

El dispositivo de la medicalización, un condicionante en la salud mental infantil en
Colombia

Realizado por: Juan Daniel Carvajal Gonzalez

Docente asesora: Cruz Elena Gómez Giraldo



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios
Educación de calidad al alcance de todos
Vigilada MinEducación

Proyecto de grado para optar al título de psicólogo

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Programa de Psicología

Uniminuto sede Bello

21/04/2021

Contenido

Introducción	6
1. Planteamiento del problema	8
1.1. Contextualización histórica sobre el problema de la medicalización	8
1.2. Algo positivo de la medicalización	15
2. Justificación.....	18
3. Objetivos	21
3.1. Objetivo general	21
3.2. Objetivos específicos.....	21
4. Primera parte	22
4.1. ¿Qué es un dispositivo?.....	23
4.2. ¿Qué es la medicalización?	29
4.2.1. Productos de la medicalización que cumplen una función política.....	32
4.2.2. Salud Mental.....	33
4.2.3. Enfermedad mental:	37
4.2.4. Enfermedad mental como construcción social	41
4.2.5. Psicogénesis.....	50
4.2.6. El diagnóstico:.....	55
4.2.7. Teoría del etiquetado:	57
4.3. La medicalización como dispositivo	60
5. Segunda parte	62
5.1 Infancia Medicalizada y sobrediagnóstico	63
5.1.2. TDAH e infancia, un diagnóstico alienante	64
5.1.3. Los fármacos en la niñez	67
5.1.4. El fármaco ¿Positivo? ¿Negativo? Una discusión.....	70
5.1.5. El papel del profesor y la familia en la medicalización.....	76
5.2 La medicalización en Colombia	79
6. Metodología	87
6.1. Enfoque metodológico/epistemológico	87

6.2. Estrategia metodológica o diseño de investigación..... 88

6.3. Ejes temáticos y técnicas de recolección de información: 88

7. Consideraciones éticas 93

8. Resultados 97

8.1 Discusión: Elementos para un debate..... 97

8.2 Conclusiones 104

Referencias 107

Dedicatoria

A esos dos seres que creyeron en el niño imperfecto, a esos seres que cuidaron el cuerpo del adolescente enfermo, a esos dos seres que impulsaron al joven indeciso y que soportaron la condición humana de quien escribe. Dedicado a Yesenia Gonzalez Barrantes y a Juan Carlos Carvajal Torres, puesto que son artífices de mi alma además de mi existencia y que por tanto en las siguientes paginas reposan sus enseñanzas. Gracias por creer en mí, papá y mamá.

Agradecimientos

Agradezco a todas las personas que han sido parte de mi proceso formativo, a aquellos que fueron decisivos para la consecución de mis metas, a mi familia y amigos leales quienes me permitieron aprender a ser humano en el proceso formativo. Agradezco al hoy extinto grupo de investigación Ágora 51-03 puesto que fue el lugar en donde aprendí a investigar, y por supuesto agradezco a su líder y creador, Germán Arley Baena, ya que más que un profesor y guía fue mi amigo en momentos difíciles de mi vida, quien con certeza y su característica parsimonia, direccionó mi mente inquieta hacía el producto que hoy ustedes podrán leer.

Finalmente agradezco a mi asesora de tesis, a la profesora Cruz Elena Gómez Giraldo, quien llegó a salvar mi proyecto de las manos de un docente no muy preparado. Y que con sus ideas renovadas me dio el impulso necesario para emprender un camino divertido de aprendizaje y construcción académica

Resumen

En la presente investigación se estudian los conceptos de dispositivo y medicalización en torno a la infancia, mediante un rastreo bibliográfico extenso que logra abarcar diferentes épocas de la historia, con el fin de ilustrar la evolución que estos conceptos han tenido con el pasar del tiempo, además se aborda la incidencia que los mismos tienen en la sociedad para condicionar las formas en las que se lee la realidad de la salud mental infantil, mediante la comprensión del lenguaje medicalizante que influye en las lecturas médicas y sociales, sobre los diagnósticos y etiquetas. Finalmente, todo lo anterior se aplica a Colombia mediante la unión de las teorías que exponen la forma en como en este territorio, se ha decidido abordar las problemáticas de salud mental en la infancia, mediante el análisis de eventos históricos ocurridos como las escuelas de higiene mental, el uso de la figura del médico escolar y el consenso de Cartagena de Indias. Desde los cuales se edificó la prevalencia del modelo biológico para la interpretación, abordaje y cura de las afecciones mentales y comportamentales.

Palabras clave: Medicalización, Infancia, Dispositivo, Teoría del Etiquetado, Lenguaje.

Introducción

El concepto de medicalización puede ser entendido bajo diferentes perspectivas, bien sea desde una política como lo afirma Almirón al decir que cumple con el papel “de los sistemas dominantes con el objetivo de control social, a través de funciones de normatividad, disciplinamiento y estigmatización” (Almirón, 2008, p. 57) o bien desde la visión en la que se concibe como “una tendencia que, apoyada en concepciones de fuerte sesgo biologicista e innatista, en los últimos tiempos parece avanzar con intenciones hegemónicas” (Dueñas, 2019, p. 183). Estas son dos de las principales posturas que se tienen en la actualidad sobre este fenómeno, no necesariamente siendo contrapuestas la una de la otra a pesar de la visión desde la que se posicionan.

En este orden de ideas, se hace necesario ampliar la visión sobre el fenómeno de la medicalización, y llevar la discusión hacia diferentes campos del conocimiento, para poder dar cuenta del mismo de una manera más objetiva, encontrando convergencias y divergencias que permiten enriquecer la construcción del saber.

Esta investigación es de carácter cualitativo con un “alcance explicativo” (Sampieri, 2014, p. 85), la cual se desarrolla como una investigación documental en la que se toman en cuenta documentos entre libros y artículos de revista, además de páginas web. Toda la información se abordó bajo la técnica del análisis de la información (Dulzaides y Molina, 2004). Y de esta manera con los resultados presentados de la investigación, se generó el debate en torno a esta, para

crear nuevas concepciones que permitieron leer la realidad actual en referente al fenómeno del dispositivo de la medicalización infantil.

1. Planteamiento del problema

1.1. Contextualización histórica sobre el problema de la medicalización

La sociedad actual sustenta un fenómeno el cual tiene una tendencia a “patologizar y medicalizar” (Dueñas, 2019, p. 182) los malestares no solo psíquicos sino también sociales generando una multiplicidad de debates alrededor de estos conceptos, no obstante el eje central de discusión en los últimos años se ha de ver ubicado en la gravedad “cuando avanza sobre la niñez y la adolescencia” (Dueñas, 2019, p. 182). Fundamentando todas las preocupaciones posibles sobre este fenómeno, bajo la idea de que este ha de ser “considerado como una suerte de violencia simbólica, pero también real, que sociedades como la nuestra ejercen en estos tiempos sobre niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad psicosocial” (Dueñas, 2019, p. 182).

La conexión directa entre el fenómeno de la medicalización y la vulnerabilidad psicosocial “resulta preocupante [al] observar en relación a esta problemática el significativo incremento de niños y jóvenes portando “certificados de discapacidad” por “trastornos mentales” de distinto tipo” (Dueñas, 2019, p. 184). Es aquí cuando la “enfermedad mental se transforma así en el mecanismo social, regulado y determinado (...) para patologizar la heterogeneidad humana, su carácter antinómico¹ y su singularidad” (Rocca, 2011, p. 3).

¹ Palabra que es entendida según la RAE como: Contradicción u oposición entre dos conceptos o principios ``: «La antinomia entre la democracia y el liberalismo se manifiesta en una serie de contradicciones en el plano ideológico» (Medina Doctrina [Ven. 1984]). Se pronuncia [antinomia], con diptongo entre las dos vocales finales. Para consultar a profundidad lo que aquí se expresa se invita al lector a ingresar al siguiente link: <https://www.rae.es/dpd/antinomia>

Al medicalizar la heterogeneidad “Lo que era un comportamiento considerado anormal, perteneciente a la categoría de los sucesos y procesos psicosociales, va a ser declarado como comportamiento patológico” (López y Costa, 2012, p. 163). Viéndose claramente esta dinámica cuando “El mismo Leon Eisenberg, uno de los principales responsables de la invención del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (...) declaraba, en una confesión tardía, (...) que “este trastorno es un claro ejemplo de una enfermedad que se ha inventado” (citado en Blech, 2012, p.100) (López y Costa, 2012, p. 164).

Siendo así, en la dinámica actual de la medicalización, desde la que se convierten los comportamientos heterogéneos (del orden natural de los procesos psicosociales) en comportamientos patológicos, según lo planteado por Rodríguez es: “A partir de allí [que] se construyen diagnósticos y pronósticos que adjudican al niño una categoría abstracta en forma de rótulo o etiqueta que produce condicionamientos en el desarrollo infantil”. Rótulo que se ejemplifica de manera perfecta con lo mencionado en el párrafo anterior (2016, p. 17).

En este orden de ideas toma fuerza lo planteado por Jiménez, al mencionar que la sociedad de hace unos años era: “Una sociedad medicalizada (...) en la que se anhela una tranquilidad recetada (...) que goza de nuevas patologías y dependencias (...) se incrementan las necesidades preventivas socioconstruidas que, como anticipaciones del trastorno, patologizan la vida cotidiana” (Jiménez, 2008, p. 86), descripción de la sociedad que sigue prevaleciendo hoy día.

Con todo lo mencionado por el momento, se da inicio a la necesidad de constituir un proceso reflexivo sobre la medicalización el cual “implica comprender (...) analizar y prestar atención a la emergencia de categorías médicas” (Aguilar, 2019, p. 2) puesto que “cuando nos referi-

mos a medicalización hablamos del proceso donde problemas no-médicos se definen y se tratan como si lo fuesen” (Aguilar, 2019, p.2), siendo este proceso el que “simplemente abre el camino a la farmacéutica. Idea que se vuelve plausible cuando se encuentra evidencia de cómo las categorías descritas usualmente se asocian al descubrimiento de nuevas clases de medicamentos” (Aguilar, 2019, p.3).

Aclarar lo dicho en el anterior párrafo puede descansar en una especie de “caza de brujas” (Stucchi-Portocarrero, 2013, p. 219) en la cual las categorías médicas funcionan como la etiqueta perfecta de lo heterogéneo, para ser declarado como algo patológico y por tanto ser factible de ingresar a la medicalización.

Esta caza de brujas planteada por Stucchi-Portocarrero, se verá reforzada por la investigación efectuada de Maggi y Grillo (2017) cuando mencionan que:

En las prácticas cotidianas, se ha instalado un dispositivo de observación-evaluación-control en donde las Representaciones Sociales que lo justifican hacen anclaje en la diferencia como aspecto esencial: diferencias de corte socioeconómico, diferencias de edad y supuestos básicos subyacentes que hacen de lo diferente una amenaza o una anomalía a corregir (p. 74).

Al tomar cada parte de la anterior cita se puede dar cuenta de que la persecución de la diferencia, visualizando esta como una amenaza o anomalía que requiere de corrección, fortalece todo el discurso de lo medicalizante, a través de lo que se concibe como las representaciones so-

ciales², afectando a individuos de todo tipo de estrato socioeconómico y etario (siendo la infancia la más afligida por esto), cultura, etc.

Dichas “anomalías a corregir” (Maggi y Grillo, 2017, p. 74), o mejor dicho las **diferencias no aceptadas**³ pueden ser entendidas también como desviaciones. Mismas que nuevamente tienen la posibilidad de ser comprendidas como externas al sujeto. Esto se fundamenta en la investigación realizada por Murguía, Ordorika y Lendo en 2016 cuando afirman que:

La desviación no radica en el sujeto, sino en la sociedad que lo define como tal con el fin de controlarlo. Este desplazamiento teórico, que va del sujeto al orden social, impactó la comprensión que se tenía de la institución médica, lo que dio lugar a la incorporación de la “teoría de la etiquetación (*labelling theory*) (Murguía, Ordorika, y Lendo, 2016, p. 638).

Murguía, Ordorika y Lendo, dan las bases para comprender dos cosas, primero el papel del orden social (bajo un modelo biomédico desde luego) dentro del control que se ejerce a los sujetos y en segundo lugar el entendimiento que tienen las instituciones médicas sobre el poder de las etiquetas.

Estas etiquetas usadas por las instituciones médicas principalmente, son una locución de la medicalización, siendo “La más pura expresión de la medicalización de la vida (...) natural-

² La teoría de las representaciones sociales será desarrollada a profundidad más adelante en el marco teórico cuando se toquen ideas en referente a los dispositivos y en el cómo éstos configuran la interacción de diferentes agentes entre sí.

³ Este término es acuñado por el autor de la presente investigación con el objetivo de empatar la siguiente idea y guardar cohesión, además de la coherencia textual con los argumentos presentados.

mente, el lenguaje ordinario medicalizado” (Mainetti, 2006, p. 78). En este orden de ideas tanto las etiquetas como la medicalización en sí bajo su “poder normalizador o de control social” (Mainetti, 2006, p. 72) no son una simple herramienta lingüística que obedece al orden social-médico,” sino una particular organización del mundo, creación de un objeto propio o construcción social de una realidad” (Mainetti, 2006, p. 81).

Siendo ahora el lenguaje en sí mismo el que medicaliza la vida cotidiana, Mainetti desde una perspectiva crítica aún tendrá algo por decir ya que argumenta: “La medicina es la nueva Pandora de la sociedad (...) revestida de todos los dones y a la vez fuente de muchos males, ella alimenta la *Esperanza* de la humanidad en la Ambrosía, el pan de la salud y la inmortalidad que se transforma en el pan de la enfermedad” (Mainetti, 2006, p. 81). Dicha cita posiciona ahora una visión diferente sobre la medicina, ya que hasta este instante la mayoría de argumentos presentados parecerían estar al unísono en contra del orden social establecido y de la medicalización subyacente a este; No obstante Mainetti abre la posibilidad de pensar en aquellos dones y esperanza que genera la medicina, siendo esta tan peligrosa para catalogarla como la nueva caja de pandora cuando es mal⁴ utilizada.

Frente a lo anteriormente dicho aparecen nuevamente las ideas de Murguía, Ordorika y Lendo, al mencionar que:

Los procesos de medicalización, en los que la agencia de los actores juega un papel importante en la adaptación de los recursos y saberes a los que consideran sus

⁴ Un término de valor que sustenta mucha apertura al debate. Siendo usado en esta ocasión en el orden de lo éticamente correcto y lo éticamente incorrecto desde la práctica médica.

necesidades e intereses. Estos procesos, como tantos otros de las sociedades contemporáneas, implican ventajas y riesgos, pero contradicen la completa ausencia de alternativas frente al innegable poder de la medicina (Murguía *et al.*, 2016, pp. 645-646).

Con esto nuevamente se puede hablar de un poder hegemónico que es una caja de Pandora, que al ser abierta causa muchos estragos. Sin embargo dichos procesos de medicalización (prevalentes) en la sociedad contemporánea, muestran que las opciones que hay se ven permeadas por el discurso biologista, y es a través de estas vías disponibles por las cuales se da el abordaje a todo lo que se está considerando patológico (esto como producto de la medicalización de la vida).

A modo de ejemplo paradigmático del fenómeno de la patologización y medicalización de las infancias actuales, vemos como se suelen tratar como “enfermos”, rotulados de “ADD-H”, a no pocos niños, niñas y adolescentes que se rebelan contra el sistema escolar, y a los que se les suministra Ritalina para lograr disciplinarlos, mientras se cierran los ojos ante toda una serie compleja de determinaciones de su malestar, desconociéndose para esto la incidencia de factores socio afectivos, culturales, económicos, familiares y pedagógicos puestos “en juego” en los modos de expresión que éstos ponen de manifiesto a través de su desatención e hiperactividad (Dueñas, 2019, p. 184).

En congruencia con la cita anterior, se reafirma que no hay vías diferentes para la consideración de lo patológico desde otras perspectivas. Sumando desde luego el peso de la etiqueta (en

este caso llamado rótulo) de enfermo que pueda tener en un infante (niño-niña), agregando a lo mencionado el uso de psicofármacos, y el desconocimiento aberrante de los factores externos al propio acto desviado; Tales como problemas familiares, económicos o emocionales, etc. Por lo cual se podría hablar de que la medicalización tiene como “su principal objetivo (...) sólo (...) detectar y perseguir la anomalía psíquica” (Dueñas, 2019, p. 184) sin importar las consecuencias que esto pueda traer en particular para los niños rotulados.

Un niño rotulado como *enfermo* por lo que Rocca denominaría como la “policía del pensamiento” (Rocca, 2011, p. 1) (haciendo alusión al sistema biologicista y medicalizante) se encuentra bajo la sentencia de una “voz autoritaria (...) con tono perentorio” (Rocca, 2011, p. 1) que sin justa causa extenderá su voz a diferentes instituciones “como la educación (...) y demás ámbitos donde lo que está en entredicho es el margen de las libertades civiles (...) delimitando en el orden civil un límite difícil de discernir entre normalidad y anormalidad” (Rocca, 2011, p. 1).

Por tanto, comprendiendo que el rótulo de enfermo hace alusión a lo anormal, un niño considerado como tal se verá afectado en diferentes ámbitos de su vida, tanto personales, como sociales. Estos últimos centrándose en la escuela ya que: “La institución escolar, es un fuerte pilar que participa en el proceso de socialización, influenciada por el contexto socio-cultural que la rodea; sus avatares históricos, políticos e ideológicos” (Scirgalea, 2016, p. 15). Siendo este espacio tan importante en el desarrollo de la vida del infante, cuando este llega etiquetado/rotulado se generan prejuicios no solo de los compañeros de estudio, ni de los profesores a cargo, sino de los padres de sus compañeros. Esto es peligroso ya que: “Los prejuicios, [generan]⁵ estereotipos so-

⁵ En el texto citado la palabra originalmente usada es la de “generaron”, pero se opta por adaptar la misma para dar más congruencia al texto.

ciales estigmatizantes que, finalmente [devinieron]⁶ en distintas formas de discriminación, segregación y violencia contra los estigmatizados” (Castro, 2005, p. 36).

La estigmatización proveniente de la medicalización de la heterogeneidad, la segregación de la diferencia y la patologización resultante de estos procesos bajo el orden establecido, funcionan como un dispositivo el cual puede ser entendido como “una red que se establece entre los discursos” (Posada, 2013, p. 82) retomando lo aludido con anterioridad cuando se afirmó que el lenguaje medicalizante funcionaba no solo como una herramienta lingüística sino como una particular “organización del mundo” (Mainetti, 2006, p. 81) se amalgama entonces todo lo previo para ubicar a la medicalización como un dispositivo, producto del lenguaje medicalizante que impacta a través de la patologización lo considerado como normal o anormal, afectando mediante etiquetas o rótulos a niños, que los condicionan en ambientes personales y sociales.

1.2. Algo positivo de la medicalización

No obstante es pertinente mencionar el aprovechamiento que la medicalización tiene en la vida de diferentes niños, ya que es a través de la medicación que su calidad de vida⁷ mejora puesto que “la intervención temprana (...) puede aportar beneficios que modifiquen el curso actual de la patología en algunos trastornos mentales” (Arango, 2008, p. 2). Por tanto no se puede negar de entrada la posibilidad de recurrir a un tratamiento farmacológico, ya que lo que importa en realidad, es el bienestar global del infante.

⁶ Adaptación del término usado en el texto original para guardar la coherencia.

