

Título: Diagnósticos discutidos, tratamientos polémicos, interacciones novedosas y reformulaciones de la agencia: Análisis de las interacciones entre biomedicina e infancia a partir de una etnografía en un colegio de Santiago, Chile.

Autor: Sebastián Rojas Navarro

Filiación Institucional: Departamento de Ciencias Sociales, Salud y Medicina, King's College London.

Durante las últimas décadas se ha podido apreciar una creciente importancia de la biomedicina en lo que concierne a las formas que tenemos de entendernos a nosotros mismos, y a cómo nos relacionamos cotidianamente con nuestro mundo social. Esto ha sido blanco de dispares recepciones por las ciencias sociales. Mientras algunos ven en esto la posibilidad de desarrollar nuevas y ricas formas de (bio)socialidades y subjetividades (Petryna, 2004; Rabinow & Rose, 2006; Nikolas Rose & Novas, 2008), otros reconocen esta expansión como ilegítima y peligrosa (Clarke, Shim, Mamo, Fosket, & Fishman, 2003; Conrad, 1992). En lo que respecta a la infancia, la comprensión biomédica de la misma ha generado mayormente resistencias. Las llamadas 'tesis de la medicalización' han sido centrales en denunciar los potenciales riesgos asociados a un reduccionismo biológico de la subjetividad infantil, a la vez que han destacado el origen social e histórico de muchas de las categorías médicas y psiquiátricas normalmente utilizadas para referirse y entender a los niños (Radcliffe & Newnes, 2005; Timimi, 2002).

Sin embargo, en los últimos años se ha realizado un llamado a los investigadores sociales a repensar este problema, privilegiando exploraciones etnográficas que permitan rescatar las experiencias y vidas cotidianas de los niños en su interacción con la biomedicina (Béhuque & Lézé, 2015; Singh & Wessely, 2015). A partir de mi trabajo de campo con niños de 9 y 10 años diagnosticados con Síndrome de Déficit Atencional y bajo tratamiento con psicofármacos en un colegio de Santiago de Chile, argumento que las tesis de la medicalización son incapaces de vislumbrar las potencialidades que vienen aparejadas con los procesos de hibridación biomédica de la infancia (Prout, 2005). Tomando aportes teóricos de los Nuevos Estudios Sociales de la Infancia (James & Hockey, 2007; Lancy, 2014; Prout, 2011), la Antropología de los Fármacos (Ecks, 2013; Geest, Whyte, & Hardon, 1996) y los Estudios de Ciencia, Tecnología y Sociedad (Cussins, 1996; Gomart, 2002; Martin, 2006), propongo que nuevas comprensiones pueden lograrse en lo que respecta a las interacciones entre biomedicina e infancia.

Basándome en hallazgos de mi trabajo de campo propongo que el uso de los psicofármacos no es en esencia una forma de comprometer la subjetividad de los niños. Los niños y niñas medicados muestran gran capacidad de agencia para establecer interacciones con los medicamentos, compañeros y profesores sin ser colapsados por estos. El poder reflexionar desde otra lógica que la planteada por las tesis de la medicalización de la infancia con respecto a las interacciones entre biomedicina e infancia permite abrir un rico campo de reflexión y diálogo con otras disciplinas.

## Introducción:

Durante gran parte del siglo XX, y en lo que llevamos recorrido del siglo XXI, se ha podido apreciar cómo nuestra comprensión respecto de lo que los seres humanos son, de cómo se articulan sus diferencias y como debemos comprender sus potencialidades, límites y devenires se ha visto reformulado a partir de una nueva matriz explicativa que encuentra en la biología su justificación y su fin. Tal como lo anunciase Nikolas Rose hace más de un decenio, más que nunca antes es posible apreciar cómo, hoy por hoy, las normas que rigen nuestra interpretación de que es normal, patológico o incluso promedio es constituido en términos biológicos (2001). Este desplazamiento hacía la biología, el cual parece haberse extremado en las últimas décadas, ya había sido advertido por Paul Rabinow (1996), al mencionar como las nuevas formas de entender los avances en genética iban a dar nuevas claves y limitantes a ser utilizadas en la autoproducción de identidades individuales y colectivas.

Sin embargo, por múltiples motivos la infancia ha probado ser mayormente resistente a estas nuevas formas de comprensión de lo humano. Existe hasta la actualidad una consideración de la infancia que se remonta a la modernidad, que la sitúa como más cercana a la naturaleza. Esta idea de la infancia como próxima a un estado natural ha transformado a la infancia en un poderoso argumento de carácter moral, el cual es utilizado frecuentemente en contra de las matrices explicativas fundadas en la biología. Así, este argumento se ha visto esgrimido con particular eficacia contra los modelos explicativos provenientes de la psiquiatría, y de los diversos modos de pensar y definir las categorías de normalidad y patología que de aquella disciplina se desprenden.

Por lo anteriormente mencionado la infancia se ha mantenido como una suerte de refugio, el cual constantemente es percibido como en necesidad de ser protegido y preservado de la maquinaria biomédica, y especialmente resguardado del saber que emana de aquellos discursos que podrían situarla en una posición de vulnerabilidad, tal como lo serían la psiquiatría y la neurología. Respecto a esto, Ilna Singh y Simon Wessely mencionan que pareciera ser que existe un imperativo moral de preservar la infancia, de velar por su protección frente a las fuerzas civilizadoras propias de los discursos modernos que podrían de un modo otro atentar contra su 'naturaleza', que podrían, de algún modo, fracturarla. Pero,

agregan estos investigadores en tono reflexivo, *‘¿por qué estas versiones naturalizadas, moralizadas de la infancia han tenido un poder tan fuerte y prolongado en los debates respecto a los diagnósticos psiquiátricos en los niños?’* (Singh & Wessely, 2015. 661).

