

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

**El rol de la familia en los procesos de medicalización
con psicofármacos en la infancia sorda**

Franco Malán Silva

Tutora: María José Beltrán

2016

Para aquellos que acompañaron y
alimentaron este proceso de
crecimiento

Palabras claves: Medicalización – Discapacidad – Familia.

Resumen: El presente trabajo da cuenta de los procesos de medicalización con psicofármacos en la infancia sorda y el rol que cumple la familia en estos, teniendo especial centralidad esto último, dado que la familia se presenta como socializadora de la infancia. Es en esta socialización reproduce de ciertas normas médicas, por lo que se observa a la familia como un agente aliado en las estrategias biopolíticas, entendiendo que se gobierna a través de la familia. Estos procesos se dan por el juego entre la responsabilización de la familia y la supuesta autonomía de la misma de elegir su futuro. Es necesario para esto conocer aquellos procesos y normas que la familia reproduce y en los cuales queda enmarcada, como por ejemplo los procesos de medicalización y las formas de comprender la discapacidad. En este sentido se constata que en la sociedad existen procesos por los cuales la medicina abarca otras áreas que antes no eran intervenidas por la misma. Estos procesos de medicalización se dan en relaciones de poder dadas a través de la conexión entre saber y poder. Uno de los dispositivos que se avala en el saber médico es la psiquiatría, este dispositivo es necesario para entender la medicalización con psicofármacos en la infancia, apareciendo como encargado de delimitar lo normal y lo anormal. En este sentido se tiende a medicalizar a la infancia que es planteada como futuros adultos y siendo necesario que ese adulto se comporte según el deber ser. En cuanto a la discapacidad se entiende que existe una lectura médica de la misma por parte de la familia reproduciendo ideas médicas tanto en lo que respecta a la lengua de señas como a la implementación de herramientas médicas para superar el déficit, sin cuestionar las relaciones sociales que construyen la discapacidad, lo cual aporta a aquellas formas de actuar del niño que son entendidas como anormales.

Índice:

| | |
|---|----|
| Introducción..... | 5 |
| Capítulo I: Procesos de medicalización y psiquiatrización..... | 11 |
| Una sociedad medicalizada..... | 11 |
| La psiquiatría como dispositivo..... | 18 |
| Medicalización de la infancia..... | 22 |
| Capítulo II. Modelo médico – modelo social. Dos modelos para el análisis de la discapacidad..... | 28 |
| Modelo médico individualizador..... | 28 |
| Modelo social: la discapacidad como una situación..... | 30 |
| Modelo médico – modelo social en el análisis de la discapacidad auditiva..... | 32 |
| Capítulo III. El rol de la familia en los procesos de medicalización con psicofármacos de la infancia sorda | 38 |
| Gobernar a través de la familia | 39 |
| Consideraciones finales | 57 |
| Bibliografía | 61 |
| Fuentes documentales | 64 |

Introducción.

El presente trabajo se enmarca en la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales que se encuentra dentro de la Universidad de la República. Dicho trabajo tiene como objetivo ser presentado como monografía final de grado para dar por finalizada la licenciatura según lo estipulado en el programa 2009 (Normas de la Licenciatura en Trabajo Social (Plan de estudios 2009), 2011)

Dicho trabajo es comprendido en una investigación de mayor alcance, llevada a cabo por un Licenciado en Trabajo Social, dos profesoras del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales y un estudiante de la Licenciatura en Trabajo Social. Tal investigación se denomina "Infancia, Sordera y Psicofármacos", teniendo como tema central la comprensión de los procesos de sociabilidad en la infancia sorda mediados por el uso de psicofármacos, buscando generar insumos para su comprensión (Anexo 1. Proyecto de investigación).

Dicha investigación se separa en cuatro dimensiones de análisis cada una correspondiente a cada uno de los participantes, quienes abordarán cada dimensión en forma particularizada, siendo la primera: generar insumos teórico metodológicos que habiliten a reconocer de forma no tradicional sensaciones y percepciones de la infancia sorda medicada con psicofármacos; en segundo lugar: estudiar los procesos de medicación con psicofármacos en la infancia sorda en Francia y Uruguay, atendiendo particularmente a los primeros años de sociabilidad. En tercer lugar: Conocer en qué forma el saber psiquiátrico influye en el proceso de medicalización de la infancia sorda y en las trayectorias escolares de niñas/os sordos; y por último: estudiar los procesos de medicalización con psicofármacos de la infancia sorda y el rol que cumple la familia en los mismos.

