

En *Luchas por la hegemonía, historia y etnografía en la provincia de Misiones, Argentina*. Posadas (Argentina): EDUNAM - Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Misiones.

Salud y educación. Actores y hegemonía en la trama de la medicalización.

Avalos, Miguel y Báez, María Fernanda.

Cita:

Avalos, Miguel y Báez, María Fernanda (2018). *Salud y educación. Actores y hegemonía en la trama de la medicalización*. En *Luchas por la hegemonía, historia y etnografía en la provincia de Misiones, Argentina*. Posadas (Argentina): EDUNAM - Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Misiones.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/miguel.avalos/21>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ptgb/MoH>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. *Acta Académica* fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LUCHAS POR LA HEGEMONÍA

Historia y etnografías en la Provincia de Misiones, Argentina

Fernando Jaime
Miguel Ávalos
Fernanda Báez
Adriana Carísimo
Carolina Detke
Laura Ebenau
Javier Ferragut
María Claudia Giménez
Elías Gómez
Carlos Gutiérrez
Diana Haugg
Arturo Medina
Anita Minder
Yésica Pelinski
Betiana Tavarez

EDITORIAL UNIVERSITARIA

EDITORIAL UNIVERSITARIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES

Cnel. José Félix Bogado 2160
Posadas - Misiones - Tel-Fax 0054 376 4428601

Correo electrónico:
ventas@editorial.unam.com.ar

Página web:
www.editorial.unam.edu.ar

Colección: Ediciones especiales
Coordinación de la edición: Claudio O. Zalazar

Luchas por la hegemonía: historia y etnografía en en la provincia de Misiones,
Argentina / Fernando Gabriel Jaume ... [et al.]. - 1ª ed . - Posadas: Edunam -
Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Misiones, 2017.

448 p. ; 225 x 155 mm.

ISBN 978-950-579-462-1

1. Patrimonio Cultural. 2. Hegemonía. 3. Militancia Política.

CDD 306.09

Hecho el depósito de la Ley N° 11.723

Impreso en Argentina

ISBN: 978-950-579-462-1

©Editorial Universitaria

Universidad Nacional de Misiones, Posadas, 2018

Todos los derechos reservados para la primera edición

CAPÍTULO 6

SALUD Y EDUCACIÓN ACTORES Y HEGEMONÍA EN LA TRAMA DE LA MEDICALIZACIÓN

|| Miguel Ávalos y María Fernanda Báez

En este trabajo nos proponemos describir cómo un entramado de instituciones, organizaciones, asociaciones y agentes sociales intervienen directa o indirectamente en la producción de los diagnósticos en salud mental de la infancia, particularmente el retraso mental y otras patologías vinculadas como el TDAH (Trastorno De Déficit De Atención E Hiperactividad) o el autismo. Este entramado relacional incluye entre otros al estado y sus políticas, las instituciones escolares, los colegios médicos o profesionales, las obras sociales, las asociaciones de profesionales de la salud, la industria farmacéutica, las asociaciones de padres y las familias.

Entendemos que en esta trama social, que se constituye como una configuración (Elias, 2008), se activan prácticas individuales, familiares e institucionales con efectos performativos sobre los procesos de subjetivación de los agentes sociales, condicionando sus modos de percibir y percibirse, así como de posicionarse y actuar frente a las patologías reveladas. En este artículo, sin desconocer las interdependencias del conjunto de actores que integran esta trama, focalizaremos particularmente en los aconteceres de la vida cotidiana de los niños y sus familias que, frente al padecimiento –discutiremos situaciones de casos de retraso mental–, se ven obligados a reorganizar sus vidas cotidianas presentes y futuras.

Nuestra reflexión sobre esta problemática se organiza a partir de las siguientes preguntas: ¿Cómo los sujetos sociales producen y reproducen representaciones y prácticas en torno al diagnóstico de retraso mental? ¿Cómo estas representacio-

nes y prácticas se van construyendo y modificando en la vida cotidiana a partir del diagnóstico? ¿Cómo se desarrolla el proceso por el cual los niños y sus familias ingresan en una trama de significaciones y prácticas que implicarán la aceptación de condiciones de diagnóstico y tratamiento, la gestión de coberturas y prestaciones en los sistemas de educación y salud que condicionarán sus trayectorias? ¿Cómo opera el dispositivo que induce a los agentes sociales a gestionar el certificado único de discapacidad (CUD)?

En este trabajo consideramos el proceso salud-enfermedad-atención como un “hecho social total” (Mauss, 1923; Menéndez, 1994) y no simplemente como un fenómeno biológico individual. En este proceso convergen diversos agentes individuales y colectivos, múltiples instancias y dimensiones de la vida social contemporánea, tales como: las instituciones políticas y sociales, los organismos legislativos, los aparatos científico-tecnológicos, las estructuras burocráticas y las lógicas de mercado, entre otras.

A través del análisis del caso de un niño de 4 años diagnosticado con retraso mental, abordamos en primera instancia el proceso que va desde la identificación por parte de la escuela del “niño problema” a la puesta en marcha de todo un aparato médico-asistencial que deriva en la tramitación del CUD. Describimos el “peregrinaje” que es la experiencia de Angelito y su familia con la escuela y los servicios de salud a partir del proceso de diagnóstico y consiguiente tratamiento. Analizamos cómo su vida cotidiana y la de su familia, la manera de verse y ver el mundo, se ven transformadas *a posteriori* de la categorización médica. Mostramos cómo en este trayecto/proceso los padres construyen saberes que dan lugar a cierta “experticia”, un *saber hacer* en torno a la enfermedad/discapacidad de su hijo propiciado por la vinculación necesaria con otros padres, con profesionales de la salud y especialistas en educación, resultando en la conformación de verdaderos espacios de socialización del padecimiento de sus hijos.

La problemática analizada tiene lugar, fundamentalmente, en la articulación de dos campos: el campo de la salud o de los servicios de salud y el campo de la educación. Dos campos que, si bien son diferentes, constituyen eslabones fuertemen-

te vinculados en el trabajo activo de producción de la medicalización de la infancia.

La problematización del dispositivo medicalizador arrojará luz sobre este proceso que incluye desde la condición ciudadana, en sentido amplio, hasta la gestión de beneficios sociales tan específicos como un CUD. Estos procesos, sumamente complejos, vinculan distintos campos y son atravesados por legislaciones específicas por la intervención de burocracias y cuerpos profesionales especializados, así como por sistemas de atención de servicios. Finalmente redundan en definiciones que entienden la enfermedad como déficit, como afección orgánica individual que deberá ser puesta en escena para ser tratada.

Valiéndonos de la etnografía como método nos proponemos explicar describiendo. Optamos por contar la realidad como una ficción –en términos narrativos– contextualizando etnográficamente, es decir, efectuando la caracterización contextual en el discurrir del texto y “haciendo teoría con y a través de la etnografía”, de tal manera que al describir también efectuamos nuestros análisis teóricos (Quiróz, 2011: 33-40).