La fría e inclusive escéptica recepción que han tenido los avances en biomedicina con respecto a sus ensamblajes en la producción de nuevas formas de entender la subjetividad en lo concerniente a la infancia resulta paradigmático para ilustrar algunas de las aprehensiones que estos nuevos modelos para pensar la producción de identidades han enfrentado. Si bien nuevos conceptos ligados a la prolífica expansión que la biomedicina parecen ser cada vez más centrales en nuestra forma de entendernos<sup>1</sup>, sus articulaciones con la infancia parecen seguir influenciadas por aquello que fue conocido las ‘tesis de la medicalización’. En términos generales, bajo este rótulo es posible encontrar los trabajos de una serie de investigadores y académicos que argumentaron fuertemente que la expansión de la biomedicina ha operado como una forma de homogenización de las diferencias humanas. De este modo, la psiquiatría y otras ramas que emanan de la biomedicina que lidian con la subjetividad humana no serían más que modos de categorización que transforman en patologías lo que simplemente sería la variabilidad normal de la experiencia humana. En lo que respecta a la infancia, las ‘tesis de la medicalización’ han argumentado en contra del saber psiquiátrico, rechazando sus categorías y oponiéndose fuertemente al uso de psicofármacos, todo esto bajo la consigna de que estos no son más que modos de corregir y normalizar conductas, acciones y formas de vida que no encajan con modelos pre-determinados de lo que es ‘bueno’, ‘correcto’ o ‘esperable’ de un niño (Conrad, 1992, 2006; Rafalovich, 2008, 2013).

Las ‘tesis de la medicalización’ se encuentran profundamente enraizadas en una concepción naturalista e idealizada de lo que son los niños. A grandes rasgos, estas tesis dan cuenta del entrecruce y las mutuas determinaciones entre niños y psicofármacos tomando como punto de partida una imagen de la infancia como un estado natural, el cual se vería constantemente

---

<sup>1</sup> Pensemos por ejemplo en la idea de ‘ciudadanía biológica’ utilizada por Nikolas Rose y Carlos Novas (2008) así como también por Adriana Petryna (2004, 2013); o bien la idea de ‘biosocialidad’ desarrollada por Paul Rabinow (1996), y en cómo estas y otras categorías afines se han utilizado para mapear de un modo distinto la construcción de lo social, o para entender como distintos marcos macro-sociales se han visto afectados por el desarrollo de la biomedicina, tal como se ejemplifica en el trabajo recopilado por Sarah Gibbon y Carlos Novas (2007).

amenazado y en necesidad de auxilio. Los niños, como en constante necesidad de ser salvados de la psiquiatría antes de que pierdan su ‘originalidad’ y ‘autenticidad’, antes de que sean ‘normalizados’ y forzados a encajar en cualquier sea la expectativa que los adultos tiene de ellos.

Pero esta interacción es mucho más compleja y rica de lo que muestran las simplificaciones extremas realizadas desde la tesis de la medicalización, y una forma de dar cuenta de ello es alejándose de la idea de que la introducción de elementos culturales o tecno-científicos es algo disruptivo de aquella ‘esencia’ del niño. Como agudamente lo plantea el sociólogo de la infancia Alan Prout (2005, 2011), la división entre ambas cosas es artificial, y el niño real debe ser entendido como una mezcla, un proceso de constante unión e interacción de variados elementos y factores. Esto conlleva a pensar que el niño no es únicamente una mente humana y las interacciones que dicha mente realiza, o que es únicamente un cuerpo y las relaciones que éste establece con el mundo exterior, sino más bien *‘un constante e infinita serie de interacciones mutuamente constituyentes de variados elementos materiales y no-materiales’* (Prout, 2005. p. 109).

Introducir esta ‘hibridación de la infancia’, como me gusta llamarlo, nos permite introducir un matriz analítica más amplia a la pregunta respecto a cómo niños y medicamentos se ensamblan y constituyen mutuamente. Ya no es una pregunta respecto a qué se impone a qué, o como uno silencia a lo otro. Pensar una ‘hibridación de la infancia’ abre la pregunta respecto a cómo se dan estos ensamblajes, y hasta qué punto sus efectos y resultados potenciales son benéficos o no, sobre quiénes son aquellos tomando estas decisiones y teniendo participación y voz en estos procesos. Por demasiado tiempo las tesis de la medicalización se han situado respecto a estas temáticas de modo tal que han dejado fuera de escena las experiencias y reportes que los mismos niños ofrecen, priorizando en sus análisis enfoques genealógicos. Pero como se ha mencionado, las macro-transformaciones en las fuerzas estructurales que dan forma a la infancia moderna se reflejan, y son puestas en juego de un modo diferente en los micro-quehaceres de la vida cotidiana que los niños viven y experimentan. De allí se desprende la necesidad de las aproximaciones etnográficas a diferentes contextos donde estos eventos de la vida cotidiana ocurren, particularmente ya que esta proximidad nos permite reconocer *‘lo ontológico a la vez que somos reflexivos respecto*

*a los encuadres y métodos utilizados para estudiar las preguntas ontológicas*'. Esto, tal como Béhague y Lézé (2015) mencionan, *'representa una muy necesaria y aún-únicamente emergente área de investigación,, una que dependerá de una mayor fertilización entrecruzada entre los estudios de la ciencias y los estudios de infancia'* (p. 252).

En el caso de mi objeto de estudio, la principal pregunta que orientó mi investigación tenía relación con cómo se llevaba a la práctica un hecho que mayormente se había descrito en términos más bien macro-sociales. Fuertemente influenciado por las 'tesis de la medicalización' que ve los diagnósticos y el uso de fármacos como elementos nocivos para la subjetividad infantil, me pregunté respecto a la pertinencia de estas descripciones, especialmente ya que este tipo de pensamiento ha sido fuertemente cuestionado cuando los sujetos en cuestión son adultos. Los procesos de interacción entre los usuarios y los remedios son mucho más complejos que eso, y esto ha sido notado por una serie de investigadores que han basado su reflexión en el trabajo etnográfico con usuarios de medicamentos. Algunos antropólogos ya han reflexionado respecto a esto, destacando como esta interacción puede promover la renovación de la agencia como fruto de la articulación de diversos agentes. Como menciona Van der Geest:

En tanto poderosos dispositivos técnicos y símbolos culturales, las medicinas adquieren un status y fuerza en la sociedad. En tanto tecnología médica, los fármacos no son solamente un producto de la cultura humana, sino también productores de la misma (...) Ellos mueven a la gente a establecer, evitar y romper relaciones sociales. Decirlo con las conocidas palabras de Levi-Strauss, que los medicamentos son buenos 'para pensar' y actuar con, parece ser incluso injusto. Su rol en la vida humana se extiende mucho más allá, en tanto ellos usan a las personas tanto como las personas los usan a ellos. (Geest et al., 1996, p. 156-157)