Este último eje es el central en la presente monografía. Para comprender de mayor forma el presente tema serán considerados los distintos discursos de los actores implicados, de las familias y las maestras, todos estos actores tienen lugar de encuentro en la Escuela Especial N° 197, siendo analizados estos discursos a la luz de la teoría. Los mismos serán obtenidos a través de diferentes metodologías, por un lado

los Encuentro Creativos Expresivos (de aquí en más ECE) y entrevistas en profundidad, metodologías de obtención de información que se explicarán más adelante.

El presente tema fue elegido por el estudiante, que habiendo cursado la práctica pre-profesional correspondiente a la Licenciatura en Trabajo Social en la Escuela Especial N°197, se halló dicha problemática de gran relevancia para la institución, para las familias y los\las niños\as que concurren a la misma, considerando las implicancias del problema tanto en el presente, como en el futuro. Durante la práctica se trabajó sobre la temática con las familias, niños\as y funcionarios\as de la institución, haciendo un abordaje desde el Trabajo Social, llegando a la conclusión con el resto del equipo de investigación antes mencionado de la importancia y relevancia del tema, planteando la necesidad de un abordaje que permita la reflexión colectiva.

En este trabajo, se considera relevante estudiar los discursos de la familia ya que esta sirve *“(...) como mediación entre la clase universal y el individuo: la familia está constituida, en efecto, en y por el movimiento general de la Historia, y vivida, por otra parte, como un absoluto en la profundidad y la opacidad de la infancia”* (Sartre, 2000: 57). Esto que se plantea aquí, se plantea teniendo en cuenta que al estudiar la familia, se está estudiando justamente la mediación entre las características de clase y el individuo, como conoce el individuo a la sociedad, por lo tanto como el niño\va va a vivir los procesos de medicalización a través de la familia. Para ampliar dicho análisis se entiende que en la infancia se vive lo universal como particular, haciéndose carne las características de clase, las mediaciones universales, se vive en la oscuridad de lo universal tal como si fuera lo único, tal como si fuera lo particular (Sartre, 2000). Por lo tanto para la investigación adquiere total relevancia plantear un análisis crítico de los discursos de la familia, planteando que a través de la misma va a conformar, la subjetividad del niño\va. En este sentido *“(...) la infancia es la que forma los prejuicios insuperables, la que en la violencia del adiestramiento y el extravío del animal adiestrado hace que se sienta la pertenencia a un medio como un acontecimiento singular”* (Sartre, 2000: 55), aquí la importancia de poder develar las mediaciones que atraviesan la infancia aquí re-pensada, ya que a través de las acciones como la

medicación con psicofármacos es que se deja marcas que acompañarán en la vida adulta del niño.

Es necesario definir que la presente investigación despierta el interés del estudiante y del equipo ya que se plantea desde un principio desde una metodología que desentraña las sensaciones y emociones de los\las involucrados\as en el tema, siendo dicha metodología los ECE, antes nombrados. En la presente metodología se encuentra la creatividad como centralidad, en este sentido *“Los sujetos, al crear, inscriben en superficies múltiples diversas maneras de manifestar sus emociones y sensaciones”* (Scribano, 2013: 84). Con la metodología presente se busca a través de la expresividad, hacer visible lo invisible para los sujetos y para todos los participantes en la investigación. Es por esto que se puede afirmar que *“Es justamente la potencialidad de crear e imaginar la que apuestan a posibilitar los ECE”* (Scribano, 2013: 85).