El caso que analizamos recupera centralmente material clínico recogido en el transcurso de un año de atención psicológica¹⁹⁰ y además se enriquece y reconstruye con otras experiencias de trabajo en consultorio y en instituciones escolares. La direccionalidad teórica en el abordaje del material recolectado en campo articula perspectivas de la antropología social –líneas de salud y educación– y del psicoanálisis.

Pretendemos mostrar cómo “la participación activa de los actores sociales, si bien se oculta bajo la forma de decisiones particulares, involucra toda la trama de lo social” (Ortega, 2008). En este trabajo mostramos, a partir de las particularidades de una historia individual –nivel micro–, un complejo entramado social –nivel macro– mediante el cual se va construyendo socialmente, desde el “niño problema” hasta el “discapacitado”.

190- Uno de los autores de este artículo es Lic. en Psicología.

La construcción social del “niño problema”

Angelito es un niño que comenzó su escolaridad en marzo del 2011 en sala de 4 años de una escuela pública común de gestión privada de la ciudad de Posadas. Vivía en aquel momento con su mamá, su papá y su hermana mayor. A los pocos meses de iniciado el ciclo lectivo, sus padres solicitaron una consulta con una psicóloga a quien le relataron¹⁹¹:

Venimos porque en la escuela nos pidieron informes de psicología y fonoaudiología para que Angelito pueda seguir asistiendo a clases.

Mostraron una nota firmada por la responsable del gabinete psicopedagógico¹⁹² de la escuela y por la directora, en la que indicaban la necesidad de consultar con los mencionados especialistas y presentar luego los informes en la escuela.

Los padres de Angelito estaban preocupados, desconcertados y a la vez urgidos por obtener ambos informes. Desde el inicio de clases se encontraban en una situación de “desborde” con la escuela. En las pocas semanas de clases transcurridas habían sido citados en reiteradas oportunidades por la maestra, habían tenido reuniones con la directora y las profesionales del gabinete psicopedagógico, en algunas oportunidades los habían llamado por teléfono para retirar al niño de la escuela.

Diariamente, al finalizar la jornada escolar, la maestra les informaba cómo se había portado el niño, o qué había hecho. Ellos recuerdan algunos de estos “partes diarios”:

Angelito le pegó a fulano –decía la maestra–. Golpeó la mesa insistentemente con las manos o con cosas que encontraba en la sala y cuando se le llamó la atención se arrojó al piso, gritando y llorando desconsolado.

En otra oportunidad también le habría dicho:

Angelito le sacó la merienda a su compañerita, no quiso compartir los lápices, arrojó al piso la mochila de otro compañero y se subió a la mesa cuando se le llamó la atención.

191- Para proteger la identidad del niño y su familia hemos modificado su nombre.

192- El gabinete psicopedagógico es un grupo pluridisciplinar que interviene en el ámbito escolar cuando hay problemas entre los alumnos, entre alumnos y docentes o, como en el caso de Angelito, cuando se sospecha algún tipo de patología en los niños. Dicho gabinete está integrado generalmente por psicólogos, psicopedagogos y, en menor medida, por trabajadores sociales.

Todas estas situaciones llamaban la atención de los padres que, hasta el momento, no habían percibido una problemática semejante en la vida familiar.

En casa se porta bien, dice la mamá, es un poco inquieto, le gusta llamar la atención cuando recibimos invitados. Él es muy independiente: se levanta solo a la noche si quiere tomar agua, a veces me levanto a la noche porque escucho ruido y lo encuentro jugando solito en la pieza.

El papá, a su vez, refiere:

Le gusta mucho la percusión, tiene varios tambores, a veces los escondemos porque no para, incluso así, agarra lo que encuentra y toca como si fuera un tambor.

Angelito no fue a la guardería, desde que nació fue cuidado por sus padres y familiares cercanos (abuelos, tíos), es el más pequeño de ambas familias (materna y paterna), no tiene primos de su edad ni vecinos con los cuales jugar. Hasta el inicio del jardín ha vivido casi todo el tiempo rodeado de personas adultas; es en este contexto que el papá cuenta que le gusta llamar la atención:

Cuando vienen familiares o amigos a visitarnos, él quiere ser el centro, hace monadas, canta, demanda constantemente nuestra atención y la de los demás adultos, incluso cuando vienen niños a visitarnos él no se integra a jugar con ellos, sino que está pendiente de lo que hacemos los grandes.

Durante la entrevista, el niño permanece junto a la mamá, sentado en su regazo o parado a su lado. Los padres le dan un cuaderno y un lápiz, el niño interrumpe mostrando a los padres lo que hace, solicitando más materiales: hoja, revista, lápices, marcadores, otros colores, etc. Los padres se incomodan con las interrupciones, sin embargo, no dejan de mostrarse complacientes con el niño, lo felicitan por lo que dibuja, le proponen que dibujar, dibujan ellos.

En las oportunidades en que la psicóloga se dirige al niño, este mira a los padres antes de responder, responde tímidamente, hablando bajito, su lenguaje es muy difícil de comprender; los padres lo entienden y se apuran a traducir.

Ante la urgencia manifestada por los padres, de conseguir el informe, la psicóloga sugiere hacer un certificado de

asistencia, exponiendo sus recaudos frente a la situación de tener que elaborar un informe diagnóstico para ser presentado a la escuela. Angelito es muy pequeño, está en las etapas iniciales del proceso de construcción de su subjetividad, un diagnóstico plasmado en un informe dirigido a la escuela formaría parte de su “legajo escolar”, acompañándolo y estigmatizándolo a lo largo de toda su trayectoria escolar. En palabras de Causillas “los diagnósticos en los chicos son siempre transitorios y presuntivos y nunca tienen que asociarse con algo irreversible; cuando esto no sucede, el diagnóstico se convierte en una etiqueta” (2017).

La configuración familiar descripta, las prácticas vividas dentro de este grupo familiar, fueron señaladas por la psicóloga como parte fundamental en la sintomatología presentada por el niño. Estas apreciaciones profesionales justificaban su desacuerdo con la solicitud urgente de los padres de diagnosticar a Angelito y, principalmente, enviar a la escuela un informe con ese diagnóstico que podría traerle consecuencias imprevisibles en su trayectoria escolar futura¹⁹³.

En el caso de Angelito, como en muchos otros, la alerta y la primera “aproximación diagnóstica” se producen en la escuela. Es en el espacio del aula donde la maestra se encuentra ante la dificultad de lidiar con el comportamiento del niño, con sus “conductas disruptivas”, “su crisis”, “su rebeldía”, en palabras de la docente. En reiteradas oportunidades no encuentra más opción que solicitarla intervención de directivos o miembros del gabinete psicopedagógico, quienes “en situaciones extremas” lo retiran del aula. Además, al observarlo y compararlo con sus pares, advierte y comunica a los padres: “Angelito es inmaduro, presenta diferencias con sus compañeros en el desarrollo del lenguaje verbal”; afirmando una anormalidad y sospechando una patología.