Por ende, a diferencias de la concepción de los medicamentos que tenían las tesis de la medicalización tales como 'camisas de fuerza química' para los niños, o formas de normalización de la diferencia, este tipo de aproximaciones nos hace pensar en que también pueden existir beneficios y potenciales de innovación ligados al uso de los mismos. Aún más, se puede considerar que los fármacos delegan formas de acción y capacidad que no estaban previamente presentes en los individuos. De este modo las acciones pueden ahora

considerarse como ‘compartidas’ entre ambos actores, construidas entre ambos, a la vez que ambas entidades se influncian y son influenciadas mutuamente. Los medicamentos pueden ser entonces restrictivos, limitantes y liberadores a la vez. Como Emilie Gomart (2002, 2004) menciona, pueden transformarse en ‘limitaciones generosas’, fuerzas que inducen y dan la oportunidad de comportarse de manera diferente. En sus palabras:

‘Cuando las limitaciones se transforman en inducciones más que en obstáculos a la acción, la autonomía deja de ser una pre-condición a la actividad. Estas nuevas formas de influencia o performatividad son imposible de situar en el dualismo de autonomía/sujeción supuesto por la definición liberal de libertad. Estas, sin embargo, se hacen imaginables en la medida en que las limitaciones se hacen generosas. Humanos y cosas (¿incluso drogas?) pueden ahora vincularse en relaciones mutuamente constructivas’ (2002, p. 552).

Fármacos e individuos pueden interactuar y producir nuevos fenómenos los cuales no son reductibles a ninguno de ambos, por ejemplo, a la posibilidad de emergencia de aquello que Emily Martin (2006, 2009) ha llamado ‘una persona farmacéutica’, lo cual nos da un nuevo vector de análisis que se aleja de las hipótesis clásicas sobre el tema. Lo que pareciese ser un caótico desorden indiferenciado de actores –¿Qué es el fármaco, qué es el individuo, qué es el contexto?- es, en realidad, una dinámica altamente compleja y coordinada de unión y emergencia de cosas que se consideran normalmente de distintos órdenes ontológicos. Para entender esto me parece útil el concepto de ‘coreografía ontológica’, utilizado por Charis Thompson (2005). Por ‘coreografía ontológica’ se entiende una coordinación dinámica de diversos órdenes, como el técnico, científico, el género, el emocional, legal, político y financiero. Una coreografía ontológica implica una mezcla de relaciones que se establece en un contexto preciso y definido, uniendo una heterogeneidad de cosas para la producción de algo específico.

Tal como Emily Martin (2006, 2009) describe, el trabajo etnográfico con consumidores de fármacos en su vida cotidiana revela que no exista tal cosa como un proceso unidireccional, una configuración externa del individuo por parte del fármaco. Los fármacos son cubiertos por distintos grupos de valores y actitudes. Todo esto pareciese indicar entonces que el entramado entre el individuo, el niño en este caso, y el medicamento, constantemente se

reconstruye en el proceso mediante el cual ambos se vinculan e interactúan. A momentos entonces los límites entre uno y el otro se hacen borrosos, a momentos el límite es móvil, pero aparentemente siempre está en reconstrucción y permitiendo la emergencia de nuevos fenómenos.

### Aspectos metodológicos

Para poder estudiar los modos en que el uso de psicofármacos se articulaba con las vidas cotidianas de los niños y niñas que los tomaban es que opté por estudiar los desenlaces de dicha articulación a partir de las prácticas que se desarrollaban dentro de una institución escolar en la ciudad de Santiago, Chile. Mi interés residía precisamente en poder apreciar si la introducción de psico-estimulantes tales como el Ritalín tendían a producir el efecto descrito por aquellos trabajando en las tesis de la medicalización, esto es, un colapso de la subjetividad infantil frente a la potencia del psicofármaco, o bien, si era posible pensar en otros desenlaces posibles para tal encuentro en la sala de clases. Mi aproximación en ese sentido fue tradicionalmente etnográfica, en el sentido de que mi inclinación no era a oponerme al uso del medicamento ni a construir una alabanza sobre el mismo, sino más bien a describir sus trayectorias y dejarme sorprender por lo que podía llegar a observar (Rabinow, 1996).

El colegio donde realice mi trabajo de campo se encuentra ubicado en la zona oriente de la capital. Es un colegio que, me parece, refleja de buen modo a los colegios considerados de élite dentro de la sociedad chilena. Si bien es cierto que el tema de la elites en Chile se ha visto fragmentado durante las últimas décadas, ampliando el espectro de identidades potenciales que se esperan de ellas, el colegio al cual asistí, y que llamaré Monte Sinaí, reúne a familias clásicamente asociadas a esa aristocracia tradicional, profundamente católica, conservadora, de altos ingresos económicos y donde las categorías de género se encuentran claramente diferenciadas (Vergara E., 2003). Esto último resulta particularmente relevante, en tanto los cursos se encontraban divididos entre cursos de niños, y cursos de niñas, cada cual con su propia sala. A los cursos de niñas solamente le hacían clases profesoras, mientras que los niños eran enseñados por una mezcla de profesoras y profesores.

Las razones por la cuales me interesaba poder insertarme en un colegio con estas características para hacer mi trabajo de campo eran múltiples. En primer lugar, existe en Chile la intuición de que los psicofármacos tales como el Ritalín –uno de los muchos nombres comerciales bajo el cual es posible encontrar el compuesto metilfenidato- son usados de manera indiscriminada en los colegios de sectores más vulnerables. Esto tendría su justificación en lógicas de orden más bien económico que propiamente biomédico, y se encuentra ligado a la promulgación de una serie de reformas en las políticas públicas educativas, particularmente a la promulgación del decreto 170 para niños con necesidades educativas especiales (Rojas Navarro, Peña, & Rojas, TBC).

