecida Moysés, del Departamento de Pediatría de la Universidad Estadual de Campinas, quien en una entrevista dada a la prensa declaró: “el metilfenidato posee el mismo mecanismo de acción y las mismas reacciones adversas de la cocaína y de las anfetaminas”, y que justamente el efecto esperado en los niños inquietos sería uno de sus efectos de toxicidad: el *zumbi-like*,³ que haría al individuo más dócil, de ahí lo de ser llamada “la droga de la obediencia”. En su discurso, Moysés cuestiona la existencia de “una enfermedad neurológica que solo altere el comportamiento y el aprendizaje” (Moysés, 2011).

Conforme analizaremos más adelante, hay profesionales brasileños, principalmente educadores y psicólogos, que entienden que es necesario ampliar la visión sobre las personas que presentan dificultades de aprendizaje, inquietud y falta de atención. Según estos profesionales, el compromiso académico o laboral proveniente de estas alteraciones comportamentales merece un abordaje multidisciplinario y psicosocial, dejando la prescripción de metilfenidato para los casos más graves.

² Ver <www.medicalizacao.org.br>.

³ Expresión que se puede traducir como “en estado de zombi”.

Los grupos de apoyo a pacientes

A pesar de no poseer la misma tradición en movimientos de grupos de apoyo a pacientes como se ve en Estados Unidos, en Brasil existen algunas asociaciones de familiares y pacientes portadores de enfermedades como autismo, trastorno obsesivo compulsivo, que desempeñan un importante papel en la divulgación del conocimiento sobre tales patologías y en la lucha por mejorar las condiciones de tratamiento y ciudadanía (Nunes, 2017; Nunes y Ortega, 2016). En el caso del TDAH, los grupos brasileños de apoyo a pacientes poseen una composición peculiar, al no incluir solo pacientes y familiares entre sus miembros.

El grupo más conocido es la Asociación Brasileña de Déficit de la Atención (ABDA), una entidad sin fines de lucro que surgió en 1999 para difundir conocimiento sobre el TDAH, y está compuesta, además de por familiares y personas diagnosticadas por TDAH, por profesionales e investigadores. El sitio web de la asociación es divulgado en todas las revistas de publicación científica y se considera referencia nacional para el tema, con un promedio de 200.000 visitas mensuales. Además de estas características, la composición mixta de la ABDA la convierte en un importante medio de difusión para los profesionales hacia el público en general, y es responsable también por la divulgación del discurso oficial sobre el TDAH en el país. Las investigaciones académicas publicadas tanto en el sitio como en las revistas científicas y de divulgación consultadas apuntan a la legitimación del TDAH como trastorno de base orgánica. La asociación se financia con el patrocinio de los laboratorios Novartis y Shire Pharmaceuticals, además de la anualidad pagada por los asociados. A través del sitio web, la Asociación difunde información acerca de la naturaleza del TDAH, causas, diagnóstico y tratamiento, además de consejos para familiares y pacientes, y divulgación de profesionales que trabajan en el campo. Profesionales e investigadores utilizan el espacio virtual de la ABDA también

para responder a artículos sobre el TDAH publicados en la prensa de divulgación, expresando de ese modo opiniones y tomando posición en relación con la validez o la legitimidad del contenido que circula.

A través del sitio web de la ABDA es posible también identificar algunos de los principales núcleos de investigación brasileños dedicados al estudio del TDAH, por su divulgación como posibles lugares para que los pacientes con este diagnóstico reciban tratamiento. Entre los más importantes se cuentan:

- Grupo de Estudio de Déficit de Atención, ligado al Instituto de Psiquiatría de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Recibe el patrocinio de los laboratorios Janssen-Cilag, fabricantes del Concerta® (uno de los nombres comerciales del metilfenidato). Algunos miembros son conferencistas de las industrias Janssen-Cilag, Eli Lilly (fabricante del Strattera®, nombre comercial de la atomoxetina, otro fármaco indicado para el TDAH), Novartis y GlaxoSmithKline. El grupo es responsable de gran parte de las investigaciones publicadas sobre metilfenidato y TDAH en Brasil y participa del Consejo Científico de la ABDA.
- Proyecto de Déficit de Atención e Hiperactividad, vinculado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Rio Grande do Sul. Recibe financiación de los laboratorios farmacéuticos Bristol-Myers Squibb, Eli-Lilly, Janssen-Cilag y Novartis. También participa en el Consejo Científico de la ABDA.
- La Santa Casa de Misericórdia de Río de Janeiro es un hospital filantrópico mantenido a través de donaciones y financiación pública de algunos de los servicios hospitalarios prestados a la población. Posee consultorios ambulatorios especializados de atención gratuita, como el Servicio de Psiquiatría Infantil, y algunos de

sus profesionales participan del Consejo Científico de la ABDA y ofrecen conferencias en los laboratorios Abbott, Astra-Zeneca, Janssen-Cilag y Novartis.

- Otro centro de investigación importante es el Ambulatorio para Disturbios Hiperactivos y Déficit de Atención (niños y adolescentes) y el Proyecto de Déficit de Atención e Hiperactividad (adultos). Ambos están vinculados al Hospital de las Clínicas de la Universidad de São Paulo y algunos de sus miembros participan en conferencias en los laboratorios Janssen-Cilag y Novartis y del Consejo Científico de la ABDA.
- La Unidad de Investigación en Alcohol y Drogas, vinculada a la Universidad Federal de São Paulo, participa en un número significativo de publicaciones sobre el metilfenidato y en conferencias del laboratorio Janssen-Cilag.

La asociación de los principales núcleos de investigación que en Brasil promueven el conocimiento sobre el TDAH, con los grupos de apoyo a los pacientes y sus alianzas con los laboratorios farmacéuticos, forman un polo importante de divulgación del discurso oficial sobre el trastorno, según analizó una investigación desarrollada en el Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro, coordinada por uno de los autores de este capítulo. La identificación de las alianzas y financiaciones de los principales integrantes de los grupos de investigación anteriormente mencionados fue posible gracias a esa investigación. En ella, los autores hicieron un análisis de 103 publicaciones brasileñas de entre 1998, año en que el medicamento fue autorizado en Brasil, y 2008. De ellas, 72 eran reportajes publicados en los periódicos y revistas de gran circulación, y 31, artículos de las revistas de psiquiatría sobre los usos de la Ritalina. Se realizó una búsqueda en revistas de psiquiatría brasileñas indexadas en la base SciELO, así como en los periódicos y revistas dirigidos al público en general con mayor tirada. El análisis permitió

discutir qué puntos eran priorizados y omitidos en los discursos sobre el metilfenidato en Brasil, y cuáles serían sus posibles efectos en la práctica clínica con el paciente (Itaborahy y Ortega, 2013).

En la investigación citada, los autores argumentan que las publicaciones del *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, importante revista del ramo en el país, contenían, en gran parte, investigaciones del Grupo de Estudio de Déficit de Atención, muchas de ellas con publicidad del medicamento Concerta®. En ellas se declaraba un conflicto de interés en relación con el tratamiento de los usuarios, pero en otros artículos la financiación de los laboratorios no era explicitada. Según los autores, el suplemento de esta misma revista del año 2007 fue totalmente financiado por un laboratorio responsable de la fabricación de metilfenidato, desde los artículos hasta la propaganda (Itaborahy y Ortega, 2013).

El financiamiento de laboratorios farmacéuticos en las investigaciones desarrolladas en el país acerca del TDAH no debe ser interpretado como una crítica *a priori* de su validez, ya que existe siempre una necesidad de obtener fondos para el desarrollo de investigaciones complejas y que involucren a varios centros de investigación, que demanden un equipamiento mínimo de infraestructura de investigación. En el caso de investigaciones epidemiológicas sobre el trastorno o relevamiento del nivel de conocimiento profesional o público en un país como Brasil, poseedor de gran diversidad cultural y dimensiones territoriales, la exigencia de una infraestructura de investigación más sólida se vuelve aun más necesaria. Sin embargo, con la influencia tan directa de la presencia de los laboratorios farmacéuticos en el apoyo de las investigaciones y de sus autores principales, y la posibilidad de direccionamiento de los resultados de esas investigaciones, hay que considerar la necesidad de controlar, evaluar y cuestionar tal influencia y la implicación ética resultante de ese patrocinio (Itaborahy y Ortega, 2013).

Debate sobre medicalización del TDAH en Brasil

La aguda curva de crecimiento del número de usuarios del metilfenidato en los últimos años revelada por las estadísticas internacionales y también en territorio nacional, según cuantificamos anteriormente, es vista con desconfianza por parte de los profesionales de la salud mental y de educadores brasileños. Este hecho, ligado a la constatación de la presencia fuerte de la industria farmacéutica en las investigaciones sobre TDAH y metilfenidato en el país, ha provocado el desarrollo de críticas por parte de investigadores, que se organizan en movimientos para cuestionar los resultados de las investigaciones sobre el trastorno, y la validez del diagnóstico y del tratamiento con medicamentos.

Una ordenanza emitida por la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo, capital del estado que alberga el más importante parque industrial de la nación, ha acentuado este debate en los últimos meses, actualizando las cuestiones más polémicas y polarizadas entre los diferentes lados. La Ordenanza 986/2014 (*Diário Oficial da Cidade de São Paulo*, 2014) procura reglamentar la prescripción de metilfenidato en el municipio determinando que los usuarios con sospecha de ser diagnosticados con TDAH sean derivados a los Centros de Atención Psicosocial Infantil (CAPSi). Estos dispositivos de atención en salud mental son parte de la red municipal que atiende a adultos (Centros de Atención Psicosocial, CAPS), la cual incluye además camas en hospitales generales, consultorios ambulatorios de psiquiatría y psicología, y residencias terapéuticas. La red también cuenta con CAPS-ad, destinados a la atención de pacientes que son usuarios de alcohol y otras drogas. En los lugares donde no existan tales servicios, los pacientes deben ser derivados a unidades de tratamiento combinado con intervenciones terapéuticas de naturaleza psicosocial y educativa de la red pública.

Todos los dispositivos de la red antes mencionados (CAPS, CAPSi y CAPS-ad) están compuestos por equipos multidisciplinarios, con psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, enfermeros, asistentes sociales, técnicos de enfermería y funcionarios administrativos, y pueden también incluir profesionales de educación física o de artes. Los equipos son responsables de acompañar todos los casos graves de salud mental de la población perteneciente a sus territorios de referencia, y de derivar a los que no revisiten tanta gravedad hacia tratamientos ambulatorios y otros dispositivos de la red (MS, 2002). Con esta medida, la Coordinación de Salud Mental del Municipio de São Paulo busca situar el TDAH no solo como una categoría diagnóstica, sino como un “síntoma” presente en distintas situaciones clínicas, y una condición lo suficientemente grave o compleja como para no ser tratada solo en modalidades de tratamiento psiquiátrico ambulatorias.

Es importante aclarar que la creación de la Red de Atención Psicosocial es una de las políticas públicas formuladas por el MS según el proceso de Reforma Psiquiátrica, en curso en el país desde la década de 1980. Este proceso de reforma estuvo inspirado en la propuesta de la desinstitutionalización de la psiquiatría democrática italiana encabezada por Franco Basaglia (Amarante, 1995; Passos, 2009; Tenório, 2002). Aunque la política de salud mental de orientación basagliana rige desde 2001 a través de la Ley Nacional 10.216/01 (Csillag, 2001; MS, 2005), ella es objeto de fuerte resistencia de la ABP, frecuentemente posicionada contra sus determinaciones. La Asociación alega que la disminución de internaciones psiquiátricas preconizada por la “ideología” de la desinstitutionalización desatiende a la población.

La Ordenanza de São Paulo justifica la reglamentación, dado que a su entender,

bajo el aspecto clínico, se vuelve compleja la distinción de casos de TDAH, de partes de problemas educativos que resultan de modelos pedagógicos inadecuados al contexto social del niño, de cuestiones familiares cada vez más complejas y del contexto sociocultural en que existe un clima de competencia, producción de estigmas y exclusión (*Diário Oficial da Cidade de São Paulo*, 2014).

La medida recibió el apoyo de la ABRASME, que la considera ejemplar en total acuerdo con los preceptos de una clínica de comprensión ampliada sobre el problema. La ABRASME sigue los preceptos de la psiquiatría democrática italiana de Basaglia, apoya a los trabajadores de la salud mental y fomenta el desarrollo de la formación, enseñanza e investigación en salud mental. La Asociación también tiene como objetivo promover la coordinación entre los centros de formación, la enseñanza y los servicios de investigación en salud mental, para fortalecer y ampliar el diálogo con las comunidades científicas y técnicas, con los servicios de salud, gobierno, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil (ABRASME, 2010, 2014).

En el mismo período la ABP publicó una “Carta a la Población” en la que declara su reprobación a la reglamentación de la Ordenanza de São Paulo. El documento fue firmado por diez sociedades y asociaciones médicas regionales de medicina, psiquiatría y neurología, además de la Sociedade Brasileira de Neuropsicologia, la Sociedade Brasileira de Neurociências y la ABDA. También firmaron más de cincuenta profesionales médicos, psiquiatras y psicólogos, magísteres y doctores, profesores universitarios y presidentes de asociaciones profesionales. En el documento, la ABP alega que la ordenanza burocratiza el acceso digno al tratamiento, principalmente de la población socialmente menos favorecida, y perjudica la sistematización científica “de manera mistificadora e indigna” (ABP, 2014). Argumenta además que “es una obstrucción abusiva del acceso al tratamiento farmacológico por parte de la población de menores ingresos, e impone restricciones al pleno ejercicio

y autonomía de la medicina y de la ciencia brasileña” (ABP, 2014). Arguyen que del mismo modo que sucede con el autismo, la depresión y la esquizofrenia, los manuales de clasificación diagnóstica de la psiquiatría estadounidense no indican una etiología definida para el TDAH, y tal hecho no ofició como impedimento para el desarrollo de protocolos terapéuticos y de diagnósticos eficaces para esas condiciones (ABP, 2014).

María Aparecida Moysés, fundadora, como ya mencionamos, del Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, fue una de las investigadoras invitadas a formular el contenido de la Ordenanza 986/2014. El Fórum fue creado en 2010 a partir de un espacio de debate construido en la ciudad de São Paulo para la discusión de programas creados para la dislexia y más tarde para el TDAH. La tónica de esos programas era considerada un retroceso en el enfrentamiento de las dificultades de escolarización ya que promovía, según los críticos, la reducción de los problemas educativos a una supuesta patología del sujeto. Los profesionales involucrados en estas discusiones son principalmente del área de salud y de educación, y los consejos estaduais de psicología de Río de Janeiro (Conselho de Psicologia do Rio de Janeiro, 2013) y de São Paulo son importantes articuladores del movimiento. Desde su creación, el Fórum está estableciendo alianzas con diversos núcleos y entidades en el país y en el exterior.

En función de lo expuesto, emerge que el escenario donde transcurre el debate sobre medicalización en Brasil está compuesto de varios grupos y asociaciones cuyos discursos representan intereses diversos y aparentemente contradictorios. Por un lado, instancias gubernamentales que formulan políticas orientadas por los presupuestos de la desinstitucionalización preconizada por los psiquiatras reformistas italianos (Rotelli *et al.*, 1990). Tales políticas públicas son naturalmente apoyadas por la ABRASME, que constituye un órgano de apoyo y soporte a las acciones e investigación en salud mental. Aliado a esas fuerzas se

encuentra el Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Al discutir la fundamentación del TDAH como patología neurológica, el discurso del Fórum se encuentra en sintonía con las políticas de salud mental que proponen una clínica ampliada de comprensión de los factores psicosociales de instalación del sufrimiento psíquico, en lugar de una terapéutica dirigida a la patología.

En oposición a estas fuerzas, se encuentra la ABP, que siempre se resistió a la idea de una clínica ampliada, en particular porque coloca al médico como uno de los integrantes de un equipo multidisciplinario. Las asociaciones médicas, en general, entienden que el profesional médico debe ser el protagonista del tratamiento y comprenden el lugar del psicólogo o del fonoaudiólogo como coadyuvantes (otros profesionales que integran los equipos multidisciplinarios, como el terapeuta ocupacional o el asistente social, directamente no son mencionados en el sitio web de la ABDA o en las investigaciones científicas publicadas por ese sector). La dinámica multidisciplinaria parece conferir, en el entendimiento de las corporaciones de médicos, una disminución de la autonomía de sus propios profesionales.

Al lado de las asociaciones médicas, existen grupos de pacientes y familiares del TDAH, los centros de investigación y las principales revistas que circulan temáticas médico-científicas en el país. Estas organizaciones son los principales componentes que formalizan el discurso médico acerca del TDAH en Brasil. Al mismo tiempo que se observan datos sobre la notificación de venta creciente de la sustancia, es innegable la influencia de una extensa tradición psicoanalítica en Brasil, a pesar de la influencia de otras corrientes y perspectivas diagnósticas y terapéuticas en el ámbito de la salud mental.

Conclusión

El análisis de las tensiones y debates académicos y profesionales sobre el TDAH en Brasil deja claro el panorama controvertido en el que esta condición se sitúa. Por un lado encontramos un fuerte grupo de “defensores” de la idea de que la condición es subdiagnosticada (Mattos *et al.*, 2012) y que población, escuelas y familiares merecerían más explicaciones sobre el diagnóstico y el tratamiento. Por otro lado, existe una fuerza contraria, en pro de una alerta de la excesiva medicalización de comportamientos infantiles, para los cuales socialmente se encuentra una baja tolerancia, formada por médicos disidentes de la idea anteriormente mencionada y, sobre todo, por profesionales de las ciencias humanas. Aunque el peso del discurso médico a favor de la divulgación, popularización y ampliación de las informaciones (y del diagnóstico de TDAH cuando sea apropiado) sea considerable, es imposible dejar de tener en cuenta la polarización y la fuerza de esos discursos en tensión. Es lo que se puede flagrar en la literatura gris, en revistas de asociaciones profesionales, en cartas abiertas al público, donde encontramos respuestas y debates dirigidos de un grupo al otro, aunque sin total explicitud. Podríamos decir que si hay una característica que marcaría el escenario brasileño en cuanto al abordaje del TDAH es la controversia, la tensión entre discursos y la disputa entre grupos por una versión supuestamente más verdadera de tal condición clínica.

Sin embargo, un punto final merece nuestra atención. Como advierten Banzato y Zorzaneli (2014), esas posiciones polarizadas a menudo comparten el mismo presupuesto, a saber, el hecho de que tales trastornos corresponden o deberían corresponder en un momento venidero a tipos naturales (entidades existentes en la naturaleza, independientes de los recortes realizados por humanos), y que serían tipos artificiales (construcciones humanas arbitrarias). El punto de contacto entre estas dos posiciones

aparentemente asimétricas es, sin duda, el mismo recurso, que consiste en comparar los trastornos mentales con enfermedades médicas con bases fisiopatológicas elucidadas. El ideal de una enfermedad real garantizaría, por lo tanto, su existencia dada en la naturaleza y su objetividad, plasmada en cualidades aseguradas, en tesis, por la supuesta existencia natural e independiente de las clasificaciones humanas. La discusión sobre el TDAH, en la estela de muchas otras condiciones psiquiátricas controvertidas hoy en día, parece llevar consigo ese tipo de dilema que merece mucho más espacio para debatir y del que no es posible ofrecer soluciones definitivas.

Bibliografía

- AAP (2000). "Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder", *Pediatrics, American Academy of Pediatrics*, 105, 1158-1170.
- ABP (2014). *Carta Aberta a População*. Disponible en <https://goo.gl/ju4Agm> [consulta: febrero de 2018].
- ABRASME (2010). *Estatuto da associação brasileira de saúde mental*. Disponible en <https://goo.gl/XEoh8W> [consulta: enero de 2018].
- ABRASME (2014). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e a iniciativa exemplar da SMS de São Paulo. Disponible en <https://goo.gl/2F6NNv> [consulta: septiembre de 2017].
- ANVISA (2010). Relatório 2009. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponible en <https://goo.gl/eQJm22> [consulta: enero de 2018].

- ANVISA (2012). "Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário", *Boletim de Farmacoepidemiologia*, 2, 2, julio/diciembre. Disponible en <https://goo.gl/ZjEoeB> [consulta: enero de 2018].
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- Azevêdo, P.V.B.; Caixeta, L.; Andrade, L.H.S. y Bordin, I.A. (2010). "Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in indigenous children from the Brazilian Amazon", *Arq Neuropsiquiatr*, 68, 4, 541-544.
- Banzato, C. y Zorzanelli, R. (2014). "Superando a falsa dicotomia entre natureza e construção social: O caso dos transtornos mentais", *Rev. Latinoam. Psicopatol Fundam*, 17, 1, 110-113.
- Barbosa, G.A. y Gouveia, V.V. (1993). "O fator hiperatividade do questionário de Conners: Validade conceitual e normas diagnósticas", *Temas*, 23, 46, 188-202.
- Baumgaertel, A.; Wolraich, M.L. y Deitrich, M. (1995). "Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorder in a German elementary school sample", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34, 629-638.
- Camargos, W. Jr. y Nicolato, R. (2009). "Características das prescrições no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade", *J Bras Psiquiatr*, 58, 3, 195-199.
- Carlini, E.A.; Nappo, S.A.; Nogueira, V. y Naylor, F.G.M. (2003). "Metilfenidato: influência da notificação de receita A (cor amarela) sobre a prática de prescrição por médicos brasileiros", *Rev. Psiq. Clín*, 30, 1, 11-20.
- Charney, D.S.; Mihic, S.J. y Harris, R.A. (2005). "Hipnóticos e Sedativos", en Goodman, D.S. y Gilman, A. (eds.), *As bases farmacológicas da terapêutica*. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill.
- Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro (2013). "Fórum Sobre a Medicalização da Educação e Sociedade. Medicalização da Vida", *Jornal do Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro*, 35, 8-9.

- Costa e Silva, J.A. (1999). "História dos benzodiazepínicos", en Bernik, M.A. (ed.), *Benzodiazepínicos. Quatro décadas de experiência*. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Csillag, C. (2001). "Psychiatric reform law comes into effect in Brazil", *The Lancet*, 357, 1346.
- Diário Oficial da Cidade de São Paulo* (2014). "Portaria nº 986/2014 SMS.G. nº 109", 12 de junio.
- Dupanloup, A. (2004). "L'Hyperactivité infantile: analyse sociologique d'une controverse socio-médicale". Tesis de doctorado, Université de Neuchâtel.
- Fontana, R. da S.; Vasconcelos, M.M. de; Werner Jr. J.; Góes, F.V. de y Liberal, E.F. (2007). "Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras", *Arq Neuropsiquiatr*, 65, 1, 134-137.
- Freire, A.C.C. y Pondé, M.P. (2005). "Estudo piloto da prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre crianças escolares na cidade de Salvador, Bahia, Brasil", *Arq Neuropsiquiatr*, 63, 2b, 474-478.
- Gomes, M.; Palmini, A.; Barbirato, F.; Rohde, L.A. y Mattos, P. (2007). "Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil", *J. Bras. Psiquiatr*, 56, 2, 94-101.
- Goodman, R.; Neves dos S., D; Nunes A.P.R.; Pereira de M., D.; Fleitlich-Bilyk, B. y Almeida, N. Jr. (2005). "The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 1, 11-7.
- Guardiola, A.; Fuchs, F.D. y Rotta, N.T. (2000). "Prevalence of attention-deficit Hyperactivity disorders in students Comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria", *Arq Neuropsiquiatr*, 58 (2-B), 401-407.
- Itaborahy, C. y Ortega, F. (2013). "O metilfenidato no Brasil: uma década de publicações", *Ciência e Saúde Coletiva*, 18, 803-816.
- JIFE (2008). *Informe 2007*. Disponible en <https://goo.gl/8jvK27> [consulta: enero de 2018].

