

I Congreso Latinoamericano de Teoría Social. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

Metamorfosis de infancias.

Monteverde, Betina.

Cita:

Monteverde, Betina (2015). *Metamorfosis de infancias. I Congreso Latinoamericano de Teoría Social. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-079/270>

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>.

I Congreso Latinoamericano de Teoría Social
19 al 21 de agosto de 2015
Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
Santiago del Estero 1029, Ciudad de Buenos Aires.
Buenos Aires, Argentina

MESA 43 | Aportes de la Teoría Social para pensar procesos de subjetivación

Coordinadores:

Marisa Germain (Facultad de Psicología UNR)
Betina Monteverde (Facultad de Psicología UNR)

Metamorfosis de infancia

Nombre y apellido: Betina Monteverde
Institución: Universidad Nacional de Rosario
Mail: betinamonteverde@hotmail.com

Todo puede entonces ser diferente. Pero también Zeus convertido en buey sigue siendo Zeus. Es/no es Zeus y hay que ser más astuto para reconocerlo. Las mismas funciones pueden realizarse por medio de prácticas totalmente renovadas, pueden perpetuarse monopolios del mismo tipo, pueden deslizarse subrepticamente intereses idénticos. (Castel 2009.P. 11)

En el orden de políticas de salud asistimos en la actualidad a cambios fundamentales destinados a una orientación de las prácticas de cuidado en concordancia con una construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de todas las personas. En este sentido tanto la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 como la Ley de Protección Integral de los Derechos de la niñas, niños y adolescentes N° 26.061, tienden a contraponer el modelo que hacía tanto de la niñez como del enfermo mental un objeto de tutela, a un modelo que erige a los mismos en sujetos de derecho.

No obstante al mismo tiempo que estos son ejes de debate centrales en las prácticas llevadas a cabo en salud mental en la infancia, encontramos que existe la tendencia a un incremento de diagnósticos psiquiátricos que impulsan la idea de extensión del pruebas diagnósticas a poblaciones de cada vez más baja edad, que han ampliado el porcentual de niños diagnosticados e intervenidos médicamente tanto en nuestro país como en la

realidad latinoamericana, siendo la indicación del consumo de fármacos una de las intervenciones más llamativas¹.

Creemos que interrogar y reflexionar sobre tal estado de cosas, nos conduce a diferentes aportes de la teoría social que son claves para repensar los procesos de medicalización y normalización social así como la tecnología de poder que invisten tanto al cuerpo como a la población, abriendo la problemática del gobierno de sí y de los otros. Recurriremos entonces para dicho trabajo a una perspectiva foucaultiana de problematización pero también de otros autores cuyas lecturas hacen relevantes muchos de los aspectos de la temática a abordar.

Cambios en el orden jurídico

La Ley de Protección Integral de los Derechos de la niñas, niños y adolescentes N° 26.061, derogó la Ley de Patronato de Menores o “Ley Agote” N°10.903 (que había sido sancionada el 21/10/1919), que consideraba a las personas menores de edad *objetos de cuidado* (siendo el Estado tutor de los mismo) y no *sujetos de derecho*, como prevé la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, ratificada por Argentina en 1990 con su posterior jerarquización constitucional en 1994.

¹ Podemos visualizar algunos ejemplos significativos citados por Untoiglich, G. (2013) de dicha situación en países como Uruguay, Argentina, Chile y Brasil. Por ej.; de acuerdo a los datos suministrados por la investigadora uruguaya M. Miguez (2011), de dicho país alrededor del 30% de los niños de las escuelas que fueron relevadas en su investigación, está siendo medicado con psicofármacos. El Ministerio de Salud Pública Uruguay no tiene cuantificado el consumo de psicofármacos, sin embargo son los encargados de proporcionar las medicaciones a través de sus planes de salud. Así mismo marca que las estrategias difieren según el contexto económico-social de proveniencia de los niños. La medicación de niños de contexto crítico se calcula entre un 15% y un 20%, pero lo más significativo es la mayor derivación a educación especial de estos niños, allí un 80% de los niños son medicados. En estas escuelas los alumnos comienzan a ser medicados cada vez desde más pequeños, cada vez con dosis más fuertes y además empieza la reducción horaria, se le hace el pase a escuela especial y finalmente termina siendo un niño o niña con problemas de conducta -por cuestiones contextuales- en una institución especial, en una situación de discapacidad, sin tener ninguna deficiencia. Asimismo, en el contexto privado ocurre un fenómeno diferente, se sobreexige académicamente a los alumnos y muchos niños no pueden responder a ese ritmo académico, por lo tanto la medicación se utiliza para que puedan seguir siendo productivos y reproducir la lógica de mercado.