A diferencia de lo que ocurre en aquellos colegios, el colegio en el cual realice mi trabajo de campo presenta otras características gracias, en gran parte, a la condición socioeconómica de los padres de los niños que allí asisten. Para estos padres, el uso de psicofármacos es una última opción posible. Un último recurso, luego de haber transitado por otras alternativas tales como apoyo mediante tutores, psicólogos, psicoeducadores, terapias alternativas, etc. De esta forma, el medicamento aparece como una opción, y no necesariamente como una imposición. Además, las salas de clases de este colegio no albergaban a más de 30 alumnos por curso, aproximadamente. Contrariamente a lo que ocurre con los colegios menos exclusivos, donde pueden encontrarse salas con hasta 45 alumnos o más, en el colegio donde realice el trabajo de campo existía una proporción alumnos-profesores que impedía caer en el simplista análisis de decir que ‘se droga a los niños por miedo a perder el control de la clase’. Es más, si la dirección se percataba de la existencia de niños con dificultades educativas, algunas clases podían tener hasta dos profesores simultáneamente.

Como es bien sabido, el acceso para realizar investigaciones en colegios es bastante complejo. Más aún si se trata de colegios que pertenecen a las elites. En mi caso, el contacto fue realizado través de una conocida –hermana de un compañero de colegio- que hacía clases en dicho establecimiento. Ella habló con la jefa de la unidad del departamento de Psicopedagogía e Integración, quien a su vez se contactó con el director del establecimiento, el centro de padres y apoderados, los profesores que hacían clases en los cursos que iba a observar, y por supuesto con los niños mismos. Cartas de consentimiento y de asentimiento informado fueron entregadas. Desde que me puse por vez primera en contacto con el colegio,



hasta que finalmente me dejaron entrar para realizar mi trabajo de campo pasaron aproximadamente 4 meses.

El trabajo de campo en sí duró alrededor de 8 meses. Durante ese tiempo asistí 3 días a la semana, durante 8 horas diarias al colegio. Mi tiempo allí lo dividí entre los 4 ‘quintos básicos’ existentes. Tal como anticipé anteriormente, los cursos de niños y niñas se encontraban diferenciados, por lo que mi tiempo se repartió entre mis visitas al quinto básico ‘a’ y ‘b’ Belén, y al quinto básico ‘a’ y ‘b’ Sinaí<sup>2</sup>. Durante los 8 meses que estuve en el colegio, fui ocupando diversos roles en la sala, a la vez que también variaba el tipo de vinculación que establecí con los niños y niñas. Me pareció que había que ser especialmente cauto en mi aproximación inicial, dado que bajo parámetros éticos estos niños eran considerados como doblemente vulnerables: Por una parte, existían asimetrías de poder las cuales se encontraban sustentadas en mi rol de adulto en la sala, mientras que ellos ocupaban una posición subordinada a partir de lo que se desprende del discurso pedagógico. Pero además, algunos eran niños que se encontraban bajo tratamiento farmacológico y que cargaban con un diagnóstico psiquiátrico. Es decir, existían una serie de asimetrías a ser consideradas: eran niños, eran estudiantes y estaban bajo tratamiento psiquiátrico.

Mi presentación ante ellos busco romper con dichas asimetrías. Durante los primeros días y semanas en la escuela, era normal que se me acercaran curiosos, y me preguntasen que es lo que estaba haciendo allí. Ante estas preguntas, mi respuesta tendía a ser, con ciertas variaciones, la misma: ‘estoy escribiendo un libro sobre niños, sobre su vida en el colegio y las cosas que hacen acá’. Efectivamente, mi objetivo era poder observar las prácticas que se producían en la sala de clases, y entender como los psicofármacos se hacían parte de ellas, modificándolas, sosteniéndolas, o bien dando lugar a nuevas prácticas.

---

<sup>2</sup> Los cursos de la categoría ‘Belén’ son cursos conformados únicamente por niñas, y en donde el aprendizaje se da facilitado casi exclusivamente por profesoras, al menos hasta finales del ciclo de educación básica. Por su parte, los cursos ‘Sinaí’ son cursos compuestos exclusivamente por niños. Niños y niñas tienen la opción de interactuar en los patios del colegio durante los recreos y durante algunas actividades más lúdicas. En términos generales, esta interacción es mayormente inexistente hasta 5to año básico. Tal como lo expresan algunas de las profesoras y unos pocos niños y niñas, recién en 5to básico se empiezan a juntar entre ellos ya que a algunos les empiezan a llamar la atención aquellos/as del sexo opuesto. Durante mi tiempo en el colegio, estos contactos aún eran poco frecuentes, y eran realizados por personas puntuales.

Este proceso, el cual constituyó de cierta forma una cartografía de las prácticas de los niños y los adultos en la sala de clases, tuvo siempre su énfasis en los modos en que se producía una mutua constitución entre el niño medicado, su medicación y el entorno que los circunscribía. En esto, los compañeros de los niños medicados jugaron un rol esencial. Aparte de observar y realizar notas de campo, sostuve entrevistas etnográficas con niños medicados y no medicados, profesores, psicólogos del colegio y con parte del personal que allí trabajaba. Además, y solamente después de pasar los primeros 4 meses de mi trabajo de campo, sostuve entrevistas semi-estructuradas con diversos actores que participaban en las dinámicas realizadas en la sala de clases. Para seleccionar a los niños a ser entrevistados me guie por dos cosas. En primer lugar, entreviste a algunos niños que se encontraban tomando la medicación y cuyo tratamiento se encontraba en conocimiento por el colegio. Posteriormente, estos mismos niños me indicaron a otros que se encontraban bajo tratamiento pero que en muchos casos el colegio no estaba al corriente de esto. Respecto a esto, me di cuenta rápidamente que la circulación de la información respecto a quien tomaba pastillas era algo que preocupaba más al colegio –quien temía que pudiese producir efectos de estigmatización- que a los niños en sí. Para ellos, el tomar estos medicamentos no parecía ser algo que rompiese la cotidianidad de sus vidas. Tal como expreso en una conversación Jaime, un niño de 10 años bajo tratamiento con Ritalín: *‘¿Por qué habría de molestarme (tomar Ritalín)? Yo encuentro que no es algo raro. En mi casa todos toman remedios. Mi abuelita toma remedios para el colon, y mi mamá toma un remedio porque le cuesta dormir... y yo tomo remedios para concentrarme porque si no como que me vuelo [distraigo] y no pongo nada de atención en clases... me vuelo y de repente como que pesco [pongo atención], y ya no entiendo de que están hablando y eso si me da lata [pereza]’*

### Resultados:

Siguiendo el consejo de la antropóloga Carole Mcgranaham (2015), voy a partir compartiendo historias que de cierta forma resultan necesarias mencionar para crear una aproximación correcta a la problemática que investigaba. Son historias que deben presentarse, que no puede quedar fuera de la presentación.