- JIFE (2010). *Informe 2009*. Disponible en <https://goo.gl/qADsYQ> [consulta: enero de 2018].
- JIFE (2012). *Informe 2011*. Disponible en <https://goo.gl/hAB6Yc> [consulta: enero de 2018].
- JIFE (2013). *Informe 2012*. Disponible en <https://goo.gl/Xekfgm> [consulta: enero de 2018].
- Mattos, P.; Rohde, L.A. y Polanczyk, G.V. (2012). “O TDAH é subtratado no país. Carta aos editores”, *Rev Bras Psiquiatr*, 34, 513-516.
- Moysés, M.A. (2011). “A droga da obediência. Carta Fundamental”, *Carta Capital*, 20 de febrero.
- MS (1998). *Portaria 344*, de 12 de maio. Secretaria de Vigilância em Saúde.
- MS (2002). *Portaria 336*, de 19 de fevereiro. *Dispõe sobre as normas e diretrizes para organização dos CAPS*. Brasília: Diário Oficial da União.
- MS (2005). “Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil”. Coordenação Geral de Saúde Mental. Secretaria de Atenção à Saúde. Apresentação, *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, novembro.
- Nicoletti, M.A. (2001). “Banalização do uso de medicamentos: consequências incertas e preocupantes”, *Informa*, 15, 3/4, 81-82. Disponible en <https://goo.gl/Ek88rJ> [consulta: febrero de 2018].
- Nunes, F. (2017). “Por amor e por direitos: as gramáticas do afeto e da política nas mobilizações públicas de familiares de autistas”, *Cadernos de Campo*, 25, 222-245.
- Nunes, F. y Ortega, F. (2016). “Ativismo político de pais de autistas no Rio de Janeiro: reflexões sobre o “direito ao tratamento”, *Saúde e sociedade*, 25, 4, 964-975.
- Passos, I.C.F. (2009). *Reforma psiquiátrica: As experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Polanczyk, G.; Lima, M.S; Horta, B.L.; Biederman, J. y Rohde, L.A. (2007). “The worldwide prevalence of ADAH: A systematic review and metaregression analysis”, *Am J Psychiatry*, 164, 942-948.

- Rohde, L.A.; Biederman, J. y Busnello, E.A. (1999). "ADAH in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions and impairments", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38, 716-722.
- Rotelli, F.; Leonardis, O. y Mauri, D. (1990). "Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados", en Nicácio, M.F. (ed.), *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- Rosenberg, Ch. (2002). "The tyranny of diagnosis: Specific entities and individual experiences", *The Milbank Quarterly*, 80, 2, 237-260.
- Rosenberg, Ch. (2006). "Contested boundaries: Psychiatry, diseases and diagnosis", *Perspectives in Biology and Medicine*, 49, 3, 407-424.
- Singh, I. (2007). "Not just naughty: 50 years of stimulant drug advertising", en Tone, A. y Watkins, E. (ed.), *Medicating modern America: prescription drugs in history*. New York: New York University.
- Singh, I.; Filipe, A.; Bard, I.; Bergey, M. y Baker, L. (2013). "Globalization and cognitive enhancement", *Curr Psychiatric Rep*, 15385.
- Srisurapanont, M.; Garner, P.; Critchley, J. y Wongopakaran, N. (2005). "Benzodiazepine prescribing behaviour and attitudes: a survey among general practitioners practicing in northern Thailand", *BMC Family Practice*, 6, 27.
- Tenório, F. (2002). "A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9, 1, 25-59.
- Vasconcelos, M.M.; Werner, J. Jr.; Malheiros, A.F.A.; Lima, D.F.N.; Santos, I.S.O. y Barbosa, J.B. (2003). "Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária", *Arq Neuropsiquiatr*, 61 (1), 67-73.
- WHO (1996). *Programme on substance abuse – rational use of benzodiazepines*. Copenhagen. Disponible en <https://goo.gl/LrfYBf> [consulta: febrero de 2018].

Reensamblando la medicalización

Hacia una pluralización de las explicaciones del TDAH en Chile

SEBASTIÁN ROJAS NAVARRO, PATRICIO ROJAS,
JORGE CASTILLO-SEPÚLVEDA Y NICOLÁS SCHÖNGUT-GROLLMUS

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se ha transformado, con el paso del tiempo, en una categoría diagnóstica que pareciera no dejar a nadie indiferente. En diversas partes del mundo, investigadores y expertos tanto de las ciencias sociales como de las ciencias biológicas, como así también el público general, se han enfrascado en diversos debates alrededor del TDAH (Barkley, 2002; Conrad y Bergey, 2014; Mayes *et al.*, 2009; Parens y Johnston, 2009; The Lancet, 2014; Timimi *et al.*, 2004). Así, es posible apreciar cómo desde las últimas décadas del siglo pasado se ha discutido constantemente tanto respecto de la legitimidad de dicho diagnóstico, como sobre sus alcances y modos de tratamiento (Conrad, 1975; Singh, 2008; Singh y Wessely, 2015; Timimi y Taylor, 2004), otorgándose especial relevancia en este proceso al análisis de su farmacoterapia (Breggin, 2001; Charach *et al.*, 2006; Hansen y Hansen, 2006; Singh *et al.*, 2010; Wilens *et al.*, 2008).

Chile no resulta ajeno a esta tendencia. Desde la década de los noventa ha sido posible encontrar en suelo nacional un creciente debate respecto del estatuto del TDAH, el cual escapó de los círculos académicos y pasó a los medios de comunicación masiva (Gálvez, 1995a, 1995b; Herrera,

2015; Jaque y Rodríguez, 2011; Salazar, 2010). En términos generales, estos análisis han mostrado su preocupación por el aumento en las tasas diagnósticas, así como también por lo que algunos han considerado un uso abusivo del tratamiento farmacológico. Tras estos estudios, mayormente se esgrime la idea de que luego del alza de ambos elementos se encuentra principalmente una tendencia a una creciente medicalización de la infancia, que es resistida por diversos motivos. Esto sobre todo debido a la sospecha de que el uso de psicoestimulantes no sigue mayor propósito que un intento de control social sobre niñas y niños, el cual sería comandado por una multiplicidad de actores tales como la industria farmacéutica, el profesorado y los expertos en salud mental, entre otros.

En este capítulo abordaremos algunas de estas críticas y miedos. Sin embargo, nos parece necesario señalar que una reflexión respecto al tema de la medicalización de la infancia requiere y merece un análisis más matizado, que permita destacar y rescatar la multiplicidad de experiencias y formas de vida que muchas veces se ven silenciadas como efecto de abstracciones y marcos conceptuales demasiado amplios y ambiciosos. De este modo, adherimos a la idea de que resulta complejo pensar que las experiencias de millones de niñas y niños en todo el mundo puedan conceptualizarse como mayormente idénticas, independiente de los nichos ecológicos donde tales experiencias se encuentran situadas, como si los factores sociomateriales y las niñas y niños no tuviesen capacidad de acción alguna ni incidencia en las experiencias y prácticas que se articulan con respecto al uso de los fármacos (Erlandsson y Punzi, 2017; Rojas Navarro y Vrecko, 2017). En dicho sentido, resultan pertinentes críticas tales como la realizada por Rose, quien argumenta que “el término medicalización puede ser el punto de inicio de un análisis, puede ser el signo de la necesidad de un análisis, pero no debe ser la conclusión de un análisis” (Rose, 2007: 701-702).

Por lo mismo, toda historia relacionada con el TDAH y con su progresiva medicalización debe estar atenta a los factores contextuales donde dicho proceso se está llevando –o se llevó– a cabo. Decir que el TDAH ha conllevado un proceso de medicalización de la infancia, o plantear furibundamente que la medicalización de ciertos aspectos de la infancia es indeseada, o inclusive peligrosa, no dice ni revela nada nuevo a menos que dicho esfuerzo se encuentre acompañado de un proceso de análisis de las circunstancias y consecuencias que dicha comprensión biomédica tiene en las experiencias vividas de niños y niñas en lugares particulares y situados. Después de todo, la idea de la medicalización –tal como es usada silvestremente, y cómo ha penetrado gran parte de los análisis sociales realizados en América Latina– considera como único factor explicativo las dinámicas arriba-abajo, asumiendo que estas se presentan de modo simétrico en todas partes. Sin embargo, y tal como se analiza a lo largo de este capítulo, la circulación del TDAH en Chile no responde exclusivamente a esta lógica, por lo que resulta necesario rastrear las formas situadas de compromiso entre individuos, diagnósticos y tratamientos. Pues si bien es cierto que el excesivo uso de psicofármacos en Chile requiere atención y cautela, también es cierto que los medicamentos pueden “connotar intensa esperanza” de mejores formas de vida (Fraser *et al.*, 2009: 124).

Siguiendo dicha línea de trabajo, este artículo se organiza de la siguiente manera. En primer lugar, se plantean ciertos elementos clave que han permitido situar la irrupción del diagnóstico del TDAH en el terreno nacional, así como también la popularización del Ritalín® en Chile (Rojas Navarro, Rojas y Peña, 2017). En un segundo momento, analizamos el estado actual del TDAH en Chile, centrándonos para tales efectos en dos elementos: por una parte, en las escasas investigaciones que se han realizado en Chile con respecto a las tasas de prevalencia de dicho

diagnóstico y, por otro lado, en los datos disponibles respecto al aumento constante en las tasas de consumo de metilfenidato.

Como una forma de tensionar los análisis más tradicionales centrados en la medicalización entendida como control social, este artículo analiza también el rol que tuvo la Asociación Nacional de Padres y Amigos de Niños con Déficit Atencional (ANPANDA) en la irrupción de dicha categoría diagnóstica en las políticas educacionales. Esto nos parece de particular relevancia, en tanto permite cuestionar argumentos que sitúan todo el peso de la medicalización en dinámicas arriba-abajo, y abrir espacio para observar cómo el diagnóstico ha sido también utilizado en modos generativos que se asemejan a las ciudadanías biológicas descritas por Adryana Petryna y otros autores (Gibbon y Novas, 2007; Petryna, 2004, 2013; Rose y Novas, 2008).

Corresponde aclarar que el objetivo del presente análisis no es producir un cuerpo de conocimientos que se oponga a las teorías de la medicalización y sus preocupaciones –muchas de las cuales parecen pertinentes–, sino más bien el de poder arrojar luz a las múltiples zonas sombrías que teorías tan universalistas y omniabarcativas pueden producir. En ese sentido, este esfuerzo debe leerse como un complemento y un ejercicio de producción de un nicho ecológico que permita interrogar algunos presupuestos, a la vez que permite confirmar otros.

El TDAH en Chile: historias, antecedentes y experiencias locales de un diagnóstico global

América Latina presenta historias particulares y distintivas en relación con los modos en que los procesos de medicalización han acontecido a través del tiempo (Armus, 2005), las cuales no solamente se han distinguido de los modos en que estas mismas se han dado en otras partes del mundo

—tal como lo ejemplifica el análisis provisto por Orkideh Behrouzan (2016) respecto a las prácticas y dinámicas que condujeron a la popularización del metilfenidato y Prozac® en Irán—, sino que además presentan interesantes diferencias de un país a otro. Esto hace necesario reflexionar sobre los puntos de divergencia y las distintas dinámicas y prácticas que han tomado parte y dieron forma a cómo los procesos de medicalización han ocurrido en distintas partes de Latinoamérica, así como también sobre cómo dichos procesos han sido estudiados.

Ahora bien, a diferencia de los análisis que se han realizado en otras partes del mundo (principalmente en Europa y Estados Unidos), las investigaciones acerca de la medicalización en América Latina no exhiben la riqueza y complejidad teórica necesarias para producir la progresión de dicho campo de estudios a partir de la década de 1990. En ese sentido, los estudios de los procesos de medicalización realizados en Latinoamérica muestran una considerable rigidez conceptual, centrando sus investigaciones en autores y conceptos de una etapa temprana de la teoría, y con una fuerte tendencia a reducir todo análisis a las estrategias biopolíticas del Estado, corriente inspirada por las influyentes tesis de Michel Foucault (2002 [particularmente la parte V “Derecho de muerte y poder sobre la vida”], 2006) pero que, a diferencia del trabajo del filósofo francés, está centrada más bien en la dimensión de una normalización disciplinaria que reduce el rol de la institución médica a tecnologías de seguridad y control (Murguía *et al.*, 2016).

Sin embargo, como han mostrado algunos autores en el caso latinoamericano del TDAH (Bianchi *et al.*, 2016), así como han argumentado algunos investigadores en otras locaciones (Davis, 2006; Nye, 2003), los procesos de medicalización difícilmente pueden pensarse como prácticas o dinámicas estables y homogéneas a nivel global. Después de todo, los actores que participan en dichos procesos no son necesariamente los mismos, ni tienen las mismas atribuciones en diversos lugares y tiempos, como tampoco están

en igualdad de condiciones en su posibilidad de negociar qué será considerado parte de la jurisdicción médica ni para qué efectos. Esta idea es solidaria con los aportes que se desprenden de diversas líneas de la antropología médica, las cuales han evidenciado cómo el flujo de saberes, prácticas y productos de la biomedicina siempre evidencian algo de lo local en su anclaje, interpretación e implementación (Etkin, 1988; Whyte y Van der Geest, 1994). Es decir, siempre hay un paso que media entre la producción de un saber que puede tener pretensiones de universalidad, y las formas en que dichos saberes, prácticas y materialidades son puestos en juego, escenificados, dotados de sentido y finalmente transformados en parte de la cotidianidad de la vida de los individuos en diversos escenarios y locaciones.

En el caso de Chile, la construcción y difusión social de la categoría del TDAH parece tener un pasado difuso o vago. No existe una fecha clara o hito específico que marque la irrupción de dicha categoría en suelo nacional. Su popularización parece constituirse mediante un proceso lento y que se dio de manera dual, en reciprocidad con la llegada y creciente masificación en Chile del Ritalín®, nombre de fantasía otorgado por la empresa farmacéutica CIBA al compuesto metilfenidato, el cual se transformó con el tiempo en una herramienta habitual y cuestionada para tratar el TDAH.

De acuerdo con lo sugerido por el historiador chileno Jorge Rojas (2010), se puede sostener que, si bien el metilfenidato comenzó a popularizarse durante la década de 1980, su entrada a Chile había sido décadas antes, aunque con escasa aceptación. En esos años se comenzó a usar con frecuencia para tratar a niñas y niños que mostrasen comportamientos “desajustados”, vinculados a diversos modos de hiperkinesia y/o desatención, pero que en estricto rigor no lograban configurarse como un trastorno. Eran niñas y niños considerados como problemáticos, aunque no necesariamente afectados por una patología. Analizando los relatos recopilados por Rojas (2010) de individuos que en

los ochenta se desempeñaban trabajando en salud pública, se desprende que el Ritalín® vivió una fuerte expansión de la mano de la errónea interpretación de que el medicamento podía ser utilizado para lidiar con cualquier tipo de comportamiento que escapase a las expectativas adultas de cómo debe actuar un niño. Gloria Romero, pediatra entrevistada por Rojas, menciona que lo que encontraba como fundamento de la irrestricta expansión del fármaco tenía que ver con errores diagnósticos. Habría una sobreutilización del Ritalín® para lidiar con casos que no cumplían las condiciones diagnósticas mínimas. En sus propias palabras: “Una pataleta y ya, démosle Ritalín®” (Romero, citado en Rojas, 2010: 309).

Las dudas ligadas a los difusos límites de aquello que podía y debía ser tratado mediante el uso del Ritalín® parecen haber sido eclipsadas por una tendencia reduccionista en la salud mental de la época, que se apoyaba en la sobrestimación de los beneficios del fármaco en desmedro de los riesgos –mayormente desconocidos– que el tratamiento podía conllevar. Juan Enrique Sepúlveda, psiquiatra infantil, recuerda el *ethos* de la psiquiatría chilena de aquella época del siguiente modo:

El trabajo clínico era muy práctico, muy influenciado por la psiquiatría norteamericana, dando mucha importancia a los aspectos biológicos en base a criterios categoriales y a la observación de conductas de inquietud como gran criterio, así como al test de Connors, el cual hasta hoy es muy difundido en los colegios, casi como prueba diagnóstica. [...] No había un abordaje clínico más profundo, había poco rigor. Para la población, el uso de fármacos era una solución que servía a todos. Así a nadie se le cuestionaba su estilo de crianza u otras posibilidades etiológicas no tratables con fármacos. Por lo mismo, no había oposición a este trabajo, más bien era muy avalado por todos (comunicación personal, julio 2014).

Juan Enrique Sepúlveda (1995) escribió uno de los pocos análisis críticos de aquella época respecto a la ligereza con la que tanto el diagnóstico como el uso de fármacos estaban siendo implementados en Chile. Pero su punto de vista se vio opacado por la opinión generalizada en las últimas décadas respecto a las bondades aparentemente ilimitadas del Ritalín®, y lo flexible y poco claro de los límites del TDAH. Esto se ejemplifica en las numerosas columnas de opinión y artículos que comienzan a dar cuenta del tema en los medios de difusión masiva, lo que permite la circulación social del diagnóstico y la sugerencia de su abordaje farmacológico, pero de modo tal que las fronteras mismas que delimitan qué signos corresponderían al trastorno quedan desdibujadas; diversos síntomas son atribuidos o descartados de manera mayormente azarosa por diversos actores (Rojas Navarro *et al.*, 2017). Eventualmente, esta proliferación y poca claridad en los modos diagnósticos acabó configurando para la década de los años noventa lo que retrospectivamente fue denominado por la prensa como “la generación Ritalín®” (Jaque y Rodríguez, 2011).

La constitución de un grupo de individuos reconocidos bajo dicho nombre responde principalmente a tres elementos identificables a simple vista: por una parte, a la efectividad mayormente indisputada hasta ese momento del Ritalín® como modo privilegiado de lidiar con problemas conductuales, práctica que se arrastraba desde la década anterior. Por otra parte, al reconocimiento creciente a nivel social de la categoría del TDAH como un diagnóstico médico válido, lo que llevó a que las escuelas impulsaran a las familias a buscar tratamiento médico para resolver los problemas comportamentales que presentaban niñas y niños en la escuela. Finalmente, a los miedos asociados respecto a la prognosis de aquellos que no se trataban, los cuales iban desde la presencia de altos índices de criminalidad, hasta dificultades en sostener un matrimonio, además de abuso de sustancias, entre otras cosas (Jaque y Rodríguez, 2011). Resulta interesante que lo que agrupa y posteriormente es

puesto en tela de juicio no es la categoría diagnóstica, sino el tratamiento farmacológico. Es decir, lo que constituye y da unidad a esta “generación” es su relación problemática con el uso de metilfenidato, más que con la entidad clínica del TDAH, en tanto se comienza a percibir un uso excesivo y alarmante de dicho fármaco.

Por otra parte, desde la década pasada y hasta el presente la situación del TDAH en Chile ha seguido siendo la de un problema público con visibilidad frecuente en medios de comunicación masiva (Henríquez, 2017; López, 2017). Pese a que la conciencia del público en general respecto del trastorno parece ir en aumento, la evidencia científica producida en Chile sobre el tema sigue siendo fragmentaria. Una excepción importante a esta tendencia es el estudio epidemiológico más amplio realizado en torno al TDAH en Chile hasta la fecha, y que tuvo lugar en 2013 (De la Barra *et al.*, 2013). Dicha investigación consideró una muestra de 1558 niñas, niños y adolescentes de entre 4 y 19 años de edad, y residentes en cuatro regiones distintas del país. Los resultados del estudio evidenciaron una prevalencia total del TDAH en Chile que rondaba el 10%, la que resulta mayor a aquella estimada a nivel mundial (Polanczyk *et al.*, 2007). La prevalencia del trastorno en Chile se desagregaba además en una prevalencia de 16,4% en niños y 14,6% en niñas de entre 4 y 11 años, mientras que al incluir los de 12 a 18 años se consignó una prevalencia de 2,1% en adolescentes de sexo masculino y 6,9% en las de sexo femenino (De la Barra *et al.*, 2013). Estas cifras, claramente disonantes en relación con la razón de 3:1 de prevalencia en niños respecto de las niñas en el panorama internacional, no han recibido aún una explicación concluyente.

Otra evidencia relevante y que da cuenta del amplio y creciente uso del metilfenidato en Chile es aquella relacionada con la importación de medicamentos que incluyen dicha sustancia. Respecto a ello, recientemente el director del Instituto de Salud Pública de Chile, Alex Figueroa, ha indicado que, según los datos de la Agencia Nacional

de Medicamentos, la importación ha aumentado de 98.150 gramos totales del principio activo en 2005 a 441.877 en 2016 (Figueroa, 2017). En relación con estas altas tasas de importación ocurridas durante la última década, es posible observar la emergencia y gradual popularización de tratamientos cuyo fin es apaciguar o lidiar con la sintomatología ligada al TDAH mediante el uso de medicinas alternativas, ligadas a los llamados métodos naturales o técnicas de autosanación. Estos movimientos han ganado popularidad –aunque de manera más bien superficial– apoyados en la promesa de no presentar algunos de los temidos síntomas secundarios o colaterales de los tratamientos farmacológicos de la biomedicina (Rojas, 2010).

Ahora bien, pareciera ser que la influencia de estos diversos grupos y comunidades *on-line* que durante el último tiempo cuestionan la legitimidad del diagnóstico y se oponen francamente al tratamiento farmacológico no es suficiente aún para producir un cambio real en la situación del TDAH en Chile, ni representa necesariamente la opinión mayoritaria de aquellas niñas y niños diagnosticados con TDAH ni la de sus familias. Después de todo, son estas mismas agrupaciones quienes fueron el motor que impulsó la introducción del TDAH en el mundo de las políticas públicas, buscando que el reconocimiento del trastorno pudiese otorgar perspectivas diferentes respecto al futuro académico de sus hijos e hijas, los cuales deben lidiar con altas tasas de fracaso escolar y malos tratos en la escuela, según relatan diversos padres en la página web de ANPANDA.

De la medicalización a la biosocialidad: ANPANDA

ANPANDA fue fundada en 1998, siendo su creación impulsada principalmente por Ida Parra, madre de un niño diagnosticado con TDAH. Según se señala en una entrevista

realizada a Ida Parra y subida al grupo de Facebook de dicha organización, la constitución de ANPANDA responde principalmente a una experiencia personal:

Luego de un estado de depresión y de tanto pensar me di cuenta que urgía la necesidad de difundir, de investigar, de luchar contra la discriminación, de exigir una educación acorde a sus necesidades educativas [las de su hijo y otros niños con TDAH], de dar una formación a la familia, de entregar técnicas de manejo de autoayuda que deberían existir (Parra, 2012).

La idea de que estas niñas y estos niños tenían que soportar tratos vejatorios de parte del plantel escolar, de que sufrían discriminación y que no se comprendían ni respetaban sus dificultades, limitaciones ni particularidades, es parte de una experiencia que ya se encontraba presente en los años noventa en Chile, cuando –según relatos rescatados por Jaque y Rodríguez (2011)– prácticas como amarrar a los niños a las sillas, encerrarlos en el armario, o el castigo físico, aún tenían cierta frecuencia. Estos malos tratos y formas de disciplinamiento respondían a la idea central de que lo que estas niñas y estos niños exhibían no era un trastorno biomédico propiamente tal, sino a que eran “niños problema”, carentes de disciplina y voluntad de aprender. En el caso de la fundadora de la ONG ANPANDA, ella relata haber experimentado discriminación hacia su hijo –quien por entonces cursaba primero básico– por parte de una profesora, quien le habría dicho que “este tipo de niños no deberían nacer” ya que “son la vergüenza de sus padres”. El relato de Ida Parra evidencia de manera nítida los modos en que muchas veces estos niños eran percibidos por el medio escolar y por el mundo adulto. Según ella cuenta en la entrevista, la profesora menciona además que por momentos le daban ganas de tirar al chico a la calle para que lo atropelle un auto, destino que parcialmente se

materializaría en una oportunidad en que el niño “cuando tenía 6 años se tiró del auto dispuesto a morir debido a lo que había escuchado de su profesora” (Parra, 2012).