En Argentina fue registrado un aumento del consumo de Metilfenidato desde 1994 al 2005 de 900%. En las zonas de mayor poder adquisitivo hay colegios que tienen hasta un 30% de chicos medicados con psicoestimulantes. El Departamento de Psicotrópicos y Estupefaciente de la ANMAT proporcionó datos sobre importación de Metilfenidato correspondientes al período 2005-2008, donde se aprecia un significativo incremento, de 47.91 kg en el 2007 a 81.75kg en el 2008.

En Chile el crecimiento de niños diagnosticados por TDA-H fue de un 253% tan solo en el año 2012, siendo el dato significativo que esto ocurrió luego de que el gobierno pasara a aumentar en un 196% la subvención escolar para aquellos institutos que tengan alumnos con diagnóstico de TDA-H. Es decir, por cada niño con diagnóstico de TDA, la escuela recibe dinero extra, que supuestamente debería destinarse a mejorar los recursos educativos. Sin embargo, la estrategia mayoritariamente aplicada es la medicación. La importación de Metilfenidato en Chile pasó de 24,2 kilos en 2000 a 297,4 Kilos en 2011.

En Brasil, la venta de Metilfenidato en farmacias, pasó de 71000 cajas en el 2001 a dos millones de cajas en el 2010, según datos del instituto de Defensa de los Usuarios (Moysés y Collares, 2011). En el estado de San Pablo, la distribución de Metilfenidato por la Red Pública de Salud, subió de 43380 comprimidos en el 2005 a 1263166 en el 2011 (Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2012).

Si bien la incorporación de la Convención trajo consigo cambios radicales en materia de infancia y adolescencia, la Ley Nacional 26.061 tendiente a acercar los principios receptados en el mencionado instrumento de derechos humanos, obligando a los operadores del derecho a redoblar esfuerzos mediante la realización de un serio trabajo de ingeniería jurídica (interpretación, fundamentación y aplicación) en pos de alcanzar la efectiva satisfacción de los derechos de niños y adolescentes allí plasmados.

Por ende la nueva norma obliga al Estado a adoptar las medidas administrativas, judiciales, legislativas, presupuestarias y de cualquier índole destinadas a garantizar la plena efectividad de los derechos y garantías fundamentales de las niñas, niños y adolescentes. En este sentido la ley promueve un proceso de desjudicialización y desinstitucionalización, que implica un proceso de rediseño de las políticas públicas de infancia para hacer programas que apunten al fortalecimiento familiar, de redes comunitarias e institucionales de protección a la familia y de garantía del cumplimiento efectivo de los derechos consagrados.

La nueva legislación implica entonces nuevas reglas de juego, nuevas formas de pensar y hacer, que deberán plasmarse en las modalidades de trabajo de todas las áreas estatales de infancia -a nivel nacional, provincial, municipal-, no obstante la diferencia central de estos procesos no se agota en la categoría de ciudadano, sino respecto al lugar que apunta la intervención. Mientras que la concepción subyacente en la Ley Agote obliga a actuar sobre los individuos (aun cuando lo hace para protegerlos) lo que propone es una intervención del Estado sobre la vida de los ciudadanos; la perspectiva de la Protección Integral en cambio, obliga al Estado a actuar sobre la situación en la que se desarrolla la vida de esos individuos garantizando el ejercicio de aquellos derechos que permiten su pleno desarrollo. Se debe intervenir sobre la pobreza y no sobre los pobres, sobre las situaciones de vulneración y no sobre los sujetos vulnerados, a través de políticas públicas de salud, educación, desarrollo, etc. Sin que esto signifique desconocer la asistencia debida en aquellos casos donde sea necesario.