El 16 de Abril, se suponía que uno de los cursos iba a ir de paseo al centro de Santiago para conocer algunos museos y sitios históricos de la ciudad. Sin embargo, debido a las manifestaciones y a los choques entre el movimiento estudiantil y la policía, la junta escolar decidió a último minuto suspender el paseo. Cuando se les comunicó de esto a las niñas del '5to básico B', el ambiente de la clase pasó rápidamente de la alegría a la decepción, y de ahí a la rabia. Casi simultáneamente, las niñas empezaron a saltar en su sitio y a cantar con fuerza. Oscilando entre una rabia genuina y el servirse juguetonamente de la situación para bromear y molestar, las niñas comenzaron a entonar canticos contra la escuela y los profesores por la suspensión del paseo. Pero no todas las niñas se hacen parte de esta actividad con el mismo interés. Mientras que la gran mayoría de ellas pasó rápidamente de estar enojadas a entender que esa situación no iba cambiar, y por lo mismo se fueron sentando al ver la cara de molestia de la profesora, otras niñas parecen no darle importancia a esto último. Es como si bien no les importase la evidente expresión de hastío en el rostro de la profesora, o bien fuesen incapaces de darse cuenta del impacto de su comportamiento en aquellos que las rodean. Una de las niñas que exhiben este aparente desinterés es Antonia.

Antonia tiene 10 años. En una sala donde la mayoría de las niñas son de pelo rubio o castaño, Antonia destaca por su larga cabellera negra, su piel pálida y cara cubierta de pecas. De complejión física estándar, no es particularmente llamativa en cuanto a su presencia física. Es su personalidad extrovertida e ingeniosa lo que llamó mi atención. Eso, y el hecho de que es considerada como una alumna tremendamente problemática. Antonia fue diagnosticada con Síndrome de Déficit Atencional con Hiperactividad (SDA-H), y ha estado bajo tratamiento farmacológico durante los últimos dos años.

Mientras que la mayoría de las compañeras de Antonia logran percatarse que el momento del desorden ya acabó, y que deben regresar a sus asientos, Antonia sigue golpeando rítmicamente su escritorio, repitiendo el ritmo que todas habían estado anteriormente cantando. A esta altura, ya algunas de las otras niñas comienzan a dar miradas impacientes a Antonia, molestas por su conducta. La expresión en el rostro de la profesora también parece evidenciar su descontento con lo que está pasando en la sala y, tomando una actitud muy tradicional al respecto, decide pararse frente al curso de brazos cruzados, con una clara expresión de molestia en su rostro, esperando que las niñas detengan el desorden y se sienten.

La tensión aumenta cuando todas las niñas se encuentran sentadas esperando por instrucciones, a excepción de Antonia quien parece no darse cuenta de lo que ocurre o, si se da cuenta, pareciera no importarle en lo absoluto, aunque ahora la profesora está claramente mirándola a ella, brazos cruzados sobre el pecho y en absoluto silencio. Después de unos segundos, otras niñas comienzan a gritarle a Antonia: *‘Antonia, córtala’*, *‘Anto, ¡cállate!’* y *‘ya poh Antonia, para’*, son algunas de las cosas que empiezan a resonar en la sala en un intento de limitar el comportamiento de su comportamiento. Antonia da un barrido con su mirada a lo largo y ancho de la sala, sonrío traviesamente, y se sienta. Recién ahora puede comenzar la clase.

La otra historia tiene que ver con un niño llamado Gonzalo. Gonzalo fue diagnosticado con SDA-H hace tres años, y estuvo con tratamiento farmacológico por dos. A finales del año pasado sus padres y profesores se reunieron con el neurólogo a cargo del tratamiento, y concluyeron que era hora de suspender el tratamiento y ver cómo se las arreglaba Gonzalo en el colegio. Así que cuando lo conocí, a comienzos de este año, él se encontraba por primera vez en mucho tiempo lidiando con las dificultades escolares sin ayuda farmacológica.

Hacia finales de mi primera semana en el colegio, varios profesores y algunos estudiantes me habían señalado que el comportamiento de Gonzalo constantemente ponía a prueba la capacidad de los profesores de lidiar con la sala de clases, y también ponía a prueba la paciencia de sus compañeros. De acuerdo a lo que me relataron algunos amigos de Gonzalo, él podía cambiar rápidamente de ser gracioso y bastante ingenioso, a ser insoportable. Álvaro, uno de sus amigos más cercano, solía acercarse donde yo me encontraba para hablarme de, entre otras cosas, el rendimiento académico de Gonzalo. Normalmente, Álvaro me comentaba juguetonamente y entre burlas que le causaba gracia cómo Gonzalo era incapaz de poner atención a lo que se hablaba en clases. *‘No es que no pueda concentrarse, es que no le interesa lo que hablan. El año pasado, cuando tomaba remedios, se quedaba quieto pero igual no se concentraba. Es que el remedio no funciona así’*. Cuando le pregunté a Álvaro cómo podía él saber cómo funcionaba el remedio, sonrió y me dijo *‘porque yo también uso el mismo remedio. Pero yo quiero que me vaya bien. A todos mis hermanos les va bien, y yo quiero ser como ellos’*. La voluntad, me fui dando cuenta, juega un rol central en este tema para los niños.

Un mes después, la profesora de inglés me llamó durante una clase mientras los alumnos se encontraban realizando una prueba. Normalmente aquellos momentos en que todos se encontraban ocupados en algo me proveían con pequeñas ventanas de tiempo para hablar con los profesores dentro de la sala. Alejandra, la profesora de inglés, me susurró en aquella ocasión *‘mira a Gonzalo, y mira como tiene su escritorio’*. Gonzalo ni siquiera había abierto su prueba. Estaba dibujando en el escritorio, escritorio que por lo demás se encontraba ya lleno de borrones y manchones. Me acerqué a él y le pregunté si estaba todo bien, a lo que respondió *‘si, me volé un segundo no más... es que esto es aburrido, y además no cacho nada, así que ¿para qué voy a hacer la prueba?’*.