Dicha metodología se divide en tres momentos, primero se muestran videos grabados con anterioridad por los participantes acerca de la temática, en la situación particular de la presente investigación dado la negativa para filmar el video, se procedió a que las personas eligieran tres palabras en cuanto a la temática para así definirla. En un segundo momento a través de la utilización de colores, se eligen de forma individual tres colores para colocar en una línea de tiempo que posee los lugares, antes, ahora y después, correspondiente la pregunta *¿Qué sienten respecto a la medicación con psicofármacos?*, cada persona expone sus elecciones y explica por qué la elección de cada color para cada momento. En un tercer espacio se colectiviza la actividad y se elabora un collage con distintos materiales de forma colectiva por los participantes, esto se da en grupo de tres o cuatro personas, dependiendo de la cantidad de participantes, buscando dar respuesta a como se vive la situación. En cuarto lugar se busca la creación de un espacio de intercambio para unir la experiencia individual con la colectiva, buscando que se exprese que les ha pasado en el ECE y con la temática del mismo.

Dicha metodología, presentó contradicciones, como también un camino no lineal, con fracasos y triunfos en cuanto a su aplicación. Una de las complicaciones que

presentó dicha metodología fue la de convocar a las personas para la misma, siendo la participación muy escasa. Para subsanar dicha complejidad se llevaron a cabo entrevistas en profundidad, es por esto necesario expresar una breve definición de esta metodología.

Según expresa Taylor y Bodgan (1992) la entrevista en profundidad constituye una técnica de encuentros cara a cara con la/el investigadora/or y las/os informantes. En este sentido retomando los aportes del autor José Bleger (1964) nos permite pensar a la entrevista como un encuentro entre dos o más personas donde todos\as asumen roles diferentes. Dichos encuentros están dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los\as informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como se expresan con sus propias palabras. En este sentido según los aportes de Olga Vélez (2003) podemos entender a dicho encuentro en un espacio donde se encuentran distintas subjetividades, que al entablar una conversación afloran distintas representaciones, emociones que pertenecen a la historia individual de la persona. Para desarrollar estas entrevistas se tomará una postura flexible, es decir, que no sea algo pautado cerrado y estático, sino por el contrario que los entrevistados\as, se sientan cómodos\as en el transcurso de la misma y se pueda entablar una posición de diálogo, sin perder de vista la estructura de las entrevistas en sí misma.

Para el análisis teórico – reflexivo se plantearán aportes de distintos autores que intentarán dar luz a los diferentes discursos que toman importancia en la temática, así como en las principales mediaciones que se encuentran en la misma. Para esto se tomará el siguiente camino de exposición.

En el capítulo uno se buscare comprender los procesos de medicalización en general retomando los aportes de Foucault (1974, 2000, 2007, 2008), Mitjavila (1998) y Castro (2012), para esto será necesario plantear la legitimidad de la medicina para medicalizar, como el devenir histórico de la misma, entendiendo que la medicalización son procesos a través de los cuales la medicina abarca aquellos problemas no médicos con una mirada médica, por lo tanto comienza a abarcar otras áreas. En el presente capítulo retomando los aportes de los\as autores será necesario plantear una descripción del par normal – anormal y como el mismo se presenta como mediador en

los procesos de medicalización en general. Se planteará entonces la existencia de una *biopolítica* de los cuerpos y una anatomo-política, teniendo centralidad las relaciones entre saber y poder, para luego retomarlos desde un dispositivo como lo es la psiquiatría, entendida como una forma de control. Para culminar el capítulo se realizará una descripción de los procesos de medicalización con psicofármacos en la infancia y de psiquiatrización de la misma, planteando dos distintos modelos para poder abordar la temática y que se entiende cuando se habla de infancia en la actualidad.

En un segundo capítulo se retomarán los procesos de medicalización entorno al concepto de discapacidad, como estos toman vida en la situación particular de la población estudiada, en cuanto a lo normal\anormal. Para esto se analizarán y expondrán dos posibles modelos para entender la discapacidad, modelos que se presentan como antagónicos, por un lado el modelo médico correspondiente a los procesos de medicalización que antes van a ser explicitados y por otro lado el modelo social, surgiendo el mismo desde las propias personas en situación de discapacidad, dicho modelo cuestiona el modelo médico y la idea de déficit y mismo la idea de discapacidad. Para esto se retomarán los aportes de Angelino (2009), Rosato (2009), Benvenuto (2004a, 2004b, 2006), Skliar et all (1995), entre otros. Para finalizar el capítulo se plantearán los mismos modelos desde lo específico de la sordera y como en la misma interviene la lengua de señas como específico de su abordaje. En este sentido se planteará la necesidad de la misma para el desarrollo de los niños\as como sujetos activos en la sociedad.