Dichas modificaciones en el ámbito de la salud mental se ven reforzadas por la Ley de Nacional N° 26.657 donde se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes histórico, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya conservación y mejoramiento implica una dinámica en la concreción

de derechos humanos y sociales de toda persona², mientras que en artículo 5° se sostiene que la existencia de un diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de la evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

No obstante, estos importantes cambios en el marco legal y de las prácticas, abrimos interrogantes respecto a qué sucede en la actualidad con los diagnósticos de salud mental en la infancia dado que, como mencionábamos en la introducción, asistimos en nuestro país a un aumento de aparición de patologías en la infancia y de consumos de medicación. En este sentido Stolkiner plantea que:

.. difícilmente la psicopatología sola pueda dar cuenta de la complejidad de los problemas que atraviesan la infancia y adolescencia actuales, su utilidad como herramienta para la clínica se desvanece cuando se le requiere ser explicación única y más aún, cuando sucumbe la lógica de la medicalización. Existe el riesgo que la tutela y el patronato, que se deslegitimo frente al paradigma de la protección integral de los derechos, retorne bajo el disfraz de la atención psiquiátrico psicológica. (Stolkiner A. 2009)

Dar cuenta de los elementos que se ponen en juego torno a la medicalización social y disfraz psi de las prácticas tutelares plantea múltiples aspectos, que recortaremos en virtud de la extensión del presente trabajo.

Medicalización e infancia

Podemos plantear en primera instancia que hablamos de medicalización social teniendo en cuenta el proceso que, de acuerdo a Foucault, va integrando como objetos y campos propios de las disciplinas, instituciones y saberes médicos, prácticas sociales, objetos y cuestiones que antes no eran remitidas al terreno de lo médico, ni problematizadas en relación con la salud. Proceso que estará ligado inexorablemente a las sociedades de normalización y por ende al ejercicio biopolítico del poder, donde la medicina se constituye en una estrategia privilegiada respecto al cuerpo individual y el control del cuerpo social. (Germain 2007)

En este sentido también podemos pensar que la producción de infancia se encuentra íntimamente ligada a ciertas prácticas sociales insertas en una estrategia general de poder ya que a partir de esta construcción del *infante* como objeto delimitado, es posible justificar una infinidad de intervenciones. Así la invención de infancia se puede ligar a

² Artículo 3° de la ley 26.657

un contexto de familiarización creciente en el SXVII y que se acentúa en torno a la campaña anti-masturbación surgida en el SXVIII cuyo objetivo central era la constitución de un nuevo cuerpo familiar. Pero también es posible su ligazón con la educación (escuela como relevo disciplinario de la familia respecto del niño), en tanto la instauración de la escuela rompe el patrón de aprendizaje caracterizado por la formación del niño en el medio adulto, produciéndose una fisura entre la institución escuela y la vida real que condiciona el saber escolar como una estructura desconectada de la práctica y crecientemente caracterizada por la abstracción, el formalismo y la distancia respecto a lo cotidiano (Castro Orellana, 2005. P.26).

A su vez, asociado al encierro del niño en el espacio escolar surge toda una batería de saberes especializados, particularmente el pedagógico, que serán el sostén fundamental para el funcionamiento de dicho dispositivo.

Por tanto el cuerpo del niño juega un papel estratégico en el ordenamiento social que se instituye en la modernidad y en la constitución de los dispositivos saber/poder que se instauran en este momento histórico, ya que:

- I- A partir de la idea de que el niño debe ser cuidado se constituye la familia nuclear, estableciendo una estrecha relación entre padres e hijos.
- II- La escuela surge como dispositivo de disciplinamiento por excelencia de la niñez, relevando a la familia en aquello que, según el Estado, ésta no puede hacerse cargo.
- III- En torno a la familia nuclear, a la escuela y al cuidado de los niños el saber médico – psiquiátrico se erige como dispositivo de control social.