A finales de esa semana me tocó asistir nuevamente a una clase de inglés. En medio del desorden, del ruido y las risas que usualmente me encontraba en la sala de clases donde convivían niños de 10 años, me di cuenta que, para mi sorpresa, Gonzalo se encontraba sentado tranquilamente trabajando. Esto me sorprendió hasta cierto punto, así que me dirigí a la parte de atrás de la sala y comencé a observar si algo raro estaba pasando. Álvaro, quien normalmente se sienta atrás, estaba hablando con dos otros alumnos. Se reían y apuntaban a Gonzalo. Cuando Álvaro se dio cuenta de mi curiosidad respecto a lo que estaban hablando, y que estaba intrigado por el comportamiento de Gonzalo, me comenta que Gonzalo ha vuelto a tomar psicoestimulantes. Tomando en cuenta la diferencia entre el antes y el después, a los amigos de Gonzalo les causa gracia ver esta otra versión de su amigo. Álvaro me sonríe y dice *‘es la primera vez desde que lo conozco que termina la tarea’*. Le pregunto si piensan si esto es por la medicación, y si creen que esta efectivamente funciona, a lo que responde *‘en general el remedio no le sirve mucho’*. Probablemente por mi cara de sorpresa, agrega *‘es que no entiendes, tú tienes que hacer que funcione’*.

Más tarde, durante el recreo, hablé con Gonzalo y él me comentó que había vuelto a tomar los medicamentos. Le pregunté si se sentía diferente o raro cuando los tomaba, a lo que contentó *‘me siento igual que siempre’*. *‘¿cómo es eso?’* le respondí. *‘No sé...’* dijo sonriéndome, *‘como un poco maldadoso creo. ¿Cachai? Tú has visto como soy siempre’*. Esto me sorprendió. Desde fuera se veía tan distinto, pero decía sentirse exactamente igual que antes.

### **Discusión e interpretación de resultados:**

Estas historias ejemplifican algunos de los elementos centrales que me he encontrado en mi investigación. En ellas es posible ejemplificar dos puntos que, me parece, son cruciales si queremos producir una aproximación renovada, más temporal e históricamente contingente al tema de cómo niños y psicoestimulantes se relacionan y entrecruzan. El primero, que los medicamentos tales como los psicofármacos no son algo ajeno al mundo cotidiano de los niños. Aún más, no es algo de lo cual se avergüencen por tomarlos, o algo que sea motivo de exclusión. En segundo lugar, que los psicoestimulantes no son una pastilla mágica. Tal como me dijo uno de los muchos niños con los cuales hable sobre el asunto, el remedio ‘*solamente te ayuda*’, pero el resto ‘*es un tema de voluntad*’. Contrariamente a lo que algunos temen –el medicamento como borramiento de la subjetividad–, muchos de estos niños reportaron no sentirse amenazados o restringidos por el medicamento, a la vez que tampoco se sintieron ‘curados’ por el mismo. La medicación es mayormente experimentada como un facilitador que ayuda a la emergencia de algo, ya sea la personalidad, o en algunos casos como algo que puede intervenir en este mismo proceso. Pero jamás fue descrita o referencias como una transformación u obliteración del yo.

Dar cuenta de los puntos previamente mencionados requiere tomar una renovada postura con respecto a lo que está ocurriendo en el campo de la biomedicina, y con los diversos modos en que los bio-saberes se han hecho más centrales en el modo en que comprendemos nuestras vidas cotidianas. Esto no significa que debamos detener nuestra reflexión y crítica respecto a esta interacción al momento de reconocer el aumento de la importancia que las bio-ciencias y los modelos biológicos tienen en dar forma y constituir la infancia moderna (Hacking, 2007; James & Hockey, 2007). Por el contrario –y tal como algunos ya han señalado– es en esta interacción directa con los niños donde estos presupuestos se ponen a prueba, y por ende se ven matizados. De ahí la importancia de no solamente realizar análisis genealógicos sino que, además, de incluir en la reflexión experiencias etnográficas para así lograr aproximaciones más comprensivas a la temática (Béhague & Lézé, 2015). De cualquier modo, una nueva aproximación al tema requiere de un gesto inicial, esto es, abandonar ciertos análisis más clásicos al problema del uso de psicofármacos por niños, para así favorecer la

emergencia de nuevas formas de análisis que puedan incorporar el estado actual la situación. Por lo anterior hago alusión al necesario reconocimiento de la biomedicina como una fuerza central en la comprensión de quienes somos, y como debemos lidiar con nosotros mismos

Tomando entonces en consideración la ‘hibridación biomédica de la infancia’, y dando mayor relevancia a las vidas cotidianas de los niños, es posible darse cuenta a través de las historias que compartí inicialmente y también a través de otras fuentes (Singh, 2011, 2012) como el dilema no radica forzosamente en la pregunta respecto a si medicalizar la infancia o no, sino más bien en lo que respecta a buenas y malas formas en que la medicalización puede ocurrir (Parens, 2013; Rose, 2007). El proceso de medicalización no conlleva necesariamente un colapso de la subjetividad infantil. Ya se ha mostrado anteriormente que la medicalización de ciertos aspectos de la vida humana puede producir efectos liberadores, conllevando la destigmatización de experiencias, de formas de acción y de producción de vínculos sociales. Como menciona Didier Fassin, es importante recordar que medicalizar y patologizar no son la misma cosa (Hunt, Milhet, & Bergeron, 2011).

Volviendo a mi trabajo etnográfico, lo que vi fue como la medicación circulaba y era tomada en dinámicas y procesos con los niños y otros actores. Se hacía una, parte de un unificado – pero constantemente cambiante- campo de acción y experiencia. Parte de aquello que Charis Thompson denominó como ‘coreografía ontológica’ (Cussins, 1996; Thompson, 2005). En este proceso, diversas versiones del niño pueden emerger. Si los procesos de articulación se dan de una forma que podríamos denominar como ‘virtuosa’, el ensamblaje entre medicación, niño y su entorno permiten la emergencia de nuevas capacidades de agencia, las cuales son utilizadas por el niño en la consecución de fines y medios que él considera significativos. En estos casos, los efectos de la medicación son puestos en acción por el niño, más que ser impuestos sobre él. Por el contrario, cuando los efectos de la medicación se imponen sobre la capacidad del niño de articular y dar cuenta de estos de manera tal que puedan ser puestos en acción de manera voluntaria, lo que normalmente se encuentra es el reporte de experiencias ligadas a efectos adversos o colaterales.