Ante las dificultades que Angelito presentaba diariamente en el aula, sumado al riesgo que representaba su conducta y comportamiento para sus pares, las posibles quejas que podrían surgir por parte de los padres de los demás niños, y esta “patología sospechada”, la docente y el gabinete psicopedagó-

193- Hay numerosas investigaciones realizadas desde perspectivas interaccionistas en el campo de la educación que nos ilustran sobre los efectos de lo que se conoce como las *Teorías del etiquetado* (“biografía autocumplida”, “efecto Pigmalión”, “biografías anticipatorias”, “profecía autocumplida” (Coulon, 1995; Frigerio, 2006).

gico deciden actuar. Tienen claro que “algo hay que hacer”, no solo por el niño, sino por el resto de los compañeritos de sala. La escuela tradicionalmente ha estado atenta a la detección oportuna de los “problemas” de los niños. Es parte de su mandato fundacional mirar con atención y registrar cuando los niños tienen dificultades de visión o de audición o incluso de lo que consideran problemas de aprendizaje como la dislexia, la dislalia, las dificultades en el desarrollo del habla, los trastornos de atención, etc. La escuela “sabe” que tiene que alertar e incluso supone que es su deber justipreciar lo que observa como “diferencia” y si fuera posible ponerle un nombre (clasificar). En el caso de Angelito, este proceso comienza en el ámbito escolar con el acercamiento de la maestra al gabinete, el gabinete escucha a la maestra y seguidamente decide dar inicio a una intervención más enérgica: citar a los padres y condicionar la asistencia del niño a un doble informe psicológico y fonoaudiológico.

En Occidente, la sociabilidad infantil desde sus primeros años de vida gira en torno a la familia y luego la institución educativa:

...la escuela es por excelencia, la institución encargada de socializar a los sujetos; socialización que implica, como señala Durkheim salir de nuestra propia naturaleza, renunciar a nuestras representaciones, violentar nuestras inclinaciones para transformarnos en sujetos sociales (Remedi, 1988: 18).

Para los niños, las principales instituciones de referencia, constituyentes de sus identidades son: la familia, la escuela y en menor medida el hospital o los servicios de salud; en tanto que son los espacios en los que transcurren sus vidas. En ellos se reproduce una cosmovisión determinada sobre lo que está bien y lo que está mal, lo deseable y lo no deseable, la normalidad y lo patológico.

La relación entre educación y salud es un elemento a tener en cuenta al analizar el caso de Angelito y de muchos otros casos que llegan, como él, a los servicios de salud (neurología, psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, etc.) luego de ser identificados/clasificados/nominados por la escuela como “niños problema”.

Muchas veces los niños “no generan problemas en su hogar”, generan “problemas” en la escuela. Como en el caso de Angelito, todo el problema se centraba en la escuela y en la conducta del niño en la escuela: “porque pateó la silla o la puerta”, “hizo berrinches”, “gritó, se portó mal, le pegó a un compañerito”. Conductas que son interpretadas por los docentes y el gabinete psicopedagógico como “problemas médicos” –primer indicio del proceso de medicalización, que veremos más adelante–.

Observamos que los actores educativos desarrollan una “mirada médica” u “ojo clínico” (Foucault, 2014) que de cierto modo los habilita a realizar un diagnóstico presuntivo o requerir la intervención de especialistas del sector salud, condicionando la asistencia del niño a la escuela con la presentación de diagnósticos e informes de los profesionales.

En el caso de Angelito, la escuela demandaba un informe que especificara el diagnóstico y recomendara la reducción de la jornada escolar, medida que ya había sido implementada. A pesar de la propuesta de la psicóloga de reunirse y trabajar con la docente y profesionales del gabinete, la institución insistía en la necesidad de un informe escrito. Este informe les serviría como resguardo legal en caso de que los padres de otros niños se quejaran o reclamaran por la mala conducta de Angelito o la reducción del horario de su jornada escolar.

El término *normal*, asociado a estos casos donde la conducta de los niños es analizada y juzgada como *problemática-anormal-patológica*, se introdujo –según Canguilhem– en la lengua popular a partir de los vocabularios específicos de la institución pedagógica y de la sanitaria, cuyas reformas coinciden con la Revolución francesa. En *Lo normal y lo patológico*, el autor expresa “‘normal’ es el término mediante el cual el siglo XIX va a designar el prototipo escolar y el estado de salud orgánica” (1970), aquello que es bueno y deseable para la población.

Si bien reconocemos que tanto la escuela como las instituciones de salud son parte de campos diferentes, es decir con historias, actores individuales y colectivos propios, capitales e intereses en disputa particulares, luchas y reglas –que regulan dichas luchas–, que los constituyen en campos autónomos; los encontramos relacionados en la práctica de estos actores sociales. Las dinámicas familiares se ven atravesadas por la

escuela y los servicios de salud que producen y reproducen visiones legitimadas por el estado (Bourdieu, 2015).

A su vez, la escuela y los servicios de salud, están íntimamente relacionados con la vida cotidiana de las familias de niños “con problemas en la escuela”, sobre quienes pesa una “sospecha” de patología o algún grado de discapacidad.

En Argentina, tanto la escuela como los servicios de salud, al margen de su condición de públicos o privados, son instituciones del Estado. En este sentido, ambos reproducen la visión sobre la realidad propuesta por este en tanto que define “el bien público” (Bourdieu, 2015), de este modo, en última instancia, el Estado es la institución que legitima qué es una enfermedad y qué no, cómo se trata esa enfermedad, quiénes forman parte de un grupo de riesgo, etc. Es el Estado, como “lugar de circulación de la palabra oficial, del reglamento, de la regla, del orden, del mandato, de la denominación” (Bourdieu, 2015: 122) el que opera construyendo legitimidad, posibilitando la “imposición de una arbitrariedad cultural” (Bourdieu y Passeron, 1996: 56) y la conformación de formas de entender la vida y de vivirla.

A diferencia de algunos autores (Dubet, 1998; Duschatzky y Corea, 2008; Lejarraga, 2012) que postulan el declive de las instituciones y la “pérdida del poder performativo” de la escuela y los servicios de salud, de la autoridad del Estado como legitimador de estas instituciones, de sus prácticas y representaciones; entendemos que la familia, los servicios de salud y la escuela son parte activa en la conformación de las subjetividades de los sujetos sociales. Y en lugar de perder su capacidad de agencia sobre las subjetividades de los sujetos sociales, el Estado y estas instituciones, por él legitimadas, están transformando las formas y los contenidos de los procesos de subjetivación. Reconocemos la actualidad de las expresiones de Rockwell cuando afirma: “permanecer en la escuela, en cualquier escuela, durante cinco horas al día, 200 días al año, seis o más años de la vida infantil, necesariamente deja huellas en la vida” (1995: 13).