Vemos así un proceso social en el cual la psiquiatría ya no queda reducida al manicomio sino que produce una generalización-extensión de su práctica al conjunto social, interviniendo en otras instancias de control, así "...la familia, la escuela, el vecindario, el correccional. Todo esto es ahora objeto de intervención médica: la psiquiatría redobla entonces esas instancias, las repasa, las traspone, las patologiza. Al menos, patologiza lo que podríamos llamar el resto de esas instancias disciplinarias." (Foucault 2000. P.143) y lo hace en la medida en que ella misma responde a la demanda de ser un discriminante político , haciendo que un conducta sea síntoma potencial de

una enfermedad, por la distancia de dicha conducta respecto a las reglas administrativas o familiares, es decir contra un fondo de normatividad política y social.

La psiquiatría se desaliena puesto que para funcionar ya no necesita de la locura, puede psiquiatrizar cualquier conducta sin referirse a la alienación. En las conductas de los hombres ya no habrá nada que, de una u otra manera, no pueda examinarse psiquiátricamente gracias a esa supresión (Foucault 2000. P. 153)

No obstante Conrad (2007) sostiene que en las últimas tres décadas se han producido cambios significativos en el conocimiento y la organización médica que hacen que otras fuerzas, antes subyacentes, contribuyan sustancialmente al proceso de medicalización en el marco de la globalización de la salud en el Capitalismo mundial Integrado. Siguiendo estos lineamientos encontramos que los cambios en el escenario médico desplazan importantes zonas de medicalización hacia un predominio del mercado. Si bien la profesión médica es uno de los actores del proceso; la industria farmacéutica, la biotecnología, y los usuarios se han convertido en los actores relevantes del proceso de medicalización.

En concordancia con este análisis Iriart C. (2014) apuesta a que el concepto de biomedicalización³ permite una mejor comprensión de los procesos que se instalan en el nuevo milenio, en tanto que el mismo supone la internalización de autocontrol y vigilancia por parte de los mismos individuos, no requiriendo necesariamente 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 patología.” (Iriart 2014.P.5). Es decir, se trata de la implicación de la gubernamentalidad y regulación de los individuos y poblaciones a través del discurso hegemónico en el campo sanitario, al que se presenta como una nueva verdad científica.

Bajo este enfoque la biomedicalización incorpora el concepto de medicalización pero la radicaliza, en tanto se enfoca a la salud como un mandato social que internaliza el autocontrol, la vigilancia y la transformación personal.

De acuerdo a la autora dos fueron los procesos de pasaje de la medicalización a la biomedicalización, por un lado, la posibilidad de masificar el consumo de biotecnologías, incluyendo medicamentos, instrumentos diagnósticos y otros

³ Iriart señala que retoma el concepto de biomedicalización es desarrollado por Clarke y sus colegas (2010) en base a la teoría foucaultiana de biopoder y en desarrollos posteriores de Rabinow (1995).

equipamientos (este es el caso de acceso a bajo costo de aparatos de uso domésticos como tensiómetros, kit para medir la glucosa u otros valores sanguíneos, etc). Por otra parte, los desarrollos en computación y comunicaciones que facilitaron la diseminación masiva de información sobre enfermedades, padecimientos y riesgos, así como la forma de detectarlos, tratarlos y prevenirlos. A través de los portales y de otros medios de comunicación (revistas, programas de televisión, suplementos de salud del periódico, etc...) divulgan detallada información sobre signos y síntomas de múltiples padecimientos y difundiendo cuestionarios cortos para que el público pueda evaluar si padece alguna de las enfermedades descritas o tiene riesgos de padecerlas.

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. Algunas de estas redes han sido creadas por reales usuarios, otras por la industria, así como por asociaciones de pacientes y familiares, muchas de las cuales han sido cooptadas por la industria farmacéutica y de tecnología, vía el apoyo financiero que proveen.

Estos elementos nos llevan a interrogar sobre las formas en que actualmente los hombres nos podemos pensar, a nuestro cuerpo, nuestras conductas; así como en relación a qué saberes, con qué juegos de verdad y técnicas específicas emergen estas prácticas y percepciones sobre el otro y nuestro sí mismo.