⁷ Este término también tendrá un apartado especial en el marco teórico ya que se considera imperativo abordarlo para poder dar cuenta del objetivo central de la investigación.

Por ello y a pesar de las críticas dirigidas hace más de medio siglo hacia el uso de los medicamentos en niños, no se puede negar que “resulta imposible ignorar que su expansión se relaciona con su éxito” (Murguía *et al.*, 2016, p. 639) y para ello existen pruebas de casos de niños que presentan un giro de 180 grados en su existencia, que los hace mejorar en todos los ámbitos de la vida, por esto: “La medicalización de la infancia nos invita a reflexionar en torno de la construcción social de la salud” (Escardó, 2019, p. 159).

Ya que en dicha construcción social, se está trabajando en pro del mejoramiento de la vida del niño, el cual es definido como “un psiquismo en estructuración (...) en un devenir en el que los movimientos constitutivos fundantes, se dan desde un adentro-afuera insoslayable” (Janin.B, 2011, p. 11). Por lo que la medicación de un infante no solo responde a la necesidad de la estructuración de ese psiquismo, que puede verse afectado por desequilibrios de neurotransmisores, sino que entra a complementar los movimientos constitutivos del adentro, en donde se exterioriza lo generado en el interior. Siendo así el medicamento llega como respuesta a una falla en la estructuración de ese psiquismo, para brindar una mejor adaptación del niño con el medio circundante.

Al existir entonces un tratamiento con fármacos, implícitamente se ha de considerar la asignación de un diagnóstico, que si bien encasilla al sujeto (en este caso de interés los infantes) dichos encasillamientos “pueden proporcionar a los individuos un marco para interpretar y comprender sus experiencias, y una narrativa para dar forma al pasado” (Reyes, Cottet, Jimenez, y Jaurequi, 2019, p. 42). Por lo que el diagnóstico, se vuelve algo positivo ya que clarifica los motivos por los cuales el infante se comportaba de cierta forma, no sólo para sí mismo sino para sus padres, docentes, amigos y cercanos. Siendo así el uso del medicamento partiendo de un diagnós-

tico, no solo tiende a tratar una sintomatología, sino que ayuda a la construcción funcional del psiquismo y la visión subyacente del self (sí mismo).

Por otra parte, cuando se logra identificar mediante el diagnóstico oportuno una enfermedad mental en la infancia, se está previniendo que estas enfermedades mentales “puedan tener una repercusión importante sobre el rendimiento escolar y logros académicos del niño así como sobre su capacidad para desarrollar habilidades sociales apropiadas a cada edad” (Arango, 2008, p.1). Por lo que se infiere que el diagnóstico y el medicamento, mejoran la calidad de vida del sujeto rotulado, disminuyendo o bien previniendo la incidencia en desadaptaciones (funcionales) en el ámbito escolar (específico) y social (global).

Finalmente la medicalización brinda a la “población una nueva y eficaz manera –de carácter médico– de solucionar sus problemas, por lo que éstos tienen una alternativa más, y una mayor variedad de opciones es siempre algo positivo” (Oya, 2017, p. 16).

Es por todo lo mencionado en párrafos anteriores que actualmente, en una sociedad restringida, en la que el dispositivo de la medicalización y la patologización de la vida cotidiana permean la realidad, constituyendo la manera en la que se interpreta esta, se dé una respuesta a la pregunta: ¿De qué manera el dispositivo de la medicalización condiciona la salud mental de la infancia en Colombia?

2. Justificación

Al investigar sobre un fenómeno prevalente en los últimos años en la sociedad, como lo es la medicalización, indudablemente se ha de hablar de la importancia que esto tiene para aportar a la misma. En donde la lógica del orden establecido ha configurado un sistema de estigmatización y segregación a manera de “organización del mundo” (Mainetti, 2006, p. 81).

Por tanto con respecto a lo dicho en el párrafo anterior, la relevancia social de esta investigación reside, en generar y brindar la posibilidad de la crítica (a manera constructiva) de lo socialmente establecido, para encontrar puntos de convergencia y divergencia que favorezca la creación de nuevas visiones sobre el fenómeno de la medicalización como dispositivo, a la par de ofrecer alternativas al modelo biologicista que concedan otra manera de abordar a los niños que se encuentran inmersos en dicho dispositivo.

La población que se beneficia con la presente investigación son los infantes principalmente, ya que mediante la lectura de la misma por parte de sus padres, profesores y allegados, se brinda la oportunidad de repensar el comportamiento que quizá algunos de ellos presentan, y no optar de manera acelerada por la medicación. En segundo lugar también se beneficia de manera colateral, a los profesionales de la psicología y las demás disciplinas trabajadas; ya que amplía el panorama de visión sobre lo que se entiende como medicalización, permitiendo la construcción de conocimiento mediante la contraposición de ideas.

Las implicaciones prácticas de esta investigación son amplias, ya que al analizar el fenómeno de la medicalización, se estaría tocando diferentes esferas de la sociedad. Siendo las abor-

dadas principalmente en el presente escrito, la salud mental y la educación en la infancia. Pero, entendiendo que estas dos esferas de la sociedad se ven directamente ligadas con muchas otras, tales como la familia, el estigma social, el diagnóstico, el lenguaje, etc. Se comprende entonces que se amplía el espectro de posibilidades en las cuales un discurso crítico ingrese a generar nuevas visiones y alternativas sobre este fenómeno.

Al posibilitar la generación de nuevas visiones y alternativas del fenómeno de la medicalización, esta investigación se torna relevante en cuanto a su valor teórico, ya que permite la generación de conocimiento a partir de la crítica de un dispositivo actual, que predomina en la sociedad, mediante el debate y la contraposición de opiniones, mostrando ideas de la importancia de este en el orden social y sus beneficios, a la par que se muestran sus desventajas y prejuicios.

Por otra parte, la utilidad metodológica de esta investigación se establece en que puede ayudar a comprender desde diferentes perspectivas, un fenómeno que se encuentra en auge en la actualidad, mediante una revisión documental que tiene como objetivo principal aportar a la teoría mediante un enfoque crítico constructivista. Llenando vacíos existentes en la investigación de la medicalización infantil en Colombia, tomando como insumos las investigaciones realizadas sobre el fenómeno de la medicalización en América Latina.

A través de la comprensión multidisciplinar del fenómeno se aspira a generar conocimiento valioso sobre este, que se pueda aplicar a escenarios por fuera de la disciplina psicológica, y que llegue a ayudar a docentes, médicos, entre otros profesionales a entender las dinámicas del mismo. Con lo cual se pueda llegar a brindar una mejor atención al infante, bien sea que sustente un diagnóstico o que se encuentre en proceso de enfrentar uno, o bien que no presente alguno. Ya

que lo prioritario en esta investigación reside, en buscar alternativas a las visiones predominantes sobre el modelo de la medicalización, sin descartar la relevancia que el modelo biomédico ha tenido en el mejoramiento de la vida de muchos niños.

Finalmente esta investigación contribuye a la formación de quien escribe, fortaleciendo vacíos teóricos, prácticos y metodológicos, que reducen las lecturas que se pueden hacer sobre el mundo circundante y las aplicaciones de la psicología en este. Además incrementa la capacidad crítica que se tiene sobre la vida cotidiana, en la que nuevamente reside la función psicológica, y de la cual se pretende apropiarse. Continuando con la fuerte necesidad de generar crítica mediante la desconstrucción de lo establecido, para reconstruirlo de diferentes formas y de igual manera constituir nuevas visiones de interpretar la realidad.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general: Explicar la manera en la que el dispositivo de la medicalización condiciona la salud mental en la infancia en Colombia.

3.2. Objetivos específicos:

- Comprender lo que se plantea como dispositivo a partir de una lectura filosófica.
- Dar cuenta de lo que se construye como medicalización mediante el análisis de sus productos políticos.
- Argumentar las diferentes posturas en torno al fenómeno de la medicalización infantil, teniendo en cuenta lo político, lo social y el lenguaje.
- Examinar la manera en que la iatrogenesis y la teoría del etiquetado se vinculan con la medicalización.

4. Primera parte

La justificación de la psicología radica en el hecho de que reconoció algo no corporal, y su limitación radica en el hecho de que quiera determinarlo [esa realidad no corpórea] con el método de la investigación física, de la ciencia natural. La justificación de la psicología reside en su punto de partida y en tomar en serio lo no corpóreo. Pero entonces su justificación se pierde cuando investiga eso no corpóreo con métodos inapropiados. Es una justificación convertida en algo injustificado.

Heidegger citado en Berríos 2018.

La primera parte se encuentra compuesta por los 2 primeros capítulos del presente trabajo, en donde el lector podrá comprender lo que es definido como dispositivo y posteriormente lo que es definido como medicalización. Encontrando a su vez tres componentes que cumplen un papel político en función del segundo concepto.

En esta primera parte se da apertura al debate, formando al lector a medida que avanzan las páginas para que tenga herramientas suficientes y de esta manera pueda comprender el por qué la medicalización es un dispositivo, ya que al final de esta sección se dará esa apreciación, la cual se verá fundamentada en los distintos apartados.

Finalmente se invita al lector que sea crítico en función de los poderes hegemónicos que se intentan abarcar en este trabajo. Disfruta la lectura, y continúa construyendo saber.

4.1. ¿Qué es un dispositivo?⁸

Para hablar del dispositivo y desarrollar dicho concepto, es innegable que se requiere de la filosofía, puesto que es la disciplina que se encarga de contextualizar este concepto en un ámbito social y práctico. En este orden de ideas, se parte de los postulados que hace Giorgio Agamben y en una segunda instancia, la postura de Jorge Eliecer Martínez quien sigue las ideas de Agamben.

Al hablar de dispositivo, se debe entender que este concepto, se ve conformado por nociones de carácter político, social, económico, médico, entre otros, que se adhieren a una forma discursiva, por lo que se intentará abordar esto de una manera coherente, en diferentes partes del presente capítulo. Siendo así:

[El dispositivo] se trata de un conjunto heterogéneo que incluye virtualmente cada cosa, sea discursiva o no: discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas políticas, proposiciones filosóficas. El dispositivo, tomado en sí mismo, es la red que se tiende entre estos elementos (Agamben, 2011, p. 250).

La anterior cita ya brinda por sí sola varios apartados necesarios de abordar, puesto que implica un entendimiento de los alcances de un dispositivo. Entonces se hace pertinente ir desglosando parte por parte.

⁸ Título que quizá algunos lectores ya conozcan con anterioridad y que los evoca al texto que tiene por nombre este mismo título creado por Giorgio Agamben.

Siendo así el dispositivo va más allá de ser un simple concepto de aplicabilidad discursiva, que une cosas diferentes (heterogéneas) bien sean del orden discursivo, o del orden de lo físico, tal es el ejemplo de la cita, al mencionar que el dispositivo amalgama instituciones y edificios (esto del precepto físico) con proposiciones filosóficas, leyes y medidas policíacas (esto de la disposición de lo discursivo). [Bajo una red que establece un orden entre estos componentes].

Pero el dispositivo cumple un papel también, en función de una relación de poder⁹ en donde dicha función es una “función estratégica concreta” (Agamben, 2011, p. 250). No obstante ¿Esa función estratégica concreta qué papel cumple? Pues la función estratégica que cumple es la de generar un “cruzamiento de relaciones de poder y de saber” (Agamben, 2011, p. 250) y de esta manera conformar algo de un orden normativo.

Un orden normativo dictaminado, desde las relaciones estratégicas de poder y saber, conforma lo que es una red establecida mediante los discursos. Dicha red fundada tiene como papel establecer normas sobre un individuo, que por supuesto han de ser cumplidas. En este sentido, el dispositivo:

Puede ser concebido como un medio por el cual se organizan y se sancionan los sujetos, con una correspondencia presente entre el saber y el poder, que se hace visible en las acciones de los sujetos y refleja la constitución del cuerpo en la creación de condiciones de subjetivación (Posada, 2013, p. 82).

⁹ Esto en el puro sentido de Foucault y de su filosofía de las estructuras de poder.

Por tanto el dispositivo cumplirá el papel regulador de sancionar a los sujetos, y de organizarlos mediante esa relación existente entre el saber y el poder. “En esa medida, los dispositivos constituirían a los sujetos inscribiendo en sus cuerpos un modo y una forma de ser” García Fanlo, 2011 citado en (Posada, 2013, p. 85). Siendo lo que inscriben en sus cuerpos una serie de saberes, prácticas y sentidos establecidos “cuyo objetivo consiste en administrar, gobernar, controlar, orientar, dar un sentido a los comportamientos, gestos y pensamientos de los sujetos” (Posada, 2013, p. 85). Porque en últimas eso es lo que hace un dispositivo, dar unas pautas de control que construyen un límite.

A efectos de ilustrar lo anterior se presenta el siguiente ejemplo:

En una escuela primaria en la que los niños solo pueden pintar con 4 colores establecidos, y dentro de los márgenes de un dibujo, un niño se atreve a pintar con un color diferente y por fuera de los márgenes del dibujo. La profesora al ver esto queda asombrada y lo llamó para explicarle que no puede hacerlo porque en esa escuela solo se usan 4 colores y se pinta dentro de los márgenes del dibujo. El niño algo sorprendido le dice: Que si se usan más colores y se deja volar la imaginación por fuera de las márgenes, el dibujo quedará mejor. A lo que la profesora lo interpela y le comunica que si conoce las consecuencias de lo que está diciendo. A lo que el niño responde que no. La docente le explica que si no sigue las reglas deberá irse del colegio. El niño con una expresión de tristeza baja la cabeza, entrega el nuevo color que estaba utilizando junto con el dibujo coloreado por fuera de las márgenes y, pide uno nuevo para iniciar de cero.... Al pasar los meses no se presentó ningún altercado, porque el niño “cumplió” las reglas establecidas, este ya no tomaba otros colores a parte de los que le indicaron, este ya no dejaba volar

su imaginación como antes menciono, y todo le iba mejor, ya no lo regañaba la docente, y esta estaba muy orgullosa de su estudiante. Tanto así que fue el mejor de la clase por lo que restaba de año¹⁰¹¹.

Con esta pequeña historia se busca hacer más entendible todo lo teórico mencionado hasta acá, en donde el niño tiene un pensamiento propio, el cual se encuentra inmerso en un mundo en donde ese pensamiento genera malestar (la escuela, como dispositivo). Pero ese mundo se encuentra tan bien preparado para estas situaciones que tiene un ente regulador que puede abordar a ese individuo (profesora), para indicarle que se encuentra haciendo algo por fuera de lo establecido (pintar de una determinada forma y con determinados colores) y que si continúa de esa manera deberá irse (castigo/sanción). En esta relación profesora-estudiante se evidencia una estructura de poder, en donde el saber prevalece sobre quien no lo tiene, en este caso el niño. El cual frente al posible castigo (ser expulsado), entrega el color y el dibujo (su individualidad) para empezar de cero (subjetivarse).

En la segunda parte de la historia, cuando el niño empieza de cero, todo mejora, porque el niño cumple la regla por tanto el dispositivo ha logrado administrar, gobernar, controlar y orientar los comportamientos, gestos y pensamientos del niño, a tal punto que se destaca dentro del sistema establecido (convirtiéndose en sujeto)

¹⁰ Este ejemplo fue construido por el autor de la monografía.

¹¹ La propia historia da pie para articularla de manera directa con lo mencionado por Posada, al decir que: "Una situación que permite describir este enunciado se encuentra en el ejemplo del colegio, el cual es visto como un dispositivo de seguridad que pretende regular los posibles peligros sociales. Si el niño es un peligro social hay que organizarlo, hay que constituirse en el sujeto que requiere la sociedad (posada, 2013, p. 91). Y el niño de esta historia no era lo que la sociedad quería, por tanto fue cambiado de individuo a sujeto.

Esta historia sencilla se podría decir que recopila lo mencionado de una forma práctica y divertida, pero, lo interesante de esto es que ilustra lo que pasa con un sujeto al que el dispositivo vence. Volviendo a lo teórico, esto puede entenderse como que el sujeto es producto de la relación entre lo humano y los dispositivos, ya que los dispositivos convierten al individuo (como se vio en la historia) en alguien sujeto de una identidad (posada, 2013) lo que a su vez, es “una sujeción a un poder externo, de modo que cada vez que un individuo «asume» una identidad, también queda subyugado” (posada, 2013, p. 88) y al quedar subyugado, queda dentro del dispositivo, como producto de este.

Al ser el sujeto un producto del dispositivo, es congruente la afirmación realizada por Posada cuando menciona que:

En suma, es por medio del dispositivo que el sujeto puede expresarse o no, «hablar o no», convertirse y ser. El dispositivo ofrece elementos para la observación y el análisis de las interacciones sociales, haciendo evidentes las estructuras y los recursos de poder y saber en la construcción de subjetividades, que configuran una idiosincrasia e identidad particular y diferenciada de los sujetos (posada 2013, p. 87).

Y esto es lo que se ve en la historia, en donde el niño solo puede ver y ser, dentro de lo normativo planteado por el sistema (dispositivo/escuela), ya que este le ha dado elementos (las reglas) para tener una interacción acorde con los demás (incluyendo el ente regulador), dejando

claro las relaciones del poder con el saber en la construcción de subjetividades, que terminan formando una identidad propia.¹²

Por tanto como conclusión a todo lo mencionado en referente al sujeto, este “entonces, no es algo en sí mismo. Si es una forma, lo es de algo, por lo que no sería tampoco correcto hablar del sujeto a secas, sino siempre referirse al sujeto de... otra cosa” (Litvinoff, 2015, p. 47) como lo es en esta ocasión el sujeto del dispositivo, aquel que se ubica bajo lo normativo del mismo y que por tanto se encuentra subyugado a este, ejemplificando esto con la historia de la escuela, en donde el niño es el sujeto que el dispositivo escolar hace de él.

Ahora a manera de recapitulación, es pertinente condensar lo que conforma un dispositivo, por tanto:

1. Es un conjunto heterogéneo, que incluye virtualmente cualquier cosa: lo lingüístico y lo no-lingüístico, al mismo título: discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas de policía, proposiciones filosóficas, etc.¹³
2. El dispositivo siempre tiene una función estratégica concreta y siempre se inscribe en una relación de poder.
3. Es algo general (Posada, 2013, p. 90).

¹² Lo relatado en este párrafo, se aplica a muchas esferas de la vida cotidiana, otro ejemplo claro sería la manera en cómo se saluda, algo tan sencillo, es mediado por un dispositivo social. En donde en Occidente se saluda de la mano, y en algunos lugares de beso. No obstante en Oriente, se saluda con reverencia y sin contacto físico por respeto, como ocurre en Japón. Mientras que en otros lugares el contacto físico de saludo solo es entre hombres, y todo esto se explica bajo las dinámicas de lo relatado en este capítulo.

¹³ El dispositivo en sí mismo es la red que se establece entre estos elementos.

Por tanto se puede afirmar de manera tranquila a modo de conclusión que el dispositivo es una forma de control, global que “produce sujetos sujetos a discursos, en otras palabras subjetividades” (Posada, 2013, p. 98) como producto de la pérdida de la individualidad, gestada por la normatividad intrínseca del dispositivo.

A continuación se trabajará el concepto de medicalización.

4.2. ¿Qué es la medicalización?

Al hablar de medicalización se suelen dar muchas definiciones, las que tienden a apuntar a lo mismo. Lo cual, volver condiciones o comportamientos que antes no requerían de medicalización porque no eran desviados, o bien porque molestaban pero no interfieren con la sociedad más allá de su carácter molesto; en comportamientos y condiciones que requieren un tratamiento médico y farmacológico, bajo un diagnóstico, rótulo o etiqueta.