Y es esto lo que permite continuar hacia la centralidad del tema de investigación en el capítulo tres. Para el presente capítulo se retomarán los diferentes discursos específicos de las familias, niños\as y maestras de la escuela N° 197. Es donde se manifestara lo específico del tema de investigación, se manifestara la realidad desde la teoría y la teoría desde la realidad. Aquí se retomarán los aportes de Donzelot (2008), Jelin (1984), Lasch (1996) para analizar el rol de la familia en la sociedad en los procesos de medicalización, entendiendo que esta se plantea con un rol de socialización y a su vez como una tecnología de control de los cuerpos. En este sentido se adelanta que existe un paso del gobierno de las familias hacia un “*Gobierno a través*

de la familia: en este caso, la familia ya no es el sujeto político de su historia. Se convierte más bien en objeto de una política (...) un medio para cada uno de ellos en la perspectiva de su propio desarrollo” (Donzelot, 2008, 10), planteando entonces la familia como una tecnología más del control social.

Capítulo I. Procesos de medicalización y psiquiatrización.

Para comenzar el camino que llevara hacia la medicalización de la infancia sorda y el rol que cumple la familia en la misma en el presente capítulo se desplegaran algunos conceptos que ayudarán a entender la medicalización propiamente dicha, para ir especificando en lo que es la psiquiatría, la cual es presentada como un dispositivo, que en está monografía es central para entender, lo que será un tercer espacio en este capítulo, los procesos de medicalización y psiquiatrización de la infancia. Se plantearán de una forma tal que se generen insumos abstractos para luego en los siguientes capítulos llegar hacia los discursos propios de los actores involucrados. Todo esto partiendo de la realidad concreta de que la infancia sorda es medicalizada con psicofármacos, surgiendo como preocupación desde la institución educativa y como necesidad de ser problematizado desde los actores de la investigación que es parte este trabajo.

Una sociedad medicalizada.

Es necesario dar una primera definición de medicalización, que se entiende como,

(...) lo procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios (Mitjavila, 1998: 2).

Esto quiere decir que la medicina abarca otros campos que antes no eran propios de su práctica, esta extensión es tanto ideológica como práctica, poniendo en juego todas sus técnicas. Un ejemplo de concepto que es usado en esta expansión es el de factores de riesgos, siendo aquí donde interviene la medicina, encontrando un aliado en su expansión. Estos factores de riesgo son muy variados, su creación se basa en los comportamientos de consumo, las distintas fases de la vida, como también los atributos individuales (Mitjavila, 1998).

En los procesos de medicalización la medicina se presenta como autoridad experta, en palabras de Mitjavila (1998: 3) “(...) *posee un monopolio que goza de aprobación oficial, consiste en el derecho a definir y tratar la salud y la enfermedad en los seres humanos*”, siendo esto resultado de diferentes procesos históricos. Esta colonización de la vida de los sujetos, no fue siempre de la misma manera, ni por las mismas instituciones, es una construcción continua.

Se entiende que “(...) *para que alguna cosa pueda ser medicalizada es necesario que sea clasificada, evaluada, caracterizada en términos de normalidad-anormalidad*” (Mitjavila, 1998: 4) estableciendo diferentes modelos de conductas, que conciben las relaciones sociales desde los fundamentos médicos. Las prácticas médicas de esta forma instituyen normas, las cuales no se instituyen de una forma estadística, sino que se instituyen axiológicamente. El saber médico instituye normas para el regir de la sociedad toda, esto lleva a que se construyan parámetros de lo normal y lo anormal en cuanto a la mayoría de prácticas cotidianas de la población. En este sentido “*Lo anormal cristaliza alrededor de sí las conductas patológicas que constituyen la enfermedad mental y la alteración de la personalidad (...)*” (Castro, 2012: 31), concibiendo de esta forma las conductas normales como contrapuestas a estas, se observa como lo normal es una construcción. En este sentido Foucault (apud Vallejos, 2009: 97) expone, “*La conciencia moderna tiende a otorgar a la distinción entre lo normal y lo patológico el poder de delimitar lo irregular, lo desviado, lo poco razonable, lo ilícito y también lo criminal*”, es por lo tanto que se entiende que esta clasificación se plantea como la distinción entre aquello que debe ser y lo que no debe ser.