Si aquella relación entre el sistema sanitario y la escuela (de fines del siglo XIX) perseguía la formación de “ciudadanos argentinos” en materia de higiene y salud, de orden y progreso, podemos preguntarnos ahora ¿qué identidades contribuyen

a generar estos dispositivos (en el sentido foucaultiano de la escuela y del sector salud)?, ¿cómo son estas nuevas subjetividades forjadas por –y en– esta amalgama de escuela y sector salud? ¿Podemos pensar que fomentan un nuevo tipo de ciudadanía? Entendemos que no dejan de construir subjetividades, sino que, en todo caso, las construyen de otro modo. En tal sentido, en torno a un diagnóstico médico, como veremos a continuación, se articulan prácticas y representaciones de distintos actores –maestros, familias, profesionales de la salud, obras sociales, Estado– que de manera inevitable impactan en los procesos de subjetivación no solo de los niños, sino también de los padres y demás actores comprometidos.

El peregrinaje

Luego de unos meses de aquel primer “evento” que constituyó a Angelito como “niño problema”, el gabinete evaluó la necesidad de que una maestra integradora acompañara su proceso de aprendizaje. A inicios del segundo semestre escolar, la escuela, preocupada por el proceso de aprendizaje del niño, informa a los padres que para que su hijo pueda continuar en la institución sería necesaria una maestra integradora que lo acompañara e incluso les indican que tal vez sería necesario efectuar una consulta clínica con un neurólogo. Llegan a mencionar asimismo que, de mantenerse este comportamiento de Angelito –“no respeta consignas”, “no mantiene la atención mínima”, “no se entiende lo que dice”– cabría la posibilidad de que el niño repitiera la siguiente sala de 5 años.

Este comentario de la responsable del gabinete psicopedagógico de la escuela respecto a la posibilidad de que Angelito repitiera el año siguiente indignó al padre:

¿Cómo saben cómo le va a ir el año que viene? ¡Ni siquiera está todavía en sala de 5! ¡Vamos a cambiarlo de escuela! ¡Ellas ya lo tienen de punto, cualquier cosa que pasa y lo culpan a él! La semana pasada Angelito nos contó que un compañerito le pegó y la maestra lo retó a él.

La madre, más preocupada que enojada, insistió en que el niño permanezca en su escuela y comenzó a movilizarse para conseguir la maestra integradora:

Yo también estoy cansada de lidiar con la escuela... pero no nos queda otra, tenemos que conseguir urgente la maestra integradora.

En la consulta con la especialista en neurología, los padres relatan la situación problema de la escuela. Ante este panorama y la preocupación de los padres por conseguir y costear los gastos de la maestra integradora, la facultativa sugiere diagnosticar a Angelito con “retraso mental” –categoría del DSM-IV– y tramitar un certificado de discapacidad para que la obra social cubra la maestra integradora y las demás prestaciones de salud requeridas.

La doctora solicitó entonces una serie de estudios complementarios (mapeo cerebral y resonancia magnética nuclear, electroencefalograma), indicando a los padres consultar con un psicopedagogo y conseguir los informes de los tres profesionales intervinientes (psicopedagogo, psicólogo y fonoaudiólogo) acreditando también este diagnóstico para presentar en la junta médica. Dicho diagnóstico no fue otorgado por la psicóloga, quien sostenía el carácter transitorio de la conducta del niño e incluso advirtiendo a la madre acerca de los posibles efectos que este diagnóstico podría tener en el modo de ver al niño –por parte de su familia, sus pares, la comunidad educativa– y de verse a sí mismo.

“El peregrinaje” era la denominación con que los padres de Angelito designaban este permanente ir y venir entre escuela, profesionales de la salud y obra social. Los padres y el niño asisten rigurosamente a las terapias de fonoaudiología y psicopedagogía dos veces por semana, psicología, una vez por semana para el niño y cada quince días los padres, mensualmente al neurólogo. Cumplen con las indicaciones y tareas indicadas por los profesionales, como ordenar hábitos cotidianos: dormir temprano a la noche, dormir siesta, organizar un horario para hacer tareas y ejercicios de fonoaudiología y psicopedagogía, prohibir los tambores.

La familia comienza a ordenarse en torno a la patología y necesidades del niño, donde además de modificar los hábitos de su vida cotidiana, se organizan junto al abuelo materno para llevar y buscar a Angelito de las terapias. Los padres se predisponen también a ver y seguir de cerca la conducta o comportamiento de su hijo, adoptando al igual que la maestra

el “ojo clínico” y la costumbre de informar regularmente a los profesionales “cómo se ha portado el niño”, transmitiendo los “partes” de la maestra, las devoluciones e indicaciones de los otros profesionales, los episodios más relevantes.

Esta semana fue re contento a la escuela, el lunes que no había clases él quería ir igual. Anteayer se enojó porque lo retiramos antes que sus compañeros. Ayer nos dijo la maestra que estuvo muy inquieto, empezó bien la mañana, pero llegando la hora de irse se enojó y no quiso juntar los juguetes. Hoy se portó bien —le decía la mamá al psicólogo.

Un parte similar le daba el padre al mismo profesional:

El fono lo felicitó porque hizo bien los ejercicios, estamos contentos porque notamos que habla más y más claro, cuenta lo que hicieron en la escuela, habla de sus amigos del jardín. Él es muy despierto, se acuerda qué días tiene fono, que días tiene con vos, reconoce los colectivos que tomamos siempre. Ayer se levantó chinchudo y no quiso entrar a la sala.

Observamos cómo los padres, inmersos en esta trama, comienzan progresivamente a interpretar también el comportamiento de su hijo como indicador de una patología. En este sentido, Canguilhem señala que ver un comportamiento como anormal y además entenderlo como una patología no fue siempre así, sino que corresponde a una construcción histórica determinada (1970). Esto es precisamente lo que se ha denominado como medicalización, proceso a través del cual distintos fenómenos de la vida cotidiana que eran considerados *normales* o *comunes* pasan a estar bajo el control de los profesionales de la salud. La ideología biomédica interpreta los padecimientos como enfermedades, enfatizando su carácter individual y biológico, y desestimando el entramado socio-cultural en el cual emerge. Ha sido el desarrollo de la ciencia y la tecnología lo que en gran medida posibilita la detección de los casos “reales o potenciales” de ciertos trastornos o enfermedades mentales. Como señala Grimberg: “...el papel de la medicina es central en tanto provee la base ‘científica’ de legitimación de definiciones y modalidades de respuesta social y política” (Grimberg, 1998: 28); movilizaciones que llevan adelante los sujetos que ven modificada su subjetividad a partir de un diagnóstico médico.

Coincidimos con Fleischer en que el “evidente” aumento de los diagnósticos de ciertas patologías mentales (como el autismo por ejemplo¹⁹⁴) no refleja necesariamente un aumento en la incidencia de estas patologías, sino que “esos nuevos números reflejan un cambio en el modo como nuestra cultura percibe una condición específica de salud y enfermedad” (Fleischer, 2012. Traducción nuestra).