No obstante es importante tomar en cuenta la función que reside dentro de estas definiciones de medicalización. Por tanto: “La medicalización hace referencia a un proceso que se caracteriza por una función política en la medicina” (Aguilar, 2019, p. 2) está siendo la función hegemónica, puesto que como se ha mencionado con anterioridad en el planteamiento del problema, la medicalización cumple un papel político en la instauración de nuevas patologías o condiciones médicas. Siendo esto denominado como una “extensión indefinida y sin límites de la intervención del saber médico” (Foucault, 1999, pp. 48-53). Esta postura que concibe el desfase del saber médico, es la predominante a la hora de hablar de medicalización, puesto que llevar el

uso de medicamentos a la vida cotidiana mediante un lenguaje científico racional de mejoramiento, tiende a generar situaciones de debate.

Sin embargo, “aunque el concepto científicoracional ha permitido una mejor comprensión de los fenómenos psicopatológicos” (Stucchi-Portocarrero, 2013, p. 219). Esta comprensión no deja de ser controversial, ya que, por un lado, existen quienes apoyan el proceso de la medicalización y por consiguiente todo el aparato discursivo medicalizante, y por el otro existen aquellos que lo deslegitiman con todas sus fuerzas, basando estos últimos, sus planteamientos en lo generado por el estigma que se desliga del propio concepto de la medicalización.

Aun así antes de pasar a hablar propiamente dicho de los productos que deja la función política de la medicalización, es pertinente mencionar algunas concepciones históricas más sobre lo que es la medicalización, ya que si bien la gran mayoría converge en lo dicho en el primer párrafo de este apartado, algunas sustentan información valiosa, para conocer la historia de este concepto y evidenciar de esta manera el cómo ha venido evolucionando desde la concepción de diferentes disciplinas. Por tanto el sociólogo Ivan Illich en 1975 hablará de un concepto en su libro titulado *Némesis médica* denominado como *iatrogénesis social* “refiriéndose al uso de categorías médicas para la comprensión y tratamiento de problemas de la vida cotidiana” (citado en, Murguía et al., 2016, p. 637) desde un punto de vista filosófico.

A su vez el término medicalización hará su aparición por primera vez en la sociología en los años 60, específicamente en el año 1968, cuando en un artículo elaborado por Jesse Pitts este abordó el tema, para que posteriormente el concepto junto con sus ideas fuesen incorporados por Irving Zola en 1972, siendo este el primero en mencionar que el proceso de la medicalización no

era único del ámbito psiquiátrico. Posterior a estos dos autores, llegaría Eliot Freidson, quien analizó el crecimiento de la jurisdicción médica, criticando que está mediante una pretensión de neutralidad y objetividad, la medicina, iba imponiendo comportamientos y nociones de normalidad propias de la sociedad (Murguía *et al.*, 2016)

Es a partir de estos estudios sociológicos que se puede hablar de algo denominado como *los fenómenos dentro de la jurisdicción de la medicina*. Tema que en 1980 el sociólogo Peter Conrad abordó a manera de comportamientos, definidos como desviados por las normas sociales, tratando temas como la locura, las adicciones y la homosexualidad. Además de eventos naturales de la vida como la calvicie, la menopausia y la andropausia, existiendo estos eventos naturales “en el sentido de que ocurren frecuentemente o son esperables en ciertos momentos de la vida y su carácter patológico no resulta obvio” (Murguía *et al.*, 2016. p.640).

Finalizando con los aportes de la sociología sobre este tema (de momento) se presentan las ideas de Davis quien amplía esos fenómenos que se encuentran dentro de la jurisdicción de la medicina, añadiendo otros dos:

El primero está relacionado con problemas de la vida cotidiana y experiencias problemáticas – como la timidez o la obesidad – que anteriormente eran considerados molestos e indeseables pero no de la pertinencia médica y para los cuales actualmente existen tratamientos de diferente índole (Murguía *et al.*, 2016, p. 640).

Estos tratamientos con base en la búsqueda de la funcionalidad de los sujetos, mediante medicamentos o bien procedimientos interdisciplinarios.

Como conclusión, Davis presenta el término inglés: *Enhancement* para referirse a los “productos utilizados por personas saludables con el objetivo de mejorar ciertos aspectos de su cuerpo y/o de sus capacidades mentales” (Murguía *et al.*, 2016, p.640). Con lo cual se amplía el panorama de lo que se puede entender como medicalización, al presentarse las cirugías estéticas y el consumo de fármacos para la concentración, como algo no de primera necesidad sino como un deseo propio del individuo por *mejorar* de forma rápida. Por lo que ahora no puede concebirse a la medicalización de manera unitaria, como la imposición del consumo de medicamentos, o el uso de ciertos tratamientos sobre cualquier cosa, sino que se abre las oportunidades de comprensión del propio concepto, y muestra que la medicalización sustenta nuevas formas para mejorar la calidad de vida de las personas. (Cuando optan por ella de manera consciente).

Habiendo abarcado algunas concepciones filosóficas y sociológicas sobre este fenómeno de la medicalización, que permiten ver su evolución histórica y la manera en la que este se ha venido presentando a lo largo de la misma, es oportuno ahora sí, dar paso para hablar de los productos, que cumplen una función política a partir de la medicalización.

4.2.1. Productos de la medicalización que cumplen una función política

Los productos de la medicalización que cumplen una función política, sustentan un papel importante en la sociedad actual. Puesto que está al ser una sociedad medicalizada, guarda un orden establecido para que sus visiones continúen en una coherencia. En este sentido el presente apartado abarca una serie de conceptos que funcionan en torno a dicha coherencia; para generar

de esta manera un diálogo con el lector que permita la posibilidad de debate con respecto a estos productos. Por tanto los productos de la medicalización que se plantean son:

- Salud mental.
- Enfermedad mental.
- Diagnóstico.

4.2.2. Salud Mental

La salud Mental entra en la definición de salud global que da la Organización Mundial de la salud, la cual es: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS), pero para ser más precisos se puede tomar la definición particular que es:

Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (Saúde mental feafes Galicia).

Entonces, estas definiciones, tanto la global como la específica presentan ciertos problemas, a la hora de ser analizadas desde una mirada que permita la comprensión de las mismas, ubicadas como productos del fenómeno de la medicalización. Por tanto se trabajará cada uno de los componentes que estas tienen y se dará a conocer por qué cumplen una función política.

Si se toma la primera definición en donde se habla de un estado completo de bienestar físico, social, psicológico y no solamente de la ausencia de afecciones o enfermedades posibles, se puede llegar fácilmente al entendimiento de que dicha definición es impecable. No obstante tiende a presentar algunos problemas:

Esta definición tiende a ser utópica, puesto que un completo estado de bienestar resulta imposible, al menos en esta vida como tal. Además resulta ser retórica, y por ende no sirve operativamente para planificar programas de salud, y finalmente tiende a ser medicalizante, puesto que todo aquello que no sea un completo estado de bienestar, es decir la cotidianidad en sí misma, pertenece al ámbito de la medicina (Almirón, 2008).

Por tanto se puede conjeturar en que la primera definición de salud, sería un producto de la medicalización que cumple una función o bien un papel del orden político. Dicho papel se centra en la propia utopía del concepto de salud, ya que este al ser inalcanzable (en un principio), posiciona a los seres humanos en un ámbito medicalizante, ya que el completo estado de bienestar no es tangible para el hombre.

De momento se deja de lado esta primera definición, para pasar a la segunda y hacer lo mismo que con la primera, poder hablar de cada una de sus partes y demostrar su papel político. Entonces, cuando se habla de un estado de bienestar y de consciencia en sus capacidades (mentales), y la posibilidad que tiene para enfrentar las tensiones o bien los problemas normales de la vida, no se presencian mayores problemas, ya que en esta definición no se habla de un completo estado

de bienestar. No obstante aquí es donde se puede hablar del primer problema que surge, ya que se toca el tema del trabajo de forma productiva y fructífera, pero, ¿Qué problema tiene el trabajo? En general no tiene ninguno, aun así cuando el trabajo y la producción se relacionan de manera directa con el concepto de salud, ya existe un lugar para el debate. En donde la salud se pone al servicio del producir, como referente de la época actual, misma que “se caracteriza por lo fugaz, lo efímero, la transitoriedad, la hiperestimulación” (Rivas, 2016, p. 16). Siendo está hiper estimulación el uso de fármacos para poder sostener los resultados esperados del trabajo, además en lo efímero también se inscribe el uso de prácticas rápidas para la solución de problemas, entonces nuevamente se estará hablando del uso de elementos propiamente de la medicalización que juegan un papel político.

Volviendo con la primera definición abordada, en donde el concepto de bienestar total es el que genera debate y constituye dicha definición como un producto de la medicalización con una función política, se puede trabajar aún más sobre la misma, exponiendo lo que el X Congreso Catalán de médicos y Biólogos, realizado en Barcelona en 1988 presentó, como una visión alternativa a la definición de salud mental, en donde: Salud es la manera de vivir libre, solidaria, responsable y feliz. Siendo esto un bien ser y no un bien-estar (Almirón, 2008). Por lo cual desde esta visión alternativa se des-medicaliza a la salud y empieza a ser considerada como “un derecho humano y como tal es universal, igualitario, innegociable” (Almirón, 2008, p. 59). Teniendo entonces la apertura de una visión diferente sobre la hegemónica actual.

Con lo mencionado hasta aquí, no quiere afirmarse que estas definiciones anteriores estén erradas, solo se quiso exponer el por qué si han de ser consideradas como un producto de la medicalización que cumple un papel político, en el sentido de establecer unas normativas a seguir, en este caso sobre el concepto de salud mental.

Finalmente agrupando todo lo anterior, se puede concluir este apartado diciendo que la salud mental tiene una posibilidad de ser vista como un rizoma (concepto botánico) en el cual: “El rizoma no es una raíz sino un tallo subterráneo. Se extiende bajo la tierra adquiriendo formas imprevisibles, estalla sobre la superficie regalando una planta, y otra, y otra” (Díaz, 2007, p. 98). Siendo entonces entendido como un modelo descriptivo en el que la organización de los elementos no se sustentan desde una organización propiamente jerárquica, sino que se acepta que si un elemento se encuentra afectado de alguna manera, este afectará a los demás (Almirón, 2008). Se comprende a la salud mental, y sus componentes como un solo objeto¹⁴ puesto al servicio de un poder hegemónico, en este caso la medicalización.

Ahora, después de abordar el concepto de salud mental se dará un paso coherente y se abordará el concepto de enfermedad mental, en donde se brindarán posturas críticas sobre el concepto y, cómo dicho concepto se ve relacionado con la medicalización, además del por qué ha de ser considerado como un producto de la función política de la medicalización.

¹⁴ El lector podrá recordar con esta definición de rizoma sobre la salud mental, la definición dada cuando se abordó el concepto de dispositivo en la primera parte del presente escrito. Ya que esta es una ilustración desde la botánica de una concepción de dispositivo como una red.

4.2.3. Enfermedad mental:

Al hablar de enfermedad mental se toca de manera innegable una línea demasiado fina sobre diferentes nociones de este concepto. Ya que existen visiones polares del mismo, por un lado se podría ubicar la concepción de aquellos que ven la enfermedad mental como algo de origen biológico, en donde existe una falla en alguna de las áreas cerebrales, teniendo como base de sus afirmaciones las autopsias que comprueban lesiones cerebrales. Y en el otro extremo se posicionan aquellos que defienden la idea, de que la enfermedad mental es un constructo social con ciertas fallas epistemológicas en su concepción y desarrollo. Por ello en este apartado en particular se tratará de abordar estas concepciones para generar un diálogo.

La enfermedad mental surge entonces desde una postura biologicista como producto de disfunciones de origen cerebral, bien sea por el mal funcionamiento de neurotransmisores o por lesiones de diferente relevancia en las estructuras cerebrales. Siendo las causas de diferentes tipos de comportamientos que no son adecuados para el sujeto en cuestión, ni para quienes le rodean, es por ello que se opta por un tipo de tratamiento que cura o bien reduce los comportamientos (síntomas) no deseados, consiguiendo con ello el uso de psicofármacos en su gran mayoría, ya que esta concepción ubica a la enfermedad mental en el organismo.

Esta visión de origen biológico, puede resumirse en ese pequeño apartado sin problema, ya que al entender a la enfermedad sobre lo físico la única salida que queda es el uso de fármacos

(aludiendo al modelo presentado). No obstante, la otra visión que se tiene sobre la salud mental permite introducir al lector en algo con más profundidad si cabe la expresión. Ya que la concepción de la enfermedad mental desde la postura crítica de la construcción social de la misma, posibilita un entorno de debate muy amplio y lleno de peligros, entre tanto que el reduccionismo al igual que el modelo biológico se hace presente. Ya que independiente de cual sea la postura que se tome para explicar este concepto o bien fenómeno, se puede caer en extremismos.

Dejando lo anterior de lado se pasará a presentar una postura crítica (reflexiva) desde la cual se concibe la salud mental, como un producto de las sociedades. Para lograr esto es importante que el lector ingrese a familiarizarse con los términos de lo normal y lo patológico que Georges Canguilhem se encargó de desarrollar.

Siendo así Canguilhem dijo que la palabra normal proviene del griego *normalis* que significa norma o bien que se encuentra relacionada de manera directa con lo regular, con la regla (1970). Permitiendo entender entonces que todo aquello que se encuentra por fuera de esa norma establecida, por fuera de las reglas o bien lo irregular ha de ser considerado en un primer momento como diferente. Este término de diferente por ahora no tiene más relevancia que referirse a aquello que se encuentra exento de la norma.

Canguilhem abarca a mayor profundidad esa idea de lo diferente dentro de lo normativo, utilizando otros conceptos del griego, siendo el primero el de *anonudia* el cual significa “desigual-

dad, aspereza” y el segundo el de *ornalos* teniendo este como significado “aquello que es unido, igual, liso” (Canguilhem, 1970, p. 91). Para poder configurar una explicación etimológica del concepto de anomalía, puesto que es este concepto el que utilizará para hablar de aquello desigual, rugoso, irregular, permitiendo la transición del término de lo diferente a lo anómalo.

Con lo anterior es posible pensar que la enfermedad mental responde a algo anómalo, ya que si el lector se detiene un momento en elucubrar por unos instantes sobre lo que es el comportamiento de un enfermo mental, podrá inferir de manera rápida, sin ni siquiera la necesidad de ser versado en el tema, en que los comportamientos de dicho individuo o ente¹⁵, se encuentran por fuera de lo normal, por fuera de las reglas, y es por ello que ha sido llamado enfermo mental; vaya, que es una simple anomalía. No obstante, es importante aclarar que no todas las anomalías son vistas de cara a ser ubicadas como enfermedad mental y ello se fundamenta en que “la anomalía sólo es conocida por la ciencia cuando ha sido antes sentida en la conciencia como obstáculo para el ejercicio de las funciones, como molestia o nocividad” (Canguilhem, 1970, p. 100). Por lo tanto, se comprende que existen un número indeterminado de anomalías por fuera de lo normativo (normal) que poco a poco son incluidas en el lenguaje científico.

En pocas palabras: toda anomalía no es patológica, pero únicamente la existencia de anomalías patológicas ha suscitado una ciencia especial de las anomalías que tiende normalmente, por el hecho de que es ciencia, a expulsar de la definición de la anomalía toda huella de noción normativa (Canguilhem, 1970, p. 101).

¹⁵ No se usa la palabra sujeto ya que en la mayoría de casos no responde por sí mismo.

Esta anterior cita hace que el lector ya tenga un primer contacto con el concepto de lo patológico que será definido en los párrafos siguientes. Pero a su vez permite comprender que ya se está hablando de algo que posibilitó la visión no normativa de las anomalías, siendo esto la creación de la ciencia que trata de manera especial las anomalías (refiriéndose a la psiquiatría en un primer momento y haciendo mención a los inicios del psicoanálisis) quitando la posibilidad de un análisis crítico de las mismas, al brindar un lenguaje reduccionista que se ciñe a lo establecido.

El lector ya tendrá bases suficientes para poder comprender lo que es lo normal y su contraparte que es lo anormal o bien la anomalía, como ilustración de un primer acercamiento a la función política que cumple la enfermedad mental como producto de la medicalización. Sin embargo aún queda mucho camino por recorrer para poder llegar a trabajar de manera directa el concepto de enfermedad mental. Para ello se hace necesario anexar a lo mencionado hasta aquí el segundo término que desarrolló Georges Canguilhem, el cual es el de lo patológico.

El término de lo patológico “implica *pathos*, sentimiento directo y concreto de sufrimiento y de impotencia, sentimiento de vida contrariada (...) Lo propio de la enfermedad consiste en venir a interrumpir un curso, en ser propiamente crítica” (Canguilhem, 1970, pp. 102-103). Con esto se puede comprender que lo patológico debe generar una situación compleja para el sujeto, no obstante se reafirma lo que ya se ha dicho unos cuantos párrafos arriba, no todas las anomalías son patológicas, aunque es en este momento en donde se puede hablar, de que no todas las anomalías son patológicas para el sujeto si estas no le causan malestar a él, aun así, si estas anoma-

lías causan malestar a otros es cuando se hablará de algo patológico obviando el sentir propio del sujeto.

Y es de esta manera que: “El ser vivo enfermo está normalizado en condiciones de existencia definidas y ha perdido la capacidad normativa, la capacidad de instituir diferentes normas en condiciones diferentes” (Canguilhem, 1970, p. 139) viéndose encerrado en una sola forma de ser, puesto en lo patológico, habiendo hecho todo el transcurso de lo anómalo hasta este último rótulo de enfermo mental.

4.2.4. Enfermedad mental como construcción social

Con todo lo anterior se puede dar paso para abordar propiamente dicho lo que es considerado una enfermedad mental como producto de la sociedad, ya que si bien Canguilhem abre un panorama crítico sobre la concepción de este término. Esto solo sitúa las bases con las cuales se llegará a trabajar lo que el movimiento de la anti psiquiatría llamará *el mito de la enfermedad mental*. Siendo así se ha podido comprender gracias a Canguilhem que lo anómalo no siempre será patológico; no obstante, lo anómalo para poder estar exento del rótulo de lo patológico ha de cumplir con una serie de normas establecidas socialmente, y que por tanto el sujeto anómalo deberá cumplir para no ser considerado patológico.

En este orden de ideas la sociedad sustenta una necesidad taxonómica para ordenar a los sujetos que se encuentran inmersos en ella, haciendo una división demasiado pronunciada entre los normales y los anormales. Esto es complejo, puesto que aquí es donde se toca uno de los extremos, ya que la taxonomía social de lo normal y lo anormal posiciona a los sujetos en los que están enfermos y los que no lo están, generando así una especie de segregación. Todo ello basado en el modelo biologicista¹⁶ que ubicará esa enfermedad en lo físico (daño en las estructuras cerebrales o desequilibrios en las mismas) y de esta manera poder situar una clasificación.

De esta manera:

Es evidente que el problema de clasificar un fragmento de conducta que parece un trastorno neurológico, pero no lo es, en la categoría de «enfermedad» o en cualquier otra, tiene importantes repercusiones en la ciencia de la conducta humana. Hasta ahora, sin embargo, la clasificación se basó en criterios morales, más que lógicos (Szasz, 1994, p. 29).