En este sentido se entiende que:

Las categorías normal/anormal no nos son ajenas, nos atraviesan íntimamente en nuestros deseos de inscripción en lo común, es obedecer las prescripciones y establecer conductas esperadas (...) la normalidad es la media del mundo. Instalada una idea de normalidad, de cuerpo normal y de población normal, se trata entonces de producir sujetos a esa medida y de controlar sus desviaciones con el objetivo de corregirlas (Vallejos, 2009: 111)

Para comprender este par normal/anormal y entenderlo hoy, se debe entender su comienzo entorno a tres figuras, el monstruo humano, el individuo a corregir y el masturbador (Foucault, 2000). Cabe destacar que no se expondrán en gran extensión dichas figuras ya que no es el interés principal de la presente investigación plantear un devenir extenso sobre las mismas.

La primer imagen es el monstruo humano que debe ser entendido como quien *“(...) en su existencia misma y su forma, no sólo es violación de las leyes de la sociedad, sino también de las leyes de la naturaleza”* (Foucault, 2000: 61), la aparición de esta forma es de dominio tanto de lo jurídico como de lo biológico, una combinación de lo imposible y lo prohibido, siendo una forma encontrada en casos extremos. Si bien es la ley quien lo clasifica como tal, la cual es violada por la propia existencia del monstruo humano, no es la ley quien va a intervenir, se puede conjeturar que deja sin voz a la ley. Por otra parte se puede plantear que el monstruo es lo que hay que buscar detrás de todas las pequeñas anomalías, un fondo de monstruosidad en la anormalidad, se plantea que *“(...) el anormal (...) es en el fondo un monstruo cotidiano, un monstruo trivializado”* (Foucault, 2001: 63).

Continuado con Foucault (2000) la segunda figura que aparece es la del individuo a corregir, a comparación del monstruo humano tiene un marco mucho menor para configurarse, no es un ser cosmológico, no tiene como marco la naturaleza y la sociedad, sino que su marco es la familia y sus relaciones de poder internas y su gestión de la propia economía, como límite extremo se presenta desde la familia e instituciones con las cuales tiene una relación estrecha, puede ser la escuela, la iglesia, la policía u otras. La presente forma se plantea con mayor frecuencia que el monstruo, por su no excepcionalidad, esta frecuencia lleva a una serie de equívocos, como por ejemplo la no necesidad de plantear pruebas de su existencia. Otro equívoco parte de la base que para que esta persona se presente como individuo a corregir, es una demostración que todas las intervenciones familiares como intento de domesticarla fallaron, lo cual exige una nueva forma de domesticación, planteándose un juego entre lo corregible y lo incorregible.

La tercera forma que expresa Foucault (2000) es el niño masturbador, el cual aparece en el marco familiar, su marco es más estrecho que el individuo a corregir, su marco *“Es el dormitorio, la cama, el cuerpo; son los padres, los supervisores directos, los hermanos y hermanas; es el médico: toda una especie de microcélula alrededor del individuo”* (Foucault, 2000: 64). Aparece como algo casi universal de todos los individuos, pero a su vez como un individuo no frecuente, la masturbación aparece como algo de lo cual no se habla, pero al mismo tiempo como algo que todo el mundo hace, es un secreto compartido. Se plantea como la raíz de todos los males, se le asocian todas las enfermedades corporales o psicológicas.

Estas tres formas de anomalía son las antecesoras y constructoras de lo que hoy se llamará anormal, de aquellos individuos con patologías las cuales deben ser tratadas, conocidas, clasificadas.

Continuando con el termino medicalización se pueden distinguir dos acepciones del mismo; por una parte una que apela a aquellas conductas socialmente desviadas que antes eran abordadas por otras instituciones, en palabras de Freidson (apud Mitjavila, 1998: 6) *“Lo que en el pasado era llamado crimen, locura, degeneración, pecado y aun pobreza, en nuestros días es llamado enfermedad, y la política social pasó a adoptar una perspectiva adecuada a la imputación de enfermedad”*, siendo la conducta necesaria el tratamiento en manos de una profesión, de un saber.