Escenas como la mencionada por Ida Parra subrayan el modo en que el diagnóstico de TDAH ha permitido la redefinición de ciertos comportamientos infantiles, lo que también ha conllevado nuevas formas de comprensión y vigilancia respecto a determinadas áreas del desarrollo humano. Esto ha implicado la reconfiguración de aquellos modos que son actualmente considerados como apropiados para evaluar y significar una “buena niña” y un “buen niño”, en lo que podría considerarse una nueva *política económica de la subjetivación*¹ (Rose, 2007a). Visto desde esta perspectiva, la emergencia, popularización y posterior introducción del TDAH como una patología válida y reconocida socialmente ha permitido que la infancia pueda ser desensamblada y reensamblada mediante la acción de nuevos saberes técnicos (Haraway, 1991). Tal como menciona Haraway (1991), la medicina elabora objetos que se constituyen como sistemas semióticos, esto es, organizados como complejos escenarios de producción de significados, perfilados por la conceptualización y asignación de diferencias calculadas y coordinadas por intereses heterogéneos (Fraser y Greco, 2005; Haraway, 1991). Ahora bien, este proceso difícilmente puede reducirse a una dinámica lineal y unidireccional (de arriba hacia abajo). La construcción de las imágenes corporales y las definiciones del sí mismo en interacción con discursos disciplinares es producto de un complejo proceso que implica una serie de arreglos e intercambios que formulan modos de composición recíproca. En todos estos casos, la definición de sí no es solo un producto de propósitos

¹ Elaborado bajo la perspectiva del trabajo de Michel Foucault, el concepto de subjetivación se refiere al logro o producción –siempre razonablemente contingente– de un sujeto; es decir, la objetivación de los procesos que definen las cualidades de una persona para un entramado social, asignando ciertas posibilidades de acción en relación consigo mismo, con otros, y de comprensión de sí mismo (Foucault, 1988).

tácticos fijados por expertos, que se define arbitrariamente según ciertos objetivos y estándares (Singleton y Michael, 1993a; 1993b), sino que los mismos objetos y estándares son empleados como un recurso más para redefinir el rol que pueden desempeñar los actores en escenarios heterogéneos.

Así, debe recordarse que el aparato médico posibilita la producción de nuevas identidades y modos de comprensión de sí, los cuales no necesariamente son negativos –tal como lo destacan los estudios más tradicionales de la teoría de la medicalización–, sino que pueden permitir nuevas formas de existencia, de posicionamiento frente al mundo (Novas y Rose, 2000; Rose, 2007b). De este modo, diagnósticos, relatos y prácticas en torno a ciertas patologías activan formas de participación en entramados específicos que redefinen aspectos identitarios, afectando los modos por los cuales se narran la enfermedad y el sí mismo (Castillo-Sepúlveda, 2015). Ejemplo de esto podemos encontrar en el grupo de Facebook de ANPANDA, donde los miembros de la organización publican sus opiniones, a la vez que suben videos y otros documentos para compartirlos con otros miembros del grupo.

Dichos archivos digitales evidencian algo de gran importancia: a diferencia de lo planteado por las críticas tradicionales de las teorías de la medicalización, quienes cuestionan tanto el tratamiento farmacológico como la validez del trastorno, los integrantes de ANPANDA pareciera que no cuestionan su existencia. No parece haber dudas respecto al trastorno, y ese espacio digital funciona como un lugar para compartir las dificultades diarias de tener que lidiar con él. Así, se puede acceder a videos y fotos con frases que recuerdan que estas niñas y estos niños no eligieron “ser así”, ni que tampoco son “niños problema”, sino que solamente son “niños diferentes”. Hay una constante exculpación frente a la irrefrenabilidad del movimiento, frente a la fragilidad de su atención, y lo exiguo de su capacidad de concentración. Pero, además, constantemente se pone en evidencia el desamparo de estas niñas y estos niños al

ser marginados por sus pares y por los adultos debido a su comportamiento. Mas la marginación no va de la mano del diagnóstico, sino de aquello que el diagnóstico nombra, una constelación de movimientos y signos. El diagnóstico pareciera ser esgrimido como un arma contra la discriminación, en defensa de niñas y niños en tanto sus actos y comportamientos exceden su propia voluntad. La medicalización de estos comportamientos permite sacar a la niña y al niño de la crítica y acusación de una flaqueza o debilidad moral y de una pereza en el autocontrol, tal como en su momento plantease George Still (Mayes *et al.*, 2009); su reinterpretación –ahora como parte del terreno biomédico– fue un paso hacia la consecución de un trato distinto y, esperan los diversos padres y amigos de ANPANDA, mejor.

Paul Rabinow (2005) fue uno de los primeros en reconocer situaciones de este tipo. A partir del término de “bio-socialidad” describió cómo en la época actual se formulan modos de identificación personal y colectiva que se definen a partir de un rasgo biológico específico. Si bien para Rabinow esta dinámica se ve especialmente relacionada con los avances en genómica, la idea de que los sujetos puedan reconocerse y crear colectivos a partir de un rasgo biológico ha sido expandido a otros campos (Santoro, 2008). De esta manera, la afirmación del diagnóstico parece sostener el potencial reconocimiento de identidades individuales y colectivas en esta condición, lo que da paso a que pueda desplegarse una nueva forma de “economía política de la esperanza” (Novas, 2006). De este modo, se constituyen una serie de prácticas sociales, iniciadas por los miembros de ANPANDA, para la promoción de la salud y bienestar de niñas y niños diagnosticados con TDAH, lo cual se transforma en un acto con profunda implicancia política. Tal como Carlos Novas (2006) lo describe, el activismo de grupos como ANPANDA permite una transformación que admite modular de un modo distinto las relaciones que esta condición tiene con las esferas políticas, sociales y económicas, las cuales asumen su máxima expresión en el

rol central que dicho colectivo aportó para la introducción del TDAH dentro de las llamadas “necesidades educativas especiales”. Así, se reconoce oficialmente que las niñas y los niños con TDAH muestran mayores dificultades que el resto para acceder a los aprendizajes que les corresponden por su edad y/o curso, y también que requieren apoyo especializado y extraordinario para compensar estas dificultades. En ese sentido, al ser catalogado dentro de las necesidades educativas especiales, se hace un reconocimiento oficial de que estas niñas y estos niños presentan dificultades especiales, pero que, además, es el contexto escolar y familiar el que debe suplir y hacerse cargo mediante el desarrollo de estrategias y capacidades que permitan dar cuenta de ellas (Ministerio de Educación, 2012).

Según consta en la página web de Facebook de ANPANDA, es posible rastrear la introducción del TDAH en el decreto que marca las necesidades educativas especiales (llamado “decreto 170”) a un primer momento en el que se produjo un encontrón entre miembros de ANPANDA y Sergio Bitar, ministro de Educación del gobierno de Ricardo Lagos, presidente de Chile entre 2000 y 2006. En aquella ocasión, los miembros de ANPANDA encabezados por Ida Parra habrían enfrentado al ministro a la salida de un evento para reclamarle acerca de que “si es que acaso él sabía cuántos niños había en las salas chilenas con TDAH, así como las dificultades que estos vivían día a día por no estar recibiendo la educación que necesitaban y el riesgo que eso conllevaba en el sentido de una futura deserción escolar”. El ministro Bitar, entonces, redirigió a ANPANDA para que explique esto a Paulina Godoy –encargada del área de educación especial–, quien comenzó a trabajar conjuntamente con la ONG respecto a estos temas. Este trabajo conjunto posibilitó que tiempo después ANPANDA pudiese presentar las dificultades que viven niños diagnosticados con TDAH frente a la Comisión de Educación del Senado, momento en que resultó central el testimonio de

un alumno que fue invitado a hablar de su experiencia con TDAH y las dificultades escolares y sociales vinculadas a este diagnóstico.

Esta forma de pensar y habitar con respecto al diagnóstico, haciendo uso de él para establecer ciertas demandas a otros actores, va más allá de la pura identificación con base en una supuesta biología, como lo piensa Paul Rabinow (2005). Lo que nos permite ver esta forma de maniobrar y hacer uso del diagnóstico, como un elemento de presión de ANPANDA, recuerda los análisis recientes entre patología e identidad correspondientes a la noción de *ciudadanía biológica* o *biociudadanía*,² la cual hace especial énfasis en la estrecha relación entre la concepción de lo viviente y las epistemes³ formuladas por la biomedicina, es decir, la propuesta de que entre sus entramados circularían dispositivos por los cuales se traducirían no solo los propósitos, funcionalidades y modos de existencia de lo biológico, y la comprensión y evaluación de la vida, sino también del sí mismo y sus relaciones (Michael y Rosengarten, 2012; Rose, 2012).

Han sido Rose y Novas (Novas y Rose, 2000; Rose y Novas, 2008) quienes han asignado al término un potencial específico para comprender las relaciones interpuestas por el conocimiento biomédico. En su trabajo de 2008, estos autores relatan la formación de un nuevo vínculo entre la biomedicina y el sí mismo, irreducible a procesos de subjetivación anteriores (Cooter, 2008). La biociudadanía

² Su uso ha dado cuenta de una transformación radical en las interacciones entre ciencia, medicina y gobierno. El término habría aparecido por primera vez en 2002 (Cooter, 2008), en el trabajo de Adriana Petryna. Para ella, biociudadanía describe las demandas individuales y colectivas por el reconocimiento de cobertura institucional a la población ucraniana dañada y explotada luego del desastre de Chernóbil (Petryna, 2002, 2004).

³ La episteme constituye un espacio intermedio de las relaciones entre las ciencias y discursos científicos, una racionalidad base o condición de posibilidad para pensar, observar y describir el mundo. No se trata de un sistema unificado o una teoría subyacente, sino más bien de una dispersión, proliferación y articulación de múltiples esquemas que remiten unos a otros (Foucault, 1968).

constituye una nueva territorialización de la responsabilidad en torno a elementos de índole biológica, como enfermedades u otros procesos vinculados al cuerpo, así como nuevas prácticas de identidad y ciudadanía asociadas a ello. La noción de biociudadanía implica aproximarnos a la idea de una política mediada por elementos epistémicos que comprometen personalmente la subjetividad y corporalidad de los individuos, involucrándolos en el propio gobierno para el logro de fines orientados por estándares de sanidad (Gottweis, 2008). Se asocia a la articulación y búsqueda de distintos conocimientos, criterios de reconocimiento, técnicas diagnósticas y de intervención, que inciden en la definición de sí, y a partir de los cuales se establecen relaciones estratégicas consigo mismo y con los otros. Ello deriva en una nueva experiencia del sí mismo y del cuerpo mediada por elementos técnicos (Castillo-Sepúlveda, 2015; Tirado *et al.*, 2014).

Lo anterior se expresa en la “Carta abierta de la Agrupación Nacional de Padres y Amigos de Niños con Déficit Atencional (ANPANDA CHILE)” al Congreso Nacional. En ella, puede leerse lo siguiente:

Hay que saber identificar a estos niños, diagnosticarlos y tratarlos oportunamente. Se calcula que hasta el 60 por ciento de estos educandos presentan los síntomas hasta la edad adulta, entonces hay que corregir lo que los rodea, darles apoyo, crear el ambiente adecuado para que se desarrollen académicamente, capacitar a los maestros y derrumbar mitos.

Estos niños deben contar con un entorno donde los maestros, padres, familias e instituciones educacionales confluyan en una atención adecuada. Tenemos conocimiento de establecimientos educacionales que transan el derecho a la educación exigiendo el uso indiscriminado de psicoestimulantes [...]. Dejamos claro que, los medicamentos, en todos los casos, deben ser prescritos por profesionales calificados y representan solo un adyuvante en el tratamiento multiprofesional que el niño debe recibir. La salud mental de niños y jóvenes es un tema cuya atención compete al Estado a través de las instituciones públicas dependientes de las secretarías de Salud y de

Educación. En nuestro país la protección de la salud, que tiene entre otras finalidades la de hacer efectivo el derecho a la prevención, control y tratamiento de padecimientos mentales y neurobiológicos que, si bien no son mortales, tienen un impacto en el ámbito psicosocial de los individuos, el mismo que puede derivar en consecuencias negativas para su salud y educación (ANPANDA, 2005).

Como puede apreciarse, la condición del TDAH cesa de ser concebida únicamente como el efecto de dinámicas impuestas por otros actores sobre la niña o el niño con el fin de producir un efecto de sanción y control sobre su motilidad disruptiva en el aula, y su evanescente concentración en las tareas escolares, para pasar a ser utilizada en procesos y dinámicas que requieren reconocer, cuando menos, la capacidad de estos individuos y colectivos de organizarse en torno a estos diagnósticos para usarlos como trazos identitarios que permiten interpelar a otras instancias, a otros actores. Organizados alrededor del TDAH y la forma en que se inserta en trayectorias vitales e historias de vida, los miembros de ANPANDA demandan no solamente un reconocimiento del diagnóstico que permita una forma distinta de habitar las escuelas, sino que además exigen que dicho reconocimiento se produzca en condiciones previamente convenidas, y siguiendo ciertas lógicas. Por ejemplo, que no conlleve una sobremedicación innecesaria de la infancia, y que emerjan formas de capacitar a los profesores respecto al TDAH. Capacitación que conlleva el reconocimiento de su condición médica.

De la biosocialidad a los mundos compartidos: las experiencias cotidianas de niñas y niños

Nuestro argumento respecto a la imposibilidad de encapsular lo inconmensurable de la heterogeneidad de millones de experiencias de medicalización experimentadas por niñas

y niños alrededor del mundo en teorías que proponen una explicación única y homogénea no se sustenta únicamente en la idea de que –tal como lo ilustra el caso de ANPAN-DA– diversos colectivos sociales pueden hacer uso de las categorías biomédicas para establecer demandas y nuevas formas de relación con el Estado y los otros actores inmersos en la producción del diagnóstico. De igual relevancia nos parece poder establecer un gesto ético y político relacionado con cuáles son las voces y experiencias válidas a la hora de pensar estas teorías. Dicho de otro modo, no deja de asombrarnos cómo gran parte de la producción científica vinculada con las experiencias de medicalización de la infancia parecen obviar significativamente a aquellos actores que se encuentran en primera línea, inmersos directamente en estas dinámicas: niñas y niños.

En ese sentido, la dimensión metodológica tiene una relevancia fundamental para estudiar la medicalización de la infancia, considerando cómo esta dimensión, por una parte, provee el contexto que justifica la investigación, pero además juega un rol ineludiblemente político, el cual se expresa en la construcción del cómo investigar estos asuntos y determinar quién puede o no expresarse respecto a ellos (Denzin y Lincoln, 2005). Al investigar estas cuestiones existe siempre una reflexión ontológica y epistémica que trasciende lo puramente técnico y procedimental, y mediante la cual se fijan los lugares del investigador, del sujeto de estudio y de las relaciones que se determinan entre ellos (Fox Keller, 1991).

Siguiendo esta línea, cabe abrirse a la pregunta respecto a la omisión de niñas y niños en la investigación de los procesos de medicalización, acto que parece centrarse en su conceptualización como sujeto carenciado, incapaz de participar en investigaciones ya que no tendrían los mismos atributos fundamentales que los adultos. Niñas y niños entendidos entonces como sujetos inestables, incompletos, incapaces de dar cuenta de sí y, sobre todo, dependientes de las acciones que vienen desde lo adulto. La escasa

investigación en Chile sobre el tema de la medicalización parece situarse en estas coordenadas (Abarzúa y González, 2012), que consideran a niñas y niños como no formando parte afectante del tejido social, sino solo como objetos que deben ser investigados o conocidos desde el mundo adulto (Juretic y Fuenzalida, 2015; Rojas Navarro, 2017). Bajo esta lógica, niñas y niños tienen poco que enseñarnos, ya que no resultan ser nada más que aquello que les suponemos teniendo en cuenta su estatuto puramente de “efecto” o “resultado” de las acciones del mundo adulto.

Creemos necesario abrir la investigación a atreverse a hacer nuevas preguntas y a introducir nuevos actores para permitir investigaciones cualitativamente distintas. ¿Qué pasaría si preguntamos a niñas y niños sobre sus experiencias de medicalización, considerándolos como algo más que aquel receptáculo sobre el cual se ejercen los mecanismos de control, como algo más que un cuerpo dócil? Algo de esto fue adelantado por la emergencia en Europa del campo de investigación de los “nuevos estudios sociales de la infancia” en la década de 1980, el cual se constituyó en torno a la necesidad de entender de un modo distinto las relaciones de las niñas y los niños con el mundo. Estos son reconceptualizados como agentes sociales con la capacidad de reproducir las relaciones sociales dominantes, por un lado, y destacando su capacidad de agencia en la modificación del mundo, por el otro (Vergara *et al.*, 2015). Estas ideas empiezan a permear en el contexto Latinoamericano durante los últimos quince años, “aun cuando no ha asumido una identidad tan definida” (Vergara *et al.*, 2015: 56). Pese a esta identidad difusa, circulan ya una serie de debates que se han planteado al respecto en el contexto Latinoamericano; por ejemplo, ¿son niñas y niños sujetos incompletos o pasivos, o tienen una posición social activa y productora? (Schöngut-Grollmus, 2017), ¿son las niñas y niños actores sociales competentes, capaces de interpretar su contexto, leer las claves culturales y participar de la vida social? (Vergara *et al.*, 2015). ¿Qué roles y que funciones pueden cumplir niñas,

niños y adolescentes en la investigación social cuando no se los considera solo como fuentes de información, sino que se rescata su agencia y productividad social? (Milstein, 2006). ¿Cómo se inscriben niñas y niños en los diferentes conflictos sociales o las relaciones de poder? (Gandulfo, 2012; Rojas Navarro y Rojas, 2013; Rojas Navarro y Vrecko, 2017), por nombrar algunos.

Siguiendo estas inquietudes resulta relevante pensar también que un proceso de medicalización como el conducido con base en el TDAH no puede ni debería agotarse en las percepciones que diversos actores del mundo adulto tienen sobre el vivenciar de niñas y niños. Al abrir la posibilidad de escuchar sus experiencias cotidianas con el TDAH, es posible observar que la posibilidad de nombrar ciertas experiencias y malestares haciendo uso de conceptos e ideas del discurso biomédico no necesariamente conlleva un efecto de patologización. La literatura científica muestra cómo el uso del discurso biomédico puede también posibilitar una des-estigmatización de ciertas vivencias y formas de vida (Biehl, 2004, 2013). Entendiendo que patologizar y medicalizar son cosas diferentes (Fassin, 2011), es posible observar el potencial productivo que conlleva la medicalización de ciertos aspectos de la infancia, así como también los riesgos y peligros que van de la mano con su sobremedicalización, la cual en Chile y en el caso de TDAH se expresa en la sobreabundancia del tratamiento farmacológico y la falta de rigor y precisión en el uso de la categoría del TDAH.

Considerando que las experiencias con la medicación y con el diagnóstico son, indudablemente, permeadas por los aspectos sociomateriales en donde se produce el encuentro de fármacos, diagnósticos, niñas y niños, creemos importante estimular el estudio de esas realidades materiales tal como ocurren en las diversas locaciones, construyendo análisis que logren salir de los férreos marcos teóricos y metodológicos que han guiado gran parte de la investigación respecto a la medicalización en América Latina,

para poder complementar dichas lecturas con investigaciones que intenten superar los reduccionismos comúnmente encontrados en la investigación con niñas y niños. Salir de lecturas tomadas por las dicotomías y reduccionismos modernos implica hacerse cargo de la complejidad del mundo social, así como de los matices –psicológicos, sociales, materiales– que marcan las experiencias que allí se construyen y comparten (Rojas Navarro *et al.*, 2017).

Tal como Rojas Navarro y Vrecko (2017) mencionan en su análisis del uso de psicoestimulantes en colegios del barrio alto de Santiago, Chile, el metilfenidato puede ser usado por niñas y niños para propósitos que trascienden la docilidad tan temida, fomentando su capacidad de acción para efectos que les resultan de interés a ellas y ellos en desmedro de las tareas escolares. Lamentablemente, este tipo de investigaciones aún se encuentra en ciernes, aunque son parte de un llamado global de aquellos interesados en estudiar la infancia, a mirar e investigar las vidas cotidianas y experiencias de niñas y niños desde nuevos lugares (Spyrou, 2017). Existe un sinfín de experiencias que deben ser consideradas para matizar la conclusión un poco apresurada de que toda medicalización es negativa, o que su implementación no se encuentra con ninguna forma de recalcitrancia (Savransky, 2014). Nuevas perspectivas sobre la medicalización se abren al considerar la heterogeneidad de experiencias, al prescindir de significados *a priori*, al buscar la desintegración de falsos dilemas, binarismos y oposiciones, y al favorecer un enfoque de nodos como parte de una red socio-técnico-material (Latour y Zadunaisky, 2008).

Conclusiones

A lo largo de este capítulo hemos argumentado que la historia del TDAH en Chile presenta peculiaridades que hacen necesario tomar distancia respecto a algunas ideas

prevalentes en los estudios de la medicalización conducidos en América Latina. Principalmente, creemos que la discusión acerca de los mecanismos y efectos de la medicalización se enriquecerían enormemente si más investigaciones dieran cuenta de que, pese a su pretensión de universalidad, los discursos y dispositivos biomédicos siempre tienen un anclaje cultural, el cual fuerza procesos de asimilación y acomodación de esos saberes y prácticas, y crean versiones locales e idiosincráticas de los diagnósticos, tratamientos y expectativas en torno al saber biomédico. Por lo mismo, nos parece que intentar unificar las experiencias de medicalización de la infancia en una gran teoría que pueda dar cuenta de las experiencias de millones de niñas y niños alrededor del mundo no solamente es fútil, sino que también es inconducente. En reemplazo de lo anterior, creemos necesario multiplicar las visiones y versiones de la medicalización para así poder visibilizar las dinámicas particulares y locales mediante las cuales estos procesos se llevan a cabo, a la vez que entendemos las consecuencias de dichas dinámicas en tanto que, si bien en algunas locaciones pueden producir efectos de control y docilidad, en otras puedan conllevar a experiencias de politización, bienestar y/o libertad.

El caso del TDAH en Chile nos permite dar cuenta de la compleja red de entramados mediante los cuales una categoría global –como lo es el diagnóstico del TDAH– se acomoda y hace parte, modificaciones mediante, de un contexto sociomaterial particular. En Chile, el TDAH ha mostrado trayectorias que no solamente hablan de control sobre los cuerpos de niñas y niños, sino también de una lucha de familias por des-estigmatizar la vida cotidiana de sus hijas e hijos gracias a la oportunidad que se abre al propiciar la biomedicina un discurso sobre esos cuerpos, sus experiencias y formas de habitar el espacio. Esto es, el TDAH permite observar el surgimiento de formas de biociudadanía, tal como lo han nombrado autores como Carlos Novas y Nikolas Rose (Rose y Novas, 2008). Así, la biociudadanía contempla un nuevo proyecto de persona

que vincula conocimientos y normas acerca de la salud, y un valor distintivo de la biología en conexión con el ser humano en términos individuales y colectivos. Individuales, en cuanto a la relación consigo mismo a partir de la señalada individualidad somática que se modifica al introducir el conocimiento biomédico, el cual articula nuevos recursos para la descripción y comprensión de sí mismo. Esto implica actos de elección del curso de la vida que integren recursos epistémicos dispuestos por la biomedicina (Novas y Rose, 2000), así como la búsqueda de participación en nuevos ensamblajes políticos y legales vinculados con la producción de evidencia en torno a enfermedades (Charles, 2013; Orsini, 2006; Rhodes, Harris, y Martin, 2013).

La noción de biociudadanía implica aproximarnos al TDAH entendiéndolo como un fenómeno mediado por elementos epistémicos que comprometen personalmente la subjetividad y corporalidad de los individuos, involucrándolos en el propio gobierno para el logro de fines orientados por estándares de sanidad (Gottweis, 2008). Se asocia a la articulación y búsqueda de distintos conocimientos, criterios de reconocimiento, técnicas diagnósticas y de intervención, que inciden en la definición de sí, y a partir de los cuales se establecen relaciones estratégicas consigo mismo y con los otros.

El caso de ANPANDA nos hace reflexionar acerca de cómo esas nuevas relaciones de niñas y niños consigo mismos, con sus cuerpos y con los otros puede plantearse desde el TDAH, pero que esto no necesariamente ocurre en su perjuicio. En este sentido, cabe destacar lo planteado por Erik Parens (2013), al mencionar que el foco de análisis debe desplazarse para formularse de otro modo, en tanto la pregunta no es ya respecto a medicalizar o no medicalizar, sino sobre la existencia de buenas y malas formas de medicalización. ANPANDA nos muestra cómo la comprensión biomédica de la motricidad y atención infantil puede tener no uno sino múltiples desenlaces, y que por ende no puede reducirse de una manera simplista. Los elementos locales

que facilitaron y produjeron la asimilación del TDAH en Chile nos hacen reticentes a creer que toda medicalización de la infancia sea necesariamente indeseable. Siguiendo lo planteado por Didier Fassin (2011), medicalizar y patologizar son dos fenómenos diferentes. La medicalización de ciertos aspectos de la infancia puede producir nuevas y más amables formas de habitar el mundo para algunas niñas y niños (Rojas Navarro y Vrecko, 2017), como puede también ser usada para lo contrario.