En este sentido Nikolas Rose afirma la existencia de un cambio (*en las sociedades liberales democráticas de occidente*) en la comprensión del sí mismo, siendo en el curso del último medio siglo donde nos convertimos en individuos somáticos, es decir nos convertimos en personas que se entienden a sí mismos, hablan de sí mismos y actúan sobre sí mismo y sobre otros como seres definidos por la biología.

Los individuos, así como sus autoridades –médicos, docentes, padres–, están recodificando las variaciones en el humor, las emociones, los deseos y los pensamientos en términos de funcionamiento de sustancias químicas presentes en el cerebro y por ende actúan sobre sí mismos y sobre los otros a la luz de esta nueva codificación. Así la neurociencia se transforma en una instancia de saber-poder fundamental.

“El profundo espacio psicológico que se abrió en el Siglo XX se ha aplanado. En esta nueva descripción de la persona, la psiquiatría ya no distingue entre trastornos orgánicos y funcionales (lo funcional ahora es planteado como fisiológico), Ya no se interesa por la mente o la psiquis: la mente es simplemente lo que hace el cerebro. Y la patología mental no es más que un error o anomalía identificable y corregible, en principio, en algunos de los elementos ahora identificable como aspectos del cerebro orgánico. Se trata de un giro en la ontología humana, en la clase de personas que nos consideramos.

Implica un nuevo modo de ver y juzgar la normalidad y la anormalidad humana y de actuar sobre ellas. Permiten que nos gobiernen de nuevos modos. Y nos permiten goberarnos de manera diferente.” (Rose 2012; P. 377 y 378)

Salud Mental e Infancia

En la actualidad dentro del campo de salud mental se establece una tendencia medicalizante apoyada en la lógica de la neurociencia y el desarrollo de la industria farmacológica, dicha tendencia produce un triple movimiento:

- 1- Individualiza el proceso salud-enfermedad, considerando al contexto social como externo al fenómeno en observación
- 2- Reduce el padecimiento psiquiátrico a la patología, negando la complejidad del proceso patológico y produce un centramiento en lo biológico.
- 3- Ontologiza el cuadro psicopatológico, permitiendo transformar el proceso de tratamiento en acciones sobre un constructo al que ha quedado reducido el sujeto. Habilitando “a construir el supuesto de “riesgo o peligrosidad” como una característica intrínseca de la persona, cuando puede tratarse de momentos dentro del proceso vital que requieren modos particulares de cuidado, por ejemplo, las crisis”

Stolkiner A. sostiene que dichos procesos se aplican hoy en el avance de la psicopatologización de la infancia, como forma particular de medicalización.

Malestares que son producidos por los niños, conductas disruptivas que dislocan situaciones institucionales, problemas que se generan ante la crisis de las familias o la escuela, síntomas que expresan -a la manera que el niño/a puede- situaciones de abuso o de violencia, rendimientos insuficientes para las expectativas paternas, son todas problemáticas complejas que resultan reducidas a entidades psicopatológicas (explicadas generalmente de manera orgánica o aún genética) y que suponen respuestas psicofarmacológicas. (Stolkiner A. 2012, P. 35)

También es necesario marcar aquí que la herramienta diagnóstica legitimada en el ámbito de salud mental a nivel nacional e Internacional es el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV) donde, a partir de sus diferentes versiones, podemos observar el incremento del número de trastornos mentales, pasando de 106 categorías diagnósticas en el DSM I (1952), a 297 en el DSM IV (1994) y el aumento prosigue en su última versión, aún no implementada, DSM 5

(2013) con la propuesta de 324 diagnósticos, siendo de esta manera facilitado el aumento de patologización de actos o situaciones cotidianas como la rebeldía adolescente, el duelo, el comer, etc.