Ante toda esta batería de estudios y de especialistas consultados, cabe una pregunta ¿se ofrece una cura para esta enfermedad? No, se ofrece un tratamiento a largo plazo. No es una cuestión menor que no haya una cura para esta enfermedad y se interprete en términos de “tratamiento a largo plazo”. Tal y como le dijo el neurólogo a la mamá de Angelito:

Esto va ser largo mamá, prepárate. Tenemos que tener una buena relación entre nosotros, con los otros profesionales, con la obra social, con la escuela, porque esto es largo.

Los padres de Angelito le decían al psicólogo, en una oportunidad luego de haber recibido el diagnóstico:

La verdad es que ya no sabemos qué hacer. Según los médicos se va a recuperar; otros dijeron que no, que no se cura... que se trata.

Entendemos que en este tipo de patologías se produce el reemplazo, en términos de Grimberg, del modelo síntoma-diagnóstico-tratamiento-cura “por la *incertidumbre*, que evidencia un saber médico en construcción” (2003: 81. Énfasis nuestro) que implica una relación de poder. Y sobre el carácter de “en construcción” que tienen estos saberes médicos aplicados a las patologías “psi”, puede servirnos como ejemplo el mismo proceso de desarrollo histórico de los DSM y las categorías médicas que ha creado y eliminado, posibilitando de este modo la elaboración de ciertos tratamientos médicos y anulando otros.

194- El Centro de Control de Enfermedades de EEUU expresó que, en ese país en el año 2012, 1 de cada 68 niños fue identificado con el trastorno del espectro autista. Fuente: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

Creando sujetos: la categoría médica

En las sucesivas revisiones del DSM¹⁹⁵ se han ido introduciendo modificaciones en los nombres de los trastornos, en las categorías diagnósticas que los agrupan, en los modos de categorizarlos/agruparlos y también en los criterios. Así, por ejemplo, el “retraso mental” diagnosticado a Angelito en el año 2011, bajo los criterios del DSM IV, en el DSM-I (1952) se denominaba “deficiencia mental”, en el DSM-II (1968) cambió a “retraso mental” y en el DSM-V –vigente actualmente– se cambió la denominación a “discapacidad Intelectual”, agrupándola en la categoría de “trastornos del neurodesarrollo”.

En el último DSM se sientan las bases genéticas de los “trastornos del desarrollo”; el incluir el vocablo “neuro” en esta categoría –antes denominada “trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia”– da cuenta de una perspectiva teórica que asocia estos trastornos a causas genéticas, biológicas, neurológicas¹⁹⁶.

En uno de los foros virtuales al cual tuvimos acceso¹⁹⁷, del cual también participan los padres de Angelito, una madre decía:

Me interesaría saber más del tema, cómo abarcarlo, como manejarlo, actualmente él está haciendo un tratamiento con el fono y con la psicopedagoga. Quisiera saber si existe otro tipo de terapia para poder ayudarlo. Gracias.

Esta actitud activa ante el proceso de salud/enfermedad/atención de su hijo es clave a la hora de entender las subjetividades de dichas familias. Alrededor de la “creación de sujetos” (Rose, 2012) es innegable la agencia de los sujetos y grupos sociales por dos aspectos puntuales que se desenvuelven si-

195- El DSM es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, elaborado por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA). Este manual se impone como herramienta privilegiada para el diagnóstico de las patologías mentales en el ámbito de la biomedicina. Lo que antes estaba librado al criterio médico, ahora se encuentra ordenado y legitimado desde la APA.

196- La construcción de las categorías diagnósticas en las sucesivas revisiones del DSM también son objeto de luchas y disputas políticas e ideológicas en el ámbito de la APA. En el desarrollo histórico de este Manual se evidencia el progresivo predominio de la perspectiva biologicista en detrimento de la perspectiva psicodinámica (Polidano, 2008).

197- Tomada de una página de Facebook. Consultada el día 28/03/2017.

multáneamente y se constituyen mutuamente: la no pasividad y la intersubjetividad.

Los pacientes y sus familias no son elementos pasivos en la práctica de la cura, generalmente están envueltos en una permanente búsqueda de tratamiento, en un “peregrinaje” por la búsqueda de “manejar” la situación. Un elemento característico de muchos padres de niños con discapacidad intelectual, es la búsqueda incansable de alternativas a las terapias y hasta a veces segundas opiniones. Aprendiendo e informándose en el mismo proceso y volviéndose, en algunos casos, expertos en dichas patologías y tratamientos.

Otra madre comentaba en el mismo foro:

Fueron muchos años de peregrinar por los consultorios de neurólogos, fonoatras, psicopedagogos, psicólogos, etcétera, como por diferentes centros. Lo ayudamos bastante, pero sabemos de sus limitaciones. ¿Me podrían ayudar o aconsejar qué hacer? ¿Dónde o qué más hacer?

La participación en estos foros virtuales, grupos en las redes sociales y asociaciones de padres, también tienen su parte en la forma en que se internalizan ciertas ideas y se dinamizan ciertas prácticas. De este modo, profesionales de los centros de tratamiento y asociaciones de padres trabajan juntos en la “visibilización” o concientización de la enfermedad y en la lucha por el reconocimiento de su derecho a “diagnóstico, tratamiento, avances científicos”¹⁹⁸. Desde estas agrupaciones organizan también cursos y talleres para padres y familiares de personas con discapacidades –especialmente las surgidas de los trastornos del neurodesarrollo–, brindan y comparten información sobre los caminos burocráticos y diferentes medidas terapéuticas.

La participación en estos grupos se configura como necesaria para abogar juntos por la garantía en el acceso a ciertos derechos. Un ejemplo de esto es la gestión que estaban llevando a cabo los padres de Angelito junto con otros padres, para la concreción de un encuentro con abogados venidos de Buenos Aires. El objetivo era que estos brindaran asesoramiento sobre las distintas cuestiones relacionadas con la discapacidad y sobre el caso particular de la presentación de un recurso de amparo ante la Superinten-

198- Las leyes por patología como la de obesidad, la de autismo, entre otras, fueron impulsadas por estos grupos y asociaciones de enfermos, familiares y profesionales.

dencia de Servicios de Salud de la Nación porque una obra social no había reconocido determinadas prestaciones.

Aquí vemos el segundo aspecto señalado por Rose, quien además de la no pasividad, indica que los individuos se subjetivan mediante la “ubicación en redes de relaciones”. Estos espacios, que cimientan de alguna manera las trayectorias de las familias de personas con discapacidad intelectual, contribuyen en la generación de un “sujeto autónomo y responsable que deviene en un especialista-lego en la administración de la enfermedad” (Rose, 2012: 261), especialistas por experiencia que generan y autorizan su propio saber.

El nivel de conocimiento que los padres han adquirido en menos de un año con respecto a la “condición médica” de su hijo y a los procedimientos burocrático/legales que se entrelazan en torno a él, es considerable. Hablan de *niveles de CI*¹⁹⁹, *polisomnografía*, *nomencladores*, *reconocimiento en la obra social*, *recursos de amparo*, *superintendencia*, *test*, *dislexia*, etc. Todos términos que no son entendibles para cualquiera, que requieren de cierto conocimiento y manejo del cual ellos ya están embebidos.