Con esta anterior cita se ejemplifica de manera directa todo lo mencionado por Can-
guilhem en su libro *lo normal y lo patológico*, en donde solo a través de la molestia causada a los demás, algo pasa de ser normal a anormal y, por último, terminar siendo llamado como patológi-

¹⁶ Modelo lineal y mecánico que reduce todos los problemas a lo anatómico.

co o bien siendo entendido como enfermedad, todo esto bajo los ojos de expertos autorizados sobre el tema de lo normativo.

Por tanto y a manera de recapitulación se presenta la siguiente historia sobre un pintor de cuadros desconocido, que se encargaba de falsificar obras de arte, en este caso obras del pintor *Cézanne*, que después de muchos años luego de su muerte, un experto de arte cualquiera, descubre sus pinturas, dándose cuenta de que dichas pinturas son falsificaciones; no obstante, impresionado por la habilidad artística del falsificador, el experto da por entendido que ha encontrado una nueva obra maestra:

Supongamos, empero, que durante el proceso de examinar el cuadro, estudiar su origen, etc., el experto de arte se impresiona cada vez más por la habilidad del artista, prescindiendo de quien sea, y por la belleza de su obra. ¿No podría decidir que, si bien el cuadro no es un auténtico *Cézanne*, se trata, sin embargo, de una «verdadera» obra maestra? En realidad, si la pintura es bella y atrayente, hasta podría afirmar que es una obra de arte más grande que un verdadero *Cézanne*. Es posible que se «descubra» entonces que el artista —llamémoslo *Zeno*, un pintor de origen griego, desconocido hasta ahora— es un «gran pintor impresionista». Pero, ¿«descubrió» el experto, realmente, a *Zeno* y su obra maestra, o lo «convirtió» en un artista famoso, y a su cuadro en una pintura de gran valor mediante el peso de su opinión autorizada, apoyada, desde luego, por el de muchos otros peritos en arte? (Szasz, 1994, p. 31).

Si el lector ha comprendido todo lo dicho en este apartado dedicado a la enfermedad mental, podrá inferir que aquel descubrimiento del experto en arte sobre una nueva obra maestra se ve relacionado de forma directa, cuando se afirmó que la clasificación usualmente se basa en criterios morales y no lógicos. En este sentido dicha clasificación parte de la impresión que el experto tuvo de la obra falsa, y de otros evaluadores que apoyaron su visión, para concluir que es el surgir de una nueva obra maestra.

Entonces el lector se podrá preguntar ¿Qué tiene esto que ver con la salud mental? La respuesta es clara, ya que al concebir la enfermedad mental como un producto de la sociedad, se comprende que esta parte de la visión de un experto que menciona un nuevo descubrimiento de un comportamiento indeseado (aseveración que será apoyada posteriormente por otros estudiosos del tema, que actúan como agentes reguladores de lo normativo) e instaura pues una nueva nosología para ese comportamiento (volverlo patológico – enfermedad) de forma tal de que dicha nosología surge de una construcción socialmente aceptada y establecida.

Por otro lado, esa nosología de los nuevos descubrimientos de los comportamientos indeseados, presenta un problema ya que la nosología al estar basada en el modelo biologicista, tiende a ubicar a dichos comportamientos de manera reiterada en un orden orgánico, llevando todo esto a un simple hecho de ubicación anatómica. Lo cual vuelve a ser reduccionista y no presenta ninguna diferencia relevante, entre lo que se debe concebir como enfermedad física y la enfermedad mental. Por ello es importante presentar una diferencia predominante, la cual es que las enferme-

dades físicas se dan en cualquier momento de la vida y sin importar el nivel socioeconómico, siempre se tienden a desarrollar de la misma forma. No obstante pasa algo muy particular con las denominadas enfermedades mentales, ya que estas son dependientes de las condiciones sociales en las que se presentan, mismas condiciones que el modelo biologicista obvia, no obstante, bajo el modelo crítico:

Por el contrario, este tipo de relación se reconoció desde la antigüedad (...) si bien se sabía que la pobreza y la desnutrición favorecían el desarrollo de la tuberculosis, y la promiscuidad sexual, la difusión de la sífilis, se sostenía que, una vez declaradas estas enfermedades, sus *manifestaciones* eran iguales, ya fuese el paciente rico o pobre, noble o esclavo (Szasz, 1994, p. 37).

Con lo que se puede encontrar una de las primeras confusiones en el por qué el modelo biologicista no encuentra una diferencia entre los dos conceptos, ya que se queda con la segunda parte de la historia, el desarrollo de la enfermedad y no se preocupa por lo social que rodea al sujeto enfermo. Aun así, esta no es la única razón del porque el modelo biologicista no concibe una diferencia, y esto desde luego presenta problemas, ya que de entrada en dicho modelo la enfermedad mental no se separa de nada con la enfermedad física, tal cual se ha visto ya. Esto también se fundamenta en que:

Hay un vasto círculo de médicos y científicos de disciplinas afines cuya posición básica respecto del problema de la enfermedad mental concuerda esencialmente con el famoso aforismo de Cari Wernicke: «Las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales». 'Como esto es cierto en el caso de la paresia y de las psicosis asociadas con tumores cerebrales o intoxicaciones sistemáticas, se argumentó que también era válido para todas las demás enfermedades mentales (Szasz, 1994, p. 59).

Y por consiguiente es que el modelo biologicista optó por seguir esa premisa, sin brindar atención a nada externo al cuerpo, ubicando todo en lo interno del mismo.

Aunque si se reflexiona dicha consideración de la enfermedad mental, como una enfermedad cerebral se podría llegar a lo planteado por Szasz cuando dijo que:

En primer lugar, una enfermedad cerebral, análoga a una enfermedad de la piel o de los huesos, es un defecto neurológico, no un problema de la vida. Por ejemplo, es posible explicar un *defecto* en el campo visual de un individuo relacionándolo con ciertas lesiones en el sistema nervioso. En cambio, una *creencia* del individuo —ya se trate de su creencia en el cristianismo o en el comunismo, o de la idea de que sus órganos internos se están pudriendo y que su cuerpo ya está muerto— no

puede explicarse por un defecto o enfermedad del sistema nervioso. La explicación de este tipo de fenómenos (...) debe buscarse por otras vías. (Szasz, 1970, p. 23).

Por esos motivos es que se plantea desde una postura crítica que el concepto de enfermedad mental para referirse a las personas rotuladas bajo algo considerado patológico, es equívoco en el orden epistemológico, y que sería mucho más preciso mencionar que estas personas sustentan algún tipo de enfermedad cerebral. Aunque a pesar de esta precisión conceptual, esto seguiría presentando muchos problemas, puesto que muchas de estas nuevas enfermedades cerebrales no tendrían un lugar en el que ser ubicadas en lo orgánico, en consecuencia de que estas partirían de los denominados problemas de la vida. Por tanto se puede pensar que el concepto de enfermedad mental implica volver asimilable una serie amarga de conflictos morales entre las relaciones humanas (Szasz, 1970) sin una prueba clara de ubicación anatómica, para darle explicación a las situaciones molestas (esto como producto político).

De manera análoga a lo mencionado en párrafos anteriores, el lector podrá pensar que existe una dicotomía muy definida entre lo que es normal y lo que no, lo que es sano y lo que es enfermedad. Pero, a su vez no existe una dicotomía bien definida entre lo que es enfermedad mental y lo que es enfermedad física (cerebral-orgánica) con lo que se generan muchas confusiones del orden epistemológico y por supuesto del orden de lo normativo, con lo cual se puede presenciar un papel político bien fundamentado en pro del crecimiento del modelo biológico, que se queda corto al analizar el contexto de las anomalías. Y esto genera “antinomias típicas como estas: el movimiento de la salud mental versus el movimiento en contra de la salud mental; psiquia-

tras que desean curar y ayudar versus pacientes mentales que se niegan a ser tratados” (Szasz, 1970, p. 78) y todo ello responde a esa falta de una definición concreta y verificable de enfermedad mental.

Es de este modo que Szasz (2002) citado en Silva 2014 propone que la categoría de enfermedad mental es algo que se aleja de una concepción científica, ya que como se ha expuesto en todo este componente del segundo capítulo, la concepción de este término parte de cuestiones meramente morales, por tanto Szasz mencionó que:

Las enfermedades tienen asociadas malfunciones en estructuras biológicas específicas (...) La investigación empírica no ha demostrado conclusivamente que hay malfunciones orgánicas a todos los casos de enfermedades mentales (...) Por lo tanto, las ‘enfermedades’ mentales no son enfermedades en el sentido estricto del término (Silva, 2014, p. 242).

Es después de todo esto que se puede afirmar con seguridad que la enfermedad mental como concepto es equívoco, y se queda corto a la hora de explicarse sobre sí mismo, bajo fundamentos científicos, presentando entonces un problema en que “no sabemos hasta qué punto estamos tratando con una nueva enfermedad o cómo, por el contrario, hemos llegado a confundir el

producto de unas condiciones locales específicas con una clase natural” (Moscoso, 2001, p. 135)¹⁷.

Finalmente, se presentarán algunos vectores necesarios para la constitución taxonómica de una enfermedad, con el fin de ilustrar aún más la diferencia existente entre una enfermedad del orden orgánico, y una enfermedad del orden de los problemas de la vida o bien anomalía.

El primer vector se referirá entonces a que la enfermedad quepa en algún lugar (clasificación), esto es: “que ocupe un lugar específico en el contexto de una clase natural previamente establecida” (Moscoso, 2001, p. 137) siendo en el caso de lo entendido como enfermedad mental, lo mencionado por Cari Wernickc como las enfermedades cerebrales.

El segundo vector es el de la polaridad cultural, en donde “dos elementos culturales son antitéticos” (Moscoso, 2001, p. 137) evidenciando esto en la enfermedad mental cuando se habló de anómalo y de patológico, en el mero hecho de que un acto fuese molesto.

El tercer vector es el de la “observabilidad, puesto que la enfermedad debe tener manifestaciones visuales que [...] permitan no sólo su identificación, sino también su tratamiento sintomático” (Moscoso, 2001, p. 137). Siendo el tratamiento sintomático para las enfermedades mentales el mismo que se sigue para las enfermedades físicas (en su gran mayoría) el farmacológico.

¹⁷ Entendiendo clase natural como algo biológico.

De manera que el establecimiento de condiciones para que algo sea una enfermedad mental, parte meramente de una elaboración cultural, moral con una función política normativa, que se diluye en el modelo hegemónico de lo biológico.

A pesar de todo lo planteado hasta este punto, es necesario introducir algunas visiones más actuales que se articulen de manera directa con todo lo mencionado, por tanto se dará un último paso en este componente del segundo capítulo para abordar algunas concepciones actuales sobre la enfermedad mental, desde una perspectiva psicosocial, que le darán al lector más herramientas para comprender las problemáticas de este concepto, y de esta manera lograr extender su entendimiento de todo lo que ha leído en párrafos anteriores.

4.2.5. Psicogénesis

Antes de tocar propiamente el concepto de psicogénesis, es importante recordarle al lector que: “La sociedad moderna se caracteriza por provocar sus propias patologías y modificar las antiguas” (de la Ravanal y Aurenque, 2018, p. 412). Bajo el control estandarizado de la práctica médica, que ha podido disciplinar y normalizar no solo los cuerpos sino poblaciones en general bajo la función de *transformar* a esos individuos y poblaciones, en sujetos sanos, productivos, dóciles y útiles para que de esta forma puedan estar a disposición de las instituciones modernas (de la Ravanal y Aurenque, 2018). Esto se puede presenciar con las *normatividades sociales* que

se trataron en el apartado de lo normal y lo patológico, en donde la anomalía no era considerada como algo del orden de la enfermedad, hasta que logrará incomodar lo suficiente a los demás.

En este orden de ideas se puede considerar que la noción del concepto de enfermedad mental, responde a la necesidad de una biopolítica, en palabras de Foucault, haciendo referencia a la vida biológica considerada como un objeto en el cual, se pueden aplicar unas prácticas de gobierno, constituyendo de esta manera un tipo de subjetividad y normatividad (de la Ravanal y Aurenque, 2018) misma que permite la medicalización, a través de la visión hegemónica que entrega de la enfermedad mental.

Con ello es que el cuerpo se convierte en el lugar de batalla en donde la patología general se define bajo un diagnóstico semiológico¹⁸ el cual “[hace] de la psiquiatría un saber naturalmente médico-legal” (Casarotti, 2018, p. 205). Siendo esta ciencia la que condicionó en gran medida la concepción biologicista que la psicología tomó, para fundamentar su visión sobre la salud mental y la enfermedad mental.

No obstante, la patología general¹⁹ al ser aquella entendida bajo lo biológico, sustenta los mismos problemas que se han presentado en todo lo mencionado con anterioridad, y es por ello

¹⁸ Parte de la medicina que estudia los síntomas de las enfermedades, los cuales constituyen el instrumento de trabajo que permite apreciar la situación clínica de un enfermo y establecer un diagnóstico

¹⁹ Se entiende por patología general aquella que se encuentra relacionada con un conjunto de síntomas un proceso mórbido y la implicancia de un déficit para el sujeto bajo una etiología (Casarotti, 2018)

que se hace preciso que el lector se familiarice con el concepto de psicogénesis, para explicar un poco más la explicación de los procesos que han sido considerados como enfermedad mental.

Por tanto, la palabra psicogénesis se utilizó en un primer momento para hablar de una serie de múltiples procesos que constituyeron la génesis del alma, y de lo psicológico en general, bajo una explicación etimológica (Berrios, 2018). Sin embargo, esta definición se encuentra muy lejana en el tiempo, viéndose ubicada en la época de los griegos (encontrándose por fuera de contexto semántico), y es por ello que solo hasta el transcurrir del siglo XIX el concepto de psicogénesis alcanza una estabilidad semántica:

Cuando se lo contrasta con organogénesis o somatogénesis, es decir, con la teoría de acuerdo a la cual los síntomas mentales resultan directamente de un proceso “corporal”. Dentro del marco cartesiano (que fue popular durante el siglo XIX) aquello que no es somatógeno tiene que ser psicógeno (Berrios, 2018, p. 197).

En este orden de ideas es que el concepto de psicogénesis separa lo psicógeno de lo somatógeno, siendo el primero de estos conceptos el que se ubica en lo corporal de forma secundaria y el segundo viéndose implicado de una manera directa.

La diferencia radica en el hecho de que en los primeros, los psicogénicos, el comienzo de la cascada causal es un nudo semántico y, en los segundos, es un cam-

bio patológico genético-estructural. Esta diferencia es fundamental desde el punto de vista del tratamiento en el sentido que, en el caso de un trastorno psicogénico, una intervención biológica aliviaría el problema solo parcialmente y temporalmente debido al hecho de que la fuente semántica de origen seguiría activa (Berrios, 2018, p. 200).

Por lo que se puede entender que los problemas o enfermedades mentales se encuentran dentro del orden de lo psicogénico, reconociendo que su tratamiento con medicamentos (tratamiento puesto en lo orgánico) reduciría la angustia del paciente, sin llegar a dar una cura, porque el problema de fondo se encuentra ignorado (lo que Berrios denomina como la fuente semántica), mientras que las enfermedades de tipo somatógeno responden de forma completa a cambios estructurales y anatómicos, por lo que el tratamiento sobre el cuerpo tiende a ser más efectivo.

Con lo anterior el lector podrá comprender otra crítica fuerte sobre lo considerado como enfermedad global, concepto que amalgama también la enfermedad mental y que por supuesto nuevamente permite entender aquella crítica que se expuso, sobre la ubicación de la enfermedad mental puesta en el cuerpo, por lo tanto al hablar de psicogénesis se estaría hablando de “la génesis del aparato psíquico” (Avenburg, 2018, p. 214) y que por ello los tratamientos destinados a las enfermedades del orden de lo psicogénico, deben estar centrados en los problemas de origen semántico²⁰ y no en los problemas del orden de lo biológico.

²⁰ Los problemas originados en el aparato psíquico.

A manera de cierre, lo psicogénico se refiere a lo causado o producido por la psiquis, o bien a una alteración de la propia psiquis causada por factores externos, bien fuesen situacionales o ambientales, tal cual expondría Faergeman cuando destacó de manera particular el ejemplo de los factores interpersonales (Rebok y Stagnaro, 2018) volviendo otra vez a lo nombrado como las normatividades sociales.

Con todo este componente el lector tiene las bases necesarias para comprender que la enfermedad mental en cuanto a concepto y a desarrollo se encuentra errada, al ser vista desde una postura biomédica o bien biologicista, que ubica a la enfermedad mental en “la reducción de esta a un proceso biológico (que tiene que ver con el cerebro)” (Macaya, Pihan, y Parada, 2018, p. 225).

Ahora se dará paso a hablar del tercer y último componente de este capítulo “el diagnóstico”.

4.2.6. El diagnóstico:

El diagnóstico “permite reflexionar acerca de la enfermedad, la salud, el sufrimiento, y diferentes aristas que modelan conocimientos y prácticas” (Bianchi y Faraone, 2018, p. 69). Aun así el diagnóstico en la mayoría de ocasiones funciona más como una herramienta de control nosológico que como una herramienta de reflexión. La explicación para esto recae en que el diagnóstico tiende a aliviar, porque da un nombre y oculta a la vez (Mendez, 2013) los problemas esenciales detrás de lo que se clasifica como enfermedad.

Por tanto la enfermedad dentro del diagnóstico funciona como un correlato que no permite al individuo tener razón y decisión sobre sí: “En este sentido, es víctima de la alienación, pero no en el sentido clásico de una desviación o alejamiento genérico de la naturaleza humana” (Novella, 2009, p. 103).

Básicamente se convierte gracias al diagnóstico en un alienado de sí mismo (más no de su condición de humano), viéndose subsumido por el peso de la función taxonómica que tiene el diagnóstico como tal. A consecuencia de esto es que el diagnóstico parece haber olvidado esa función primigenia de reflexión, dando un paso a “pulular por el mundo vestido de especie natural, o peor: de *cosa en sí*” (Méndez, 2013, p. 64). Lo cual tendió a naturalizar el diagnóstico como indicativo de una enfermedad del orden natural (orgánico), con la consigna del modelo predominante a generar muchos más diagnósticos, para controlar la actividad científica y adueñarse de la materialidad que tienden a ocultar (Mendez, 2013) tal cual se explicó en las concepciones

de enfermedad mental (nuevamente esto como producto de la función política que el diagnóstico cumple en la medicalización).

El sujeto al estar alienado de sí, tiende a sufrir un proceso que la sociología ha denominado como *estigma* el cual Edwin Goffman definió como:

Un atributo personal negativo que hacía a una persona diferente de las otras y las tornaba de una categoría inferior. De esta manera, aplicó el concepto de estigma negativo a cualquier atributo o comportamiento del estigmatizado como algo inaceptable e inferior, que le generaba invariablemente sentimientos de vergüenza, humillación y rechazo (Castro, 2005, p. 36).

Y es que eso precisamente es lo que hace el diagnóstico, clasifica la diferencia, o bien todo aquello que sea anormal como se vio a profundidad en el apartado de lo normal y lo patológico, castigando la anomalía, con tratamientos que convierten a la persona en una categoría diagnóstica. Ya que el sujeto diagnosticado es uno antes del mismo y otro después de este, siendo identificado en última instancia como uno más dentro del rótulo nosológico, que implica el diagnóstico en sí.

Por lo anterior es que sale a la luz la importancia para profundizar más en el tema del diagnóstico y sus implicaciones políticas, en la vida de los individuos que son sujetos bajo el

mismo, es por ello que la sociología brindará una explicación del diagnóstico bajo la teoría que denominó como *la del etiquetado o del etiquetamiento*.