Por otra parte la segunda acepción indica una ampliación de problemas que son vistos como problemas de salud y enfermedad, en este sentido Mitjavila (1998: 7) señala que *“se destaca aquí el carácter de norma invasora que los mismo representan para la vida cotidiana de los individuos, a medida que la mayor parte de las facetas de la misma (alimentación, ocio, trabajo, etc.) pasan a ser juzgadas desde ese ángulo”*, imponiendo diferentes modelos de vida, es este sentido de medicalización que se expuso, en cierto sentido, en el momento de exponer la expansión del saber médico. De esta forma se busca patologizar al sujeto para poder medicalizarlo en todos los rubros de la vida misma, siendo que esta patologización de los sujetos es necesaria para poder tratarlo, o desde otra óptica castigarlo, penarlo, normalizarlo.

Dado lo expuesto se puede conjeturar que la medicalización se centra en el cuerpo, en la sujeción de los cuerpos, de todos y cada uno de los cuerpos de la sociedad. En este sentido Foucault (2008: 158) plantea que:

Ha habido, en el curso de la edad clásica, todo un descubrimiento del cuerpo como objeto y blanco de poder. Podrían encontrarse fácilmente signos de esa gran atención dedicada entonces al cuerpo, al cuerpo que se manipula, al que se da forma, que se educa, que obedece, que responde, que se vuelve hábil o cuyas fuerzas se multiplican

En este sentido uno de los conceptos que ayudará a entender este proceso es el de biopoder, el cual se divide en dos formas de poder una anátomo – política del cuerpo que se plantea a través de las disciplinas que atraviesan la totalidad de la sociedad y por otra parte una biopolítica de la población, que se constituye en controles e intervenciones dirigidas al cuerpo-especie, dirigidas al cuerpo social entero (Mitjavila, 1998). Se puede entender que la construcción de normas a través de la medicina se trata de una forma de poder biopolítica. En este sentido se plantean normas que “(...) *que establecen un claro y amplio mandato o licencia para medicalizar, pero que no regulan en lo más mínimo los contenidos y los instrumentos que la medicina debe emplear en el cumplimiento de dicho mandato*” (Mitjavila, 1998: 25).

Comienza de esta forma un planteo de la medicina donde se deja de trabajar al individuo propiamente dicho, sino que comienza a trabajarse en el nivel de la vida y de sus acontecimientos, la medicalización comienza a ser indefinida, se plantea en términos de Foucault (1974) una *biohistoria*.

En cuanto a la forma de poder anatomo-política se presentan las disciplinas, a través de las mismas se lleva a cabo el control y sujeción del cuerpo y se produce y reproduce la distinción antes expuesta de normal y patológico, en este sentido Foucault (2008: 160) expresa:

El momento histórico de las disciplinas es el momento en el que nace un arte del cuerpo humano que no tiende únicamente al aumento de sus habilidades, ni tampoco a hacer más pesada su sujeción, sino a la formación de un vínculo que, en el mismo mecanismo, lo hace tanto más obediente cuanto más útil, y viceversa. Se conforma entonces una

política de las coerciones que constituyen un trabajo sobre el cuerpo, una manipulación calculada de sus elementos, de sus gestos, de sus comportamientos. El cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone.

Según Foucault (2008) la nueva anatomía política se debe entender como procesos múltiples y no como un repentino descubrimiento, estos procesos se apoyan y diferencia uno de otros dependiendo el lugar de su dominio, pero convergen en el diseño de un método general. Siendo *“La disciplina (...) una anatomía política del detalle”* (Foucault, 2008: 161), se observa cómo se lleva a cabo una política de lo mínimo, del detalle en cuanto a los cuerpos.

De esta forma se entiende a las disciplinas como *“(...) métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad (...)”* (Foucault, 2008: 159). Es de esta forma que se entiende a la disciplina como un dispositivo de control, de sujeción de los cuerpos dóciles, siendo dócil un cuerpo que puede ser permeado, controlado, vigilado y moldeado (Foucault, 2008).