En un trabajo clásico respecto a cómo los individuos se transforman en consumidores de marihuana, Howard Becker (1953) se percató de algunos detalles cruciales respecto al tema.

Primero, que para que los usuarios experimentaran los efectos placenteros respecto al consumo,

no era suficiente que los efectos ocurran; ellos por si solos no proveen la experiencia de estar “high”. El usuario debe ser capaz de señalárselos a sí mismo, y conscientemente conectarlos con el hecho de haber fumado marihuana antes de poder experimentar la sensación de estar “high” (p. 238).

Lo que Becker astutamente se percata en su análisis es que a veces consumir una droga –sea farmacéutica o no- no basta para que esta despliegue su efecto. El usuario debe aprender a conectar las sensación corporales que está sintiendo, y sintonizarse con esas experiencias corpóreas y sensoriales. De otro modo, tal como Becker relata, la droga puede no tener efecto alguno. Es sólo cuando son capaces de sintonizar con la sensación, dándose cuenta que hay ‘algo diferente’ que pueden conectar su experiencia con consumo de la sustancia en cuestión. Una vez que se percatan, deben además aprender a disfrutar los efectos que están experimentando.

De modo similar al descrito por Becker, la interacción entre el niño y la medicación requiere de ciertas acciones a ser realizadas para que la articulación entre ambos ocurra de manera ‘virtuosa’. Primero, se requiere de un proceso de examinación. Los efectos de los psicoestimulantes deben ser reconocidos, y se debe aprender a usarlos para producir algo. De por sí, la medicación produce señales físicas que el niño debe aprender a decodificar, reconocer y usar para que algo nuevo emerja. El acto de tomar el medicamento no puede reducirse a una causalidad lineal, donde la medicación gatilla una nueva habilidad, o aplasta una subjetividad anterior. En este sentido, los fármacos como el Ritalín funcionan como una potencialidad, que va desde su uso para efectos coercitivos hasta el poder restaurar el control de estos niños respecto a sí mismos, y así también restaurar su verdadera identidad y potencialidad (Nikolas Rose, 2006). Y en segundo lugar, el reconocimiento de estas experiencias corporales y mentales vinculadas al uso del psico-estimulantes debe ser reconocida por el niño como relacionada a un propósito. Esto es, tienen que darle un sentido, una teleología, un propósito a ser perseguido que cargue de significación el acto de consumir el medicamento. De otro modo, esas mismas sensaciones corpóreas y mentales pueden ser experimentadas como disruptivas, molestas o amenazantes



## Conclusiones:

Entonces, ¿cómo aparece e interactúa la medicación en la vida cotidiana de estos niños? Mayormente como un agente, cuyas capacidades y potenciales se revelan únicamente al entrar en contacto con otros agentes –tal como la subjetividad del niño- para luego ser puesto en acción por la voluntad del niño. Destellos de voluntad es lo que pone en acción cualquier desenlace potencial del medicamento. La medicación no es percibida como produciendo un estado constante de capacidad de atención que opera independientemente del niño; por el contrario, es el niño quien tiene que hacerla funcionar. En este sentido, los psicoestimulantes son vividos como una suerte de potencialidad, que puede o no incrementar la capacidad de agencia con respecto al mundo circundante. Pero además, la medicación genera nuevas interacciones con respecto al niño medicado, abriendo nuevas oportunidades y posibilidades.

Un ejemplo de lo anterior puede encontrarse en el relato que hace Josefina respecto a sus impresiones de sentarse cerca de una niña medicada. Josefina reflexiona respecto a este asunto de la siguiente forma, al ser consultada respecto a si es difícil sentarse cerca de una niña diagnosticada con SDA-H que se encuentra bajo tratamiento,

*Josefina: O sea, a veces un poquito. Pero porque ella es como demasiado inquieta (enfatisa esto último agitando los brazos).*

*Investigador: ¿Y cuándo se toma el remedio te hace más fácil la convivencia con ella?*

*Josefina: ¡Sí! Por ejemplo hoy día está más tranquila, y me pidió ayuda para ordenarle el portafolio (especial de bitácora que hacen clase a clase) porque no sé, que sé yo... Y la ayude y me dijo 'ah gracias, te pasaste'. Estaba más como tranquila. En cambio sí... por ejemplo, yo le hubiera ordenado el portafolio una semana atrás, por ejemplo hubiera estado... no sé, como 'ay gracias gracias gracias, y (hace ruido muy rápido sin decir nada, como musitando palabras sin sentido), como por todas partes, como 'ay gracias, oye me podis... Pero y esto, y hagamos esto otro...' , como traspapelada.*

Resumiendo, el permitirnos pensar más allá de la infancia en tanto estado natural, nos permite comprender mejor los beneficios y riesgos que van aparejados con este proceso de 'hibridación biomédica de la infancia'. Esto no es algo a ser tomado irrestrictamente como

bueno o malo, sino más bien algo a ser explorado en mayor detalle, incluyendo no solamente análisis enfocados en las macro-estructuras que determinan estos procesos, sino también incluyendo en el análisis cómo las vidas cotidianas de los niños nos permiten calibrar de mejor manera nuestras exploraciones analíticas. En el caso del uso de psico-estimulantes, la medicación no es algo de por sí buena o mala, sino más bien una herramienta que apunta a la consecución de un cierto efecto. Este solamente puede lograrse cuando la medicación trabaja en conjunto con el niño en lograr dicho efecto, y no como un instrumento que haga colapsar la misma, y es bajo estos términos que debe ser entendida. Cuando es puesta en juego del modo correcto, este uso de los psico-estimulantes permite la emergencia de nuevas y positivas dinámicas, respecto a lo que fue reportado por los niños a partir de sus experiencias. Por ende, mi énfasis es que en lugar de tomar una postura refractaria y temerosa con respecto a lo que los avances en biomedicina puedan poner sobre el tablero, sugiero que resulta más fructífero explorar cómo esto se articula mutuamente, y cómo es que la biomedicina y sus campos de acción pueden contornear mejores vidas cotidianas para estos niños.

#### Referencias:

Becker, H. S. (1953). Becoming a Marihuana User. *American Journal of Sociology*, 59(3), 235–242.