4.2.7. Teoría del etiquetado:

La teoría del etiquetado o bien entendida como la de reacción social, surge en los años 60, bajo el estudio de las enfermedades mentales por parte de la sociología, esta trata de “una teoría del desorden mental en la cual los síntomas psiquiátricos son considerados como violaciones etiquetadas de las normas sociales, y la enfermedad estable como un rol social” (Moreno, 2002, p. 38). Con lo que se reafirma lo mencionado con anterioridad cuando se dijo que el diagnóstico clasifica a las personas, en este caso asignándoles un rol social, el de diagnosticado o etiquetado comprendiendo desde luego el de enfermo mental.

Porque el diagnóstico en última instancia implica la definición de un grupo y la inclusión de unos determinados individuos dentro de dicha definición, teniendo esta inclusión efectos reales en la experiencia, comportamiento e interacción de los implicados para con el mundo, aun cuando esta definición no sean más que unas formas de discurso y de construcciones sociales (Moreno, 2002). Nuevamente generadas por un círculo de expertos, que encuentran una nueva *obra maestra* tal cual se mencionó en la historia del falsificador.

Estos consensos sociales que establecen las construcciones de la realidad, son entendidos bajo el interaccionismo simbólico²¹ como “definiciones que influyen las acciones y las interacciones consecuentes” (Abreu, 2019, p. 35), de los sujetos implicados dentro de estos consensos sociales; no obstante, estos consensos lejos de ser un modo eficiente de establecer mejoramientos sociales, lo que hacen es asignar a un individuo una “identificación, clasificación o valoración” (Abreu, 2019, p. 44) de su estado, bajo los rótulos ya mencionados, lo cual convierte al sujeto *sano* en alguien anómalo y luego patológico, o bien desviado.

Por lo que el diagnóstico genera una consecuencia bastante grande para quienes se encuentren rotulados, ya que pueden ser vistos como alguien desviado (lo que genera estigma) ya que dicho concepto es el resultado de “quien ha sido exitosamente etiquetado como tal” (Becker, 2014, p. 28). Dicha etiqueta:

Tiene importantes repercusiones en la futura vida social y en la imagen que se hacen las personas de sí mismas. Su efecto más importante es el cambio drástico que se produce en la identidad pública del individuo. La comisión del acto indebido y su publicidad le confieren un nuevo estatus. Se ha revelado que era una persona diferente a la que se suponía que era. Se lo etiqueta como “loca”, “fumón”, “adicto”, “lunático”, y se lo trata acorde a eso (Becker, 2014, p. 51).

²¹ Postulado teórico que comprende la sociedad desde la comunicación de sus participantes, en donde se busca entender la identidad individual de cada implicado y la organización social que se construye mediante los símbolos.

De modo que se puede concluir que el diagnóstico condiciona la vida social del sujeto, y el cómo la sociedad lo apreciará, bajo ese diagnóstico. A su vez implica que las interacciones que el sujeto rotulado tendrá, serán en función de su etiqueta (de su diferencia-estigma), pero las implicaciones externas son solo el inicio, ya que el diagnóstico también condiciona la visión que el sujeto tiene sobre sí mismo, y los cambios drásticos que genera en la identidad de este.

Finalmente se puede decir que el diagnóstico cumple el papel político de regular la anomalía, bajo los estándares sociales establecidos en un primer momento por las concepciones de la salud mental, y en una segunda instancia las visiones hegemónicas de la enfermedad mental, todas en función de la medicalización.

4.3. La medicalización como dispositivo

El lector ya tiene las bases suficientes para poder dilucidar que la medicalización es, en efecto un dispositivo. No obstante, a manera de recordar todo lo que ha abordado hasta este punto, es pertinente tener presente aquellas razones del por qué la medicalización puede ser concebida como un dispositivo.

La primera de ellas, reside en que como se dijo en el primer capítulo, el dispositivo es un conjunto heterogéneo de componentes, entre los que se incluyen cosas físicas y cosas intangibles o bien del orden de lo discursivo. Con el único objetivo de cumplir una función estratégica concreta. La de dominar a los sujetos inmersos dentro de dicho dispositivo, mediante una serie de normativas que instituyen una manera de ser o funcionar además de convivir en sociedad. Y de esta forma regular la interacción de cada componente del dispositivo.

En este orden de ideas es que se presenta la medicalización como algo que se ve conformado por diferentes componentes (cumpliendo el carácter heterogéneo de dispositivo), tales como la concepción de la salud mental desde lo biológico (hegemónico), las visiones predominantes de la enfermedad mental con incidencia en la realidad mediante tratamiento farmacológico y finalmente, con la herramienta del diagnóstico también abordado desde la sociología para generar una taxonomía que logre diferenciar entre lo sano y lo patológico. Desde luego, todo lo anterior en una función política determinada que cumple un papel importante, entre la industria farmacéu-

tica (a tratar en la siguiente parte del presente texto) y en la economía que gira en torno a este concepto.

Por ello es que el lector ahora puede entender el cómo, el cuándo y el por qué el concepto de la medicalización funciona como un dispositivo en la sociedad. Aun así el lector desconoce en este momento cómo dicho dispositivo se aplica a la niñez, en específico a la educación y a los diferentes espacios del niño como la familia, amigos, y la sociedad en general. Por tanto en esta segunda parte el lector dará inicio a un proceso interesante de discusión sobre el dispositivo de la medicalización puesto ya en la infancia.

5. Segunda parte

Medicar cuerpos infantiles con psicofármacos dejándolos inertes y sin sensaciones y expresiones lejos está de promesas emancipadoras, sino más bien estaría remitiendo a una racionalidad instrumental moderna de sujeción de los sujetos por los sujetos mismos, a través de dispositivos cada vez más mediados por el saber/poder bajo la falacia del “bien colectivo”

(Passada, 2011, p. 22)

Esta segunda parte consta de los últimos dos capítulos del marco teórico, en donde el lector por fin podrá evidenciar cómo el dispositivo de la medicalización condiciona la salud mental y la educación en la infancia. Esto en el primer capítulo del presente apartado, y en el segundo del mismo podrá encontrar todo lo anterior aplicado a la infancia colombiana.

En este orden de ideas el lector comprobará que la introducción conceptual que se le dio en la primera parte, le servirá para comprender a profundidad la medicalización infantil y entenderla como dispositivo. Además de que aplicará todo lo anterior para estructurar las implicaciones que la medicalización infantil sustenta en la escuela, la familia y la vida psíquica del niño.

Además, en el presente apartado el lector podrá entender cómo se da un proceso de medicalización en la infancia, mediante la exposición del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, su historia, su tratamiento, y el uso de psicofármacos en el periodo de la infancia y la niñez.

Finalmente se invita al lector a seguir siendo crítico, frente a lo socialmente establecido, a disfrutar de la lectura y a seguir construyendo saber.

5.1 Infancia Medicalizada y sobrediagnóstico

Cómo se ha mencionado en la primera parte del presente trabajo, la medicalización es un dispositivo de control que ha intervenido en todas las esferas de la sociedad, desde una función política mediante sus componentes o bien productos. Estableciendo una serie de normativas que constituyen una manera determinada en la que se estructura el mundo, emitiendo un juicio de valor que es reduccionista, estableciendo pues límites entre lo normal y lo patológico.

Con lo anterior, se puede dar paso al debate de ideas que pondrán al lector en un camino reflexivo, en torno a la medicalización de la infancia, no sin antes encontrar elementos históricos que ampliarán la visión de la problemática, desde las implicaciones económicas y políticas de estos elementos analizados.

Siendo así, es importante centralizar aún más el ámbito de discusión, puesto que la medicalización como ya se ha mostrado, es un ámbito demasiado extenso, por lo tanto se ha optado por brindar una explicación profunda a la medicalización infantil desde el trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH o DDAH, ya que es un ejemplo claro de un proceso medicalizante de la vida.

5.1.2. TDAH e infancia, un diagnóstico alienante:

El término trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) tiene un largo recorrido histórico para poder llegar a esta última terminología, tal cual lo expresaría Whitaker citado en Capilla y Torralba 2018, al mencionar que el TDAH empezó su descripción en el año de 1902, cuando el pediatra George Frederick Still en una de sus conferencias encuentra:

Veinte niños de inteligencia normal pero con “arrebatos violentos, travesuras lascivas, destructividad y una insensibilidad al castigo”, considerando que su mala conducta se debía a un problema biológico, haciendo referencia a una disfunción cerebral mínima sin la existencia de una enfermedad o trauma que pudiera causar-lo (García Capilla y Torralba Madrid , 2018, p. 3).

Esta descripción del TDAH se ve fuertemente relacionada con lo expresado en el apartado de la medicalización, a saber que se repite esa maravillosa frase que define lo medicalizado: convertir situaciones que antes no eran enfermedades en algo que ahora lo son y que por ende requieren tratamiento. Esto viéndose evidenciado al momento en que se hace aquella referencia a una disfunción cerebral ubicada en lo biológico, *sin la existencia* de una enfermedad o trauma previo que la pudiera causar pero que por alguna razón se ubica en lo biológico.

Es de esta manera que desde hace más de 100 años “nos encontramos con un aumento de la —patologización del sufrimiento de la vida cotidiana” (Muniz, 2013, p. 136). Que se refleja en

este caso en particular cuando en 1980 apareció por primera vez de manera oficial el *trastorno por déficit de atención* en el famoso DSM-III²² en el cual se establecieron los criterios diagnósticos por un consenso de profesionales sin ninguna prueba objetiva. Y es hasta 1987 cuando se publica la versión del DSM-III TR (edición revisada) que se relajan las fronteras diagnósticas se amplía el espectro diagnóstico utilizando un nuevo nombre: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Y tan solo 3 años después de que este nombre fuese dado a la luz, en 1990 ya existía un millón de niños con TDAH en E.E.U.U, pasando a dos millones en tan solo 5 años (1995) y a tres y medio en 2015 (Whitaker, 2015) (esto como resultado de una función política y meramente económica).

De la misma manera en la que el TDAH obtuvo sus criterios diagnósticos, en:

El “trastorno de somatización” (...) en el proceso de elaboración del DSM-IV discutieron la posibilidad de incluir la “dependencia de la cafeína como categoría oficial”. Lo descartaron porque “la dependencia de la cafeína es tan omnipresente, que no parecía que valiese la pena hacer que sesenta millones de personas se levantaran cada día sabiendo que su placer matutino era un trastorno mental (...)” (López Méndez y Costa Cabanillas, 2015, p. 76).²³

²² La primera edición del DSM que tuvo un corte más organicista que de origen sistémico o psicoanalítico, por ello es que existirán teorías bien fundamentadas que plantean que es desde esta edición, que la American Psychiatric Association da inicio a un proceso medicalizante con un paso acelerado sin precedentes, tal cual lo hizo con los diagnósticos de: “TDAH, ADHD (Attention Deficit-Hyperactivity Disorder), o ADD (Attention Déficit Disorder)” (Rivas, 2016, pág. 14)

²³ Esto en cumplimiento de una función económica prevalente, tal cual lo dirá Galarza al relacionar esto con los

Con esto se ingresa a pensar que la sociedad actual se encuentra ante una mercantilización de la enfermedad que “vende enfermedades psiquiátricas” (López Méndez y Costa Cabanillas , 2015, p. 74). Todo ello bajo lo mencionado en el primer apartado; esa necesidad nosológica que tiene la sociedad para darle un sentido a las dinámicas internas de relación. Dichas dinámicas que tienden a mercantilizar la salud, también se vieron apoyadas en la siguiente versión del DSM, el DSM-IV.

El DSM-IV no fue capaz de visualizar lo que desde el DSM-III se venía gestando, y tampoco dilucidó lo que el DSM-III TR había construido. Las falsas epidemias de trastornos mentales infantiles, tales como autismo, déficit de atención y trastorno bipolar infantil, además de la gran inflación diagnóstica que se había despegado de una forma preocupante (López y Costa, 2015). Y con dichos diagnósticos, etiquetar de manera rápida a un montón de niños “que no estarían respondiendo con el comportamiento socialmente exigido; y por lo tanto deberán corregir su conducta” (Scirgalea, 2016, pp. 15-16). Dicha corrección de conducta obedece a la función política del diagnóstico, aquella que sanciona lo diferente, bajo ideas reduccionistas que no contemplan la complejidad del psiquismo infantil, y que por tanto se puede hablar de un proceso de patologización de la vida infantil.

intereses económicos que rodean al TDAH, Mayes, Bagwell, & Erkulwater (2009) reportan un estudio donde se describe que, en los Estados Unidos, durante la década de 1991 y 2001 aumentó el uso de medicamento para tratar este trastorno, en donde las ganancias de la empresa farmacológica aumentaron de 0,6 billones a 6,7 billones de dólares en el lapso del tiempo indicado. Lo que convierte al TDAH en un importante mercado y fuente de monstruosos ingresos económicos a nivel mundial (Galarza, 2016, p. 238).

Frente a lo anterior surge nuevamente el diagnóstico como algo que Forti citado en Cea-Madrid y Castillo Parada “representa una selección social antes que una selección médica o científica” (2016, p. 174) tal cual el lector recordará, cuando se habló de la necesidad de que la anomalía moleste, para ser patológica bajo consensos sociales.

En este sentido, es que se puede pensar que la industria farmacéutica se ha encargado de inculcar la idea de que muchos de los problemas de la vida del hombre son trastornos mentales, que obedecen a un desequilibrio bioquímico que se tiende a arreglar ingiriendo pastillas. Extendiendo este mercado de manera rampante hasta la niñez.

Es por ello que se hace imperativo hablar de la medicalización en la niñez, ya no solo en el mero acto discursivo como se ha planteado hasta ahora, sino llevar la discusión hasta el propio tratamiento farmacológico.

5.1.3. Los fármacos en la niñez

La inquietud infantil se ha visto estigmatizada, diagnosticada y etiquetada con base a criterios educativos variables y sobre la representación de la infancia que depende del momento histórico (Rodríguez, 2016). Por esto es que lo que hoy se conoce como TDAH en un pasado simplemente era considerado como un niño muy enérgico o desafiante (también usado el término de *Hiperkinésico*). Y de este mismo modo lo que antes se trataba de solucionar mediante correc-

tivos comportamentales de enseñanza, o esperando que se fuera con el tiempo, hoy en día se soluciona con pastillas.

Esto responde al “incremento significativo del número de casos diagnosticados a partir de criterios profesionales subjetivos” (García Capilla y Torralba Madrid , 2018, p. 3) que se han visto influenciados por la psiquiatría y la sociedad medicalizada.

A consecuencia de esto, es que en la actualidad, volviendo al TDAH existen dos posibilidades para abordarlo, el tratamiento farmacológico y el no farmacológico. Siendo el primero de estos el predominante por sus rápidos resultados y su efectividad, y el segundo encontrándose pues con las terapias de conducta, el entrenamiento para padres y el entrenamiento de las habilidades sociales e intervenciones pedagógicas (García Capilla y Torralba Madrid, 2018) incluyendo desde luego el entrenamiento a docentes. Sin embargo, esta segunda opción se encuentra relegada a un segundo plano, ya que tiende a ser una opción que requiere más tiempo para obtener resultados y puede ser más costosa en muchos casos, que el medicamento que actúa tan solo unas pocas horas después de ser ingerido.

Gracias a esto, es que la mayoría de niños ingresan a un tratamiento farmacológico, para tratar su sintomatología. Aun así, esta elección de ingerir medicamentos fue analizada por Stiglitz cuando mencionó que:

El Dr. Jaimes Tallis señala que la opinión del niño frente a la medicación es algo que no siempre se tiene en cuenta: “Acostumbrado en el manejo con los padres y los docentes... muchas veces se nos escapa hablar directamente con el niño (Stiglitz, 2006 como se citó en Campolongo, Martin , Tammaro , y Torregani , 2015, p. 143).

Por lo cual la medicalización en este tipo de situaciones puede ser entendida como negativa²⁴, ya que como se mencionó en la primera parte, la medicalización no tiene por qué ser algo negativo como tal, siempre y cuando sea el sujeto quien opte por el fármaco o procedimiento médico para mejorar su calidad o situación de vida. En este caso siendo el niño un agente externo a la decisión en la mayoría de situaciones, en las que se opta por tomar el medicamento.

Por consiguiente el lector debe comprender, que el niño en la toma de medicación en la mayoría de ocasiones no es tenido en cuenta, pero ¿acaso el niño es tomado en cuenta en el proceso de diagnóstico? La realidad de esto recae en que el proceso de diagnóstico del TDAH (recordando que será este trastorno quien nos guíe para comprender el uso de fármacos en la niñez), el actor principal, el niño como tal, es olvidado en la escena clínica, ya que si bien se habla de él en todo momento, se suele dejar de lado en el análisis de los criterios diagnósticos que evalúa el clínico, en este sentido es como si se construyera un consenso entre los padres y el especialista sin tomar en cuenta otros factores externos, a los criterios diagnósticos que pueden estar generan-

²⁴ No se usa con el término ligado a lo moral, sino con el término ligado a lo funcional.

do el malestar del niño (Carneiro da Silva, Aparecida Serralha, y Silveira Laranjo, 2013; Galarza, 2016).

Con esta leve introducción a lo farmacológico en la niñez, es pertinente dar paso ahora a las implicaciones que tiene el tratamiento farmacológico en esta población.

5.1.4. El fármaco ¿Positivo? ¿Negativo? Una discusión

El tratamiento con fármacos como ya se ha visto a lo largo del trabajo para el tratamiento de patologías mentales, en este caso precisándolo en la niñez, tiene como principio la modulación de las conductas de los niños y las niñas que parten de caracteres subjetivos por consensos socialmente aceptados. De este modo es que se puede hablar nuevamente en que el proceso del tratamiento farmacológico, no alude sólo a aspectos biológicos, sino que implica procesos morales, sociales, políticos (Murillo, 2018) en función de esas subjetividades que son “motores para moldear personas” (Taborda, 2019, p. 52) ubicando al fenómeno de la *enfermedad mental* como el resultado de disfunciones orgánicas (Duero, 2013).

En este sentido, es que se puede hablar que en los últimos años entidades corporativas, como “la industria farmacéutica o la tecnosanitaria” (Meneu, 2018, p. 175) han implantado una forma de tratamiento basada en fármacos.

Para el caso en particular del TDAH el tratamiento farmacológico se remonta a 1956, cuando Ciba Geigy²⁵ “sacó al mercado el medicamento ritalin (metilfenidato) como tratamiento para la narcolepsia y médicos de la Facultad de Medicina del John Hopkins consideraron que este fármaco podría calmar la hiperactividad de niños” (García Capilla y Torralba Madrid, 2018, pp. 5-6). No obstante es desde 1937:

Cuando se descubrieron los efectos beneficiosos de los psicoestimulantes sobre la conducta disruptiva [que] han sido de los psicofármacos más efectivos, que reducen la actividad motriz de niños y adolescentes hiperactivos, aumentan la atención, mejoran el desempeño académico y disminuyen la conducta oposicionista (Mastroianni, *et al*, 2017, pp. 137-138).