Si bien compartimos la preocupación por el potencial uso abusivo de la medicación, la cual muchas veces parece ser dada con demasiada liviandad, y sin seguir los criterios de coterapia que el mismo ministerio alienta en los casos en que se implemente tratamiento farmacológico (Ministerio de Salud, 2008), así como también nos parecen preocupantes las altas tasas de prevalencia actuales del TDAH en Chile, creemos que es más productivo abrir estas cifras y prácticas a una interrogación crítica en vez rechazarlas apresuradamente. Por lo mismo, en vez de objetar de entrada la medicalización como algo a ser evitado, creemos que se requiere mayor prudencia en el análisis, y estar atentos a los propósitos, modos y consecuencias que dichos procesos tienen en las locaciones particulares y vivencias cotidianas de niñas y niños, para así poder observar sus limitaciones tanto como sus virtudes.

Bibliografía

- Abarzúa, M. y González, M. (2012). "Salud mental infanto-juvenil como problemática pública", *Revista de Psicología*, 16, 2, 79-95.
- ANPANDA (2005). "Carta abierta de la Agrupación Nacional de Padres y Amigos de Niños con Déficit Atencional al Congreso Nacional". Disponible en <https://goo.gl/ipNBuJ> [consulta: noviembre, 2017].

- Armus, D. (ed.) (2005). *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*. Buenos Aires: Lugar.
- Barkley, R.A. (2002). "International consensus statement on ADHD", *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 2, 89-111.
- Behrouzan, O. (2016). *Prozak Diaries*. Stanford, California: Stanford University.
- Bianchi, E. *et al.* (2016). "Medicalization beyond physicians: pharmaceutical marketing on attention deficit and hyperactivity disorder in Argentina and Brazil (1998-2014)", *Saúde E Sociedade*, 25, 2, 452-462.
- Biehl, J. (2004). "Life of the mind: The interface of psychopharmaceuticals, domestic economies, and social abandonment", *American Ethnologist*, 31, 4, 475-496.
- Biehl, J. (2013). "The judicialization of biopolitics: Claiming the right to pharmaceuticals in Brazilian courts", *American Ethnologist*, 40, 3, 419-436.
- Breggin, P.R. (2001). *Talking back to ritalin: what doctors aren't telling you about stimulants and ADHD*. Cambridge: Perseus.
- Castillo-Sepúlveda, J. (2015). "Identidad y equipamiento en colectivos biosociales: una lectura semiótico-material", *Summa Psicológica*, 12, 1, 51-61.
- Charach, A.; Skyba, A.; Cook, L. y Antle, B.J. (2006). "Using Stimulant Medication for Children with ADHD: What Do Parents Say? A Brief Report", *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 2, 75-83.
- Charles, N. (2013). "Mobilizing the self-governance of pre-damaged bodies: neoliberal biological citizenship and HPV vaccination promotion in Canada", *Citizenship Studies*, 17, 6-7, 741-755.
- Conrad, P. (1975). "The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior", *Social Problems*, 23, 1, 12-21.

- Conrad, P. y Bergey, M.R. (2014). "The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder", *Social Science y Medicine*, 122, 31-43.
- Cooter, R. (2008). "Biocitizenship", *Lancet*, 372, 9651, 1725.
- Davis, J.E. (2006). "How medicalization lost its way", *Society*, 43, 6, 51-56.
- De la Barra, F.E.; Vicente, B.; Saldivia, S. y Melipillan, R. (2013). "Epidemiology of ADHD in Chilean children and adolescents", *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5, 1, 1-8.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2005). "Introduction: The discipline and practice of qualitative research", en *Handbook of Qualitative Research* (3º ed.). Londres: SAGE.
- Erlandsson, S.I. y Punzi, E. (2017). "A biased ADHD discourse ignores human uniqueness", *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 12(sup1.).
- Etkin, N.L. (1988). "Cultural constructions of efficacy", en Van der Geest, S. y Whyte S. R. (ed.), *The context of medicines in developing countries: Studies in pharmaceutical anthropology*. Kluwer Academic.
- Fassin, D. (2011). "This is not medicalization", en Hunt, G.; Milhet, M. y Bergeron, H. (ed.), *Drugs and culture: knowledge, consumption and policy* (1º ed.). Burlington: Ashgate.
- Figuerola, A. (2017). Respuesta al Oficio N° 332283, del 11 de julio de 2017 de Luis Rojas Gallardo, prosecretario de la Cámara de Diputados. Disponible en <https://goo.gl/hQEm8D> [consulta: octubre de 2017].
- Foucault, M. (1968). "La función política del intelectual. Respuesta a una cuestión", *Revista ESPRIT*, 371, 850-874.
- Foucault, M. (1988). "El sujeto y el poder", *Revista Mexicana de Sociología*, 50, 3, 3-20.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France (1977-1978)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Fox Keller, E. (1991). *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Alfons el Magnànim.
- Fraser, M. y Greco, M. (2005). *The Body*. New York: Routledge.
- Fraser, D.S.; Valentine, K. y Roberts, C. (2009). "Living Drugs", *Science as Culture*, 18, 2, 123-131.
- Gálvez, K. (1995a). "El déficit atencional madura con y sin Ritalín", *Revista YA*.
- Gálvez, K. (1995b). "Mi vida es un drama total", *Revista YA*.
- Gandulfo, C. (2012). "Guaraní sí, castellano más o menos: Etnografía en colaboración con niños/as en una escuela rural de Corrientes, Argentina", *Spanish in Context*, 9, 2, 315-338.
- Gibbon, S. y Novas, C. (eds.) (2007). *Biosocialities, Genetics and the Social Sciences: Making Biologies and Identities* (1º ed.). London: Routledge.
- Gottweis, H. (2008). "Participation and the New Governance of Life", *BioSocieties*, 3, 3, 265-286.
- Hansen, D.L. y Hansen, E.H. (2006). "Caught in a balancing act: parents' dilemmas regarding their ADHD child's treatment with stimulant medication", *Qualitative Health Research*, 16, 9, 1267-1285.
- Haraway, D.J. (1991). *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*. London: Free Association.
- Henríquez, J. (2017). "Crece importación de Ritalín y nueva ley prohíbe a colegios condicionar matrícula a medicación", *La Segunda*, 11 de marzo.
- Herrera, J. (2015). "Inteligencia y déficit atencional: la importancia de un diagnóstico", *La Tercera*, 4 de abril. Disponible en <https://goo.gl/aLJrFT> [consulta: octubre de 2017].
- Jaque, J. M. y Rodríguez, F. (2011). "Los 20 años de la generación Ritalín". *La Tercera*, 4 de junio, pp. 4-5.

- Juretic, J. y Fuenzalida, J. (2015). "Diseño Institucional de un nuevo Sistema de Protección Integral de la Infancia y Adolescencia en Chile. Principios y componentes esenciales". Centro de Sistemas Públicos del Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile. Disponible en <https://goo.gl/DeK91V> [consulta: noviembre de 2017].
- Latour, B. y Zadunaisky, G. (2008). *Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Manantial.
- López, F. (2017). "Sin medicamentos no hay colegio", *Ahora Noticias*, 16 de marzo. Santiago de Chile: Megavisión. Disponible en <https://goo.gl/FPiaVk> [consulta: noviembre de 2017].
- Mayes, R.; Bagwell, C. y Erkulwater, J.L. (2009). *Medicating children: ADHD and pediatric mental health*. Cambridge: Harvard University.
- Michael, M. y Rosengarten, M. (2012). "Medicine: Experimentation, Politics, Emergent Bodies", *Body and Society*, 18, 3-4, 1-17.
- Milstein, D. (2006). "Y los niños ¿por qué no? Algunas reflexiones sobre un trabajo de campo con niños", *Avá*, 9, 49-59.
- Ministerio de Educación (2012). "Decreto 170. Fija normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de las subvenciones para educación especial". Disponible en <https://goo.gl/VMF8gw> [consulta: noviembre de 2017].
- MINSAL (2008). "Guía clínica Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hipercinético/ Trastorno de la Atención (THA)". Ministerio de Salud.
- Murguía, A.; Ordorika, T.; Lendo, L.F.; Murguía, A.; Ordorika, T. y Lendo, L.F. (2016). "The study of processes of medicalization in Latin America", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23, 3, 635-651.

- Novas, C. (2006). "The Political Economy of Hope: Patients' Organizations, Science and Biovalue", *BioSocieties*, 1, 3, 289-305.
- Novas, C. y Rose, N. (2000). "Genetic risk and the birth of the somatic individual", *Economy and Society*, 29, 4, 485-513.
- Nye, R.A. (2003). "The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century", *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39, 2, 115-129.
- Orsini, M. (2006). "Illness Identities and Biological Citizenship: Reading the Illness Narratives Hepatitis C Patients". Presentación, *Encuentro anual de la Canadian Politician Science Association*.
- Parra, I. (2012). "Entrevista a Ida Parra". Recuperada del sitio web de Facebook de ANPANDA. Disponible en <https://goo.gl/DEqH8t> [consulta: noviembre de 2017].
- Parens, E. y Johnston, J. (2009). "Facts, values, and attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an update on the controversies", *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, 1, 1.
- Parens, E. (2013). "On Good and Bad Forms of Medicalization", *Bioethics*, 27, 1, 28-35.
- Petryna, A. (2002). *Life Exposed*. Princeton: Princeton University.
- Petryna, A. (2004). "Biological Citizenship: The Science and Politics of Chernobyl-Exposed Populations", *Osiris*, 19, 250-265.
- Petryna, A. (2013). *Life Exposed: Biological Citizens after Chernobyl (With a New introduction by the author edition)*. Princeton: Princeton University.
- Polanczyk, G.; De Lima, M.S.; Horta, B.L.; Biederman, J. y Rohde, L.A. (2007). "The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis", *The American Journal of Psychiatry*, 164, 6, 942-948.
- Rabinow, P. (2005). "Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality", en *Anthropologies of Modernity*. Oxford: Blackwell.

- Rhodes, T.; Harris, M. y Martin, A. (2013). "Negotiating access to medical treatment and the making of patient citizenship: the case of hepatitis C treatment", *Sociology of Health and Illness*, 35, 7, 1023-1044.
- Rojas Navarro, S. (2017). "Salud mental e infancia en Chile: desde la oferta pública a la invisibilización de la infancia actual" (en prensa).
- Rojas Navarro, S. y Rojas, P. (2013). "The making of children identities beyond adult given classifications: Biomedical diagnostic categories and processes of resistance performed by Chilean children", en *Dialogues and debates in the making of theoretical psychology*. London: Captus University.
- Rojas Navarro, S.; Rojas, P. y Peña, M. (2017). "From problematic children to problematic diagnosis: The paradoxical trajectories of ADHD in Chile", en *Global Perspectives on ADHD: Social Dimensions of Diagnosis and Treatment in 16 Countries*. Johns Hopkins University.
- Rojas Navarro, S. y Vrecko, S. (2017). "Pharmaceutical entanglements: an analysis of the multiple determinants of ADHD medication effects in a Chilean school". *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 12(sup1).
- Rojas, J. (2010). *Historia de la infancia en el Chile republicano, 1810-2010*. Santiago de Chile: JUNJI.
- Rose, N. (2007a). "Beyond medicalisation", *Lancet*, 369, 9562, 700-702.
- Rose, N. (2007b). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: Princeton University.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPe.
- Rose, N. y Novas, C. (2008). "Biological Citizenship", en *Global Assemblages*. Oxford: Blackwell.

- Salazar, P. (2010). "Testimonio del peregrinaje de una escolar con déficit atencional". *La Tercera*, 21 de marzo. Disponible en <https://goo.gl/6HSn9J> [consulta: noviembre de 2017].
- Santoro, P. (2008). "De la Sociobiología a la(s) Biosocialidades: Hacia un estudio social de las Biociencias contemporáneas". Presentación, Seminario Departamento de Sociología V, Madrid. Disponible en <https://goo.gl/2b8rV7> [consulta: noviembre de 2017].
- Savransky, M. (2014). "Of Recalcitrant Subjects", *Culture, Theory and Critique*, 55, 1, 96-113.
- Schöngut-Grollmus, N. (2017). "Ensamblajes socio-técnicos para la producción de intervenciones psicosociales en un programa del Servicio Nacional de Menores", *Psicoperspectivas*, 16 (3), 41-51.
- Sepúlveda, J. (1995). "Visión crítica del Síndrome de hiperactividad con déficit de atención", *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 6, 2, 9-18.
- Singleton, V. y Michael, M. (1993a). "Actor-Networks and Ambivalence: General Practitioners in the UK Cervical Screening Programme", *Social Studies of Science*, 23, 2, 227-264.
- Singleton, V. y Michael, M. (1993b). *Science, women and ambivalence: an actor-network analysis of the Cervical Screening Programme*. Lancaster.
- Singh, I. (2008). "Beyond polemics: science and ethics of ADHD", *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 12, 957-964.
- Singh, I.; Kendall, T.; Taylor, C.; Mears, A.; Hollis, C.; Batty, M. y Keenan, S. (2010). "Young People's Experience of ADHD and Stimulant Medication: A Qualitative Study for the NICE Guideline", *Child and Adolescent Mental Health*, 15, 4, 186-192.
- Singh, I. y Wessely, S. (2015). "Childhood: a suitable case for treatment?", *Lancet Psychiatry*, 2, 7, 661-666.
- Spyrou, S. (2017). "Time to decenter childhood?", *Childhood*, 24, 4, 433-437.

- Tirado, F.J.; Baleriola, E.; Giordani, T. y Torrejón, P. (2014). "Subjetividad y subjetivadores en las tecnologías de bioseguridad de la unión europea", *Revista Polis E Psique*, 4, 3, 23-50.
- The Lancet* (2014). "The realities and needs of children living with ADHD", 384, 9938, 104.
- Timimi, S.; Moncrieff, J.; Jureidini, J.; Leo, J.; Cohen, D. y Whitfield, C. (2004). "A critique of the international consensus statement on ADHD", *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1, 59-63-69.
- Timimi, S. y Taylor, E. (2004). "ADHD is best understood as a cultural construct", *The British Journal of Psychiatry*, 184, 1, 8-9.
- Vergara, A.; Peña, M.; Chávez, P. y Vergara, E. (2015). "Los niños como sujetos sociales: El aporte de los Nuevos Estudios Sociales de la infancia y el Análisis Crítico del Discurso", *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 14, 1, 55-65.
- Whyte, S.R., y Van der Geest, S. (1994). "Injections: Issues and Methods for Anthropological Research", en Etkin, N.L. y Tan, M. (ed.), *Medicines: Meanings and contexts*. Quezon City: Health Action Information Network.
- Wilens, T.E. *et al.* (2008). "Misuse and Diversion of Stimulants Prescribed for ADHD: A Systematic Review of the Literature", *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 47, 1, 21-31.

Los “no hay” de Paraguay

Exploración en torno de las dificultades para el estudio de los procesos de medicalización de la infancia

MARCELA SCAGLIA, LIVIA GONZÁLEZ, TANIA BIEDERMANN,
ALEJANDRA RODRÍGUEZ, ALICIA ÁNGULO Y LETICIA RODRÍGUEZ

Introducción

A diferencia de sus vecinos del Cono Sur, Paraguay tiene los índices más bajos de desarrollo humano. Con alrededor de siete millones de habitantes, la mitad de su población tiene menos de 18 años. La inequidad en términos económicos plantea un escenario de análisis tendiente a por un lado, niñas y niños con graves problemas de desnutrición, sin acceso a los servicios básicos de salud y con violación a los derechos humanos fundamentales para este grupo etario y, por otro lado, una infancia que, a través de prestadores privados, sin control ni regulación por parte del Estado, sugeriría, tal como se demostró en trabajos sobre otros países de la región que están incluidos en este volumen (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay), incipientes procesos de sobrediagnósticos en el campo de la salud mental, particularmente relacionados con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Paraguay no cuenta aún con una normativa nacional en salud mental, además, no se han desarrollado investigaciones, publicaciones, ni registros de diagnósticos y de psicofármacos utilizados en niñas y niños. Con respecto al

TDAH, tampoco existen asociaciones o grupos de sociedad civil (usuarios o familiares) organizados en relación con esta problemática.

Ante esta situación, y constituidas como equipo a partir de la convocatoria realizada por el equipo de investigación de Argentina para el presente libro, el artículo que aquí presentamos tiene como finalidad abrir un espacio de análisis y reflexión acerca de algunas líneas iniciales en relación con los procesos de medicalización en la infancia en Paraguay. Para ello, realizamos una exploración de la problemática a nivel del marco normativo, para luego profundizar en el rol de las instituciones educativas y la participación de la industria farmacéutica, específicamente en lo que se refiere al TDAH.

Metodológicamente, se desarrolló una investigación de tipo cualitativo con entrevistas en profundidad a autoridades nacionales, referentes en la materia, así como la aplicación de un cuestionario cerrado a profesionales del área de la psicología, psiquiatría, psicopedagogía e instituciones educativas de Asunción, ciudad capital del Paraguay.

Enmarcamos este trabajo en una mirada sociopolítica de los procesos de democratización del país; proceso que lleva cerca de treinta años y pareciera no lograr instituir cuestiones mínimas respecto de derechos y cuidado de su ciudadanía, particularmente, en lo relacionado con la población de niñas y niños.

Desarrollar este trabajo nos desafía en cuanto a la imperante necesidad de generar datos que puedan constituirse en una voz incipiente que posicione el tema a nivel nacional y que permita llevar adelante acciones conducentes a posibles políticas en salud mental específicas para la infancia.

Contexto país

Luego de una dictadura de 35 años, en 1989 se inició la transición a un proceso democrático en el cual los sucesivos gobiernos se enfocaron en modificar la Constitución Nacional y crear nuevas leyes.¹ Como resultado, desde la Constitución Nacional de 1992, la República del Paraguay se constituye como un Estado social de derecho, unitario, indivisible y descentralizado. Fundada en el reconocimiento de la dignidad humana, se establece como modelo de gobierno la democracia representativa, participativa y pluralista, basada en la división de Poderes (Ejecutivo, Legislativo y Judicial), y sus autoridades son electas por voto directo cada cinco años.

Según datos de 2017 de la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC), Paraguay es un país con alrededor de siete millones de habitantes, de los cuales el 45% tiene menos de 18 años, es decir, de cada 100 personas, 39 son niños, niñas y adolescentes (DGEEC, 2017). Los niños, las niñas y los adolescentes paraguayos menores de 15 años representan un 31% (2.083.797). De la población total, el 56% vive en áreas urbanas (1.160.000 niños, niñas y adolescentes) y 44% en áreas rurales (922.000 niños,

¹ Desde 1954 hasta 1989 gobernó el General Alfredo Stroessner: “Si las obras materiales fueron el legado rescatable de los 35 años –equivalentes a siete periodos gubernamentales– de Alfredo Stroessner, queda un flanco imprevisible ante la memoria de las generaciones futuras: la violación sistemática de los derechos humanos y la instauración de una corrupción sistémica que alcanzó niveles nunca antes conocidos en la historia paraguaya. El autoritarismo impuesto por el stronismo se sumó a la larga saga de gobiernos de igual cuño en nuestro pasado. En muchos aspectos, la represión de Stroessner lo reglamentó, lo perfeccionó e instaló el miedo como compañero habitual de las actividades cotidianas de dos generaciones de paraguayos. El balance de tantos años sin libertades públicas ni garantías constitucionales es demoledor. En el Paraguay hubo que crear ciudadanía a la caída de su gobierno. Fue ese un proceso lento y trabajoso que explica, en parte, la inusual duración de la transición posterior. Transición sobre la que el modo stronista de pensar siguió dejando su impronta por muchos años” (Neri Farina y Boccia Paz, 2010: 24).

niñas y adolescentes) (DGEEC, 2013). Otro dato demográfico importante en el país corresponde a la población nativa (117.150 indígenas), distribuidos en 19 pueblos pertenecientes a cinco grupos lingüísticos que habitan en 13 departamentos del país y en Asunción (DGEEC, 2012). Paraguay ha reconocido oficialmente dos lenguas: el español y el guaraní en el año 1992, aunque puede considerarse como un país pluricultural y plurilingüe (Meliá, 2004).

En Paraguay, en el período 2010-2016, la pobreza total a nivel nacional muestra una tendencia sostenida a la baja, pasando de 34,7% a 29% (CEPAL, 2017). El porcentaje sigue como uno de los más altos de la región (CEPAL, 2017), con un escaso desarrollo humano y situaciones de violaciones sistemáticas de derechos humanos, que han llevado al país a sanciones internacionales en diversos ámbitos (infancia, adolescencia, salud mental, poblaciones indígenas, etc.), lo cual evidencia la necesidad de la instalación y consolidación de políticas sociales efectivas para todos los ciudadanos sin exclusión.

El análisis de la situación de pobreza según dominio geográfico muestra que la pobreza en el área rural es más profunda en comparación con la zona urbana, donde el ingreso promedio no alcanza a cubrir el 39,7% del costo de la canasta básica de consumo. En el área urbana este indicador se reduce al 29,6%. En Paraguay alrededor de 705.000 niños, niñas y adolescentes viven en hogares en situación de pobreza, de los cuales 320.000 están en pobreza extrema (DGEEC, 2014).

En 2016 Paraguay contaba con un PIB de U\$S 27.424.071,38, con un crecimiento del 4,02% y una inflación del 5% en 2014 (BM, 2017).

El ingreso medio per cápita para el año 2016 a nivel nacional es cercano a los 1.323.000 guaraníes. El 10% más pobre de la población tiene un ingreso promedio mensual per cápita cercano a los 201.000 guaraníes y participa con el 1,5% del total

de los ingresos en el 2016. El 10% más rico tiene un ingreso medio mensual por persona cercano a los 5.020.000 guaraníes y participa con el 37,9% del ingreso total (DGEEC, 2016).

Según el Informe de Desarrollo Humano 2016, Paraguay ocupa la posición 110, entre 188 países y territorios. Los indicadores de Paraguay son menores al promedio de América Latina y el Caribe (PNUD, 2016). En una comparación con sus vecinos más cercanos, Paraguay, al igual que Bolivia, se encuentra en la franja de desarrollo humano medio. El índice de Paraguay (0,693) es inferior al promedio de América Latina y el Caribe (0,751). Según los cuatro indicadores para medir este índice, Paraguay (en relación con Bolivia y el Mercosur): en esperanza de vida al nacer (73 años) es superior a Bolivia pero inferior a los demás países del Mercosur; en escolaridad actual (7,7 años) es inferior a Bolivia, Uruguay, Argentina y Chile aunque superior a Brasil; en expectativa de escolaridad (11,9 años) es inferior a Bolivia, Chile y los demás países del Mercosur; en PIB per cápita según PPA1 (US\$ 7.580) es superior a Bolivia, la mitad del de Brasil y menos de la mitad del de Uruguay, Argentina y Chile (PNUD, 2016).

Si bien a nivel país ha habido en los últimos años un crecimiento económico importante, este no ha representado una significativa disminución de la pobreza y la desigualdad de ingresos, que siguen siendo un reto importante.

Un dato no menor en la comprensión del contexto político, económico y social tiene que ver con la corrupción que permea todos los niveles de institucionalidad nacional. Según el último informe de Transparencia Internacional sobre percepción de la corrupción a nivel mundial, que incluye a 176 países, Paraguay aparece como el “vice campeón” en Sudamérica, solo por encima Venezuela. A nivel de América Latina está entre los cinco países más corruptos, superando a Venezuela, Haití, Nicaragua y Guatemala. A nivel mundial, de 176 países, Paraguay se encuentra en

el puesto número 123 (Transparency International, 2017). Un indicador más acerca del lento proceso de transparencia nacional es el hecho de que solo desde hace 2 años se cuenta con una ley de acceso a la información pública, y pueden realizarse consultas *on line* al portal de Transparencia Activa.²

Diferentes dimensiones en la infancia y adolescencia en el Paraguay

Es importante destacar que en los últimos veinte años la tasa de mortalidad infantil se ha reducido en más de la mitad (Unicef, 2013), que actualmente es de 15,2 por mil nacidos vivos. Desde 2015, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) intenta reducir, en un período de cuatro años, en un 20% la cantidad de neonatos fallecidos a través del “Programa 0 muertes evitables” (Unicef, 2017).