Bajo este criterio de clasificación científica la neurociencia aparece entonces como un discurso y un saber encargado de desestimar o neutralizar los efectos que las prácticas sociales tienen respecto a la constitución subjetiva, mostrando por contrapartida una constitución a partir de la genética y la fisiología, produciendo de esta manera un borramiento de la singularidad, el azar y la contingencia; instaurando nuevamente un sujeto universal cuyas problemáticas son susceptibles de soluciones universales a modo de respuestas fijas a la emergencia del sufrimiento. Dado que todo sufrimiento, toda angustia, todo síntoma proviene de lo real del cuerpo, los cuadros nosográficos son concebidos como un despliegue de la carga genética sin que en ello cuenten las elecciones subjetivas, los determinantes inconscientes o las lógicas simbólicas y/o económico-sociales en que se encuentra inserto. Las explicaciones de patología mental pasan por el cerebro y su neuroquímica: neuronas, sinapsis, membrana, receptores, canales iónicos, neurotransmisores, enzimas, etc. Ahora se considera que el diagnóstico es más exacto cuando puede vincular síntomas con anomalías en uno o más de estos elementos.

Se instaura así un sujeto determinado por las leyes de la herencia. “Bastará encontrar en cualquier punto de la red de la herencia un estado que sea desviado para poder explicar, a partir de ahí, el surgimiento de un estado del descendiente.” (Foucault 2000. P. 292)

Por ende, si el síndrome se define como un cuadro conductual de base biológica, las intervenciones realizadas hacen que el sujeto se convierta en un objeto de intervención continua. Desde esta lógica, el cuadro nosográfico queda definido por un conjunto de síntomas detectables por la mirada médica, escolar, familiar, o de sí mismo, dado que la noción de síntoma pone de relieve un determinado número de conductas observables en el sujeto que se alejan cuantitativamente o cualitativamente de las conductas normales. Se llega así a la conformación de test de uso extendido que habilitan una especie engañosa de democratización diagnóstica, ya que cualquiera puede hacerlo, no es necesario el experto en la materia, sino que son las percepciones de los padres (o maestros) respecto a les parece mucho, poco, habitualmente.

Asistimos a una época en donde diagnosticar/ medicar parece haber dejado de ser privativo de campos de saber determinados; en las aulas, en los medios televisivos, en la prensa escrita, circulan los diagnósticos y la medicación que los calma, de un modo alarmante. Los niños dejan de tener nombre propio para pasar a ser un ADHD, un TGD, un TEA, rótulos que inciden significativamente en la atribución de identidad.

Cabe destacar que a partir de estas etiquetas diagnósticas, se producen como antes mencionábamos movimientos de padres y familiares que forman grupo de ciudadanos en que brindan asesorías, acompañamientos, recomendaciones y también como en caso de diagnóstico de Trastorno Espectro Autista (TEA) se conforman como fuerza de ciudadanía que en pos de derechos pide y obtiene ley provinciales para el tratamiento por patología específica y aplicación de instrumentos diagnósticos precoz (elemento que podemos vincular con el concepto de ciudadanía biológica en N. Rose). Así también se produce formación específica en el ámbito docente para las adaptaciones curriculares en base a patologías y se van incrementando los centros educativos-terapéuticos para el abordaje de este tipo de problemáticas. Éstos últimos son uno de los principales núcleos que plantan a los padres que dado el costo del tratamiento (el cuál es muy elevado por la cantidad de profesionales intervinientes) lo aconsejable es que tramiten el certificado de discapacidad para el infante en función de la cobertura social. Elemento que podemos marcar como particularmente contradictorio con el derecho a la identidad subrayado en ambas leyes de corte nacional y más específicamente con el artículo N° 5 de la Ley 26.657 donde se sostiene que la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad.

Por otra parte el decreto reglamentario de dicha ley (603/2013) marca en los considerando de derechos y garantías que la concepción de salud mental definida en el artículo 3° (que mencionamos al inicio del trabajo) se articula con la consagrada conceptualización de salud de la Organización Mundial de la Salud (1946), es decir como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; ahora bien en dicho preámbulo también se añade que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”.

Coincidimos aquí con Anseán quien afirma que “con esta definición de salud en la mano, se abona el terreno, en general, a la medicalización de la vida y, en particular, a su psiquiatrización.” En tanto que este sofisma de equiparar salud con felicidad implica

que la infelicidad es enfermedad y, por tanto, que puede ser tratada médicamente. De ahí a abordar con fármacos problemas y malestares cotidianos sólo hay un paso.