En este sentido el tratamiento farmacológico se muestra como una ventana de oportunidades a mejorar, no obstante en dicha mejora “para el desarrollo en la niñez, se diagnostican “trastornos” a miles de niños en este segmento etario” Muniz 2015 citado en (Rivas F. P., 2019, p. 20) que tienden a ubicarlos en un proceso de estigmatización que “deshumaniza de alguna manera al individuo (...) por lo tanto se generan unos comportamientos discriminadores aunque disfrazados de acciones sociales para suavizar y mejorar” (Taborda, 2019, p. 69). Sin embargo, si el lector se quedara con esta afirmación caería en el reduccionismo del que tanto se ha hablado en el presente texto. Por ello se ha de aclarar que antes de prescribirse un tratamiento “se debe desarrollar un

²⁵ Empresa farmacológica

plan que incluya la monitorización de su efectividad y seguridad (Mastroianni et al, 2017, pp. 137-138) en pro de la salud del infante.

A consecuencia de todo lo planteado hasta este momento, es pertinente que el lector comprenda los efectos positivos y negativos del uso de fármacos para el tratamiento de patologías en la infancia.

Por este motivo, se presenta el mecanismo de acción de los fármacos psicoestimulantes: “El mecanismo de acción de los psicoestimulantes tiene como objetivo aumentar las concentraciones de dopamina y noradrenalina a nivel intersináptico. El mecanismo principal es la inhibición de la recaptación de dopamina y noradrenalina intersináptica en la corteza prefrontal (Mascaraque, 2018, p. 137). Y cuando estos no tienen efectividad se opta por los no estimulantes, aquellos que tienen como mecanismo de acción un aumento de “los niveles intersinápticos de noradrenalina, aunque en menor medida que los psicoestimulantes, sin alterar la transmisión dopaminérgica por lo que se ha asociado a un menor riesgo de abuso en relación con los psicoestimulantes” (Mascaraque, 2018, p. 139).

En referencia a lo mencionado en el párrafo anterior, el lector si se ha detenido de forma crítica, ya habrá identificado el primer problema o riesgo del uso de fármacos en la infancia. La posibilidad del abuso del medicamento, al punto de generar una dependencia, y siendo el metilfenidato el principal medicamento para el tratamiento del TDAH “similar a las anfetaminas” (Mas-

troianni *et al*, 2017, p. 137) genera un espacio demasiado amplio para debatir sobre el uso de este. Más aún cuando se conoce que la plasticidad del cerebro infantil para readaptarse por otros medios es eficaz y sin riesgos en el orden biológico, a diferencia del uso de fármacos de tipo psicoestimulante o no estimulante (reconociendo que estos últimos tienen el mismo problema de los primeros pero en una menor medida).

Por tanto al usar fármacos en un niño existen implicaciones que son definidas, como: Implicaciones de crecimiento, estas son: “Dificultad importante para establecer diagnóstico [...] Evolución del curso clínico difícilmente previsible [...] Inmadurez del sistema nervioso” (Asociación Española de pediatría de atención primaria al cuidado de la infancia y la adolescencia (AEPap), p. 6).

En dichas implicaciones, se resalta la gran dificultad para ubicar un tratamiento farmacológico en la infancia que sea efectivo y sin riesgos, puesto que existen muchísimas variables a tener en cuenta para no generar un mayor daño al niño, en donde la cura resulte peor que la enfermedad.

Sumando a todo lo anterior, que el metilfenidato (también conocido como Rubifen, Concerta, Ritalina, Medikinet, Equasym) sustenta una serie de efectos secundarios *comprobados científicamente* que pueden afectar al usuario.

Siendo los más frecuentes: “Cefalea, pérdida [de] apetito, insomnio, dolor de estómago” (Asociación Española de pediatría de atención primaria al cuidado de la infancia y la adolescencia (AEPap), p. 42).

Los Frecuentes:

Empeoramiento del TDAH, astenia, mareos, somnolencia, náuseas o vómitos al inicio del tratamiento, taquicardia, palpitaciones, hipertensión arterial, picor, urticaria, retraso en el crecimiento o en la ganancia de peso – generalmente transitorios– en tratamientos prolongados, ansiedad, depresión, cambios bruscos en las emociones, hostilidad, nerviosismo, retraimiento (Asociación Española de pediatría de atención primaria al cuidado de la infancia y la adolescencia (AEPap), pp. 42-43).

Poco frecuentes y muy raras: “visión borrosa, sueños anormales, ideas de suicidio –muy raras–, alucinaciones, convulsiones, afectación hepática o de la cantidad de células de la sangre, aparición o aumento de tics, inhibición del metabolismo de anticoagulantes, antiepilépticos o algunos antidepresivos” (Asociación Española de pediatría de atención primaria al cuidado de la infancia y la adolescencia (AEPap), pp. 42-43).

Con lo que el lector puede inferir que el uso de fármacos psicoestimulantes (se omite la explicación de los no estimulantes ya que tienen los mismos efectos en una menor medida) en la infancia implica un gran riesgo por quizá un pequeño beneficio, en el que el niño medicado deja

de molestar a sus docentes y compañeros en el aula de clase y se está quieto (callado, estático (más adelante se hablará de la parte escolar). Por ello se puede afirmar que el fármaco es en estos casos para la tranquilidad de los padres y/o docentes, no importando el niño en un primer momento por la operación medicalizante.

Aun así, con todos los riesgos expuestos, el metilfenidato puede producir una mejoría en la atención y una disminución en la sobreactividad motora, permitiendo que el niño se encuentre más centrado en lo que debe hacer, ya sea el estudio, jugar, leer, o completar una tarea en particular. Y es que los padres al ser los agentes directos de aceptar la medicación para sus hijos se amparan en que: “La prescripción de fármacos conlleva a la vez una esperanza en relación con un futuro en el que se previene o alivia el sufrimiento” (Bianchi y Faraone, 2018, p. 75) desde luego pensando en lo mejor para su hijo.

Ahora después de haber explicado la explicación en torno al uso de los psicofármacos, es importante que el lector ingrese a comprender el papel del docente en todo este proceso de medicalización, ya que es desde la estructura del colegio y el docente como ente normativo, quien en la mayoría de casos da el primer paso para que un niño se encuentre con un proceso diagnóstico.

5.1.5. El papel del profesor y la familia en la medicalización

Como ya se ha explicado en apartados anteriores, el psicofármaco, en este caso el metilfenidato busca hacer que el usuario sienta un alivio emocional y presente una mejoría en el rendimiento escolar (esto último aplicado a los niños) con las implicaciones de efectos adversos que se han expuesto. Pero, aún falta por abordar algunos componentes para dar cierre a este capítulo, siendo el docente el eje central de este pequeño apartado.

El docente es un agente normativo dentro de la institución educativa (el lector recordará la historia del niño y los colores del primer capítulo), que cumple el papel de dar las indicaciones de comportamiento en un aula de clase. Hasta este punto todo bien, pero ¿Qué sucede cuando un niño es inquieto en gran parte de la clase? ¿Qué sucede cuando un niño no presta atención e interrumpe de manera reiterativa el trabajo de sus compañeros? El lector ya tiene herramientas suficientes para desarrollar la idea, sin embargo se le contará lo que sucede.

Cuando un niño es inquieto, y rompe la manera de comportarse dentro de la clase, el docente usualmente en un primer momento (se quiere creer) utiliza el diálogo para establecer una comunicación asertiva con el estudiante, no obstante, si esto no funciona, se toman acciones punitivas en contra de este, tales como denominaciones de cansón, inquieto, desatento, impulsivo, etc. Evolucionando hasta el punto en el que el docente pueda relacionar ese comportamiento con el TDAH (cosa que pasa muy seguido) y: “En tal sentido, la existencia de un niño con TDAH, de-

pendería en cierta medida, del nivel de tolerancia del profesor a su cargo” (Galarza, 2016, p. 234) sobre el comportamiento del infante o niño.

A consecuencia de esto el docente se convierte en muchas ocasiones en el primer *agente clínico* que deriva al niño hacia un psicólogo después de conversar con sus padres, y luego se da todo el proceso que ya se ha explicado bastante. Pero, en este proceso se pueden obviar algunas cosas, tales como: Los contextos escolares, en los que influyen en fuerte medida las actividades poco motivantes para el niño, tareas que son muy pesadas para su edad, clases monótonas y poco llamativas, por nombrar algunos factores que también pueden posibilitar, en que el niño no se encuentre centrado en aprender y no se divierta (Galarza, 2016) por lo cual termine buscando una manera de hacerlo, corriendo el riesgo de ser un nuevo etiquetado.

Aun así, con todo lo dicho, el profesor sigue cumpliendo un papel importante en toda esta problemática, ya que como lo afirmaron Benítez, Izquierdo, Dueñas, Gómez y Caicedo 2011 “el principal objetivo de un padre de un niño con TDAH es que tenga éxito en la escuela, a pesar de que en otros contextos pueda fracasar” (citados en Galarza, 2016, p. 235). Porque lo que tiene más relevancia para la mayoría de padres, son las responsabilidades escolares, omitiendo otros factores externos a estos. Por consiguiente el docente, también tiene el poder de influir en las decisiones de los padres, con la institución escolar como respaldo.

Hasta aquí el lector ha dado un recorrido muy amplio, desde concepciones teóricas de dispositivo y medicalización, sumando una explanada explicación del uso de fármacos en infantes, y ahora ha abordado el papel del docente en la medicalización, y por supuesto el entorno escolar. Pero, falta mucho más; ahora hay que centrar la discusión en la visión del niño y sus padres, y abordar lo que ellos tienen por decir. Por fin el lector podrá contrastar toda la teoría con las condiciones que el medicamento tiene sobre el niño, desde la visión de su núcleo familiar.

Por consiguiente es importante hacer mención de nuevo a la investigación de Reyes, Cottet, Jimenez y Jaurequi, ya que en dicha investigación, surge una situación denominada como la ***ambivalencia en/de la medicalización***, la cual hace alusión a la administración del medicamento por parte de los padres hacia sus hijos, en donde estos dicen: “*sufro al darle la pastilla, y por eso no se la doy siempre*” (Reyes *et al.*, 2019, p. 48) con lo que se resalta un nuevo componente de discusión, los padres no siempre se sienten bien al darle la medicación a sus hijos y no es una decisión sencilla, puesto que incluso una vez después de haberla tomado, implica situaciones como la anteriormente descrita, en donde se omiten ciertas dosis.

Además, con lo anterior también surge otra dificultad que tiende a problematizar más la situación de la administración de las dosis, y es cuando el medicamento no hace efecto o bien muestra todos los efectos secundarios ya mencionados en otro apartado, puesto que produce “sospechas respecto a la existencia real del diagnóstico o generando dudas respecto a la identidad del niño” (Reyes *et al.*, 2019, p. 50). No obstante, cuando el medicamento en efecto funciona, los padres se sienten satisfechos por el reordenamiento del comportamiento del infante, aunque este

reordenamiento abre una preocupación a futuro, puesto que se empieza a dilucidar una posible dependencia del tratamiento para que se obtenga una estabilidad comportamental.

En conclusión, el profesor es un ente regulador que usualmente da inicio al proceso diagnóstico en el infante, dicho proceso diagnóstico generalmente termina en un tratamiento médico-farmacológico, que los padres aceptan buscando el bienestar de sus hijos. Tratamiento que sin embargo, conlleva contradicciones morales al pensar en una posible pérdida de identidad del infante como consecuencia, de una dependencia al fármaco que dirija a su vez a una pérdida de la autonomía y del sentido de normalidad, por lo que los padres terminan en un diálogo con las estructuras discursivas que “constituyen la enfermedad mental” (Reyes *et al.*, 2019, p. 51).

Habiendo explicado a profundidad los aspectos que se refieren al tratamiento farmacológico, las visiones del docente y los padres sobre los niños medicalizados, y las conexiones existentes con los dos primeros capítulos del presente texto, es oportuno dar paso al cuarto y último capítulo del mismo, el cual posicionará al lector, en el contexto de Colombia específicamente.

5.2 La medicalización en Colombia

La medicalización en Colombia ha sido un proceso de carácter histórico que tiene más de 100 años de recorrido, ya que si bien el concepto de medicalización parte de los años 30 o 40, en Colombia se dio inicio a un proceso con anterioridad denominado como la *higiene mental*, con-

cepto que desde luego también sustenta su historia particular, tal cual lo demuestra Gallego al mencionar que:

Una de las primeras expresiones significativas de la “higiene mental” se halla en Europa, específicamente en Francia con la revista *L’Hygiène mentale* publicada como suplemento mensual de la revista *L’Encéphale*, dirigida por Joseph Déjerine y Henri Claude desde 1906. Otra muy importante es la revista *Prophylaxie mentale*, boletín trimestral de la *Ligue d’hygiène mentale*, que fue creada en 1920 por Édouard Toulouse, Joseph Briand y Georges Génil-Perrin. Sin embargo, ya desde 1896 el Dr. Toulouse se refería a la necesidad de crear una institución, un centro de profilaxis mental, con ideas muy cercanas a lo que posteriormente se llamó higiene mental (Gallego, 2018, p. 34).

Definiciones europeas sobre una problemática que debía ser abordada, basando esto en la necesidad de generar bienestar en la salud mental, y que por tanto era entonces un tema de discusión pertinente y necesario, por el carácter de mejoramiento en la calidad de vida que el mismo sustenta de manera implícita. De esta forma es que el movimiento de la higiene mental se desarrolló a partir de la segunda década del siglo XX, gracias a esos aportes provenientes del siglo XIX. Es en este momento histórico, cuando se puede hablar de una relación existente entre el concepto de la higiene mental y el “surgimiento y consolidación de la psicología y la psiquiatría infantil en el ámbito universitario” (Gallego, 2018, p. 36) inclusión que posibilitó una comprensión mayor de esta problemática.

Es en este orden de ideas que surge la manera en la que la higiene mental se aplica en la sociedad, consistiendo dicha aplicación en “la medicina psicopatológica y la psicología clínica con fundamento médico, con el objetivo de conseguir un diagnóstico y tratamiento de la “personalidad enferma” y mantener en el individuo un estado compatible con la vida social” (Gallego, 2018, p. 42). Y bajo esta visión es que:

Según Jairo Gutiérrez Avendaño la Liga de Higiene Mental (...) apareció en la década de 1960 en Colombia, con unos objetivos encaminados a la preparación de maestros en pedagogía, a la investigación de los problemas psicopedagógicos y a la rehabilitación y tratamiento de los niños con problemas emocionales de conducta y de aprendizaje (Gallego, 2018, p. 43).

En consecuencia con lo anteriormente expresado, es que en la historia de Colombia, se han gestado ideas para abordar las problemáticas infantiles, siempre desde un orden organicista, bajo un modelo biomédico, impulsado por aquellas concepciones anteriores del concepto de la *higiene mental*, no obstante, dichas visiones organicistas también se han visto asociadas a una proyección social, ya que a partir de estas se gestaron espacios en donde se buscaba salvaguardar y proteger la raza, dichos espacios fueron concebidos como las *colonias escolares de vacaciones* las cuales:

nacen como una institución de higiene preventiva, con una patente proyección social, destinadas primordialmente, a atender niñas y niños de familias sin recursos, con una salud debilitada, y tenían como fin, paliar y contrarrestar los efectos del intelectualismo escolar y las condiciones de vida que las grandes ciudades, las viviendas y las propias escuelas imponían a la infancia. Pero a las colonias escolares no sólo se les atribuía una función higiénica, de carácter preventivo, sino también una dimensión educativa (Gallego, 2018, p. 89).

Con lo cual la higiene mental, como principio de una futura medicalización, tenía caracteres de mejoramiento en la calidad de vida de los niños colombianos, al tratar a aquellos con menor proporción de vida digna, para protegerlos y darles mejores oportunidades para la misma. Ya que: “La colonia, da cuenta de cómo la higiene busca rectificar la niñez pobre y desnutrida” (Gallego, 2018, p. 90). Mediante la prestación de espacios salubres para ellos, que les permitiera desarrollar sus capacidades, y sostener las que ya tenían en precariedad.

De manera análoga a lo anteriormente dicho, es que la medicina se posicionó en Colombia como un ayudante de la formación de las infancias, y desde su modelo organicista dieron inicio a la construcción de una figura denominada como el “médico escolar” (Beltrán, 2012, p. 20), figura que cumplía el papel de detectar la anormalidad en la escuela y con ella desplazar a los niños y jóvenes hasta los correccionales, manicomios y hospitales (Beltrán, 2012) además de aquellas colonias ya mencionadas para darles tratamiento.

Habiendo abordado aspectos de la historia de la higiene mental, y por tanto del principio de la medicalización de la infancia en el territorio Colombiano, se hace pertinente que el lector conozca la historia reciente del país, en referente a la medicalización de las infancias. Para ello se hace preciso realizar mención a la declaración de Cartagena de Indias de 2009. Sin embargo, antes de explicar esta con detenimiento, es importante hablar del contexto en el que se da dicha declaración.

Siendo así “En el año 2008 se publicó en la *Revista Médica Hondureña* (1) la *Declaración de México para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*, documento que resume en catorce puntos las generales diagnósticas y epidemiológicas del TDAH” (De la Peña Olvera, Palacio Ortiz, y Barragán Pérez, 2010, p. 94). Como resultado de una serie de trabajos que fueron construidos por un grupo de especialistas que se han dedicado a la salud mental, durante el primer consenso Latinoamericano de TDAH, celebrado en la ciudad de México en 2007 (De la Peña et al., 2010).

Gracias a la anterior declaración y consenso, en el año 2008:

El grupo de especialistas en salud mental, integrado por psiquiatras, neurólogos, psicólogos, entre otros, se reunió en Mendoza, Argentina, para el II Consenso Latinoamericano de TDAH, evento en el cual se fundó la Liga Latinoamericana para el Estudio del TDAH (LILAPETDAH) (De la Peña et al., 2010, p. 94).

En donde se realizaron ponencias en torno al TDAH, y se concertaron nuevos lineamientos para abordar de manera unitaria este problema a nivel región. Es por ello que la siguiente reunión (la más reciente hasta el momento):

Se llevó a cabo en Cartagena de Indias los días 8 y 9 de octubre de 2009; uno de sus objetivos fue el establecimiento de una nueva declaratoria del grupo de especialistas para la promoción de la investigación, el conocimiento científico y el rompimiento de los estigmas relacionados con el TDAH y su tratamiento (De la peña et al., 2010, p. 94).

Reunión en la cual se construyó *la declaración de Cartagena*, la cual tomó como base aquella declaración de México para el TDAH, ampliando de 14 a 27 enunciados que incluirían desde aspectos epidemiológicos y clínicos, hasta una propuesta terapéutica basada en la evidencia científica.

En este orden de ideas, se le presentarán al lector algunos de estos aspectos tenidos en cuenta para la creación de la ruta para el TDAH en Colombia y América Latina:

Aunque el medio ambiente tiene un papel modulador en su expresión, los síntomas del TDAH no son causados por factores sociales, económicos, educativos o de ambiente familiar. (...) El TDAH se manifiesta desde la infancia y tiene un curso crónico con expresiones a lo largo de la vida y hasta en un 60% de los casos puede continuar en la adultez (...) El TDAH no tratado adecuadamente conlleva riesgos y complicaciones que ponen en peligro la integridad física y mental de niños, adolescentes y adultos (De la Peña et al., 2010, pp. 95-97).

Bajo estos aspectos mencionados y los restantes que no han sido tomados, pero que no por ello son menos importantes; es que se ha construido una forma en la cual las infancias a nivel región y desde luego a nivel local como país, han de ser tratadas en torno a un fenómeno que ha tenido diferentes nombres, que ha pasado por lo anormal y lo patológico, viéndose atravesado por lo político, mediado por concepciones médicas de lo sano y lo insano y, finalmente encontrándose determinado por el dispositivo hegemónico en este caso el de la medicalización infantil.