En otro sentido para comprender el espacio del saber médico en la sociedad es necesario entender dos de sus características fundamentales, por una parte la autonomía y legitimidad, la cual se le concede de forma deliberada por parte de la sociedad para intervenir sobre la vida social y por otra parte el derecho único de establecer quienes legítimamente pueden ejercer y como deben ejercer. Entendiendo que si bien existen ciertas resistencias populares a la medicina, debido a su extensión, son replegadas por procesos de asociaciones y ampliaciones de la medicina (Foucault, 1974). Para entender realmente dicha autoridad se debe entender la pretensión de racionalidad social, siendo los conocimientos médicos racionales y científicos, y que la intervención médica se dirige hacia un valor como lo es la salud que a través de distintos procesos históricos se ha catapultado a la centralidad.

En tanto para que la autonomía y legitimación del saber médico haya sido otorgada por parte de la sociedad, para que se logre una medicalización de otras áreas, fue necesaria tanto la persuasión del saber cómo la discusión con la sociedad (Mitjavila, 1998). Existe una relación directa y estrecha entre Estado y saber médico. El estado le

da al último un espacio para poder ampliar sus conocimientos, este reconocimiento del estado le otorga “(...) *la consagración del carácter monopolístico del saber y de la práctica médica*” (Mitjavila, 1998: 20). El estado también proporciona las formas y medios para eliminar y controlar otros saberes o terapias que planteen una amenaza para el monopolio de la medicina. Se establece una somatocracia, donde el estado aparece como principal actor en cuanto al cuidado de los cuerpos, sin ser una acción vertical y uniforme en cuanto a la intervención de la medicina (Castro, 2012), se plantea como garante de la sujeción de los cuerpos. En este sentido la medicina se plantea como “(...) *parte de un sistema económico y de un sistema de poder* (...) (Foucault, 1974: 169). Estos procesos donde el estado aparece como aliado del saber médico están comprendidos en procesos más amplios de cambio del estado. En estos procesos el estado pasa de ser el encargado solamente de la guerra y la justicia hacia ser el encargado de mantener el orden y administrar las riquezas, se plantea como necesidad y deber del estado gestionar y cuidar a la población, este cuidado plantea la necesidad de la existencia de una “policía médica”. Es en este momento histórico donde la pobreza y la medicina se separan, entendiendo que antes de este momento había un nexo en cuanto a la asistencia de pobres y la práctica de la medicina de la (Castro, 2012).

La autonomía del saber médico no solo se construye en esta separación concreta sino que como plantea Foucault (1974: 152) “*En 1942 –en plena guerra mundial en la que perdieron la vida 40 millones de personas– se consolida no el derecho a la vida sino un derecho diferente, más cuantioso y complejo: el derecho a la salud*”. El punto neurálgico de este momento es el Plan Beveridge (Inglaterra, 1942), en cual se indica al estado como el responsable de salud, de que le individuo mantenga su cuerpo con buena salud. Con este cambio se comienza a pensar la salud desde la macroeconomía, una economía del cuerpo. Se puede entender que lo planteado se observa cómo “(...) *un nuevo derecho, una nueva moral, una nueva economía, una nueva política del cuerpo*” (Foucault, 1974: 154).

En este sentido existe otro momento histórico que permite el desarrollo de la medicina actual, este momento es el nacimiento de la clínica moderna, en palabras de

Mitjavila (1998: 27) *“con la emergencia de la clínica las formas especulativas del saber ceden paso a la reorganización de este campo de conocimiento en función de nuevas maneras de descifrar la verdad sobre lo normal y lo patológico, sobre la salud y la enfermedad”*. En este proceso de nacimiento de la clínica se asocian de forma temporal y espacial la creación de conocimiento y la aplicación del mismo, obteniendo un legítima manipulación tanto del cuerpo sano, como el cuerpo enfermo, por lo tanto el cuerpo individual (Mitjavila, 1998).

La psiquiatría como dispositivo.