Los padres de Angelito llegan al consultorio del psicólogo con un cuaderno color azul, allí está la historia médica del hijo, todo está ahí pegado: el informe del médico, los análisis, el electroencefalograma, etc. Esa es como la carta de presentación del niño. En este sentido el neurólogo les había dicho:

Mamá, vos tenés que tener todos los documentos, todos los informes.

Efectivamente, en el centro donde Angelito era atendido por la fonoaudióloga era una práctica recurrente tomar ese cuaderno y fotocopiarlo, considerándolo la historia médica más completa del niño. En él guardaban todos los informes y diagnósticos de los distintos profesionales que habían atendido al niño.

Discapacidad, diagnóstico y derechos: la categoría legal

¿Y a qué se debe esta necesidad de la “puesta al día” permanente de ese cuaderno? Esos documentos son fundamentales

199- Coeficiente intelectual.

para la tramitación del CUD. Además, la sola narración del padecimiento no es suficiente para obtener el derecho a las prestaciones y servicios sociales, es necesario que ese padecimiento sea *puesto en escena*, es decir, objetivado en los distintos estudios e informes médicos y profesionales. Hablamos aquí de enfermedades puestas en escena, como condición *sine qua non* para acceder a determinados derechos por parte de esta población en la Argentina²⁰⁰. Se trata de la puesta en acto de lo que Fassin designa como *biolegitimidad*, concepto por el que se entiende, entre otras cosas, que es el cuerpo enfermo el que “da derecho” (2003: 52).

El autor afirma que en nuestras sociedades contemporáneas el fundamento *bio* es imprescindible para el otorgamiento de ciertos beneficios sociales en tanto que las políticas públicas reconocen un derecho ahí donde encuentran sufrimiento, se suplanta el valor moral de la justicia por el de la compasión. No es la evidencia de la desigualdad la que moviliza las políticas sino el sufrimiento o una enfermedad.

La visión hegemónica que sostiene y legitima todas las políticas en torno a la discapacidad tiene una predominante visión biologicista, de manera tal que el diagnóstico médico se transforma en una necesidad imperiosa²⁰¹. Desde esta visión la discapacidad es considerada una “tragedia no elegida que le ocurre a algunos sujetos y, por lo tanto, como una cuestión individual” (Rosato *et al.*, 2009: 103).

Este proceso de construcción simbólica se desarrolla velando la dimensión social de la enfermedad y las características espacio-temporales de la actualidad (posmodernidad) que, como aspectos socioculturales “novedosos”, tendrían parte en la producción de los diagnósticos en estudio. Vemos importante señalar que, a pesar de la potencia instituyente del discurso biológico, los sujetos y los conjuntos sociales atravesados por el diagnóstico de discapacidad –como la familia de Angelito– manifiestan una especie de resistencia a lo que podríamos designar como “desocialización de la enfermedad”

200- Por primera vez la Constitución Nacional en su reforma de 1994 (Segunda Parte, Título Primero, Capítulo IV –Atribuciones del Congreso– Artículo 75, Inciso 23) menciona expresamente a las personas con discapacidad.

201- Las leyes de cada patología reivindican el derecho al diagnóstico ya que es la carta de acceso al reconocimiento de beneficios y derechos sociales. Se produce así el derecho a ser/estar enfermo.

(Filc, 2004), entonces dinamizan numerosas y variadas acciones colectivas con la creación de asociaciones de padres y grupos de redes sociales y la activa participación en ellas. Sin embargo, este tipo de resistencia no pone en cuestión la visión biomédica que entiende la discapacidad como una enfermedad, como un fenómeno biológico e individual. Por el contrario, termina reforzando esta perspectiva desde el momento en que la protesta no se opone a la clasificación, pues parte justamente de la aceptación del diagnóstico y más bien demanda la concientización sobre la enfermedad, el diagnóstico temprano, la investigación biomédica sobre el tema y el reconocimiento de las prestaciones médico-educativas, entre otros reclamos.

El diagnóstico de discapacidad posibilita la activación de toda una maquinaria burocrática que Oliver llama “burocracia de la asistencia social en discapacidad” (Oliver, 2008: 27), que se inicia con la tramitación del certificado único de discapacidad (CUD). Este habilita la cobertura total de todas las prestaciones de salud, además de otros beneficios, basada en el hecho de que “se es enfermo”, “se es discapacitado” y por esto el Estado debe garantizar todos los elementos necesarios para “neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales” (Ley 22.431, Art. 1).

Consideramos que el proceso de medicalización no es unilineal, sino que incluye una trama de agencias sociales que lo posibilitan y construyen. Los sujetos y los conjuntos sociales toman parte activa en la concreción de la categorización de los enfermos como tales y en la puesta en marcha de los distintos dispositivos que se generan en torno a dicha categorización.

El CUD es un documento público otorgado por el Servicio Nacional de Rehabilitación, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, constituido y organizado mediante las leyes 22.431, 24.901 y 25.204. El trámite comienza en el reconocimiento por parte de la Junta Evaluadora (compuesta por tres profesionales del Hospital Madariaga en Posadas) que reconoce, diagnostica y certifica “la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado” (Ley 22.431, Art. 3).

Este [el CUD] va a ser el documento de tu hijo –le dice el médico neurólogo a la madre de Angelito.

Los derechos que otorga la tenencia del CUD son varios, de los cuales señalamos: 100% en la cobertura de prestaciones médicas; acceso gratuito en el transporte público; derecho de libre tránsito y estacionamiento; asignaciones familiares; eximición de impuestos; entre otros.

Según el último censo nacional (2010), en la Argentina existía un discapacitado cada cinco hogares, de los cuales el 18% padecía una discapacidad mental (Escudero. 2013). Mientras que, en la provincia de Misiones, el 46% de los discapacitados, con un solo tipo de discapacidad, padece discapacidad mental.

Cuadro nº 1: Distribución de personas con discapacidad con CUD, según grupos etarios, en la provincia de Misiones, 2015.

Rangos etarios	Cantidad de personas	%
0 a 19 años	1560	38
20 a 39 años	936	23
40 a 59 años	1005	25
60 a 79 años	534	13
80 años y mas	32	1
Totales	4067	100

Fuente: Elaboración propia. Anuario 2015. Servicio Nacional de Rehabilitación.

El diagnóstico es entendido como el resultado de la sumatoria de funciones orgánicas, que pueden ser graduadas desde leve a profunda. Ejemplificamos el proceso, tomando uno de los criterios utilizados, por el que serán discapacitados (en distintos grados) aquellos que, entre otros elementos, presenten las siguientes características según sus edades:

- niños de 0 a 5 años con dificultades para vestirse (d540).
- niños de 6 a 12 años con dificultades en la higiene personal (d530)
- adolescentes de 13 a 18 años y adultos que no velan por el mantenimiento de su salud (d57020; d57021, d57022) (Disposición nº 648/2015, cap. 5).