Con todo lo anterior, el lector que ha atravesado un camino de conceptos y definiciones puede hacerse una idea de lo condicionante de la ruta que se ha creado para el tratamiento de las denominadas *enfermedades mentales*, aquellas que son tratadas en su mayoría con fármacos, aplicadas en la infancia a nivel mundial en un primer momento, para después ubicar toda la información en Colombia, y encontrar en el territorio una hegemonía de las concepciones organi-

cistas que prevalecen desde hace más de un siglo, y que condicionan las formas en las que se concibe a la par de que se garantiza la salud mental infantil.

6. Metodología

6.1. Enfoque metodológico/epistemológico:

El paradigma desde el cual se posiciona la presente investigación es el constructivismo, ya que este se basa en la búsqueda de contrastar disciplinas naturales o exactas con las de tipo social (Ramos, 2015). Tal cual se ha hecho a lo largo del presente escrito, cuando se ubica a la psiquiatría y las ciencias médicas en un constante debate con las ciencias sociales. Además, frente al carácter histórico de los componentes abordados, este paradigma posibilita su lectura compleja al concebirlos como algo dinámico que evoluciona con el tiempo. Mediante una crítica constante a lo objetivable (positivista y neopositivista) a partir de cambios filosóficos y de tipo sociológico que develan las prácticas hegemónicas (Ramos, 2015).

Este paradigma resulta ser el de elección, ya que mediante la concepción dinámica de los fenómenos trabajados (Dispositivo, medicalización) posibilita la comprensión, de todas las esferas que se encuentran afectadas por los mismos, por medio de la historicidad y las referencias interpretativas que se hacen a dicha historicidad, mediante la concepción de la realidad como algo construido por una serie de individuos determinados que conforman un grupo humano en específico (Ramos, 2015), en este caso siendo los niños medicalizados.

6.2. Estrategia metodológica o diseño de investigación:

La presente investigación se encuentra basada en una revisión de textos, la cual está sustentada bajo un modelo de análisis documental, que consiste en una forma de investigación técnica, que busca describir y representar los documentos de una forma unificada y sistemática (Dulzaides Iglesias y Molina Gómez, 2004) en torno a un fenómeno de investigación en específico. En este sentido es que a lo largo del presente escrito se realiza un análisis profundo de todos los textos tomados, para poder dar respuesta a la pregunta inicial. Además esta investigación se vio apoyada por otra estrategia que permite una comprensión más profunda, siendo esta la del análisis de la información, que favorece el uso racional de todos los documentos y conceptos abordados, para darles una conexión precisa, a fin de brindar claridad al lector para que pueda entender la manera en la cual se van hilando los argumentos hasta el punto de intentar responder a la pregunta de investigación (Dulzaides Iglesias y Molina Gómez, 2004).

6.3. Ejes temáticos y técnicas de recolección de información:

Desde una perspectiva de análisis crítica de los procesos que la medicalización tiene sobre el ser humano, específicamente en este caso en la niñez. Se realizó un encuadre teórico entre producciones actuales y textos clásicos. Los cuales tratan el tema de la medicalización desde diferentes perspectivas (filosóficas, sociológicas, médicas, pediátricas, políticas, psicológicas, etc.)

Bajo el diseño de análisis documental se estudiaron un total de 71 documentos entre libros y artículos, publicados en un periodo de tiempo de 1970 a 2019, cuya búsqueda se realiza a través de la plataforma académica de Google Scholar (Google académico) y se encuentra dividida de la siguiente manera: En una primera búsqueda se utilizó la palabra clave de *medicalización* aceptando una búsqueda en todos los idiomas, y se obtuvo un total de 22 mil documentos relacionados. En una segunda búsqueda se utilizó el grupo de palabras *medicalización + infancia* aceptando búsqueda en todos los idiomas y se obtuvo un total de 9.320 documentos relacionados, para posteriormente precisar una búsqueda con el mismo grupo de palabras admitiendo una búsqueda sólo en español, obteniendo un total de 8.590 documentos relacionados. Posteriormente se realizó una cuarta y última búsqueda usando el grupo de palabras *Dispositivo de la medicalización en la niñez en Colombia* especificando un periodo de tiempo reciente (2016 en adelante) y aceptando búsquedas solo en español, en donde se obtuvieron 1090 documentos relacionados.

Por otra parte los ejes temáticos del presente texto y los autores que se usan para desarrollar cada uno de estos son:

Tabla 1: Ejes temáticos y autores para el desarrollo de cada uno de ellos

Eje temático	Autores usados para desarrollo del eje temático
¿Qué es un dispositivo?	(Agamben, 2011; Posada, 2013)
¿Qué es la medicalización?	(Abreu, 2019; Almirón, 2008 ;Avenburg, 2018; Becker, 2014; Berrios, 2018; Bianchi, 2018; Canguilhem, 1970; Canguilhem, 1970; Casarotti, 2018; Castro, 2005; Díaz, 2007; Foucault, 1999; López Mendez Y Costa Cabanillas , 2012; Macaya Sandoval , Pihan Vyhmeister, Y Parada , 2018; Moreno, 2002; Moscoso, 2001; Murguía , Ordorika , Y Lendo , 2016; Novella, 2009; Organización mundial de la salud OMS; Rebok Y Stagnaro , 2018; Rivas, 2016; Saúde mental feafes Galicia; Silva, 2014; Stucchi-Portocarrero, 2013; Szasz, 1994; Szasz, 1970; de la Ravanal Y Aurenque Stephan , 2018)
Infancia Medicalizada y sobrediagnóstico	(Asociación Española de pediatría de atención primaria al cuidado de la infancia y la adolescencia (AEPap); Bianchi Y Faraone , 2018; Campolongo, Martin , Tamarro , Y Torregani , 2015; Carneiro da Silva, Aparecida Serralha, Y Silveira Laranjo, 2013; Cea-Madrid Y Castillo Parada , 2016; Duero, 2013; Galarza, 2016; García Capilla Y Torralba Madrid , 2018; López Méndez Y Costa Cabanillas, 2015; Mascaraque, 2018; Mastroianni et al., 2017; Meneu, 2018; Muniz, 2013; Muriello, 2018; Rivas, 2019; Rodriguez, 2016; Scirgalea, 2016; Taborda, 2019; Whitaker, 2015; Reyes , Cottet , Jimenez , Y Jaurequi , 2019)
Medicalización en Colombia	(Gallego, 2018; Beltrán, 2012; De la Peña Olvera, Palacio Ortiz, Y Barragán Pérez, 2010)

Fuente: Elaboración propia

Cabe aclarar que los ejes temáticos se construyen gracias a las ideas de estos autores que son tomados como los más relevantes para el desarrollo de la investigación, en aras de dar respuesta a la pregunta inicial, y los no incluidos en la anterior tabla son aquellos que funcionan como complemento en el presente apartado o bien en la introducción y la justificación. Además también es importante mencionar que la información se organiza en cada uno de estos ejes temáticos, bajo las categorías de análisis que se encuentran en los títulos de cada apartado.

Por tanto en el primer capítulo de la primera parte se toman como textos principales *¿Qué es un dispositivo?* De Giorgio Agamben y como texto secundario que apoya las ideas del primer autor, el escrito presentado por Jorge Eliecer Martínez Posada llamado *El dispositivo: una grilla de análisis en la visualización de las subjetividades*.

De la misma manera el segundo capítulo de la primera parte, que se ha centrado en el concepto de medicalización tiene como textos principales el libro de Georges Canguilhem titulado *Lo normal y lo patológico*, sumado a los libros de Thomas Szasz titulados *El mito de la enfermedad mental* e *Ideología y enfermedad mental*, además del texto llamado *Análisis estructuralista de la teoría del etiquetamiento* escrito por Cláudio Abreu, y por supuesto que se ha de hacer mención al escrito de Adriana Murguía, Teresa Ordorika y León F. Lendo quienes fortalecen las ideas planteadas a lo largo del capítulo con su texto *El estudio de los procesos de medicalización en América Latina* y finalmente el texto de Ernesto López Méndez y Miguel Costa Cabanillas titulado *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Sumando a todo lo anterior los demás textos creados por los autores ubicados en

este eje temático, siendo estos autores considerados relevantes pero no al punto de ser tomados como principales, por tanto han de ser entendidos a falta de su mención particular como textos de apoyo o secundarios.

El primer capítulo de la segunda parte se titula: Infancia Medicalizada y sobrediagnóstico, el cual tiene como textos principales:

- El texto construido por la Asociación Española de pediatría de atención primaria al cuidado de la infancia y la adolescencia AEPap.
- El escrito realizado por Eugenia Bianchi y Silvia Adriana Faraone que tiene como nombre *“Diagnósticos y fármacos en las infancias. Una perspectiva analítica desde las ciencias sociales”*.
- La investigación realizada por Pablo Reyes, Pablo Cottet, Alvaro Jiménez y Gabriel Jaurequi, titulada *“Repensando la medicalización: posiciones discursivas de niños y de sus cuidadores sobre el diagnóstico y tratamiento del TDAH en Chile”*.
- Haciendo mención importante también, al trabajo realizado por Juan Carlos Ceamadrid y Tatiana Castillo Parada llamado: *“Materiales para una historia de la anti-psiquiatría: balance y perspectivas”*.

- Sumando a todos los demás textos, el planteado por Carlos Ramos Galarza, el cual lleva por nombre: “*La cara oculta del TDAH*”.
- Y finalmente el texto realizado por Diego José García Capilla y M*José Torralba Madrid titulado “*Perspectiva bioética del trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH*”.

De igual manera, los demás autores ubicados en este apartado son considerados como autores de apoyo que enriquecen la producción de conocimiento y logran clarificar las ideas.

Y finalmente en referente al segundo capítulo de la segunda parte titulado: Medicalización en Colombia tiene como autores principales Gallego, 2018; Beltrán, 2012; De la Peña Olvera, Palacio Ortiz, y Barragán Pérez, 2010.

7. Consideraciones éticas

La presente investigación se encuentra escrita bajo los lineamientos éticos de la ley 1090 de 2006 firmada en el congreso de la República de Colombia, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones en referente a la práctica psicológica en todo el territorio nacional. En consecuencia de lo anterior los artículos tenidos en cuenta, para el cumplimiento de la ética pertinente en la construcción de este texto son:

Título III de la actividad profesional del psicólogo:

“Artículo 3º • Del ejercicio profesional del psicólogo. A los efectos de esta ley, se considera ejercicio de la profesión de psicólogo toda actividad de enseñanza, aplicación e indicación del conocimiento psicológico y de sus técnicas específicas en:” (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009, p. 27).

- a) Diseño, ejecución y dirección de investigación científica, disciplinaria o interdisciplinaria, destinada al desarrollo, generación o aplicación del conocimiento que contribuya a la comprensión y aplicación de su objeto de estudio y a la implementación de su quehacer profesional, desde la perspectiva de las ciencias naturales y sociales (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009, p. 27).

Artículo 5º. Dentro de los límites de su competencia, el psicólogo ejercerá sus funciones de forma autónoma, pero respetando siempre los principios y las normas de la ética profesional y con sólido fundamento en criterios de validez científica y utilidad social (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009, p. 29).

Título V de los derechos, deberes, obligaciones y prohibiciones del profesional de psicología:

“Artículo 10. Deberes y obligaciones del psicólogo” (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009, p. 32).

“ h) Respetar los principios y valores que sustentan las normas de ética vigentes para el ejercicio de su profesión y el respeto por los derechos humanos” (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009, p. 32).

”Capítulo VII De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones” (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009, p. 43).

Artículo 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009, p. 43).

“Artículo 50. Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar

el bienestar y los derechos de los participantes” (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009, p. 44).

Artículo 55. Los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darle uso indebido a los hallazgos (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009, p. 45).

Artículo 56. Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009, p. 45).

Y hasta aquí las consideraciones éticas, que se han tenido en cuenta para que la presente investigación se encuentre bajo todos los estándares legales que exige el ejercicio de la práctica psicológica en el territorio colombiano.

8. Resultados

8.1 Discusión: Elementos para un debate

Al comprender la concepción del dispositivo, sus implicaciones teóricas y prácticas mediante la filosofía, se pudo constituir una explicación del por qué el concepto de la medicalización puede ser entendido como un dispositivo.

Esta comprensión de la medicalización como dispositivo solo fue posible gracias al análisis profundo de todos aquellos productos que cumplen una función política, y que a su vez fundamentan el fenómeno de la medicalización por medio de la interacción que sostienen con lo político, lo social, lo cultural, lo educativo, etc.

Todo lo anterior, mediante la observación de un lenguaje que etiqueta, clasifica, segrega y determina lo que ha de ser considerado como sano y lo que ha de ser patológico. Ya que este lenguaje se encuentra respaldado por los modelos hegemónicos de lo biomédico y lo medicalizante.

En este orden de ideas, aquello biomédico y medicalizante pasa por ser un pilar esencial en la problemática central de la presente investigación. Ya que condiciona la manera en cómo se lee lo heterogéneo, lo diferente, lo no normalizado al punto de brindar tratamientos que prometen regular aquello irregular que Canguilhem llamaba como lo anómalo.

Y es de esta manera en que aquello anómalo, es perseguido como en una casa de brujas por el poder hegemónico que pretende quemar y cazar todo lo que moleste a los demás, ya que lo diferente será anómalo cuando moleste a los otros, y de lo contrario tan solo el sujeto será alguien raro, o bien entrará en la categoría de rugoso.

Con esa rugosidad, el sujeto, como ya se ha visto a lo largo de todo el texto, se puede afirmar que ingresa a una lista de espera, en la que hay otros tantos como él, aguardando a un consenso de expertos que ingrese a determinar que tal o cual sujeto debe ser diagnosticado, de una forma particular creando así una nueva *obra maestra de arte* o bien un nuevo cuadro clínico.

Estos cuadros clínicos que van surgiendo de a poco con el pasar de los años, empiezan a ser una base de riqueza en crecimiento, en la que las farmacéuticas dan pie a crear nuevas y mejores maneras de prevenirlos, tratarlos, conllevarlos. Al punto de llegar a patologizar la vida de gran parte de la población mundial, tal cual se evidenció con el abordaje dado al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). No obstante antes de pasar a ese punto en particular, es importante el contraste que se realizó con los beneficios y los prejuicios existentes con el uso de estas nuevas maneras para abordar los cuadros clínicos.

A consecuencia de lo anterior, las nuevas formas de abordaje de los cuadros clínicos nacientes, se ubican en la inmediata necesidad de mejoramiento que la sociedad se encarga por propiciar. Esto desde luego mediado por aquellas dinámicas medicalizantes que han permeado la

existencia en la sociedad contemporánea, por medio de su característica como dispositivo, generando en este orden de ideas que aquellas nuevas formas tomen el nombre de medicamento.

El medicamento se presenta entonces como una píldora mágica que tiene como objetivo regular aquello que se encuentra mal, como lo podría ser la conducta, el pensamiento y la relación con los demás. No obstante, el dispositivo de la medicalización no solo creó el proceso por el cual lo irregular fuera medicado, sino que propició que aquello que parecía normal adquiriese una característica de poder ser mejorado.

Aquella necesidad de mejora, propiciada por el lenguaje medicalizante, la cultura comercial y los enfoques políticos que permiten la explotación del concepto de bienestar y de salud tanto física como mental, han ubicado el uso de medicamentos como algo que hace parte de esa vida de rendimiento y de mejoramiento, creando pues un espacio tranquilo en donde lo normal es el uso de los elementos que la medicalización ha depositado, para el empleo por parte de los sujetos de las sociedades contemporáneas.

Con ese condicionamiento al uso de los elementos que la medicalización pone a disposición para mejorar aspectos de la vida cotidiana, los sujetos de la sociedad ingresan a una dinámica de constante necesidad de mejora, lo que los dirige a adquirir tratamientos que prevengan lo anómalo. Incluyendo en esa necesidad de prevención de lo anómalo, a los niños, puesto que estos

no están exentos de todas estas estrategias de poder que el dispositivo de la medicalización ha edificado.

En congruencia con lo anterior, los niños también han sido abordados por este dispositivo, ya que como se pudo observar a lo largo de la investigación ellos son un punto clave para continuar con la sociedad del medicamento, entre tanto que desde el ente regulador por excelencia (la escuela) se dictaminan señales de alarma que van dirigidas a los padres y estos actúan como intermediarios en la dosificación de los medicamentos para tratar aquellas señales de alarma.

Las señales de alarma aplicadas a los infantes, surgen en una gran medida de las concepciones de un otro externo (profesores, familiares, amigos) que le incomoda la manera de actuar del niño en cuestión, y hasta este punto nada es nuevo, ya que gracias a la presente investigación se puede comprender que lo anómalo solo es anómalo cuando le molesta otro. Sin embargo, la diferencia reside en que estos infantes no tienen la capacidad para decidir y esto implica un problema de gran envergadura.

Entonces, el problema central de la medicalización en los infantes, residirá en el hecho de que estos no sustentan la capacidad para decidir, lo cual posicionó un debate contundente entre el uso de los fármacos en ellos, como elementos de mejoramiento de ciertas condiciones indeseadas a efectos de la vida social. En dicho debate se posicionó la visión de los padres que en efecto brindan medicación a sus hijos, los cuales terminaban en su gran mayoría por sentir un remordi-

miento y modificar las dosis prescritas, ya que si bien en algunos casos se notaban los cambios funcionales en ellos, los padres a su vez sentían culpa y una carga inconsciente importante que los hacía modificar la dosificación del medicamento.

Siendo así, esta llegada de la medicación a la vida cotidiana con objetivos claros de mejoramiento que apuntan a la productividad, ahora no solo se encuentra dirigida a los adultos sino que ha avanzado de manera rampante hasta la niñez, tal cual se expuso cuando se trató el TDAH. Trastorno que desde luego ilustra la gran batalla política que libró el dispositivo de la medicalización para poder convertir una serie de situaciones propias del crecimiento normal de un niño, en algo patológico, cambiando inclusive el entendimiento social de lo que antes era un niño inquieto o travieso, por la concepción de una etiqueta que termino siendo un niño TDAH.

Frente a lo anterior es que se han gestado procesos de normatividad a nivel mundial sobre el abordaje de lo irregular o bien patológico, mediante consensos y leyes que intentan unificar las visiones existentes, bajo el panorama de la medicación como salida efectiva a la problemática social que se vive con respecto a las patologías construidas, y en la infancia esto sí que ha tenido peso tal como se puso de manifiesto con la explicación dada del uso del Metilfenidato y otras sustancias en infantes.

Siguiendo esta misma línea se presentan entonces las consecuencias de este uso indiscriminado de formas biomédicas para el tratamiento de los sujetos diagnosticados. Siendo en un

primer momento la estigmatización dirigida a ellos por parte de la sociedad circundante la consecuencia y a su vez la causa más frecuente, ya que como se pudo ver en la investigación la segregación por parte de la sociedad es el motor para considerar algo como enfermedad.

Entonces se puede comprender que la enfermedad termina por segregar a quienes se encuentren dentro de ella mediante un diagnóstico, siendo en este caso en particular comprendido ya no con palabras del modelo biomédico, sino con una interpretación de las ciencias sociales que implementan un nuevo concepto para abordar el proceso de imposición que se hace mediante los cuadros clínicos, siendo este el concepto de etiqueta. Concepto que terminó en una teoría que desde luego lleva su mismo nombre, y que postula el conflicto que los sujetos sustentan una vez son etiquetados y definidos en un rótulo clínico.