La desnutrición crónica de la primera infancia en Paraguay es de 17,5%. Es de las más altas de la región, y lo es mucho más en la salud infantil indígena (41%). En cuanto a los adolescentes, el 60% fallece por causas externas debidas a accidentes. Se estima que un 14% de niños, niñas y adolescentes vive con algún tipo de discapacidad. Uno de cada cuatro adolescentes menores de 14 años consume o drogas o alcohol, empezando a los 8 años de edad (Unicef, 2013).

En Paraguay seis de cada diez niños, niñas y adolescentes reportan haber sido víctimas de algún tipo de maltrato por parte de sus familiares más cercanos. El 35% manifestó haber recibido violencia física grave, mientras que el 13% de los encuestados dijo haber sido objeto de violencia física leve y el 13% expresó haber vivido violencia psicológica (BECA-Unicef, 2011).

² Ver el Portal Unificado de Información Pública, sección “Transparencia Activa” <<https://goo.gl/odg6n4>>.

Estos datos traen de la mano una enorme responsabilidad para todos los sectores de la sociedad, teniendo presentes las sabidas consecuencias emocionales y relacionales de la violencia, que repercuten en todos los ámbitos de la vida (familiar, social, escolar, etc.) y que probablemente serán reproducidas si no se realiza una fuerte transformación cultural y de pautas de crianza. Un avance importante en este sentido, y muy reciente, es la aprobación de la Ley 5.659/2016 “De promoción del buen trato, crianza positiva y de protección a niños, niñas y adolescentes contra el castigo físico o cualquier tipo de violencia como método de corrección o disciplina”.

En el Paraguay, el 5,4% de la población de 15 años es analfabeta. El informe de la DGEEC de 2014 consigna que “cerca de 1.400.000 niños y niñas tienen entre 6 y 15 años de edad, y de ellos el 96,6% está asistiendo a una institución de enseñanza formal, mientras que el 3,4% está fuera del sistema escolar” (DGEEC, 2014: 1).

Los resultados muestran que la tasa de deserción escolar disminuyó desde 2003, de 33,8% a 28,6% en 2012, según la encuesta permanente de hogares y el análisis realizado por el Instituto Paraguayo de Investigaciones Económicas (Instituto Paraguayo de Investigaciones Económicas, 2012).

El informe de la DGEEC de 2014 también consigna que

según la Encuesta Nacional sobre actividades de niños, niñas y adolescentes (5 a 17 años de edad) ejecutada durante el año 2011, el 23,5% del total de niños, niñas y adolescentes realiza alguna actividad económica (436.419). De esta cantidad el 22,4% (416.425) está en situación de trabajo infantil (trabajo prohibido) ya sea por tener una edad inferior a 14 años o considerarse peligroso el trabajo que está realizando (DGEEC, 2014: 2).

La incidencia de trabajo peligroso es mayor entre niños y adolescentes varones que entre niñas y adolescentes mujeres (30,2% y 14,8% respectivamente) y predominante en el área rural frente a la urbana. Se estima que en Paraguay

existen 46.993 niños, niñas y adolescentes en situación de criadazgo,³ lo que representa el 2,5% del total del país. Analizando la población de niños, niñas y adolescentes en trabajo infantil, la asistencia escolar se reduce en un 9% (OIT-EANA, 2011).

Como consecuencia de la falta de acceso a centros educativos en las zonas rurales del país, perduran modelos educativos que incluyen internación de niños, niñas y adolescentes en escuelas y colegios durante el año lectivo, lo que implica separación de sus familias y su ingreso a un esquema de cuidado institucional. Según el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), existen un total de 17 instituciones de modalidad “internado”.

Debido a las lluvias, Paraguay se ha visto afectado por inundaciones en diversas áreas, principalmente las que se encuentran a orillas de los ríos. La Secretaría de Emergencia Nacional (SEN) reportó en 2014 un total de 245.945 personas (49.189 familias) afectadas por las inundaciones en Asunción y los departamentos de Alto Paraguay, Concepción, Presidente Hayes, Boquerón, San Pedro, Alto Paraná, Central, Ñeembucú y Misiones (SEN, 2014). Según el reporte de situación del Ministerio de Educación y Cultura, 91 instituciones educativas fueron afectadas por las inundaciones y un total de 11.959 niños, niñas y adolescentes fueron afectados en los siete departamentos del país.

Según la Dirección de Protección Especial (DIPROE), organismo perteneciente a la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia cuyo objetivo es velar por los derechos de los niños, niñas y adolescentes separados de sus

³ El “criadazgo” se constituye en una práctica arraigada en el país consistente en que una familia entrega a un niño/a a terceras personas para que le proporcionen educación y manutención a cambio de que realice tareas domésticas no remuneradas en el ámbito de su hogar. Esta práctica tiene sus antecedentes en la época de las colonias, cuando, a consecuencias de las guerras sufridas en el país, las mujeres se vieron obligadas a entregar a sus hijos a otras familias a condición de cubrir sus necesidades de alimentación y educación (CETI-SNNA, 2017).

familias, a diciembre de 2014, la cantidad de niñas, niños y adolescentes institucionalizados ascendía a 1517 en 59 instituciones de cuidado alternativo, de las cuales solamente 38 se encuentran fiscalizadas (DIPROE, 2014a). Específicamente,

de los cuales el 59% son hombres y el 41% mujeres. El 6% recibía atención especializada entendida la misma como niño, niña o adolescente con alguna discapacidad o viviendo con VIH. El 74% de estos NNA se encontraba escolarizado mientras que el 26% están sin escolarización (DIPROE, 2014b).

El tiempo promedio de institucionalización se mantiene desde 2009 en 4 años y 4 meses (DIPROE y Fundación Corazones por la Infancia, 2014).

Si bien Paraguay experimentó un importante descenso de la tasa global de fecundidad, se registran 20 embarazos por cada 100 adolescentes de la región (Moragas, 2012). Según un informe del Ministerio de Educación y Cultura, de estos embarazos el 27,9% corresponde a adolescentes escolarizadas (Moragas, 2012). Por otra parte, con relación a las adolescentes indígenas, las tasas de maternidad adolescente son más elevadas que en los demás grupos étnicos (70%) (Moragas, 2012).

Contexto de la situación de la salud mental en Paraguay

La Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la máxima autoridad a nivel nacional en temas de salud mental. El país no cuenta aún con una ley de salud mental, aunque desde la década de los noventa hasta hoy se han desarrollado cuatro anteproyectos de ley, los cuales no han avanzado más que una media sanción. En una entrevista mantenida con la

directora de salud mental nacional en 2017, asoció los motivos por los que aún no se ha logrado aprobarla a intereses y conflictos políticos.

Actualmente el país cuenta con una Política Nacional de Salud Mental (2011-2020) (MSPBS, 2011a), el *Manual de normas y procedimientos en la atención de salud mental* (MSPBS, 2011b), así como el *Protocolo de manejo clínico de trastornos mentales en atención primaria de la salud* (2011c). El enfoque de la política contiene una mirada de derechos humanos y atención integral, con una clara apuesta por la reinserción social y el abordaje comunitario. Sin embargo, llama la atención que el *Protocolo* responde a un modelo claramente biomédico y basado principalmente en el *CIE-10*, que abarca tópicos que incluyen cómo hacer el diagnóstico, y cuáles son las medicaciones recomendadas, y que la medicación psicofarmacológica es un eje central en la intervención. Otro punto a resaltar es la falta de diferenciación de rangos etarios en el *Protocolo de manejo clínico*, así como que no hay protocolos de atención ni recomendaciones de tipos de tratamiento o de atención en salud mental infanto-juvenil. Según nos refirió la directora, se está trabajando en la elaboración de guías de intervención.

Dentro del marco normativo, se tienen en cuenta la Convención de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (con el concepto de discapacidad psicosocial), y en cuanto a niñez, en el anteproyecto de ley de salud mental, no se contempla un apartado especial de niñez y adolescencia. Solo un artículo menciona la niñez y adolescencia, con lo cual se evidencia la invisibilización de la necesidad de dar respuestas diferenciadas a este grupo etario. El anteproyecto tampoco menciona ningún tipo de regulación en cuanto a la utilización de psicofármacos.

En Paraguay, la única ley que regula el uso de psicofármacos (medicamentos controlados) es la misma que rige las drogas ilegales. Se trata de la Ley 1.340, de 1988, con modificaciones de 2002. La vigilancia se encuentra a cargo del Ministerio de Salud y Bienestar Social y de la Secretaría

Nacional Antidrogas (MSPBS, 2015). Existen tres profesionales en el país autorizados para indicar psicofármacos: médicos (cualquier disciplina), veterinarios y odontólogos. Según el reporte de las entrevistas realizadas, el sistema de control es frágil ya que, si bien hay un recetario numerado del Ministerio para las recetas cuadruplicadas, no descartan la existencia de falsificaciones de firmas y recetarios, así como de fallas en el control de los sellos.

En cuanto a la cobertura, hasta el año 2008 el Ministerio de Salud atendía de 500 a 600.000 personas; a partir de la gratuidad de los servicios, para fines de 2011, esta cifra ascendió a 2.500.000. Actualmente existen 704 unidades de salud de la familia, aunque la internación psiquiátrica sigue estando centralizada en la ciudad capital. En relación con la internación psiquiátrica de niños, niñas y adolescentes, si bien no existen centros o instituciones específicas para tal fin, en los casos en que se realizan suelen ser de corta estancia, con orden judicial y en compañía de algún familiar o referente, y dependiendo del cuadro (MNP; 2017: 68).

Por otro lado, de acuerdo con lo conversado con la directora del área de Salud Pública, específicamente en el ámbito de la salud mental, en el año 2008 se alcanzaron las 25.000 consultas al año, mientras que en 2017 ascendieron a 100.000.

Actualmente el sistema de salud nacional está regido por las Redes Integradas de Servicios de Salud, que orientan la propuesta de descentralización de los servicios hacia un enfoque comunitario (vinculado a las ya existentes Unidades de Salud Familiar, a los centros de salud, y de allí a los centros hospitalarios distritales y/o departamentales), con lo que se busca disminuir la demanda de atención básica en los hospitales especializados y acercar la atención a las comunidades.

En 2017, según el informe provisto por la Dirección Nacional de Salud Mental, la cantidad total de médicos psiquiatras en el país era de 85. Con la especialidad infantojuvenil están registrados doce psiquiatras, siete de los cuales han realizado su especialización en el extranjero.

Otra de las fragilidades tiene que ver con el sistema de registro (atenciones, diagnósticos, tratamientos, consultas, etc.). El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social tiene una Dirección de Información Estratégica de Salud. Los datos de las atenciones diarias deben ser cargados *on line* por todos los profesionales; si bien algunos consignan la información por este medio electrónico, otros lo hacen en planillas en papel que envían al Departamento de Estadísticas. Según refirió la directora de Salud Mental, aunque ha mejorado mucho la carga de datos, esta solo alcanza a entre el 60% y 70% del total. El Departamento Central tiene dificultades para la carga y los motivos que refieren tienen que ver con la mala provisión de Internet, la sobrecarga de trabajo, y la insuficiencia de recursos humanos, entre otros problemas. Actualmente que los profesionales o servicios no carguen la información no tiene consecuencias en términos de sanciones. De todas maneras la información con la que sí se cuenta es bastante general, y no se puede disgregar por rangos etarios.

Según la información provista por la Dirección de Salud Mental, a nivel nacional, el primer motivo de consulta es la depresión (en adultos y niños), el segundo son los trastornos de ansiedad (en adultos y niños) y el tercero, los trastornos de aprendizaje. Otro dato relevante es que el 48% de los consultantes tiene menos de 19 años.

El principal centro de atención en salud mental infantojuvenil del país funciona dentro del Hospital Pediátrico Acosta Ñu, que reporta las atenciones a la Dirección General de Hospitales (por lo tanto, no llega a la Dirección de Salud Mental) y maneja su presupuesto de manera independiente (en lo atinente a la compra de medicamentos, por

ejemplo), a diferencia de otros servicios que sí dependen de la Dirección de Salud Mental. Si bien deben seguir lo establecido por la ley, tienen un manejo más autónomo.

Dentro del Ministerio de Salud, existe la Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia, cuyas principales líneas de trabajo apuntan al consumo de drogas, el embarazo adolescente y la atención temprana (detección de trastornos del desarrollo). Actualmente Paraguay tiene un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo para desarrollar los servicios articulados (MSPBS, MEC, SNNA), pero hasta ahora solo se han hecho manuales y capacitaciones, no se instalaron efectivamente los servicios (BID, 2012).

La directora de Salud Mental manifestó que desde el organismo oficial no existen investigaciones a nivel nacional en relación con el tema de uso psicofarmacológico en niños y adolescentes. Vinculado con la distribución de psicofármacos desde el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en cualquiera de sus dependencias, si bien existe un listado de medicamentos de distribución gratuita, no siempre se dispone de ellos. Desde 2009 está centralizada la compra a cargo de la Dirección General de Insumos Estratégicos en Salud (MSPBS, 2009). El listado se revisa periódica pero no sistemáticamente; la última vez fue en 2015 y en esa oportunidad no se realizaron cambios, con lo cual la lista permanece igual desde 2009. Cabe aclarar que en ella no figura el metilfenidato. La lista contempla un total fijo de ítems, por lo que para incluir un medicamento es necesario excluir otro, lo que conlleva a que los laboratorios realicen *lobby* permanentemente.

Si bien la realización de un estudio en profundidad sobre el tipo de servicios y los desafíos de la salud mental en Paraguay excede el alcance del presente escrito, se podría concluir esta sección considerando que los elementos mencionados muestran claramente los pendientes en esta materia. Principalmente, el hecho de no contar con una ley de salud mental, cuya sanción está demorada en el Congreso

Nacional desde 2014, pero también una inversión destinada a la atención en salud mental sustancialmente mayor, sobre todo con un enfoque psicosocial y no exclusivamente médico y de internación.

Más ampliamente, lo que se extrae de este panorama es

la tensión [...] permanente entre el paradigma médico/rehabilitador y el modelo social de atención a las personas con discapacidad dentro del sistema de salud. Esto se vio agravado con el hecho de que en la actualidad, el Hospital Psiquiátrico (al menos el de Asunción) cuenta con recursos y mayor financiación que los modelos de atención comunitaria (más cercanos a los territorios de los usuarios/as o vinculados a residencias alternativas para dicho colectivo) (MNP, 2017: 73).

La situación educativa en Paraguay

Retomando el objetivo de la presente investigación, que pretende elaborar un panorama de la infancia y sus diagnósticos en el país, resulta necesario revisar lo que sucede en la institución escolar, un ámbito que desde diferentes estudios en la región y el mundo está considerado como un lugar de detección del TDAH (Conrad y Bergey, 2014; Faraone *et al.*, 2008). Es por este motivo que realizaremos una breve síntesis de la situación educativa en Paraguay a partir del cambio de gobierno de 1989.

Las propuestas de reforma educativa son intervenciones de los Estados que buscan instalar cambios en la estructura del sistema educativo en vistas a promover mejoras en el ámbito del currículo, la enseñanza y el ejercicio de la docencia. No obstante, lograr acortar las distancias entre lo que la escuela ofrece y lo que las niñas y los niños necesitan supone iniciar un camino de reflexiones acerca del acto educativo y los procesos de enseñanza que de él se derivan.

Finalizando el largo período de régimen autoritario que tuvo el país por más de tres décadas, en 1989 la educación paraguaya se ubicaba en último escalón respecto de sus países vecinos en relación con su nivel de desarrollo, una educación absolutamente carente de posibilidades de realizar un análisis crítico que llevara a su transformación (Rivarola, 2000). Históricamente, el aparato educativo se había caracterizado por ser altamente funcional a los objetivos político-partidarios del régimen vigente, por ser considerado una herramienta de adoctrinamiento y control ideológico-social a través de mecanismos de coacción y prebendarismo.

Durante el gobierno stronista, la exigencia de afiliación partidaria junto con la recomendación de un dirigente del gobierno, del partido o de las Fuerzas Armadas eran condiciones para acceder a cargos docentes. Otro recurso sistemáticamente utilizado fue el seguimiento y control de las actividades políticas y sociales de los docentes, que se ejercía por medio de los supervisores escolares. De esa manera, el gobierno se aseguraba la fidelidad de sus seguidores. Como ha subrayado el mismo autor, la utilización de la militancia partidaria como requisito y mérito para usufructuar una posición en el ejercicio de la docencia fue un importante elemento de discriminación que afectaba a quienes no estando afiliados al partido oficial debían soportar restricciones, inseguridad y censuras. Contrariamente, el contar con la “militancia partidaria” eximía de la responsabilidad de todo crecimiento profesional, lo que se constituyó en un factor central en todo lo referente a mejoras en los procesos de formación docente (Rivarola, 2000).

Poco tiempo después del cambio de gobierno que llevó a Paraguay a adentrarse en modelos democráticos de funcionamiento institucional, se inició un proceso de reforma educativa que abarca todo el sistema nacional. En 1992, el Consejo Asesor de la Reforma Educativa, creado tiempo después de la caída del régimen y conformado por representantes de la educación superior y del ámbito artístico

y cultural, elaboró una serie de documentos que sirvieron de marco para definir las principales líneas de acción sobre las que debería asentarse el proceso de reforma educativa cuyos tres grandes ejes fueron: calidad, eficiencia y equidad educativa.

Al mismo tiempo, el Ministerio de Educación y Cultura estableció con el Banco Mundial y con el Banco Interamericano de Desarrollo dos importantes convenios de préstamo no reembolsables para dar inicio a la reforma, la cual hizo énfasis en la educación inicial y escolar básica. Desde ese momento y de manera sostenida, se desarrolló un significativo esfuerzo en la elaboración de planes, programas y propuestas de mejoras educativas. Cabe mencionar la realización, en 1992 y 1993, de dos congresos educativos nacionales y 19 regionales convocados por el Parlamento, con la participación de docentes y otros actores educativos, en los que se discutieron temas tales como los principios y filosofía de la reforma educativa, bilingüismo, formación docente, administración educativa, educación indígena, entre otros (MEC, 2000) y la introducción progresiva de nuevos programas de estudios en todos los niveles educativos (Elías, 2017).

Así también, en 1998 se promulgó la Ley General de Educación 1264, que redefinió el marco normativo e institucional del sistema educativo. Respecto de la calidad de la educación paraguaya, una de las preocupaciones principales ha sido el bajo nivel de logros constatado en los aprendizajes de las alumnas y los alumnos, en especial en la educación escolar básica. La mayoría de los estudios realizados en esa época señalaron como factores asociados a la magra calidad educativa: el tiempo de trabajo escolar, la condición de bilingüismo imperante en el país y la calidad de los textos escolares, entre otros aspectos (Elías, 2014).

Si bien se han desarrollado planes y programas, reformado planes y currículos (MEC, 2014a) y modificado los sistemas de evaluación, y pese a los grandes esfuerzos

realizados, hoy la educación y en especial la educación escolar básica sigue presentando un panorama similar al que mostraba décadas atrás.

Aunque el sistema educativo ha logrado avances en términos de acceso y de nuevas propuestas educativas, no ha podido eliminar, ni siquiera disminuir las desigualdades sociales. Así lo expresa Elías cuando plantea que “la exclusión educacional se vincula a la estructura social de desigualdad, expresada en la pobreza, la inequidad, la segregación, lo que conduce a la repitencia, rezago, deserción escolar y bajos rendimientos académicos” (Elías, 2014: 7).

El “Informe Nacional Paraguay: Educación para todos 2000-2015” señala que si bien entre los años 2000 y 2004 los datos indican una cobertura de la población de 6 a 11 años casi universal, se observa que este valor disminuyó significativamente hasta llegar al 83% en 2012, con lo cual se aleja 14 puntos porcentuales de la meta (MEC, 2014b). Por otro lado, la tasa de supervivencia (indicador que señala el sostenimiento del niño dentro del sistema educativo, es decir, la capacidad de retenerlo) se mantuvo estable entre 2004 y 2011 con valores cercanos al 84% (MEC, 2014b).

Así además, si bien el porcentaje de alumnos repitentes en el primer ciclo ha disminuido entre 2000 y 2012, en el caso de tercer grado se mantuvo estable. Dicha disminución es más marcada en primero y segundo grado en 2008, dato que podría relacionarse con los nuevos procedimientos referentes a la promoción de los alumnos en el primer ciclo determinados por la Resolución N° 186 (MEC, 2006), que habla de una promoción automática en el caso de los grados mencionados. Asimismo, en el caso de tercer grado se establece que la niña o el niño deberán haber aprobado todas las áreas académicas para ser promovidos al ciclo superior, y es allí donde el porcentaje se mantuvo estable. Aun así, se observa que, en 2012, 1 de cada 13 alumnos fue reprobado en su grado y se encontraba en situación de fracaso escolar al iniciar su “itinerario escolar” (MEC,

2014: 47). Estos datos muestran una vez más la fragilidad del sistema para producir avances sostenidos en los aprendizajes de niños y niñas.

Por otro lado, Paraguay cuenta con el Servicio Nacional de Evaluación del Proceso Educativo, creado en 1995 y dependiente de la Dirección de Evaluación de la Calidad Educativa del MEC, cuya finalidad es producir y difundir informaciones válidas y confiables sobre los logros académicos a modo de diagnóstico para la toma de decisiones de las políticas educativas, así como en el ámbito de escuelas y aulas (MEC, 1998).

Según los datos presentados respecto de las evaluaciones de 2010 aplicadas a estudiantes de tercero, sexto y noveno grado de la Educación Escolar Básica en el área de matemática y comunicación, en un alto porcentaje el desempeño se concentra en los niveles más bajos de rendimiento. El término “niveles más bajos de rendimiento” se traduce en el reconocimiento de conceptos, objetos y elementos, solución de problemas simples del sistema numérico y algebraico, geométrico y de medición en el área de matemática, y capacidades referidas a comprensión escrita y lingüística respecto de vocabulario y textos simples, figuras literarias, relaciones morfosintácticas y normas ortográficas para el área de comunicación (MEC, 2013).

Los resultados evidencian que entre el 30% y 45% de los estudiantes, dependiendo del grado evaluado, se ubican en los menores niveles de desempeño (nivel I o por debajo) (MEC, 2013). En esta línea de análisis, la situación se pone más grave cuando se reconoce que estar por debajo del nivel II significa que un alumno de matemáticas no muestra la capacidad de utilizar conceptos básicos para resolver problemas simples (según su edad), situación que enfrenta entre un tercio a la mitad de los alumnos examinados. Una calificación por debajo del nivel II en comunicación significa que el estudiante tiene dificultad para comprender los elementos más generales del texto y demostrar un conocimiento básico de la gramática (Instituto de Desarrollo, 2013).

Recientemente el MEC hizo públicos los resultados de las mismas pruebas correspondientes a 2015, cuyos datos muestran que alrededor del 58% de los alumnos de tercer grado registran puntajes inferiores a la media en ambas áreas académicas (matemática y comunicación), y solo entre el 6 y 9% alcanzó el nivel más alto.

Esto significa que alrededor del 70% de las y los estudiantes maneja conceptos muy básicos, con una comprensión superficial de los textos. El foco principal de esta entrega fue informar sobre el desempeño de los estudiantes a nivel nacional, así como presentar una información comparativa entre las evaluaciones 2010 y 2015 (*Última Hora*, 2018).

Como se puede observar, estos datos son altamente desesperanzadores y muestran una vez más las grandes dificultades en materia de aprendizaje que presenta el país.

Una mirada reduccionista de la educación: las dificultades de aprendizaje desde un enfoque biomédico. Hacia un sondeo inicial

Paralelamente a esto, un dato significativo y alarmante para quienes nos encontramos comprometidos personal y profesionalmente con la educación de la infancia es el incremento considerable de fracaso en los aprendizajes escolares, fracasos conceptualizados en términos de dificultades individuales y asociadas a patologías hoy de moda como lo son el TDAH (Janin, s./f.).

Al hablar de fracaso escolar se refiere a aquello que la escuela como institución señala o identifica como “problemas de aprendizaje”. Dentro de esta conceptualización se incluyen un abanico amplio de conductas y funcionamientos que no “encajan” o se corresponden con lo que la institución educativa espera de los niños y niñas.

Este abanico va desde cuestiones como no seguir las indicaciones del docente a cargo del aula, no lograr la copia de los ejercicios presentados en la pizarra, dificultades con la resolución de ejercicios y pocas habilidades grafomotoras, hasta cuestiones como inquietud, desatención y conductas disruptivas, entre otras.