Béhague, D. P., & Lézé, S. (2015). Shaping the modern child: Genealogies and ethnographies of developmental science. *Social Science & Medicine*, 143, 249–254. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.09.018>

Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., & Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161–194. <http://doi.org/10.2307/1519765>

Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209–232. <http://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>

- Conrad, P. (2006). *Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior (Ashgate Classics in Sociology)* (Ashgate Classics in Sociology) (Expanded edition). Ashgate Pub Co.
- Cussins, C. (1996). Ontological Choreography: Agency through Objectification in Infertility Clinics. *Social Studies of Science*, 26(3), 575–610.  
<http://doi.org/10.1177/030631296026003004>
- Ecks, S. (2013). *Eating Drugs: Psychopharmaceutical Pluralism in India* (1 edition). New York ; London: NYU Press.
- Geest, S. van der, Whyte, S. R., & Hardon, A. (1996). The anthropology of pharmaceuticals: A Biographical Approach. *Annual Review of Anthropology*, 25(1), 153–178. <http://doi.org/10.1146/annurev.anthro.25.1.153>
- Gibbon, S., & Novas, C. (Eds.). (2007). *Biosocialities, Genetics and the Social Sciences: Making Biologies and Identities* (New Ed edition). London ; New York: Routledge.
- Gomart, E. (2002). Towards generous constraint: freedom and coercion in a French addiction treatment. *Sociology of Health & Illness*, 24(5), 517–549.  
<http://doi.org/10.1111/1467-9566.00307>
- Gomart, E. (2004). Surprised by Methadone: in Praise of Drug Substitution Treatment in a French Clinic. *Body & Society*, 10(2-3), 85–110.  
<http://doi.org/10.1177/1357034X04042937>
- Hacking, I. (2007). Kinds of People: Moving Targets. In P. J. Marshall (Ed.), *Proceedings of the British Academy, Volume 151, 2006 Lectures* (pp. 285–317). British Academy. Retrieved from  
<http://www.britishacademypublications.com/view/10.5871/bacad/9780197264249.001.0001/upso-9780197264249-chapter-10>
- Hunt, G., Milhet, M., & Bergeron, H. (2011). *Drugs and Culture: Knowledge, Consumption and Policy* (1st edition). Burlington, VT: Ashgate.
- James, A., & Hockey, J. L. (2007). *Embodying health identities*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire [England]; New York: Palgrave Macmillan.
- Lancy, D. F. (2014). *The Anthropology of Childhood: Cherubs, Chattel, Changelings* (2 edition). Cambridge ; New York: Cambridge University Press.
- Martin, E. (2006). The Pharmaceutical Person. *BioSocieties*, 1(3), 273–287.  
<http://doi.org/10.1017/S1745855206003012>
- Martin, E. (2009). *Bipolar Expeditions: Mania and Depression in American Culture*. Princeton University Press.
- McGranahan, C. (2015). Anthropology as Theoretical Storytelling. Retrieved from  
<http://savageminds.org/2015/10/19/anthropology-as-theoretical-storytelling/>

- Parens, E. (2013). On Good and Bad Forms of Medicalization. *Bioethics*, 27(1), 28–35. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2011.01885.x>
- Petryna, A. (2004). Biological Citizenship: The Science and Politics of Chernobyl-Exposed Populations. *Osiris*, 19, 250–265.
- Petryna, A. (2013). *Life Exposed: Biological Citizens after Chernobyl* (With a New introduction by the author edition). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Prout, A. (2005). *The Future of childhood*. London; New York: RoutledgeFalmer.
- Prout, A. (2011). Taking a Step Away from Modernity: reconsidering the new sociology of childhood. *Global Studies of Childhood*, 1(1), 4. <http://doi.org/10.2304/gsch.2011.1.1.4>
- Rabinow, P. (1996). *Essays on the Anthropology of Reason* (First Printing, Underlining edition). Princeton, N.J: Princeton University Press.
- Rabinow, P., & Rose, N. (2006). Biopower Today. *BioSocieties*, 1(02), 195–217. <http://doi.org/10.1017/S1745855206040014>
- Radcliffe, N., & Newnes, C. (Eds.). (2005). *Making and Breaking Children's Lives*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Rafalovich, A. (2008). *Framing ADHD children: a critical examination of the history, discourse, and everyday experience of attention deficit/hyperactivity disorder*. Lanham, Md.: Lexington Books.
- Rafalovich, A. (2013). Attention Deficit-Hyperactivity Disorder as the Medicalization of Childhood: Challenges from and for Sociology. *Sociology Compass*, 7(5), 343–354. <http://doi.org/10.1111/soc4.12034>
- Rojas Navarro, S., Peña, M., & Rojas, P. (TBC). From problematic children to problematic diagnosis: The paradoxical trajectories of ADHD in Chile. In *Global perspectives on ADHD*. Johns Hopkins University Press.
- Rose, N. (2001). Normality and Pathology in a Biological Age. *Outlines. Critical Practice Studies*, 3(1), 19–33.
- Rose, N. (2006). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rose, N. (2007). Beyond medicalisation. *Lancet*, 369(9562), 700–702. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60319-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60319-5)
- Rose, N., & Novas, C. (2008). Biological Citizenship. In A. Ong & S. J. Collier (Eds.), *Global Assemblages* (pp. 439–463). Blackwell Publishing Ltd. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470696569.ch23/summary>

Singh, I. (2011). A disorder of anger and aggression: Children's perspectives on attention deficit/hyperactivity disorder in the UK. *Social Science & Medicine (1982)*, 73(6), 889–896. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.049>

Singh, I. (2012). Not robots: children's perspectives on authenticity, moral agency and stimulant drug treatments. *Journal of Medical Ethics*, medethics–2011–100224. <http://doi.org/10.1136/medethics-2011-100224>

Singh, I., & Wessely, S. (2015). Childhood: a suitable case for treatment? *The Lancet Psychiatry*, 2(7), 661–666. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00106-6](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00106-6)

Thompson, C. (2005). *Making parents: the ontological choreography of reproductive technologies*. Cambridge, MA: MIT Press.

Timimi, S. (2002). *Pathological Child Psychiatry and the Medicalization of Childhood*. Psychology Press.

Vergara E., J. (2003). Aproximaciones al concepto de identidad cultural. In A. Solar & J. Bustos Troncoso (Eds.), *Esa oscura vida radiante: juventud,, infancia y nuevas identidades culturales* (pp. 17–41). Concepción: Ediciones Escaparate.