Nos preguntamos, ¿qué niño de 1 año no ha tenido dificultades para vestirse? ¿Qué niño de 8 años no se ha quejado a sus padres por tener que dejar de jugar e ir a bañarse? ¿Es igual de fácil vestirse o bañarse en Misiones que en Tierra del Fuego? Los criterios diagnósticos son poco específicos, y no solamente aquellos relacionados con el autocuidado, como hemos señalado.

Los datos estadísticos antes señalados nos llevan a preguntarnos: ¿cuáles son las condiciones que impulsan a los agentes sociales a gestionar el CUD?

En el caso de Angelito vemos con claridad que es justamente la necesidad de cubrir ciertas prestaciones médico-educativas la que orienta a sus padres a la tramitación del CUD.

En resumen, consideramos que en esta configuración toman parte desde el DSM y la visión biomédica, las políticas públicas –leyes de discapacidad, CUD–, las obras sociales y la cobertura de prestaciones. Esta amalgama de elementos que se dinamizan ante un “caso problema” dan cuenta de la conformación de un campo en el cual los actores –individuales e institucionales– producen y reproducen discursos y prácticas, en el momento mismo en que se ejecutan, donde el fundamento “bio” es crucial. Y donde una cosa va llevando a la otra.

Consideraciones finales

Llegado el momento de finalización del ciclo lectivo los padres de Angelito deciden suspender las terapias. ¿Por qué lo hacen? ¿Qué sucedió después con Angelito? No lo sabemos.

Reconocemos que esta trama, en la que estaba inserto Angelito y su familia, forma parte de una situación epocal, acompañada de transformaciones socioculturales que la posibilitan y hasta la producen. Fenómenos sociales como la patologización de la infancia, por ejemplo, dan cuenta de este amplio proceso que implica la medicalización.

Nos interesa retomar esta trama relacional que se inicia con la identificación en el ámbito escolar del niño como “niño problema” y que a la vez pone en marcha el “aparato médico”, al demandar un diagnóstico y la intervención de los profesionales de la salud con sus saberes científicamente legitimados. De ahí

a la necesidad de que la obra social, u otra entidad, cubra los costos económicos de los tratamientos de dichos profesionales, aspecto no menor y de gran preocupación para la familia.

Se construye una “experticia” de los padres, tanto en lo que respecta a la patología y tratamiento de su hijo como en lo que hace a la burocracia de la negociación con las obras sociales hasta la tramitación y obtención del CUD. Este es el instrumento legal que les facilita las condiciones materiales para cumplir con los tratamientos recomendados, que al mismo tiempo permiten la inclusión del niño en las instituciones escolares.

En cuanto a la intervención del mercado mediante la industria farmacéutica, hay estudios que señalan el aumento exponencial que se ha producido en el consumo de ciertos fármacos asociados al tratamiento de patologías mentales (como el autismo, TDAH), habiéndose registrado en Argentina un “aumento del consumo de metilfenidato desde 1994 al 2005 de 900%”, proceso que se evidencia más allá de nuestro país, tal y como indica Untoiglich (2014: 28)²⁰². De esta manera, el negocio farmacéutico se conforma como una parte importante de esta configuración (Conrad, 2007).

Esta trama relacional que construye al niño problema, y de allí al discapacitado, se ve favorecida por la “crisis” de las instituciones características/prototípicas de la modernidad: la escuela y la familia. Estos cambios culturales están produciendo transformaciones en las tradicionales formas de socialización. Hasta hace un tiempo, las familias eran las encargadas de la socialización primaria y correspondía a la escuela la socialización secundaria. Hoy en día hay muchas familias que se encuentran limitadas para cumplir con el mandato socializador que le fuera asignado en la modernidad (Dos Santos, 2009). Aparecen entonces las quejas de la escuela debido a que “los niños ya no vienen educados de la casa”. Por su parte las familias también reclaman a la escuela la educación de sus hijos. Estas demandas cruzadas (op. cit.) entre ambas instituciones van dando forma a una compleja problemática social que termina siendo absorbida dentro del ámbito de los cuidados médicos.

202- Droga utilizada para tratar el autismo.

Lo que nos interesa destacar, como cierre de este trabajo, es que la medicalización –en tanto proceso social– integra una multiplicidad de actores y agencias sociales que toman parte activa dentro del proceso y lo van haciendo posible. Proceso en el que se reconocen adaptaciones, pero también resistencias. Proceso de construcción de sentidos que van y vuelven, construyéndose hegemónicamente desde sectores de poder y que son apropiados y reproducidos por los sectores subordinados. A la vez se producen resistencias, espacios de reconstrucción de sentidos, con prácticas contra-hegemónicas que abren nuevas perspectivas.

La perspectiva biomédica, hegemónica en el campo de la salud, produce y reproduce una visión reduccionista de los padecimientos entendiéndolos como fenómenos biológicos individuales (Menéndez, 1994). En psicología, esta perspectiva se evidencia en la reducción de los procesos diagnósticos a la mera observación de conductas, interpretadas aisladamente –fuera de la trama socio-familiar– como adaptativas o disruptivas, acordes o no acordes a la edad y en la aplicación de pruebas psicométricas estandarizadas, entre otras.

Así, la sintomatología presentada da cuenta de un déficit del niño, una anomalía o incluso una enfermedad orgánica –neurobiológica–. Y los tratamientos se enfocan fundamentalmente en adaptar al niño a los estándares esperados. Lo que desestiman estas perspectivas son las historias de vida de las personas, los contextos socioculturales en los que se constituyen como sujetos, las relaciones existentes entre las manifestaciones conductuales y los entornos sociofamiliares.

Esta forma de ver y entender a la salud y a la enfermedad –perspectiva biomédica– se reproduce en distintos ambientes, más allá de lo sanitario. Tal como vemos, la escuela es uno de ellos.

Sin embargo, ante la magnitud de este fenómeno mundial de medicalización y patologización de la infancia emergen grupos profesionales contra-hegemónicos que denuncian esta tendencia, problematizando los procesos de etiquetamiento y estigmatización que producen los “diagnósticos express”, cuestionando la utilización masiva de medicación como “tapón” para acallar los síntomas y fundamentalmente poniendo en tensión los síntomas infantiles con la trama social en la que

se subjetivan los niños de hoy. El Fórum Infancias ex Fórum ADD, por ejemplo, es una organización argentina que nuclea profesionales de la salud, educación y de las ciencias sociales alarmados por la creciente medicalización y patologización de la infancia, fue fundado hace una década, con la “epidemia de ADD”.²⁰³ Ellos proponen, entre otras cosas, que los niños deberían tener derecho a la atención de su salud sin la necesidad de un diagnóstico invalidante o la legitimación que otorga un diagnóstico/certificado de discapacidad.