Estas descripciones realizadas en su mayoría por maestros y padres encierran una fuerte tendencia homogeneizadora de los procesos de aprendizaje, siendo leídas como dificultades de la niña o niño o la persona que las presenta y quedando fuera de toda posibilidad de análisis elementos que hacen al contexto, es decir, los procesos de enseñanza, los docentes y los vínculos que se establecen en el acto educativo. Se vuelve necesario comenzar a pensar el aprendizaje como una cognición situada. Al decir de Madoni y Gueler,

la noción de aprendizaje situado abandona la tradicional mirada puesta en el individuo que aprende, responsable de sus aprendizajes y portador de un problema cuando no lo hace, para abordar la complejidad de la actividad humana, en forma situada. Cobra fuerza la idea de que es imposible aislar el aprendizaje en la cabeza de los sujetos, pues para comprenderlos es necesario atender su condición de situado, pero también de distribuido en la trama de la actividad compartida con otros (Madoni y Gueler, 2016: 18).

Como en Paraguay no hay antecedentes de estudios que hayan hecho un relevamiento de los diagnósticos frecuentes sobre las dificultades de aprendizaje y la incidencia de los procesos de medicalización de la infancia, para la presente investigación se desarrollaron tres cuestionarios dirigidos a psicólogos/as (área clínica y educacional), psicopedagogos/as, psiquiatras infantiles, neurólogos/as infantiles y pediatras que trabajaran en consultorios privados o colegios privados con niños y niñas de hasta 8 años. Fueron elaborados para ser respondidos de manera virtual y opcionalmente anónimos, y se los envió a 55 profesionales. Por

otro lado, se elaboraron cuestionarios para ser respondidos por colegios privados y escuelas públicas de Asunción, que se enviaron a 52 instituciones, y un tercer cuestionario para “otras instituciones”, destinado a institutos interdisciplinarios privados o públicos, que se remitió a 17 institutos.

El objetivo fue recolectar datos sobre los diagnósticos más comunes en el ámbito infantil, la medicalización de niñas y niños, y la percepción de los profesionales con respecto a la utilización de psicofármacos.

Los cuestionarios fueron respondidos entre los meses de septiembre y noviembre de 2017. Cabe mencionar que si bien fueron enviadas notas e emails, realizadas llamadas telefónicas de seguimiento y visitas, con sucesivas extensiones de plazos establecidos para recibir y procesar los datos, de la cantidad total de consultados se obtuvo respuestas solo del 20%, porcentaje del cual no podemos inferir un resultado representacional a nivel global.

Sin embargo, a partir de los datos obtenidos, llaman la atención los siguientes resultados.

En primer lugar, los tres diagnósticos más comunes señalados por los y las profesionales que trabajan en el ámbito del consultorio privado son: TDAH, trastornos del espectro autista y trastornos conductuales. Por su parte, los cuestionarios referidos el ámbito educativo refieren como diagnósticos más comunes los trastornos conductuales y los trastornos del espectro autista, y posicionan al TDAH en segundo lugar.

Respecto a la utilización de psicofármacos, los y las profesionales del ámbito del consultorio privado refirieron que los más utilizados se relacionan con estabilizadores del ánimo/anticonvulsivos, antidepresivos y neurolépticos. Los cuestionarios respondidos por las instituciones educativas refieren que las niñas y los niños que están medicados reciben, en primer lugar, estabilizadores del ánimo, anticonvulsivos y estimulantes, y en segundo lugar, antidepresivos.

Con relación al porcentaje de niños que reciben medicación a partir de sus diagnósticos, en el ámbito del consultorio privado el 83% de los profesionales médicos evalúa la utilización de medicación psicofarmacológica en el tratamiento de niños y niñas como “importante pero no indispensable”. En el ámbito educativo el 40% respondió que esta es “indispensable”.

Estos datos se refuerzan en la entrevista mantenida con la profesional del MEC, quien nos revela que, desde su experiencia como técnica pedagógica referente en el área de inclusión educativa, acompaña algunos casos de niños y niñas con dificultades de aprendizaje, y de ellos el 20% recibe medicación psicotrópica y en su mayoría presenta diagnósticos de TDAH y autismo. Asimismo, comenta que las drogas utilizadas son en su mayoría normalizadores de conducta y ansiolíticos.

Los aportes de Conrad y Bergey (2014) a la investigación sobre el paradigma de la medicalización subrayan que las estrategias de *marketing* de la industria farmacéutica se han ido orientando no tanto al médico sino con mayor énfasis al consumidor, incluyendo en él a la familia y a la escuela. Con particularidades, una dinámica afín ha sido constatada en investigaciones realizadas en Argentina y Brasil (Bianchi *et al.*, 2016), y en función de lo aquí documentado, se puede asumir que en Paraguay se encuentra en curso una modalidad equivalente de penetración de los procesos globalizados de medicalización.

Por otro lado, respecto de la prevalencia de diagnósticos, la profesional del MEC nos relató que según su parecer, desde la implementación de la Ley de Educación Inclusiva (promulgada en 2013) han aumentado los casos diagnosticados, y advierte una mayor visibilidad en el caso de los TDAH. La Ley 5136/13 de Educación Inclusiva define las dificultades de aprendizaje en términos de “trastornos específicos del aprendizaje como un conjunto de problemas que interfieren significativamente en el rendimiento en la escuela, dificultando el adecuado progreso del niño y la

consecución de las metas marcadas en los distintos planes educativos” (Ley 5136), contribuyendo de esa manera a una comprensión reducida de las dificultades de aprendizajes.

La Dirección General de Educación Escolar Básica no cuenta con registros de indicación medicamentosa psicofarmacológica o diagnósticos psiquiátricos. Esta información es manejada desde la Dirección de Educación Inclusiva y el Registro Único del Estudiante, un sistema de consolidación de la información del alumno de reciente aparición y que es manejado por la Dirección de Planificación Educativa.

La Dirección de Educación Inclusiva también se encarga de todo lo referente a normativas y lineamientos respecto del abordaje de las dificultades de aprendizaje y, si bien busca articular el trabajo con las direcciones de los distintos niveles educativos (nivel inicial, educación escolar básica, educación media, etc.), aún aparecen como dependencias separadas, sin un trabajo explícito de coordinación, lo que implica que los procesos de articulación reposen fuertemente en esfuerzos de voluntades individuales.

Esto demuestra que la información respecto del tema diagnósticos y prescripción de psicofármacos en la infancia todavía aparece muy segmentada para el MEC, y no está disponible a la fecha de la realización de este escrito.

Es notoria la falta de postura del MEC como órgano rector de todo lo relativo a procesos educativos, frente al tema de la medicalización en la infancia, ya que no se constituye como un tema de análisis, ni hay un posicionamiento claro al respecto. No obstante, se evidencia una tendencia hacia lo orgánico-biológico como mirada prevalente frente a las problemáticas de otra índole que pudieran presentar los niños y niñas.

Resulta llamativo el lugar que ocupa la industria farmacológica en el ámbito de la formación de estudiantes y profesionales, ya que se puede notar su fuerte presencia como auspiciantes de los seminarios, tanto en congresos

nacionales como internacionales sobre salud mental.⁴ En general, los eventos sobre psiquiatría general y trastornos del aprendizaje en particular (como el *Primer Congreso de Neurología Infantil* y la *Jornada Internacional de Neurología Pediátrica* con el tema “déficit de atención e hiperactividad”) están dirigidos a profesionales y a padres, como los dos actores principales relacionados con la salud mental infantil.

Se torna evidente la propaganda para que estudiantes, profesionales y familiares adquieran los catálogos correspondientes de los signos y síntomas de distintos trastornos y de cuáles serían los medicamentos correspondientes para estos diagnósticos. De hecho, los congresos son auspiciados por los laboratorios y se podría decir que esta situación está completamente normalizada y que no se realizan cuestionamientos hacia esta práctica.

En la entrevista con la profesional técnica pedagógica de la Dirección General de Educación Escolar Básica, dentro del ministerio de Educación, nos relató esta situación desde su experiencia:

En el área de educación jamás hemos tenido el apoyo de los laboratorios, pero en el área de capacitación a profesionales psicólogos, por ejemplo, sí hemos visto que apoyan los laboratorios, están ahí con sus medicaciones, con sus recetarios, están con todo, entonces es como que también ellos influyen.

Otro elemento digno de citar y analizar es el señalamiento que la profesional realizó a lo largo de la entrevista cuando expresó haber observado una tendencia hacia una lectura más “biomédica” de las dificultades de aprendizaje: “es como una solución para los colegios y los padres, parecería que los padres sienten que hacen mejor su función de padres si medican al niño, que cumplen mejor su rol”.

⁴ A continuación de las referencias bibliográficas se listan algunos de estos eventos.

En este contexto, la participación de los profesionales se vuelve parte indisociable de la medicalización y pareciera inclusive una *buena práctica* priorizar el paradigma biomédico, donde la lógica es que todas las dificultades humanas, sociales y culturales se reducen muchas veces a un circuito de diagnóstico en términos de trastorno y luego prescripción de medicación y reducción de la mirada contextual inherente a cada expresión humana.

También en este punto, el panorama paraguayo está dando indicios de una expansión de la industria farmacéutica transnacional en diferentes espacios sociales, con estrategias de *marketing* adaptadas a fin de que los diversos grupos y actores sociales consoliden procesos medicalizadores sobre la infancia, en una tendencia análoga a la relevada en otros países de la región (Bianchi *et al.*, 2016).

Reflexiones finales

A partir de la exploración realizada, consideramos que los “no hay” de Paraguay se constituyen como una oportunidad para abrir a tiempo un proceso de transformación social cuyo camino está marcado por la ausencia de normativa, de vigilancia estatal, en simultáneo con una fuerte presencia del empresariado farmacéutico en diferentes poblaciones y niveles (profesional, *marketing*, padres), que nos indican un destino ya conocido en otros países: la medicalización de la infancia y de la vida.

Si bien el acceso de las niñas y los niños a la educación aparece garantizado a través de marcos normativos como son la Constitución y las leyes, la permanencia en el sistema y el acceso a verdaderos procesos de aprendizaje es aún una materia pendiente en el país.

El análisis simplista de los magros resultados respecto de los niveles de aprendizaje logrados, sumado al enfoque biomédico que explica las dificultades de aprendizaje

reduciendo todo a cuestiones de origen neurobiológico, nos lleva a observar con preocupación la referencia de los entrevistados sobre el considerable aumento de los diagnósticos de TDAH y en muchos casos el uso de medicación en etapas cada vez más tempranas del desarrollo infantil.

Se hace entonces urgente visibilizar y tomar los aprendizajes regionales en el tema para abordar esta problemática compleja, que requiere una comunión de esfuerzos a nivel parlamentario, ministerial, de asociaciones profesionales y academia, por citar solo algunos. Esperamos que este aporte nos impulse a sumar actores comprometidos para cuestionar e impulsar las acciones necesarias.

Bibliografía

- BECA-UNICEF (2011). “Estudio sobre maltrato infantil en el ámbito familiar – Paraguay”. Base Educativa y Comunitaria de Apoyo y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Asunción. Disponible en <https://goo.gl/45M75o> [consulta: diciembre de 2017].
- Bianchi, E.; Faraone, S.; Ortega, F.; Portugal, V. y Teixeira, R. (2016). “Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014)”, *Saúde e Sociedade*, 25, 452-462.
- BID (2012). “Invertir en primera infancia: obligación ética y retorno seguro”. Disponible en <https://goo.gl/BcXJFA> [consulta: diciembre de 2017].
- BM (2017). “Paraguay”. Banco Mundial. Disponible en <https://goo.gl/jEAVYC> [consulta: diciembre de 2017].
- CEPAL (2017). “Informe Panorama Social de América Latina 2017”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Disponible en <https://goo.gl/ZeYXT1> [consulta: diciembre de 2017].

- CETI-SNNA (2017). “Consulta Ciudadana N° 5029”. Disponible en <https://goo.gl/CG6FqI> [consulta: diciembre de 2017].
- Conrad, P. y Bergey, M. (2014). “The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder”, *Social Science and Medicine*, 122, 31-43.
- DGEEC (2012). *Compendio Estadístico*. Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Disponible en <https://goo.gl/UdNGxB> [consulta: diciembre de 2017].
- DGEEC (2013). “Compendio Estadístico”. Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Disponible en <https://goo.gl/oN7qPL> [consulta: diciembre de 2017].
- DGEEC (2014). “Encuesta Permanente de Hogares 2014”. Disponible en <https://goo.gl/fHTkdQ> [consulta: diciembre de 2017].
- DGEEC (2016). “Encuesta Permanente de Hogares 2016”. Disponible en <https://goo.gl/Ua3BqV> [consulta: diciembre de 2017].
- DGEEC (2017). “Encuesta Permanente de Hogares 2017”. Disponible en <https://goo.gl/NmKNej> [consulta: diciembre de 2017].
- DIPROE (2014a). Base de datos sobre instituciones de cuidado alternativo para NNA. Dirección de Protección Especial, Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia. Asunción, Paraguay.
- DIPROE (2014b). “Informe estadístico sobre la situación de NNA separados de su familia que se encuentran en modalidades de cuidado alternativo”. Dirección de Protección Especial, Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia. Asunción, Paraguay.
- DIPROE y Fundación Corazones por la Infancia (2014). “Visibilización de niños y niñas que viven en instituciones o albergues. Informe estadístico sobre la situación de NNA separados de su familia que se encuentran en modalidades de cuidado alternativo”. Asunción, Paraguay.

- Elías, R. (2014). *Análisis de la reforma educativa en Paraguay: recursos, prácticas y resultados*. Buenos Aires: CLAC-SO. Disponible en <https://goo.gl/kynLky> [consulta: diciembre de 2018].
- DGEEC (2016). *Encuesta Permanente de Hogares 2016*. Disponible en <https://goo.gl/g5gQ1G> [consulta: diciembre de 2017].
- Elías, R. (2017). “El desafío de la construcción de la participación en la política educativa del Paraguay”. Proyecto Paraguay debate 2.0, diciembre. Disponible en <https://goo.gl/R4vfAa> [consulta: diciembre de 2017].
- Faraone, S.*et al.* (2008). “Campo salud”, en Arizaga, C. y Faraone, S., *La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos*. SEDRONAR–II.GG. Disponible en <https://goo.gl/doUZXR> [consulta: diciembre de 2017].
- Instituto de Desarrollo (2013). “Informe de progreso educativo Paraguay: el desafío de la equidad”. Instituto de Investigación, Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe. Disponible en <https://goo.gl/HSZ8Td> [consulta: diciembre de 2017].
- Instituto Paraguayo de Investigaciones Económicas (2012). “Dinámica de la deserción escolar en Paraguay”. Disponible en <https://goo.gl/HvP3Ed> [consulta: diciembre de 2017].
- Janin, B. (s./f.). *Los niños desatentos y/o hiperactivos: algunas reflexiones*. Disponible en <https://goo.gl/rEXiZG> [consulta: diciembre de 2017].
- Madoni, P. y Gueler, I. (2016). *Mirar la infancia y garantizar su derecho a aprender. En Diversidad y construcción de aprendizajes: hacia una escuela inclusiva*. Buenos Aires: Noveduc.
- MEC (2000). “Los congresos educativos de la reforma de la educación paraguaya”. Ministerio de Educación y Cultura. Asunción: Fundación en Alianza.

- MEC (2013). “Resultados de las evaluaciones área de comunicación”. Ministerio de Educación y Cultura, Dirección General de Planeamiento Educativo, Dirección de Evaluación de la Calidad Educativa. Disponible en <https://goo.gl/SA5bYR> [consulta: diciembre de 2017].
- MEC, (2014a). “Proyecto Evaluación Censal Snepe”. Ministerio de Educación y Cultura, Dirección General de Planificación Educativa. Disponible en <https://goo.gl/8z8HWq> [consulta: diciembre de 2017].
- MEC (2014b). “Revisión Nacional 2015 de la Educación para Todos”. Ministerio de Educación y Cultura. Paraguay. Disponible en <https://goo.gl/AkWYC8> [consulta: diciembre de 2017].
- Meliá, B. (2004). “El estado del bilingüismo en el Estado paraguay (2003-2004)”. Asunción: Codehupy. Disponible en <https://goo.gl/fNa5aK> [consulta: diciembre de 2017].
- Ministerio de Educación y Cultura (1998). “Informe SNEPE. Informe de Resultados 3º grado 1998”. Dirección de Orientación y Evaluación Educativa. Disponible en <https://goo.gl/KfNp73> [consulta: diciembre de 2017].
- MNP (2017). “Legislación, Derechos Humanos, y su relación con la calidad de vida de las personas diagnosticadas con enfermedades mentales que se encuentran institucionalizadas en hospitales psiquiátricos y/o instituciones de encierro del Paraguay”. Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. Disponible en <https://goo.gl/tKjHhH> [consulta: diciembre de 2017].
- Moragas, M. (2012). “Informe especial: embarazo adolescente”. CDIA, Observatorio de Políticas públicas y derechos de la niñez y la adolescencia. Asunción, Paraguay .
- MSPBS (2009). “Listado de Medicamentos Esenciales”. Disponible en <https://goo.gl/MgtxQ9> [consulta: diciembre de 2017].

- MSPBS (2011a). “Política Nacional de Salud Mental 2011-2020. República del Paraguay”. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en <https://goo.gl/PpYFrR> [consulta: diciembre de 2017].
- MSPBS (2011b). “Normas y Procedimientos en la Atención de Salud Mental”. Dirección General de Programas de Salud. Dirección de Salud Mental. Disponible en <https://goo.gl/pXWjJy> [consulta: diciembre de 2017].
- MSPBS (2011c). “Protocolo 4. Manejo Clínico de Trastornos mentales en atención primaria de la salud”. Dirección General de Programas de Salud y Dirección General de Atención Primaria en Salud. Disponible en <https://goo.gl/aLXNDN> [consulta: diciembre de 2017].
- MSPBS (2015). “Política Nacional de Medicamentos”. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Disponible en <https://goo.gl/xwTR8Y> [consulta: diciembre de 2017].
- OIT-EANA (2011). “Encuesta nacional de actividades de niños, niñas y adolescentes. Magnitud y características del trabajo infantil y adolescentes en el Paraguay”. Organización Internacional del Trabajo – Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Disponible en <https://goo.gl/KBWEVT> [consulta: diciembre de 2017].
- Neri Farina, B. y Boccia Paz, A. (2010). “El Paraguay bajo el stronismo (1954-1989)”, en *La gran historia del Paraguay desde la colonia hasta nuestros días*. El Lector. Disponible en <https://goo.gl/ZvUAEp> [consulta: diciembre de 2017].
- PNUD (2016). “Panorama general. Informe sobre desarrollo humano”. Disponible en <https://goo.gl/69hiEa> [consulta: diciembre de 2017].
- Rivarola, D. (2000). “La reforma educativa en el Paraguay”. Serie Políticas Sociales. Santiago: CEPAL, Naciones Unidas. Disponible en <https://goo.gl/SNTBC1> [consulta: diciembre de 2017].

- SEN (2014). “Paraguay: Emergencia por inundaciones. Reporte de Situación N° 06 (al 09/07/2014)”. Secretaría de Emergencia Nacional. Disponible en <https://goo.gl/YaXkb6> [consulta: diciembre de 2017].
- Transparency International (2017). “Corruption Perception Index. Paraguay”. Disponible en <https://goo.gl/2FZR3E> [consulta: diciembre de 2017].
- Última Hora (2018). “Aprendizaje en instituciones públicas está por debajo de la media nacional”, edición *on line*, 17 de enero. Disponible en <https://goo.gl/HRcpuU> [consulta: febrero de 2018].
- Unicef (2013). “Situación del derecho a la salud materna, infantil y adolescente en Paraguay”. Disponible en <https://goo.gl/ShZa51> [consulta: diciembre de 2017].
- Unicef (2017). “Salud e Itaipú siguen trabajando para disminuir muertes maternas y neonatales”. Disponible en <https://goo.gl/Qe8F9M> [consulta: diciembre de 2017].

Normativas citadas

- Paraguay, Ley N° 1881 (2002). *Que modifica la Ley N° 1340 del 22 de noviembre de 1988 “Que reprime el tráfico ilícito de estupefacientes y drogas peligrosas y otros delitos afines y establece medidas de prevención y recuperación de farmacodependientes”*. Congreso de la Nación Paraguaya, 24 de junio.
- Paraguay, Ley 1264 (1998). *General de Educación*. Congreso de la Nación Paraguaya.
- Paraguay, Ley 5136 (2013). *Educación Inclusiva*. Congreso de la Nación Paraguaya, 23 de diciembre.
- Paraguay, Ministerio de Educación y Cultura. Resolución Administrativa 186 (2006). *Criterios para la promoción del alumno y de la alumna de la Educación Escolar Básica*.

Eventos auspiciados por laboratorios farmacéuticos

Sociedad Paraguaya de Neurología Infantil: <<https://goo.gl/zWAEcc>>.

Primer Congreso Paraguayo de Neurología Infantil: <<https://goo.gl/51zpYZ>>.

Jornadas Internacionales de Neurología Pediátrica: <<https://goo.gl/h3uv9y>>.

VI Congreso Paraguayo de Psiquiatría: <<https://goo.gl/3EMYjH>> y <<https://goo.gl/iV7LRn>>.

Curso: Trastorno bipolar. Adolescencia y primeros episodios: <<https://goo.gl/8kVPK2>>.

Salud mental: Intervenciones en situaciones de desastres: <<https://goo.gl/WxWwdP>>.

Inmediatez y conflicto

Medicación con psicofármacos en las infancias y adolescencias del Uruguay

SOFÍA ANGULO, ADRIANA CRISTÓFORO, MARÍA NOEL MÍGUEZ
Y LUCÍA SÁNCHEZ

Introducción

La medicación con psicofármacos en Uruguay, en el marco de un histórico y actualmente intenso proceso medicalizador, da cuenta de una temática que desde comienzos de este milenio ha venido generando antagonismos. Por un lado, desde la academia se visualizan dos posturas opuestas: aquella proveniente desde las neurociencias, a través de las cuales los sujetos quedan cosificados en cerebros y/o cuerpos que funcionan o no funcionan, y por ende requieren reparación; y la surgida en los últimos años desde una mirada psicosocial, donde el sujeto es productor y producto de su historia singular y colectiva y, por ende, con el derecho de elegir su cotidianidad y proyecto. Entre estas dos polarizaciones, que como todo tiene sus colores intermedios, se mece la vida cotidiana de los sujetos en un vaivén que muchas veces pareciera de desconcierto. Cuando a partir de los procesos de sociabilidad, se interioriza desde los primeros años de vida que el saber médico es “el saber” y, además, se refuerza esta consideración desde dispositivos normativos y estatales, se hace bastante difícil encontrar márgenes de maniobra para no caer en la primera postura planteada desde la academia, ya sea por acción o por omisión.

A través de una mirada interdisciplinaria desde la psicología, la sociología y el trabajo social, se propone en este capítulo reflexionar en torno a tales naturalizaciones y legitimaciones, para intentar deconstruir lo dicho y lo no dicho sobre los procesos de medicalización y los actos de medicar con psicofármacos en las infancias y adolescencias¹ del Uruguay.

Se parte de una postura ético-política de concebir a todos los sujetos desde una perspectiva de derechos, sin distinciones entre ciudadanos “de primera” y “de segunda”. No hay posturas académicas que se demarquen por esa lógica y menos aun sujetos concretos, más allá de la edad, condición social, género, etc.. La libertad de palabra en el marco del respeto está signada por la confianza y apuesta singular y colectiva a que los sujetos en sociedad planteen sus perspectivas desde sus saberes y pareceres, lo cual no debe aniquilar los saberes y pareceres ajenos, sino, en todo caso, ser el puntapié para promisorias discusiones que logren traspasar instancias de repliegues. Ello no solo nutre a la academia, sino que es una apertura directa hacia la sociedad toda.

En este sentido, más allá de que este trabajo se plantee desde una mirada psicosocial en clave de derechos, se avanza en el conocimiento de las lógicas hegemónicas que se despliegan detrás de otras perspectivas. Lo sustancial en todo este entramado es dilucidar con claridad que, en lo que hace a los actos de medicar las infancias y adolescencias con psicofármacos en nuestro país, producir y reproducir estas lógicas no está carente de ideología y tiene consecuencias inmediatas en la población.