Se abren entonces múltiples interrogantes, respecto a discursos y prácticas discordantes en torno a las intervenciones sobre situaciones de infancias. Si bien encontramos una transformación profunda del conjunto de los elementos, actores, discursos que toman otra perspectiva para pensar la infancia, donde aparece la expresión de otra política, persiste diferentes instancias de medicalización y control social que se van pergeñando en las diferentes producciones y combinaciones discursivas y prácticas.

Por último, cabe recordar estas palabras de Deleuze como un haz de luz frente al porvenir

Control es el nombre que Burroughs propone para designar al nuevo monstruo y que Foucault reconocía como nuestro futuro próximo. Paul Virilio no deja de analizar las formas ultrarrápidas de control al aire libre, que reemplazan a las viejas disciplinas que operan en la duración de un sistema cerrado. No se trata de invocar las producciones farmacéuticas extraordinarias, las formaciones nucleares, las manipulaciones genéticas, aunque estén destinadas a intervenir en el nuevo proceso. No se trata de preguntar cuál régimen es más duro, o más tolerable, ya que en cada uno de ellos se enfrentan las liberaciones y las servidumbres. Por ejemplo, en la crisis del hospital como lugar de encierro, la sectorización, los hospitales de día, la atención a domicilio pudieron marcar al principio nuevas libertades, pero participan también de mecanismos de control que rivalizan con los más duros encierro. No se trata de temer o de esperar, sino de buscar nuevas armas (Deleuze 1999.P.106)

Bibliografía

Anseán A.(s/f), “Cap 18. Psiquiatrización de la vida cotidiana- Disease mongering en salud mental”, en Anseán A., *Manual de gestión clínica y sanitaria en salud mental vol 1-* [file:///D:/Downloads/Disease+Mongering+en+SM%20\(2\).pdf](file:///D:/Downloads/Disease+Mongering+en+SM%20(2).pdf)

Castel, R. (2009) *El Orden Psiquiátrico*. Edad de oro del alienismo. Ed.Nueva Visión. Buenos Aires.

Castro Orellana, R (2005) Foucault y el saber educativo. (segunda parte: la invención de la infancia) en *Revista electrónica diálogos educativos*. Año 5, N° 09, issn 0718-1310 20 <http://www.dialogoseducativos.cl/articulos/2005/dialogos-e-09-articulo-castro-foucault-y-el-saber-educativo-segunda-parte.pdf>

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore.The John Hopkins University Press.

Deleuze, G. (1999). “Postdata sobre las sociedades de control” en *El lenguaje libertario. Antología del pensamiento anarquista contemporáneo*. Argentina. Grupo Editor Altamira.

Foucault M. (2000) *Los Anormales*, Fondo de Cultura Económica, Argentina.

Germain, M. (2007) Elementos para una genealogía de la medicalización. *Revista Cátedra Paralela* N°4. http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00052f001t1.pdf

Iriart, C. (2014): Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención. XI Jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población. http://xijornadasdesaludypoblacion.sociales.uba.ar/files/2014/11/Iriart_Celia.pdf

DSM Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- CDRom.

Rose, N. (2012): *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNICEP. Buenos Aires.

Stolkiner, A. (2009): “Niños y adolescentes e instituciones de Salud Mental”. En Calveyra, S. & De Gemmis, V. (compiladores) *Del Invento a la Herramienta*, segunda edición. Buenos Aires. Polemos.

Stolkiner, A. (2012): Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta” en *Propuesta Educativa Número 37 – Año 21 – Jun. 2012 – Vol 1 – Págs 28 a 38*. FLACSO, educación.

Untoiglich, G. (2013) *La maquinaria medicalizadora y patologizadora. Sus consecuencias en la infancia actual.*

<http://malestaresenlainfancia.com/infancia/index.php/sugerencias-bibliograficas-y-links/64-la-maquinarria-medicalizadora-y-patologizadora>