Otra experiencia local es el programa de Extensión y Vinculación Tecnológica de la FHyCs-UNaM, “Infancias sin etiquetas”, que propone “avanzar con el debate y el cuestionamiento de los fundamentos, los alcances e implicancias que conllevan ciertas prácticas profesionales que estarían contribuyendo a reproducir y consolidar la patologización y medicalización de las infancias y adolescencias actuales”²⁰⁴.

No se trata de desestimar los padecimientos de los niños, ni de negarles el acceso a los servicios de salud necesarios, lo que se cuestiona es el hecho de que la condición sea entrar en una maquinaria burocrática, de la que no puede escapar él ni los profesionales; haciéndolos parte de una nueva forma de gobierno, de una nueva forma de poder (Untoiglich, 2014).

Hablamos de un poder, de un gobierno de la vida, una biopolítica que atraviesa a los sujetos, llegando hasta el centro mismo de los individuos que alcanza, como diría Foucault, “su cuerpo, se inserta en sus gestos, sus actitudes, sus discursos, su aprendizaje, su vida cotidiana” (1979: 89), constituyendo así una sociedad en la cual el individuo y la población “son entendidos y manejados por medio de la medicina” (Gaudenzi y Ortega, 2012: 22, traducción nuestra). Desde una perspectiva biologicista en la que “no va a entrar nunca la pulsión de muerte planteada por Freud, porque ella da cuenta, en su justificación biológica, de un *impasse* teórico, y sabemos también que las clases sociales, no van a estar inscriptas en los genes, ni tampoco el hecho de ser parte del Primer o Tercer Mundo” (Dueñas, 2011: 31).

203- ADD, sigla en inglés de *Attention Deficit Disorder*.

204- Secretaría de Investigación y Posgrado de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, UNaM, *Proyectos de investigación activos*, boletín digital en línea.

Nos parece necesario volver a pensar el problema de la salud como problema de orden político, o sociopolítico, cuestionando radicalmente que se lo aborde como fenómeno individual –biológico, neurológico–, en términos de trastornos que se diagnostican y tratan desgajados de toda relación con la configuración social que los produce.

Bibliografía

Bourdieu, Pierre (2015)

Sobre el Estado. Cursos en el Collège de France (1989-1992). Buenos Aires. Editorial Anagrama.

Bourdieu, Pierre y Passeron, Jean (1996)

La Reproducción, Elementos para una teoría del sistema de enseñanza. Madrid. Editorial Popular.

Canguilhem, Georges (1970)

Lo normal y lo patológico, Argentina, Siglo XXI Editores.

Causillas, Manuela (2017)

“Infancias y adolescencias libres de etiquetas”, una campaña contra los diagnósticos mentales compulsivos. Télam. Entrevista online en: <http://www.telam.com.ar/notas/201705/187842-campana-diagnosticos-mentales-compulsivos.html>

Conrad, Peter (2007)

The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Coulon, Alain (1995)

Etnometodología y educación. Buenos Aires. Editorial Paidós.

- Dos Santos, Reinaldo (2009)
“O papel da família e da escola no processo contemporâneo de socialização primária: Uma reflexão sociológica sobre representações e expectativas institucionais” Em: Goettert, J. y Sarat, M. (Orgs) Tempos e espaços civilizadores. Diálogos com Norbert Elias. Dourados, MS: Editora da UFGD.
- Dubet, Francois y Martuccelli, Danilo (1998)
En La Escuela. Sociología de la experiencia escolar. Buenos Aires: Ed. Losada.
- Dueñas, Gabriela (2011)
La patologización de la infancia: niños o síndromes. Argentina. Ediciones Novedades Educativas.
- Duschatzky, Silvia y Corea, Cristina (2008)
Chicos en Banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones. Buenos Aires, Paidós
- Elias, Norbert (2008)
Sociología fundamental. Barcelona, Editorial Gedisa.
- Escudero, Carlos (2013)
Manual de Auditoria Médica. Buenos Aires. Editorial Dunken.
- Fassin, Didier (2003)
“Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia”. Cuadernos de Antropología Social, Nro. 17. pp. 49-78.
- Filc, Dani (2004)
“The medical text: between biomedicine and hegemony.” SocSciMed; 59:1275-85.
- Fleischer, Soraya (2012)
“Autismo: um mundo obscuro e conturbado”. Mana, 18(1), 231-235.

- Foucault, Michel (1979)
Microfísica del poder. Madrid. La Piqueta.
- (2014)
El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Argentina. Siglo XXI.
- Frigerio, Graciela (2006)
“Las inteligencias son iguales. Ensayo sobre los usos y efectos de la noción de inteligencia en la educación”. Revista Interamericana de Educación de Adultos, vol. 27, no 2.
- Gaudenzi, Paula y Ortega, Francisco (2012)
“O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização.” Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 16(40), 21-34.
- Grimberg, Mabel (1998)
“VIH/SIDA y proceso salud-enfermedad-atención: Construcción social y relaciones de hegemonía”. Seminario-Taller de Capacitación de Formadores. Buenos Aires: Lusida.
- (2003)
“Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH”. Cuadernos de Antropología Social. N° 17. Facultad de Filosofía y Letras. UBA. Buenos Aires.
- Lejarraga, Horacio (2012)
“La subjetividad del niño en la posmodernidad”. Archivos argentinos de pediatría, 110(4), 318-322.
- Mauss, Marcel (1971)
Ensayo sobre el Don. Forma y razón del intercambio en las sociedades arcaicas. Sociología y antropología.

- Menéndez, Eduardo (1994)
“La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?”. *Alteridades*, vol. 4, no 7, p. 71-83.
- Oliver, Mike (2008)
“Políticas sociales y discapacidad. Algunas consideraciones teóricas”, en Barton Len (comp.). *Superar las barreras de la discapacidad* (pp. 19-33). Madrid, Morata.
- Ortega, Facundo (2008)
Atajos. Saberes escolares y estrategias de evasión. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Polidano, Esther (2008)
“Sobre el DSM y su concepto de trastorno NODVS XXIV, marzo”. *L'aperiòdic virtual de la Secció Clínica de Barcelona*
- Remedi, Eduardo y Otros (1988)
La identidad de una actividad: ser maestro. Colección Temas Universitarios. Universidad Autónoma Metropolitana. DIE-CINVESTAV-IPN. Unidad Xochimilco. México DF.
- Rockwell, Elsie (2005)
“De huellas, bardas y veredas: una historia cotidiana en la escuela” En: Rockwell E. (Coordinadora) *La Escuela Cotidiana*. México: FCE.
- Rosato, A., Angelino, A., Almeida, M. E., Angelino, C., Kippen, E., Sánchez, C., & Priolo, M. (2009)
“El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad”. *Ciencia, docencia y tecnología*, (39), 87-105.
- Rose, Nikolas (2012)
Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. Argentina. UNIPE.

Untoiglich, Gisela (2014)

“Medicalização e patologização da vida: situação das infâncias na América latina”. Nuances: estudos sobre Educação, vol. 25, no 1, p. 20-38.