¹ A lo largo del presente capítulo se hará referencia a infancias y adolescencias, en plural, en tanto concebir las singularidades dentro de una categoría genérica. En este sentido, se comparte con Filardo cuando al referirse a juventudes plantea: “La no esencialidad de las clases de edad no solo ha sido largamente discutida en el ambiente académico, sino que se aprecia como ‘naturalizada’ por los jóvenes estudiados en su rechazo a hablar de ‘La Juventud’ como una categoría útil. La idea de totalidad, de categoría universal, o capaz de representar esencias, ha perdido sentido para estos jóvenes y así lo establecen en su discurso” (Filardo, 2008: 12).

La lógica de exposición que se plantea en el presente capítulo consiste en una primera parte de presentación de datos concretos en torno a la temática, y en una segunda parte de deconstrucción de dichos datos fenoménicos hacia un análisis que permita su trascendencia en lo reflexivo. Se cierra el capítulo con algunas reflexiones que se conciben como insumos para posteriores análisis.

Uruguay en datos

Uruguay ha sido observado en múltiples oportunidades por parte de organismos internacionales debido al abuso en el empleo del metilfenidato y el exceso en el diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En 2005, el Comité de los Derechos del Niño estableció en este sentido:

Al Comité le preocupa también la información de que se han diagnosticado erróneamente el trastorno de la concentración e hipercinesia y el déficit de atención y que, por lo tanto, se han prescrito en exceso fármacos psicoestimulantes, a pesar de que los efectos perjudiciales de esos fármacos son cada vez más evidentes.

El Comité recomienda que se realicen estudios más a fondo sobre el diagnóstico y el tratamiento del trastorno de la concentración e hipercinesia y del déficit de atención, en particular sobre los posibles efectos negativos de los fármacos psicoestimulantes para el bienestar físico y psicológico de los niños, y que se utilicen en la medida de lo posible otras formas de manejo y tratamiento de esos trastornos del comportamiento (Comité de los Derechos del Niño, 2005: párrafo 50).

En 2010, el Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas advirtió al país en el sentido de que tomara medidas eficaces para hacer frente al aumento de la administración del metilfenidato en niños y niñas:

30. El Comité recomienda al Estado parte que adopte medidas eficaces para hacer frente al aumento de la administración de la droga Ritalina a niños como método de controlar su conducta (Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales, 2010: 3).

Más cercano en el tiempo, en 2015, el Comité de los Derechos del Niño nuevamente observó a Uruguay esta vez en los siguientes términos:

47. El Comité señala la **falta de información sobre la situación actual** con respecto a la administración de metilfenidato a los niños con déficit de atención e hipercinesia o déficit de atención (subrayados nuestros).

48. El Comité **recomienda al Estado parte que realice un estudio para evaluar la situación de los niños a los que se ha diagnosticado déficit de atención e hipercinesia o déficit de atención, y la prescripción de psicoestimulantes como el metilfenidato** (subrayado en el original) (Comité de los Derechos del Niño, 2015: 11).

Esta serie de observaciones da cuenta de las escasas acciones que Uruguay ha realizado para mejorar lo que el Comité le ha señalado consecutivamente, sustancialmente en lo que tiene que ver con cambios en las prácticas médicas y en controles firmes por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) respecto de cómo y a quiénes se administra el metilfenidato.

Asimismo, la ausencia sistemática de datos desde el MSP no es un tema menor, ya que resulta sustancial contar con ellos desde el órgano rector del suministro de medicamentos en el país. Como esta ausencia persiste, se pueden retomar como insumos cuantitativos, en torno a la

temática, datos generados desde integrantes de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Pereira Rossell (CHPR) hace casi una década:

En el período julio a diciembre 2001 en la Farmacia del CHPR se dispensaron 199.800 mg (666 blisters) de este medicamento, y en el mismo periodo de 2006 el consumo aumentó a 321.300 mg (1.071 blisters). La dispensación aumentó 62%. En el 2002 en la Farmacia del HV se dispensaron 181,800 mg (606 blisters) y en el 2006 aumentó a 419,120 mg (1397 blisters). En esta farmacia la dispensación aumentó 43%. Es probable que este aumento en la dispensación se relacione con aumento en el consumo (Goyeneche *et al*, 2008: 278).

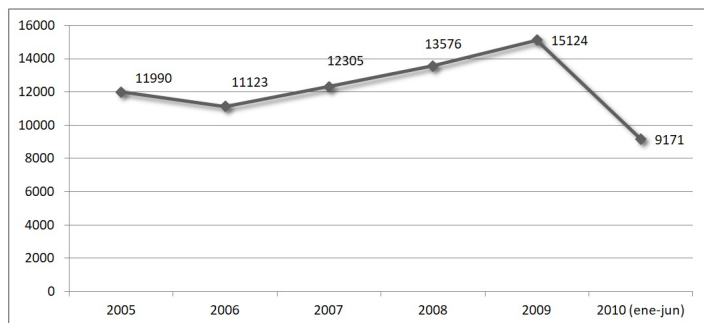
Por esos años, el Observatorio del Sistema de Justicia de la Fundación Justicia y Derecho de Uruguay, en una serie de acciones judiciales que comenzaron en 2007 y culminaron en 2009, emplazó al MSP en un primer momento a que brindara información respecto de la importación del metilfenidato, en tanto droga que se compraba (y continúa comprando) en Argentina.

En Uruguay, debido a la legislación vigente y a los controles a los cuales dicha sustancia debería estar sometida de conformidad con la Convención de Psicofármacos de Naciones Unidas, el MSP tiene una intervención necesaria en el procedimiento de este fármaco, en el sentido de que es el órgano de control de este tipo de transacciones (Palummo, 2015: 84).

Luego de varias instancias se logró que la Justicia dispusiera que el MSP proporcione la información respecto de la importación y fabricación de medicamentos que tienen esta droga. El gráfico 1 muestra los datos proporcionados por el MSP respecto de la importación, siendo este informe el único que desde el decreto del Poder Judicial ha hecho

público dicho ministerio.² A partir de esto, se logró contar con la siguiente información: en 2010, el total de las autorizaciones de importación emitidas por el MSP equivalieron a un total de 16.816 gr de metilfenidato, de las cuales en el período enero-junio de dicho año el MSP comunicó el uso de 9.171 gr, es decir, más de la mitad prevista para el año entero se usaron en el primer semestre.

Gráfico 1. Importación de metilfenidato en Uruguay entre 2005 y 2010 (en gr)



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos del Ministerio de Salud Pública. Departamento de Medicamentos. Sector Sicofarmacos Estupeficientes, Precursores y Productos Químicos.

² Resulta interesante señalar el artículo 68 de la Ley N° 17.016 de 1998: “El Poder Ejecutivo creará un registro en el que obligatoriamente deberán inscribirse quienes produzcan, fabriquen, preparen, importen, exporten, distribuyan, usen, tengan en su poder, sean depositarios, almacenen, ofrezcan en venta o negocien de cualquier modo precursores químicos y otros productos químicos incluidos en las Tablas 1 y 2”; y el artículo 70: “Las personas físicas o jurídicas que deban cumplir con la obligación prevista en el artículo 68 deberán llevar y conservar registros de inventario, producción, fabricación, adquisición y distribución de las sustancias y productos incluidos en las Tablas 1 y 2 del anexo en la forma que determine la reglamentación que dicte el Poder Ejecutivo”. Parecería una obviedad que la información existe si se cumple con la normativa, por lo que los datos mensuales de los dispensarios del país están en manos del ente rector, o sea, el MSP.

En 2011, el Departamento de Medicamentos del MSP realizó un informe sobre el Metilfenidato, en el cual señaló que en Uruguay esta droga es considerada un estupefaciente a partir de la Ley N° 17.016, del año 1998.

Si bien el Metilfenidato es considerado un Psicotrópico Lista II para la J.I.F.E., en nuestro país es considerado como un estupefaciente, con todos los controles especiales que ello implica. La prescripción de Metilfenidato, debe realizarla el Profesional Universitario competente, en recetario oficial triplicado de Estupefacientes habilitado por el Ministerio de Salud Pública de color Naranja para Instituciones Privadas y Amarillo para Instituciones Públicas. La vía “Original” de la receta de Estupefaciente, debe ser remitida trimestralmente al Sector Psicofármacos del Ministerio de Salud Pública, la vía “Duplicado” debe permanecer en la Farmacia y la tercer vía debe permanecer en poder del Profesional responsable de la prescripción (MSP, 2011a: 1).

Según datos recabados en dicho informe, se constató que el 30% de las recetas eran realizadas por médicos de medicina general, y se exhortó a las instituciones y al personal médico a dar cumplimiento de la normativa.

El comunicado del Departamento de Medicamentos en la Página web del Ministerio de Salud Pública de fecha 25 de febrero de 2008, menciona que el MSP ha analizado las recetas prescriptas durante el año 2007 para el uso de Metilfenidato y constató que más del 30% de las prescripciones son realizadas por profesionales de Medicina General, siendo la clasificación de este principio activo dentro del Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) “b”, que corresponde a prescripción exclusiva por especialistas, por lo que exhorta a las Instituciones y al cuerpo médico Nacional a dar cumplimiento de la norma establecida (MSP, 2011a: 3).

Este informe surge a propósito de ciertos incumplimientos detectados en relación con un comunicado del MSP de 2009, en el que se señala que la Agencia Europea de Medicamentos advierte sobre las condiciones de uso del metilfenidato, entre las que se encuentran:

3. El tratamiento con Metilfenidato debe realizarse bajo supervisión de un especialista en trastornos del comportamiento en niños y/o adolescentes.
4. Dado que el Metilfenidato puede presentar efectos adversos cardiovasculares (aumento de la presión arterial y trastornos del ritmo cardíaco) se debería realizar un examen cardiovascular antes del inicio del tratamiento así como un seguimiento periódico durante el mismo (MSP, 2009).

Mientras tanto, algunos reconocidos profesionales de la psiquiatría infantil justificaban el aumento en el consumo del metilfenidato en el hecho de que actualmente también están siendo diagnosticados con TDAH los adultos y, por lo tanto, medicados con esta droga. Hasta el día de hoy no existen en Uruguay datos accesibles en relación con la edad de los sujetos a los que se les indica metilfenidato (Muñoz, 2010; Castillo, 2010).

Tal como se viene especificando, los datos recabados en torno al uso del metilfenidato según edad, género, clase social son mínimos, y los que aparecen con mayor especificidad son los obtenidos a partir del objeto de las acciones judiciales. Esta información, aunque mínima, al menos da algunos datos para analizar, algo que no sucede con otros psicofármacos utilizados para las infancias y adolescencias en Uruguay, como por ejemplo, la risperidona, profusamente indicada según lo que se ha recabado en algunas investigaciones (Míguez, 2011; Míguez *et al.*, 2014).

Por ello, resulta un insumo interesante lo que se conoce a través de la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Educación Media de la Junta Nacional de Drogas (JND), que se realiza cada bienio desde 2002. A partir de esta se han podido obtener algunos datos sobre el

consumo de tranquilizantes y estimulantes³ en adolescentes entre 13 y 17 años. Estas drogas, con pequeñas variantes, están en el quinto y sexto lugar del consumo, luego del alcohol, energizantes, tabaco y cannabis⁴ (JND, 2002, 2007, 2011, 2014). En ese sentido, resulta pertinente destacar que si bien dicha encuesta reconoce los tranquilizantes y estimulantes dentro de este grupo de “sustancias problemáticas”, a diferencia de los cuatro primeros de la lista, no existen en el país políticas preventivas en torno al consumo problemático de los tranquilizantes y estimulantes.

Puesto en datos, el 15% de los y las adolescentes escolarizados había consumido algún tipo de tranquilizante en su vida, según lo recabado en la Encuesta de 2002; el 18% en la de 2007; el 16,4% en la de 2011; y el 14,6% en la de 2014. Con respecto al consumo de estimulantes, en la Encuesta de 2002 el 6% de los y las adolescentes escolarizados declaraban haber consumido alguna vez en su vida esta sustancia; el 3,8% en la de 2007; el 3,7% en la de 2011; y el 3,7% en la de 2014 (JND, 2002, 2007, 2011, 2014). De este modo es posible sostener que, desde 2002, uno de cada seis adolescentes ha consumido tranquilizantes y 1 de cada 25 adolescentes ha consumido estimulantes.

³ En la categoría Tranquilizantes se incluyeron los fármacos utilizados para dormir, relajarse o reducir la ansiedad; mientras que en la categoría Estimulantes se incluyó aquellos fármacos que contienen anfetaminas o similares en su composición.

⁴ El consumo de drogas legales e ilegales entre los estudiantes de enseñanza media mantiene un patrón similar a lo largo de los años, el alcohol es la droga más consumida, 3 de cada 4 adolescentes han consumido alcohol alguna vez en su vida, en segundo lugar se encuentran las bebidas energizantes, luego están el tabaco y la marihuana, que también muestran un amplio consumo. En el quinto lugar aparece el consumo de tranquilizantes y en el sexto el consumo de estimulantes (JND, 2015).

Desagregado aun más, con respecto al consumo de tranquilizantes,⁵ se destaca que entre los y las adolescentes de 13 a 17 años que asisten a algún centro educativo de enseñanza media, y que han consumido alguna vez algún tipo de tranquilizantes, el 36% son varones y el 64%, mujeres. A su vez, esta diferencia por sexo, al ser desagregada en función de las edades, pone en evidencia un crecimiento del consumo a medida que aumenta la edad y una tendencia a la feminización del consumo de tranquilizantes. De los y las adolescentes de entre 12 y 14 años, el 10,4% de las mujeres y el 7,7% de los varones han consumido alguna vez tranquilizantes; entre los 15 y 17 años el 20% de las mujeres y el 14,1% de los varones. Y entre los de 18 a 20 años, el 27% de las mujeres y el 14,9% de los varones ha consumido (JND, 2014).

Si se observa el consumo de este tipo de sustancias por zona de residencia, no se visualizan diferencias significativas entre los y las adolescentes radicados en Montevideo y los radicados en el interior del país. Lo mismo sucede con respecto al centro educativo al que asisten, ya que no se registran diferencias entre los y las adolescentes que asisten a centros de enseñanza públicos, a centros de enseñanza secundaria privada o a centros de educación técnico-profesionales. Esto permite dar cuenta de una distribución homogénea en el territorio y en los centros de estudio, al tiempo que se destaca la diferenciación en el consumo de tranquilizantes entre varones y mujeres adolescentes.

La edad de inicio de consumo de tranquilizantes pone de manifiesto un inicio precoz, ya que alrededor del 70% de los y las adolescentes los consumieron por primera vez entre los 12 y 16 años. Ello lleva a interpelar las dinámicas que se producen en la educación media y las prácticas

⁵ Sobre el consumo de tranquilizantes pregunta: "Hay medicamentos como diazepam, valium, clonazepam, lexotan, aceprax u otros, que son usados para calmar la ansiedad, para poder dormir o calmar los nervios del estómago. ¿Has consumido este tipo de medicamentos tranquilizantes alguna vez en tu vida?" (JND, 2016).

de medicalización en torno a las infancias y adolescencias en el país. En este sentido, otro dato que cobra relevancia es la referencia sobre la prescripción médica del tranquilizante. En Uruguay, la gran mayoría de los adolescentes escolarizados consumen tranquilizantes que han sido recetados por prescripción médica, aunque, sin embargo, uno de cada cinco adolescentes los consumen sin tal prescripción (JND, 2014).

Con respecto al consumo de estimulantes,⁶ los datos arrojan resultados sensiblemente menores a los del consumo de tranquilizantes. En Uruguay, de los y las adolescentes de 13 a 17 años que asisten a algún centro educativo de enseñanza media, el 3,7% ha consumido algún tipo de estimulante, siendo el 52% varones y el 48% mujeres. A su vez, tal como se realizó el análisis del consumo de tranquilizantes, esta diferencia por sexo, al ser desagregada en función de las edades, pone en evidencia una tendencia a la masculinización del consumo de estimulantes.

Si se observa el consumo de este tipo de sustancias por zona de residencia de los y las adolescentes, al igual que sucede con los tranquilizantes, no manifiesta diferencias entre los que residen en la capital del país y los que residen en el resto de los departamentos; ni tampoco con relación al tipo de centro educativo al que asisten.

Con respecto a la edad de inicio del consumo de estimulantes, se observa que el primer consumo prevalece entre los 12 y los 16 años, más allá es posible visualizar el inicio del consumo en etapas escolares en 4 de cada 10 adolescentes que han consumido estimulantes. Por otra parte, 3 de cada 10 adolescentes, de 12 a 14 años, consumen este tipo de sustancia sin prescripción médica.

⁶ Sobre el consumo de estimulantes se pregunta: “Hay medicamentos estimulantes (como Ritalín, Cidrin u otros) que son usados para disminuir el apetito o mantenerse despierto. ¿Has consumido este tipo de medicamentos estimulantes alguna vez en tu vida?”. No se tiene en cuenta estimulantes de venta libre como es el caso de los derivados de la cafeína (JND, 2016).

A partir de los datos recabados de las encuestas realizadas por la JND se puede observar una tendencia en la cual esta práctica de consumo reflejaría el proceso de medicalización de la vida cotidiana, la supremacía del saber médico en el sistema educativo y la psiquiatrización de las conductas, percepciones y sentimientos de los y las adolescentes.

Infancias y adolescencias en clave de derechos: interés superior ¿de quién?

Las infancias y adolescencias como construcción socio-cultural evidencian (cada vez con más fuerza) que los niños, las niñas y los adolescentes de hoy día no son “como los de antes”, y que se apropian del mundo de una forma muy distinta que décadas atrás. Lo mencionado da cuenta de la necesidad de repensar cómo se manifiestan estas actualmente, pero también las formas de vivir y transitar las adulteces.

Las demandas del mundo actual exigen y basan su accionar en eficacia, efectividad y rendimiento, suponiendo la necesidad de educar sujetos que, adaptados a un sistema preestablecido, respondan satisfactoria y rápidamente a los requisitos del capital. Los datos presentados en el punto anterior dan cuenta cabal de una de estas formas de disciplinar cuerpos de las infancias y adolescencias desde un mundo adulto que exige la reproducción de tales pautas hegemónicas.

En este contexto, de acuerdo con Vasen, se asiste a la configuración de “modos neoliberales de producción de subjetividades y lazos sociales” (Vasen, 2016: 2), que generen distintos dispositivos productores de subjetividad, claramente vinculados a la espectacularización de lo íntimo mediante el uso de diversas tecnologías. Por la misma línea Janin plantea que

Los avances tecnológicos suponen una apertura, una posibilidad de conexión con el mundo que es absolutamente novedosa y enriquecedora. Poder comunicarse casi instantáneamente con el resto del mundo amplía el universo, abre caminos, permite una información al instante e inclusive facilita sostener vínculos a distancia. Pero también trae aparejadas nuevos modos de angustias y soledades (Janin, 2015: 2).

Entonces, ¿cuán preparado está el mundo adulto para dar respuesta a estas *nuevas angustias*? ¿Se encuentra realmente *disponible* para ello? ¿Está en condiciones reales de dar respuestas que apunten a la potenciación de las infancias y adolescencias en esta nueva configuración de la conectividad? ¿O más bien se les exige respuestas del siglo XX, por lo menos en el plano educativo, a estas infancias y adolescencias del siglo XXI?

La inmediatez y búsqueda de soluciones rápidas ante determinadas situaciones son una de las principales características del mundo moderno, inclusive cuando se trata de abordajes hacia las infancias y adolescencias, lo cual ha venido generando sustanciales conflictos. No hay tiempo para procesos, para la espera, todo debe resolverse *ya*. Y ese *ya* está cargado de formas de *solucionar* las inmediateces desde adultos que pasaron sus infancias y adolescencias en un mundo del siglo XX sustancialmente diferente al actual.

Es en este contexto que los psicofármacos surgen como una solución *ideal* a un mundo con exigencias cada vez más *ideales* (y que muchas veces parece humanamente fuera de la realidad) de un *deber ser* hegemónico. Las infancias y adolescencias del Uruguay van quedando constreñidas a las disposiciones unidireccionales de saberes específicos de profesionales que desde sus subjetividades y experticia determinan qué es *lo mejor* para estos sujetos en proceso de construcción de sus identidades, proyectos, vida cotidiana, etc.; profesionales adultos cuyos procesos de sociabilidad estuvieron marcados por un fin de siglo convulsionado en lo político, en lo económico, en lo ideológico, pero que distó de la revolución tecnológico-virtual de las últimas dos

décadas que hizo sustancia medular en la sociabilidad de las infancias y adolescencias de hoy día. (Des)encuentro generacional complejo que *corta por el lado más fino de la cuerda*.

A ello se le suma el factor (para nada menor) de que cada vez más esta temática está comandada por grandes corporaciones que crean y sostienen patologías cuando, generalmente, se trata de exteriorizaciones de formas de ser y estar en sociedad singulares, y en respuesta muchas veces a las brechas predichas. La subjetividad, el proceso de construcción identitaria de sujetos, queda así mediada por la visualización de estas infancias y adolescencias como nuevos horizontes de potenciales consumidores de drogas para poder *estar* (ya no *ser*). La angustia, la tristeza, el dolor, el movimiento, entre otras características de estas poblaciones, se convierten en eslóganes para un mercado que crece a pasos agigantados. Así, las paradojas del presente se ven reflejadas en infancias y adolescencias con exceso de estímulos a edades cada vez más tempranas, pero demandados y obligados a responder productiva y pasivamente. Se vende lo mismo que se sanciona: el movimiento.

El *chaleco de fuerza* ha dado paso en las sociedades contemporáneas al *chaleco químico* (Untoiglich, 2016), que naturaliza diagnósticos y aumenta el consumo de psicofármacos en las infancias y adolescencias del Uruguay, y legitima la (sobre)intervención de distintos profesionales, donde el niño, la niña o el adolescente deja de ser tal para ser ubicado en un nuevo lugar: el de paciente. En nombre de la prevención y de la identificación de posibles factores de riesgos se legitiman intervenciones biomédicas, con la complejidad que conlleva reconocer singularidades desde la unidireccionalidad.

De acuerdo con Mitjavila (1998), la noción de riesgo interviene vigorosamente, procesos de medicalización social mediante, en la redelimitación de las fronteras del saber médico, lo cual implica una mayor presencia y dominio de él. No se debe desconocer que se asiste a una época de tecnificación de las familias y los sujetos, donde

desde el saber *calificado y experto* se establecen pautas que normativizan determinados roles a la interna de ellos, y establecen así formas que indican cómo ser padres, madres, hijos, hijas, etc. El espacio educativo resulta sustancial para la producción y reproducción de estas pautas, según las cuales el *deber ser* va conformando las identidades infantiles y adolescentes hacia una forma de ser y estar disciplinada, eficaz y productiva lejos de todo posible riesgo, y que, en caso de haberlo, habrá saberes específicos desde lo profesional para solucionarlo si de cuestiones corporales y/o emocionales se trata.

Los “ingenieros del alma humana” (Rose, 1990), a través de su accionar, *moldean* sujetos. El establecimiento de aparentes soluciones ante desviaciones remite a la propia persona. Es decir, es sobre ella que está puesta la mirada y hace necesaria la modificación de su conducta, sin considerar el entorno como condicionante. Los procesos de etiquetamiento de ciertos sujetos como forma de gobierno implican imposición, no hay lugar al cuestionamiento. Es el profesional poseedor de un saber especializado quien sabe, conoce y aplica las estrategias de *solución* que considera pertinentes. La linealidad y unidireccionalidad de estos procesos se conjuga con la imagen de un sujeto asistido y pasivo, ajeno, sin protagonismo ni singularidad reconocida. Entonces, interés superior ¿de quién?

En este entramado surgen dos instituciones medulares de la sociabilidad, más allá de la familia: la educación y la salud.

Con relación a la institución educativa y sus actores, el proceso de medicalización y patologización de las infancias y adolescencias en Uruguay juegan un rol fundamental que, se entiende, deviene entre otros factores de las lógicas normalizadoras que caracterizan al sistema educativo. En este marco se busca homogeneizar las conductas desde un modelo de *lo normal* con una fuerte impronta del *deber ser*, por oposición al *ser*. Se retoman así los planteamientos de Bauman cuando expresa:

El paso de una “mayoría estadística” (la enumeración de un hecho) a la “normalidad” (un juicio de valor) y de una “minoría estadística” a la “anormalidad” imputa una calidad distinta a las diferentes cantidades numéricas: estar en la minoría significa ser inferior (Bauman, 2013: 87).