Estos rótulos clínicos, se convirtieron pues en esa herramienta nosológica que las ciencias biomédicas se encargaron por establecer, para definir lo que debería ser un sujeto sano en sociedad (por supuesto funcional y productivo) además de aplicar esta herramienta en la infancia.

Retomando las ideas de ese establecimiento de normativas a nivel global para el tratamiento de los diagnósticos, cuadros clínicos o etiquetas, se hace importante mencionar que en el territorio colombiano se recogen estas ideas y también se les da cabida, ya que autores como Gallego, (2018) y De la Peña (et al, 2010) afirman que la medicalización en Colombia parte de la necesidad de cuidar la raza, mediante escuelas que introdujeron la figura del médico escolar. Y a

partir de dicha figura se introdujo desde hace más de 70 años la visión biomédica para la comprensión de las falencias infantiles, por tanto en el territorio colombiano antes de conocerse la medicalización se conoció el concepto de la higiene mental, que era el resultado del trabajo realizado por esta figura en las instituciones educativas del país.

Esta higiene mental, es solo un nombre más que se le ha brindado a lo que hoy conocemos como medicalización, y que ha afectado desde hace décadas a la infancia colombiana, manteniéndola en su gran mayoría mediada por elementos biomédicos y cuadros clínicos incapacitantes tales como el TDAH. Que terminan por condicionar la manera en como el niño interacciona con el medio, la forma en como el medio lee el comportamiento del infante, las estrategias que se usan en la sociedad para abarcar lo diferente de este ser en desarrollo y la manera en como el niño crecerá determinado por su proceso de diagnóstico.

Finalmente es en Colombia en donde se puede evidenciar mediante el consenso de Cartagena del año 2008, el dictamen final de la lectura que se debe hacer sobre la salud mental infantil, siendo esta lectura una netamente biomédica que si bien reconoce aspectos sociales, tan solo los posiciona como elementos mínimos que son afectados por algo interno que a su vez alienta el modelo biomédico y el uso de los medicamentos para el tratamiento, abordaje y solución de los cuadros clínicos que se le imponen en este caso en particular a las infancias. Por tanto he ahí la forma en la que la medicalización mediante el uso de sus elementos que cumplen una función política, mediados por el lenguaje medicalizante, termina por condicionar la salud mental infantil en la infancia en Colombia

8.2 Conclusiones

En la presente investigación surgieron varias dificultades que hicieron de la escritura todo un reto. Empezando por la dificultad conceptual a la hora de darle un sentido lógico y armónico a las ideas que se intentaron explicar, además se presentaron situaciones de incongruencias que se tuvieron que abordar de forma oportuna o de lo contrario el lector, no comprendería lo que se le quería dar a conocer por parte del escritor; a su vez existieron dificultades para unificar las ideas de los autores, no porque fuesen contrarias sino porque estas eran tan amplias y complejas que se debía brindar una síntesis rigurosa que posibilitara escribir un texto llamativo a la par de entretenido para el lector, ya que de entrada se sabía por parte de quien escribe que el texto sería largo y que además sustentaría una cantidad de conceptos amplia.

Por otra parte en la presente investigación, se comprendió lo que se plantea como dispositivo a partir de una lectura filosófica, que se ajustó a la realidad mediante una explicación práctica del concepto y la ilustración de su aplicabilidad a la vida cotidiana. Y a su vez se dio cuenta de lo que se construye como medicalización mediante el análisis de sus productos políticos, además de su relación con la vida cotidiana, su incidencia y determinaciones en la sociedad y las luchas gestadas por esta construcción para extender sus dominios a través del lenguaje medicalizante.

En este orden de ideas, el presente trabajo argumentó las diferentes posturas en torno al fenómeno de la medicalización infantil, teniendo en cuenta lo político, lo social y el lenguaje. Para ilustrar de esta manera las luchas que estos niños deben enfrentar con sus familias, con la

escuela y la sociedad en general, a la par que se posicionó un debate arduo sobre el uso y la pertinencia del mismo a la hora de decidir por el medicamento para tratar las *patologías* o *etiquetas* sociales.

Y siguiendo lo anteriormente mencionado, en la presente investigación se examinó la manera en que la iatrogenesis y la teoría del etiquetado se vinculan con la medicalización, mediante una explicación conceptual profunda que amplió el panorama de comprensión sobre estos conceptos, además de que se a su vez se generó una crítica importante para poder construir un dialogo constante, entre aquellos los que se encontraban a favor (modelo biomédico) y los que estaban en contra (modelos sociales) con el uso de esta terminología, para designar a aquellos sujetos que se encontraban enfermos.

Finalmente en esta investigación se explicó la manera en la que el dispositivo de la medicalización condiciona la salud mental en la infancia en Colombia. Lo más relevante de la explicación de este condicionamiento generado por el dispositivo de la medicalización, fue la comprensión que se logró del fenómeno en sí, ya que es mediante dicha comprensión que se pueden gestar nuevas formas de abordaje a la problemática, que el lenguaje medicalizante se ha encargado de construir. Ya que los diagnósticos tal cual se pudo evidenciar, han tomado la normalidad de lo cotidiano en la sociedad, mediante el apoyo de poderes hegemónicos que los validan desde hace décadas en el territorio colombiano, optando por figuras como la de la higiene mental y la del médico escolar para darle continuidad al condicionamiento que la visión biologista se ha encargado de mantener.

Para concluir, es importante resaltar que en el proceso investigativo, surgieron nuevas incógnitas que son dignas de abordar en futuros trabajos, tales como la aplicabilidad de un nuevo modelo que enfrente al modelo biologicista, la viabilidad del mantenimiento de la medicación en la vida infantil, el deseo social por la inmediatez en la obtención de resultados, el futuro de Colombia con un modelo biomédico para tratar los problemas internos, etc. Estas incógnitas permitirán a futuros investigadores ahondar en esta temática y crear nuevo conocimiento mediante sus críticas sociales y construcciones académicas.

Referencias:

Abreu, C. (Mayo-Octubre de 2019). Análisis estructuralista de la teoría del etiquetamiento. *Diánoia*, 64(82), pp. 31-59.

Agamben, G. (Mayo-Agosto de 2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, año 26, pp. 249-264.

Aguilar, J. M. (Septiembre de 2019). Reflexiones antropológicas sobre la medicalización. *Journal of the European Institut for Multidisciplinary Studies on Human Rights & Science*, 1(4), pp.1-6.

Almirón, L. M. (Junio de 2008). Construcción rizomática del concepto de salud mental. *Revista Argentina de Clínica*, 14(4), pp.56-65.

Arango, D. C. (2008). *Riesgos y beneficios de la medicación antipsicótica moderna en niños y adolescentes: lo que ya sabemos y lo que necesitamos saber*. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Asociación Española de pediatría de atención primaria al cuidado de la infancia y la adolescencia (AEPap). (s.f.). *AEPap*. Recuperado el 17 de Agosto de 2020, de aepap.org/search/resultados/UTILIZACION%20DE%20LOS%20PSICOFARMACOS%20EN%20LA%20INFANCIA%20Y%20ADOLESCENCIA

Avenburg, R. (Junio de 2018). Psicogénesis. *Vertex. Revista Argentina de psiquiatría*, XXIX(139), pp.214-215.

Becker, H. (2014). *Outsiders. Hacia la sociología de la desviación* (ampliada. Traducida por Arrambide ed.). (J. Arrambide, Trad.) México : Siglo XXI.

Beltrán, C. X. (12 de Septiembre de 2012). La biopolítica en acción: Medicalización y sujeción, el médico escolar en Colombia en la primera mitad del siglo XX. *Lúdica pedagógica*, pp.19-32.

Berrios, G. E. (Junio de 2018). Psicogénesis: ¿concepto central de las disciplinas de la mente? *Vertex. Revista Argentina de psiquiatría*, XXIX(139), pp. 195-202.

Bianchi, E., y Faraone, S. (2018). Diagnósticos y fármacos en las infancias. Una perspectiva analítica desde las ciencias sociales. En E. Bianchi, y S. Faraone, *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina* (pp. 61-92). Buenos Aires: Editorial Teseo.

Bianchi, E. (2018). La medicalización contra las cuerdas. Puntuaciones teórico-metodológicas y desafíos para la investigación de la medicalización desde el análisis del TDAH en Argentina. En S. Faraone, y E. Bianchi, *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. (pp. 201-236). Buenos Aires : Editorial Teseo.

Campolongo, D., Martín, A., Tammaro, M., y Torregani, M. (2015). Niños medicalizados. *VII CongInternacional de investigación y práctica profesional en psicología XXII jornadas de investigación XI encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR*. (pp. 140-144). Buenos Aires : Universidad de Buenos Aires .

Canguilhem, G. (1970). Segunda parte ¿Existen ciencias de lo normal y de lo patológico? Capítulo cuarto: Enfermedad, curación, salud. En G. Canguilhem, *Lo normal y lo patológico* (R. Potschart, Trad., pp. 137-154). Argentina : Siglo veintiuno argentina editores sa .

Canguilhem, G. (1970). Segunda parte ¿Existen ciencias de lo normal y de lo patológico? Capítulo segundo: Examen crítico de algunos conceptos de lo normal, de la anomalía y de la enfermedad, de lo normal y de lo experimental. En G. Canguilhem, *Lo normal y lo patológico*. (R. Potschart, Trad., pp. 91-111). Argentina : Siglo veintiuno argentina editores sa.

Carneiro da Silva, C., Aparecida Serralha, C., y Silveira Laranjo, A. C. (2013). Análise da demanda e implicação dos pais no tratamento infantil. *Psicologia em Estudo*, 18(2), pp. 281-291.

Casarotti, H. (2018). III Coloquio de Bonneval: Ey y Lacan discuten sobre la realidad de la enfermedad mental. *Vertex revista Argentina de psiquiatría*, XXIX, pp. 203-213.

Castro, H. M. (2005). Estigma y enfermedad mental: Un punto de vista histórico-social. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan* , pp. 33-42.

Cea-Madrid, J., y Castillo Parada, T. (2016). Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas . *Teoría y crítica de la psicología* , 8, pp. 169-192.

Colegio Colombiano de Psicólogos. (2009). *Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia* . Bogotá : JAVEGRAF.

De la Peña Olvera, F., Palacio Ortiz, J. D., y Barragán Pérez, E. (2010). Declaración de Cartagena para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Rev.Cienci.Salud*, pp. 93-98.

de la Ravanal, M., y Aurenque Stephan, D. (2018). Medicalización, prevención y cuerpos sanos: La actualidad de los aportes de Illich y Foucault. *Tópicos, Revista de Filosofía*, 55, pp. 407-437.

Díaz, E. (2007). *Entre la tecnociencia y el deseo* . Buenos Aires : Editorial Biblos.

Dueñas, G. (1 de 7 de 2019). Acerca de la patologización y medicalización de los malestares infantiles actuales y sus derechos en juego. *Derechos en acción*(4), pp. 178-189.

Duero, D. G. (2013). El Diagnóstico Psicopatológico: Características y Supuestos Epistemológicos en los que se Sustenta. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), pp. 91-106.

Dulzaides Iglesias, M., y Molina Gómez, A. M. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. *ACIMED*, 12(2).

Escardó, F. (Abril de 2019). La medicalización de la infancia. *Revista Latinoamericana sexualidad, salud y sociedad*, 1 ed(30), pp. 153-160.

Foucault, M. (1999). *Obras esenciales. II Estrategias de poder*. Barcelona : Paidós.

Galarza, C. R. (Mayo-Octubre de 2016). La cara oculta del TDAH . *Psicología, conocimiento y sociedad* , 6(1), pp. 226-253.

Gallego, E. G. (2018). Eduardo Vasco Gutiérrez: higiene mental, educación y eugenesia en la medicalización de la infancia en Colombia. 1930-1964. 136. Medellín, Colombia: Universidad nacional de Colombia facultad de ciencias humanas y económicas.

García Capilla, D., y Torralba Madrid , M. (2018). Perspectiva bioética del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Bioderecho* (8), pp. 1-11.

Herrera, D. (No refiere). Efectos de subjetivación en infancia/s y adolescencia/s, medicalización y abuso de sustancias, ante intervenciones preventivo promocionales. "El quitapenas". *El homiguero psicoanálisis infancia/s y adolescencia/s*, pp. 1-12.

Janin.B. (2011). *El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Buenos Aires : Centro de publicaciones educativas y material didáctico. .

Jiménez, M. d. (Noviembre de 2008). Crítica a la visión dominante de la salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. Patologización preventiva de la vida cotidiana. *Boletín de Psicología* (94), pp. 85-104.

Litvinoff, D. E. (2015). Teorías contemporáneas del sujeto. De la crítica de la concepción esencialista a las estrategias para resistir el poder. *HYBRIS* , pp. 43-57.

López Méndez , E., y Costa Cabanillas , M. (Septiembre de 2012). Desvelar el secreto de los enigmas despatologizar la psicología clínica. *Papeles del psicólogo*, 33(3), pp. 162-171.

López Méndez , E., y Costa cabanillas , M. (2015). ¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría . *Papeles del psicólogo* , 36(1), pp. 74-76.

Macaya Sandoval , X. C., Pihan Vyhmeister, R., Y Parada , B. V. (2018). Evolución del constructo de salud mental desde lo multidisciplinario . *Humanidades médicas* , 18(2), pp. 215-232.

Maggi , L., y Grillo, J. (2017). Fracaso escolar y patologización de la infancia: Acerca de los procesos intervinientes en las construcciones de representaciones sociales que naturalizan la sinonimia entre problemas de aprendizaje y patología . *sexto congreso internacional de la facultad de psicología de la UNLP* (pp. 73-76). Mar de Plata : Facultad de Psicología, Educación y Relaciones Humanas.

Mainetti, J. A. (2006). La medicalización de la vida . *Electroneurobiología* , 14(3), 71-89.

Mascaraque, P. S. (2 de Febrero de 2018). Psicofarmacología en niños y adolescentes. *Curso de actualización pediatría* , ed, pp. 135-143.

Mastroianni, M., Ackermann, C., Speranza , N., Catenaccio, V., Telechea , H., Giachetto, G., y Tamosiunas , G. (2017). Características del uso de psicofármacos en niños hospitalizados . *Archivos de pediatría del Uruguay* , 88(3), pp. 132-141.

Méndez, F. F. (2013). Del diagnóstico a la demanda: asistencia, conocimiento y enfermedad mental. *Teoría y crítica de la psicología*, 3, pp 63-80.

Meneu, R. (2018). La medicalización de la vida y la reciente emergencia de la medicamentación. *Farmacia hospitalaria*, 42(4), pp. 174-179.

Moreno, E. S. (Enero-Abril de 2002). Sociología y enfermedad mental reflexiones en torno a un desencuentro. *Revista internacional de sociología, tercera época* (31), pp. 35-58.

Moscoso, J. (2001). Realidad o elaboración de la enfermedad mental. *Frenia*, 1(2), pp. 131-144.

Muniz, A. (2013). Abordajes Clínicos de las problemáticas actuales en la infancia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 135-154. Obtenido de Psicología, Conocimiento y Sociedad.

Murguía, A., Ordorika, T., y Lendo, L. (Julio - Septiembre de 2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde - Mangutnhos*, 23(3), pp. 635 - 651.

Murillo, S. (2018). El gobierno de las infancias. En S. Faraone, y E. Bianchi, *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina* (pp. 27-60). Buenos Aires, Argentina: Editorial Teseo.

Novella, E. J. (Enero - Junio de 2009). El joven Foucault y la crítica de la razón psicológica: en torno a los orígenes de la historia de la locura. *Revista de Filosofía Moral y Política* (40), pp. 93-113.

Organización mundial de la salud OMS. (s.f.). *Organización mundial de la salud*. Recuperado el 19 de 8 de 2020, de https://www.who.int/topics/mental_health/es/#:~:text=La%20salud%20mental%20abarca%20una%20ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%20C2%BB.

Oya, A. (2017). ¿Es la medicalización un fenómeno negativo? Un análisis de las consecuencias que suelen atribuirse a la medicalización. *Daimon. Revista internacional de filosofía* (71), pp. 7-18.

Passada, M. N. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Argentina: Estudios sociológicos editora.

Posada, J. E. (Julio- Diciembre de 2013). El dispositivo: una grilla de análisis en la visualización de las subjetividades. *Tabula Rasa*(19), pp. 79-99.

Ramos, C. A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Av.Psicol*, 23(1), pp. 9-17.

Rebok, F., y Stagnaro, J. C. (Junio de 2018). Psicogénesis. *Vertex. Revista Argentina de psiquiatría*, XXIX(139), pp. 192-194.

Reyes , P., Cottet , P., Jimenez , A., y Jaurequi , G. (2019). Repensando la medicalización: posiciones discursivas de niños y de sus cuidadores sobre el diagnóstico y tratamiento del TDAH en Chile. *Saúde Soc*, 28(1), pp. 40-54.

Rivas, F. P. (2019). *El discurso detrás de la ley: Posturas discursivas sobre la niñez y la medicalización de la infancia en la "ley Ritalin"*. Opción de grado , Universidad de Chile , Santiago de Chile.

Rivas, K. (2016). Medicalización de la infancia a través de un diagnóstico alienante. *Universidad de la república Uruguay*, pp. 1-41.

Rocca, A. V. (2011). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la "razón psiquiátrica". *Nomadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 31(3), pp. 1-19.

Rocca, A. V. (2012). Foucault; "Los anormales", una genealogía de lo monstruoso. Apuntes para una historiografía de la locura. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 34(2), pp. 1-19.

Rodriguez, E. S. (29 de Julio de 2016). El fenómeno de la patologización infantil en la salud mental. *Universidad de la republica (Uruguay)*, 1-28.

Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la investigación* (6 ed.). México D.F, México: McGrawHill education.

Saúde mental feafes Galicia. (s.f.). *Saúde mental feafes Galicia federación de asociaciones de familiares e persoas con enfermidade mental de Galicia*. Recuperado el 4 de 8 de 2020, de <http://feafesgalicia.org/ES/content/salud-mental#:~:text=Para%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,una%20contribuci%C3%B3n%20a%20su%20comunidad%E2%80%9D>.

Scirgalea, S. N. (2016). Infancia medicalizada en Uruguay y América Latina: Problematizando los procesos de patologización y medicalización infantil en la sociedad actual.

Silva, P. L. (Junio de 2014). Consideraciones críticas sobre la propuesta de Thomas Szasz. Entre Filosofía de la mente, fenomenología y psiquiatría. *Rev. atinoam. Psicopat. Fund.*, 17(2), pp. 234-250.

Stucchi-Portocarrero, S. (2013). Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. *Revista de Neuro - Psiquiatría*, 76(4), pp. 218-223.

Szasz, T. (1970). *Ideología y enfermedad mental* . (L. Wolfson, Trad.) Buenos Aires , Argentina : Amorrortu Editores. .

Szasz, T. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires , Argentina : Amorrortu editores .

Taborda, M. G. (2019). Influencia del diagnóstico en las relaciones interpersonales y la estigmatización. *Influencia del diagnóstico en las relaciones interpersonales y la*

estigmatización, 376. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquía facultad de ciencias sociales y humanas departamento de psicología .

Vélez-Álvarez, C., y Vidarte Claros , J. (Junio de 2012). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia . *Revista de Salud Pública* , 14(2), pp. 113-128.

Whitaker, R. (2015). *Anatomía de una epidemia* . Madrid : Capitán Swing.