Si de norma estadística se trata, haciendo referencia a la *normalidad*, habría que remitirse a lo genérico humano en cuanto instrumentos de la vida cotidiana que se acercan lo más posible a una universalidad. Jamás debería ser tomada tal *normalidad* como un ideal, y menos aun hegemónico, en tanto aleja sustantivamente la potencialidad de comprender las singularidades como partes de la norma concreta de cada sujeto. Si esto, además, va acompasado de prácticas disciplinares en lo corporal para evitar todo posible riesgo, habría que reformular la cuestión y poder identificar que el riesgo está cuando prácticas médico-disciplinares moldean sensaciones, percepciones, emociones y movimientos corporales de las infancias y adolescencias. Se entiende que esta cosificación de los cuerpos lejos está de reflejar el *interés superior* de esta población, sino de la que impone, desde las aduleces, el *chaleco químico* al cual Untoiglich (2016) hacía referencia.

Así, la derivación a profesionales del ámbito *psi* y la solicitud de un diagnóstico viene siendo uno de los caminos cotidianos de la institución educación para resolver lo que es considerado en la categoría de *anormalidad*, habitualmente referido a aquel estudiante que no logra alcanzar las demandas y expectativas de los y las docentes, esas que lo anteceden, el *deber ser* de las instituciones. El diagnóstico, de este modo, se transforma en una esencia y pasa a tener valor por sí mismo y no como un aspecto dentro de una estrategia de intervención. Es frecuente que luego de realizado el diagnóstico e indicada la medicación, la institución educativa no realice ninguna acción diferente respecto de sus dispositivos pedagógicos. Estas acciones dan cuenta, las más de las veces, de un preconceito según el cual todo lo

que se *desvía* de lo normal tiene una causa psicológica o psiquiátrica, y el pedido de diagnóstico opera fundamentalmente como una demanda de confirmación de tal preconcepto. Al mismo tiempo se producen dos efectos: por una parte, se considera que el problema es del niño, la niña o el adolescente, con lo cual se desresponsabiliza al ámbito educativo y a sus actores; y por otra, la forma en la que se *resuelve* el problema también queda fuera del ámbito educativo. Además, se entiende que para que la demanda de la institución educación tenga lugar y se mantenga con el paso de los años, es necesaria la presencia de un sistema de salud que le dé respuestas, y viceversa.

El Plan de Prestaciones en Salud Mental del Sistema Nacional Integrado en Salud, del MSP, prevé la atención psicológica grupal (Modo 1) en el que los “niños con dificultades en la inserción escolar” están definidos como una de las poblaciones objetivo, mientras que la psicoterapia grupal o individual (Modo 2) prevé dentro de su población objetivo a “niños y adolescentes con dificultades de aprendizaje”. En todos los casos la normativa expresa que “no se admitirán listas de espera” (MSP, 2011b: 18), en el entendido de que “la atención psicológica es un derecho que progresivamente debe integrarse a las prestaciones universales de salud” (MSP, 2011b: 8).

Sin embargo, en 2016, un referente en salud mental del MSP dijo en una entrevista⁷ que entendía que no se ha podido llegar a la meta y que los prestadores de salud se ven desbordados por el alto porcentaje de consultas a psiquiatría infantil derivadas del sistema educativo. Esto supone que niños, niñas y adolescentes, considerados población objetivo por el Plan, no están atendidos como este prevé

⁷ Fue a propósito de una publicación de la Universidad de la República: “Derecho a la educación y mandato de obligatoriedad en la Enseñanza Media. La igualdad en cuestión”, en la que participaron tres de las autoras del presente capítulo, para el cual se realizaron una serie de entrevistas a actores claves del sistema de salud de Uruguay.

y quedan *capturados* por la psiquiatría y, por ende, en la mayoría de las situaciones, por la prescripción de fármacos como terapéutica.

Se entiende que este tipo de prácticas, tanto las que surgen de la institución educación como las de la institución salud, responden a una concepción medicalizadora y una perspectiva patologizadora de la situación de las infancias y adolescencias que transitan por la educación.

¿Dónde quedan las infancias y adolescencias del Uruguay en este entramado? ¿Son escuchadas y reconocidas en su condición de sujetos de derecho y sabedores de sus sensaciones, percepciones y emociones? Los dispositivos farmacológicos como *solución* de lo fenoménico parecieran ir bastante en disonancia con estas cuestiones. Se habla insistentemente del *derecho superior* del niño, la niña o el y la adolescente, ¿pero en los hechos es realmente así? ¿Se está pensando en el *derecho superior* del niño, la niña o el y la adolescente que es patologizado cuando exterioriza sus interiorizaciones, según su apropiación de la historia y vida cotidiana, singular y familiar? ¿Se está pensando en el *derecho superior* del niño, la niña o el y la adolescente cuando la *solución*, por lo general primaria, que se ofrece para *evitar riesgo* es la medicación con psicoestimulantes y/o psicofármacos? ¿Se piensa en algún momento en el proyecto de vida de estas infancias y adolescencias mediadas por lo químico para que interioricen disciplinamientos y los reproduzcan?

Varias son las inquietudes que se mantienen e intensifican a medida que pasa el tiempo, y los procesos medicalizadores y actos de medicar con psicofármacos a las infancias y adolescencias del Uruguay se arraigan cada vez con mayor fuerza. Tal legitimación y naturalización de la temática insta a continuar investigando, dando insumos, generando procesos reflexivos singulares y colectivos en la arena política, en la academia, en la sociedad civil. Porque el tiempo medular de las infancias y adolescencias es hoy si se piensa en

futuras adúlteses críticas, emancipadas, autónomas y con potencialidad de ampliar el campo de sus posibles a lo largo de sus cursos de vida.

Reflexiones finales

Tal cual se ha intentado desandar en este capítulo, Uruguay resulta un país donde aún persisten (y se intensifican) los procesos de medicalización y los actos de medicar de su población. La añoranza sistemática de una civilidad elegida y construida desde fines del siglo XIX, normativa de las conductas superadoras de toda *barbarie*, se instala en estas dos primeras décadas del siglo XXI con gran fuerza (y pareciera con impunidad). Ello no remite solo a un saber médico con poder, sino a la potenciación de dicho poder desde políticas estatales que bajo el discurso de los derechos y ciudadanía terminan desconociendo aquellos que hacen a una gran parte de las infancias y adolescencias del país.

De acuerdo con los datos que proporcionó el MSP a instancias del Poder Judicial (Palummo, 2015) en 2002, coincidiendo con la crisis económica del Uruguay, la importación de metilfenidato saltó de los 900 gr que se importaron en 2001, a 4.500 gr en 2002. Si se toma en cuenta lo planteado por la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Educación Media, justamente ese año 2002 resultó ser el primero en el cual se vinculó el consumo de psicofármacos y/o psicoestimulantes para la *solución* de dificultades en el aprendizaje. Dicha coyuntura, se entiende, fue sustantiva para la generación de políticas sanitarias, muchas de corte preventivo, fundamentalmente a partir de la última década.

Otro de los datos interesantes que surgen en este proceso medicalizador, basado en diagnósticos y medicación para disciplinar conductas, es la distinción por género y “patologías” que se materializan en las formas de psicofár-

macos o psicoestimulantes que se les da a las adolescencias de este país. En este sentido, mientras que en la educación primaria parecería no haber una distinción sustancial en los fármacos utilizados para aquietar conductas infantiles (metilfenidato y risperidona los más recetados), en las adolescencias comienza una discriminación de género que aquí se menciona, pero que da pie a una nueva delimitación analítica de la temática, a saber: a las adolescentes se les comienza a medicar más específicamente con tranquilizantes, mientras que a los adolescentes con estimulantes. Se entiende que esto está implícitamente reproduciendo relaciones de género y expectativas de un deber ser en tal sentido: las mujeres tranquilas para la reproducción (biológica y de sociabilidad), los hombres estimulados para la producción.

Asimismo, 1 de cada 7 adolescentes ha consumido tranquilizantes alguna vez en su vida y casi la mitad lo ha hecho sin la debida prescripción médica, arrojando evidencia en torno a la naturalización de consumo de drogas legales. Por otro lado, cabe destacar que 6 de cada 10 adolescentes que consumieron estimulantes alguna vez lo hicieron en educación media por primera vez, lo que conduce a reflexionar y problematizar las lógicas y dinámicas que se producen desde los centros educativos en torno a los cuerpos adolescentes y la vinculación con las drogas legales que se prescriben desde el saber médico. Lejos de ser un asunto coyuntural, da cuenta de un patrón estructural que genera pautas de consumo de este tipo de sustancias más allá de las generaciones.

El *chaleco químico*, más que aparecer como la potenciación del *interés superior* de las infancias y adolescencias en el Uruguay, estaría siendo parte de un proceso medicalizador que no repara en las singularidades contemporáneas por parte de las adulteces. En este sentido, se entiende que el discurso de *igualdad* plasmado de diversas formas discursivas desde el mundo adulto, en esta temática no está haciendo más que generar *desigualdad* entre las infancias

y adolescencias que portan o no diagnósticos como etiquetas, medicación con psicofármacos o psicoestimulantes mediante.

¿Este es el *interés superior* del niño, niña y adolescente que se quiere interiorizar y exteriorizar, demarcando sujetos en construcción de sus identidades, de sus proyectos, de su ser y estar en sociedad? Hace más de una década que se está interpelando esta temática desde distintos espacios de la academia y la sociedad civil, ¿no será tiempo ya de escuchar estas voces para generar discusiones colectivas en pro de las infancias y adolescencias, y no de saberes profesionales *de primera* o *de segunda*? Mucho trabajo se ha venido haciendo.

Cada vez se nuclea más académicos que apuntan a esta perspectiva superadora de la medicación con psicofármacos o psicoestimulantes como forma de disciplinar sujetos. De todas maneras, está claro que con políticas estatales que apunten directamente a la reproducción de una mirada medicalizadora de la sociabilidad, el reconocimiento, desnaturalización y deslegitimación de esta temática va a ser complejo.

Sería sustancial no perder de vista que estas infancias y adolescencias son sujetos de derecho, con voces a ser escuchadas y tomadas en cuenta. Si sus cuerpos exceden los movimientos hegemónicamente estipulados por una normalidad construida, quizá sería hora de abordar la temática desde otras perspectivas, donde la unidireccionalidad y el saber-poder adultocéntrico pudiera pensar y repensarse con mayor empatía en torno a esta población. La ampliación del campo de los posibles de estas infancias y adolescencias, el reconocimiento real de su ser sujetos de derecho, el darles voz y escucharlos, etc., se entiende que apunta a la generación de sociedades con sujetos singular y colectivamente emancipados, críticos, y con posibilidades de objetivarse en un proyecto conjunto que contemple a “todos y todas”.

Bibliografía

- Bauman, Z. (2013). *Sobre la educación en un mundo líquido: conversaciones con Ricardo Mazzeo*. Buenos Aires: Paidós.
- Castillo, F. (2010). “El Ministerio de Salud Pública pretende cuantificar el uso de ritalina en los niños y adultos”, *El País*, 1º de diciembre. Disponible en <https://goo.gl/LHqzEX> consulta: enero de 2018].
- Comité de los Derechos del Niño (2005). *Observaciones finales*. Organización de las Naciones Unidas.
- Comité de los Derechos del Niño (2015). *Observaciones finales Uruguay CRC/C/URY*. Organización de las Naciones Unidas.
- Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales (2010). *Examen de los informes presentado por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto*. Organización de las Naciones Unidas.
- Filardo, V. (2008). “Desafíos para la equidad entre clases de edad”, en Filardo, V. y Celiberti, L. (ed.), *La diversidad juvenil: demandas y desafíos*. Montevideo: IBASE – POLIS/Brasil.
- Goyeneche, N. et al. (2008). “Uso del metilfenidato en niños y adolescentes usuarios de servicios de asistencia pública en Montevideo”, *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 79, 4, 277-283.
- Janin, B. (2015). “La constitución subjetiva en los tiempos actuales”, *Revista Actualidad Psicológica*, 443.
- JND (2002). “Drogas. Consumo en estudiantes de la Enseñanza Media”. Montevideo, Secretaría Nacional de Drogas.
- JND (2007). “III Encuesta Nacional Sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media, Uruguay, 2007”. Montevideo, OEA-SIDUCC, ONUDD.

- JND (2011). "5ta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media 2011. Entre placer y displacer: los adolescentes en su laberinto. Comportamiento de riesgo y uso de drogas en adolescentes escolarizados". Montevideo, JND-ODU.
- JND (2014). "VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de Enseñanza Media". Montevideo, JND-ODU.
- JND (2015). "VII Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de Enseñanza Media". Montevideo, JND-ODU.
- Mitjavila, M. (1998). "El saber médico y la medicalización del espacio social", Documento de Trabajo N° 33, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, Departamento de Sociología.
- Míguez, M.N. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles*. Buenos Aires: ESEditora.
- Míguez, M.N. et al. (2014). *La patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar*. Buenos Aires: ESEditora.
- MSP (2009). "Comunicado sobre Metilfenidato", 6 de marzo. Disponible en <https://goo.gl/P4M1cF> [consulta: enero de 2018].
- MSP (2011a). "Informe de Metilfenidato". Montevideo, Departamento de Medicamentos.
- MSP (2011b). "Plan de prestaciones en salud mental". Montevideo.
- Muñoz, A. (2010) "Descontroles", *La diaria*, 6 de abril. Disponible en <https://goo.gl/aHJuLx> [consulta: enero de 2018].
- Palummo, J. (2015). "Coerción farmacológica y derechos humanos", en Míguez, M.N., *Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos.
- Rose, N. (1990). *Governing the soul: the shaping of the private self*. Taylor & Frances/Routledge.

Untoiglich, G. (2016). “Los diagnósticos en la Infancia o el Lecho de Prousto”, *Revista Actualidad Psicológica*, 450.

Vasen, J. (2016). “¿Qué es ‘lo social’ hoy? Pertinencia, experiencia y disidencia”, *Revista Actualidad Psicológica*, N° 450.

Normativas citadas

Uruguay, Decreto Ley 14.924 (1974). *Ley de estupefacientes*. Montevideo: Poder Legislativo.

Uruguay, Ley 17.016 (1998). *Normas referentes a estupefacientes y sustancias que determinen dependencia física o psíquica*. Montevideo: Poder Legislativo.

Acerca de las autoras y los autores

Compiladoras

Silvia Faraone

Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Buenos Aires. Magíster en Salud Pública y doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Docente de grado y posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora y Coordinadora del Grupo de Estudio sobre Salud Mental y Derechos Humanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Miembro titular del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental. Autora de publicaciones en libros y revistas nacionales e internacionales. Directora del Proyecto de Investigación UBACyT 2016-2018 “Salud mental, infancia y derechos humanos. De trastornos mentales, saberes profesionales y manuales psiquiátricos: las infancias normalizadas en el siglo XXI”.

Eugenia Bianchi

Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires. Magíster en Investigación en Ciencias Sociales y doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Docente de grado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora del Conicet en el Instituto de Investigaciones Gino Germani. Autora de numerosas publicaciones nacionales e internacionales. Investigadora del Proyecto de Investigación UBACyT 2016-2018 “Salud mental, infancia y derechos humanos. De trastornos menta-

les, saberes profesionales y manuales psiquiátricos: las infancias normalizadas en el siglo XXI”, e investigadora del proyecto Conicet “Transformaciones recientes en los diagnósticos de salud mental en la Argentina (1994-2016)”.

Colaboradoras

Flavia Torricelli

Licenciada en Psicología y doctora en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Exresidente de psicología de la Dirección de Capacitación de Profesionales del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Docente de grado y posgrado de la Universidad de Buenos Aires. Autora de numerosas publicaciones nacionales e internacionales. Investigadora del Proyecto de Investigación UBACyT 2016-2018 “Salud mental, infancia y derechos humanos. De trastornos mentales, saberes profesionales y manuales psiquiátricos: las infancias normalizadas en el siglo XXI”.

Ana Silvia Valero

Licenciada en Antropología por la Universidad Nacional de La Plata (Argentina). Doctoranda en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Docente de grado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo de la Universidad de La Plata. Miembro suplente del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental. Autora de publicaciones en libros y revistas nacionales e internacionales. Investigadora del Proyecto de Investigación UBACyT 2016-2018 “Salud mental, infancia y derechos humanos. De trastornos mentales, saberes profesionales y manuales psiquiátricos: las infancias normalizadas en el siglo XXI”.

Prefacio

Peter Conrad

Lic. en Sociología (State University of New York at Buffalo), Lic. en Filosofía y Letras (Northeastern University), y Dr. en Sociología (Boston University). Profesor Emérito de Sociología en Brandeis University, Massachusetts. Ha investigado y publicado sobre numerosos temas como el TDAH, la medicalización de la desviación, la experiencia de la enfermedad, el bienestar en el lugar de trabajo, la genética en la noticias y mejoras biomédicas.

Autores y autoras

Alicia Angulo

Licenciada en Psicopedagogía. Máster en Atención integral a la Discapacidad por la Universidad Católica de Valencia (España). Graduada del postgrado “Despatologizando diferencias en el aula y la clínica” de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Argentina). Desde 2011 trabaja en el Centro de Rehabilitación de la Fundación Teletón Paraguay.

Sofía Angulo

Licenciada en Sociología por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (Uruguay). Candidata a magíster en Sociología, docente e investigadora del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Integrante del Grupo de Estudios Urbanos y Generacionales del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales.

Alejandra Barcala

Licenciada en Psicología, magíster en Salud Pública y doctora en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Coordinadora del Doctorado Internacional en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús (Argentina). Docente de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús y de la Maestría en Salud Mental de la Universidad de Entre Ríos (Argentina).

Eugenia Bianchi

Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires. Magíster en Investigación en Ciencias Sociales y doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires. Docente de grado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora del Conicet en el Instituto de Investigaciones Gino Germani. Autora de numerosas publicaciones nacionales e internacionales.

Tania Biedermann

Psicóloga clínica, terapeuta familiar con énfasis en construcción social. Directora de Psicodrama del Grupo Psicodrama (Paraguay). Terapeuta en atención temprana de la Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia (Argentina) con prácticas en Cerdanyola del Vallés (España) y Colombia en el ámbito de la discapacidad. Certificación internacional en Prácticas Colaborativas y Dialógicas por el Houston Galveston y el Taos Institute (Estados Unidos). Trabajo de coordinación de psicología clínica y atención temprana en la Fundación Teletón Paraguay.

Jorge Castillo-Sepúlveda

Psicólogo por la Universidad de Santiago de Chile y doctor en Psicología Social, máster en Investigación en Psicología Social por la Universitat Autònoma de Barcelona (España). Profesor asistente en la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile.

Adriana Cristóforo

Licenciada en Psicología por la Universidad Católica del Uruguay. Doctora en Psicología por la Universidad del Salvador (Argentina). Profesora titular del Instituto de Psicología Clínica, Facultad de Psicología. Coordinadora del Programa Problemáticas Clínicas de Infancia y Adolescencia. Coordinadora del Grupo Comisión Sectorial de Investigación Científica.

Silvia Faraone

Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Buenos Aires. Magíster en Salud Pública y doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires. Docente de grado y posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Docente del Doctorado de Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

Livia González Jiménez

Licenciada en Psicología por la Universidad de La Habana (Cuba). Máster en Atención a Personas con Discapacidad por la Universidad Católica de Valencia (España). Terapeuta familiar. Graduada del postgrado “Despatologizando diferencias en el aula y la clínica” de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Argentina). Certificación

Internacional en Prácticas Colaborativas y Dialógicas por el Houston Galveston y el Taos Institute (Estados Unidos). Desde 2013 se encuentra en cargos directivos en la Fundación Teletón Paraguay.

Celia Iriart

Licenciada en Sociología por la Universidad Nacional de Mar del Plata (Argentina), diplomada en Salud Pública por la Universidad de Buenos Aires (Argentina) y doctora en Salud Colectiva por la Universidade Estadual de Campinas (Brasil). Profesora asociada emérita del College of Population Health de la University of New Mexico (Estados Unidos).

Constanza Leone

Tesista de la licenciatura de Ciencias de la Comunicación por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Integrante del área de comunicación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación.

María Noel Míguez

Licenciada en Trabajo Social por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (Uruguay), magíster en Trabajo Social por la Universidade Federal do Rio de Janeiro (Brasil), doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (Argentina) y postdoctora en Prácticas y Representaciones Sociales, París VII (Francia). Docente e investigadora del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

Susana Murillo

Profesora de Enseñanza Secundaria Normal y Especial en Filosofía, licenciada en Psicología, magíster en Política y Gestión de la Ciencia y la Tecnología, y doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Profesora de grado y posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Profesora de posgrado en la Universidad Nacional del Litoral, la Universidad Nacional de Rosario y el Consejo Latinoamericana en Ciencias Sociales (Argentina).

Milagros Oberti

Profesora de Enseñanza Media y Superior en Ciencias de la Comunicación y tesista de licenciatura por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Educadora sociocomunitaria de niños y niñas en contexto de vulnerabilidad.

Francisco Ortega

Licenciado en Filosofía por la Universidad Complutense de Madrid (España), doctor en Filosofía por la Bielefeld University (Alemania). Profesor titular del Instituto de Medicina Social y director de investigación del Rio Center for Global Health, ambos de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Brasil). Miembro del Advisory board del Movement for Global Mental Health.

Valeria Portugal Gonçalves

Médica de la Universidade Federal do Rio de Janeiro (Brasil), magíster y doctora en Salud Colectiva del Instituto de Medicina Social de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Brasil). Profesora de los internados de psiquiatría y salud familiar de la Universidad Federal de Río Grande do Sul.

Alejandra Rodríguez

Abogada. Maestría Internacional en Intervenciones Sistémicas, Prácticas Colaborativas y Dialógicas de la Universidad Comunera (Paraguay), y además ha obtenido la certificación internacional en Prácticas Colaborativas y Dialógicas por el Houston Galveston y el Taos Institute (Estados Unidos). Desde 2016, es coordinadora general de la organización Enfoque Niñez de Paraguay. Consultora y asesora legal en el área de doctrina de la protección integral de la niñez y la adolescencia.

Leticia Rodríguez

Psicóloga clínica y máster en Psicología Social con énfasis en Terapia Familiar. Doctoranda en Psicología por la Université libre de Bruxelles (Bélgica). Profesora de Psicología Social en la Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción (Paraguay). Es profesora universitaria a nivel de grado y postgrado. Miembro del Consejo consultivo de la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar y del Consejo Latinoamericano del Taos Institute.

Patricio Rojas

Psicólogo, con estudios doctorales en Sociología en Goldsmiths, University of London (Reino Unido). Profesor en la Escuela de Psicología de la Universidad Andrés Bello (Chile).

Sebastián Rojas Navarro

Psicólogo por la Universidad Diego Portales (Chile). Candidato a doctor del Department of Global Health & Social Medicine (antiguo Department of Social Science, Health &

Medicine) del King's College London (Reino Unido). Profesor de la cátedra de Psicología de la Infancia en la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales.

Lucía Sánchez Solé

Licenciada en Trabajo Social de la Universidad de la República (Uruguay). Especialista en intervención familiar de la Universidad de la República. Maestranda en Derechos de Infancia y Políticas Públicas e integrante del Grupo de Estudios Sobre Discapacidad de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

Marcela Scaglia

Licenciada en Educación con énfasis en asesoramiento pedagógico para la enseñanza primaria. Postgrado en Psicopedagogía Clínica del Grupo de Psicopedagogía Clínica (Argentina). Especialista en Constructivismo y Educación por Flacso (Argentina). Profesora en la Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción (Paraguay), de la cual es miembro del Consejo del Instituto Pedagógico.

Nicolás Schöngut-Grollmus

Psicólogo de la Universidad Diego Portales (Chile) y doctor en Psicología Social de la Universitat Autònoma de Barcelona (España). Se desempeña como profesor auxiliar de la Facultad de Psicología de la Universidad Alberto Hurtado (Chile).

Rafaela Teixeira Zorzanelli

Psicóloga por la Universidad Federal de Espírito Santo, magíster en Psicología por la Universidade Federal Fluminense (Brasil) y doctora en Salud Colectiva por el Instituto

de Medicina Social de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Brasil). Profesora adjunta del Instituto de Medicina Social de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Flavia Torricelli

Licenciada en Psicología y doctora en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Docente de grado y posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Ana Silvia Valero

Licenciada en Antropología por la Universidad Nacional de La Plata (Argentina). Doctoranda en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Docente de grado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo de la Universidad de La Plata.