Aparece en los procesos de clasificación entre lo normal y lo anormal, la psiquiatría planteada como un dispositivo. Es necesario de esta forma entender el concepto de dispositivo, el cual según Foucault (*apud* Agamben, 2011: 250) es *“(…) un conjunto resultantemente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas”*, siendo el dispositivo específicamente lo que se encuentra entre estos elementos, el mismo busca en el momento de su aparición dar respuesta a una cierta urgencia. Esto no sería cierto si no expusiéramos otras características como su naturaleza estratégica y que queda siempre dentro de un juego de poder, que lo limita el saber que en él se encarna. Por lo tanto se puede entender a la psiquiatría como un dispositivo, dado que es un conjunto heterogéneo de elementos que se enmarca en las relaciones de un saber – poder y que tiene como último objetivo la sujeción de los cuerpos. En este sentido Agamben (2011: 257) expone que Foucault *“(…) llamo dispositivo a todo aquello que tiene, de una manera u otra la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos”*, en este sentido es claro lo que se expondrá a continuación en cuanto a la psiquiatría en cuanto dispositivo.

Como se planteó en el párrafo anterior cada dispositivo se enmarca en una relación de saber – poder, para esto es necesario primero exponer el concepto de

poder, en palabras de Foucault (2007: 19) *“(...) el poder no es nunca lo que alguien tiene, y tampoco lo que emana de alguien. El poder no pertenece ni a una persona ni, por lo demás, a un grupo; sólo hay poder porque hay dispersión, relevos, redes, apoyos recíprocos, diferencias de potencial, desfases, etc.”*. De esta forma se deja planteando una visión de poder donde el mismo no se encuentra en una sola persona, sino que el poder se ejerce en las relaciones de poder, dichas relaciones son asimétricas, por lo cual es necesario develar quien ejerce el poder, en la psiquiatría son los especialistas de la misma sobre los pacientes. Entendiendo que el poder psiquiátrico se asegura por una multiplicidad de redes, sistemas jerárquicos y diferencias.

Continuando con el concepto de poder se entiende que su ejercicio *“(...) no es discontinuo; implica, al contrario, un procedimiento de control constante; en el sistema disciplinario uno no está a la eventual disposición de otra persona, sino perpetuamente bajo la mirada de alguien o, en todo caso, en situación de ser observado”* (Foucault, 2007: 67), se puede nombrar al mismo como poder disciplinar. Al mismo tiempo que es constante, para ser efectivo el poder disciplinario tiene sus jerarquías, distribuyendo y clasificando a sus participantes, es por esto que se genera una categoría de inclasificables. Para estos se crearán otros sistemas disciplinarios diferentes, que también tendrán sus límites pero que alcanzarán a los individuos que quedan por fuera de los límites de los otros sistemas. De esta forma aparece los aportes de Foucault (2007) el cual plantea la función psi, como función llevada a cabo por ejemplo por la psiquiatría, pone en juego con este término como esta función desempeña su papel con todos aquellos indisciplinables, por ejemplo los niños inquietos.

La psiquiatría se presenta como una disciplina médica, que posee cierta verdad que es de una vez para todas, a través del discurso clínico, encargado de la clasificación, de describir la locura desde la enfermedad y desde el discurso que implica el desarrollo de los correlatos orgánicos de la locura. Siendo estos discursos en la historia *“(...) simplemente una especie de garantes de la verdad de una práctica psiquiátrica que quería que la verdad le fuera dada de una vez por todas y nunca volviera a cuestionársela”* (Foucault, 2007: 159).

Es necesario entender que “(...) *el poder psiquiátrico es ante todo una manera determinada de manejar, de administrar, antes de ser una cura o una intervención terapéutica: es un régimen o, mejor, por serlo y en cuanto lo es, se espera de él una serie de efectos terapéuticos (...)*” (Foucault, 2007, 199), esto lo lleva a manifestarse como una disciplina que administra los cuerpos.

En este último sentido siempre se intenta que el loco sepa que está loco, es una sanción moral en cierta medida, “(...) *no te hago esto para curarte porque estás enfermo; te lo hago porque eres malo, porque en ti hay cierto deseo que es inadmisibles*” (Foucault, 2007, 203).

En la conformación de este dispositivo se encuentra el espacio asilar en el cual aparece la figura del médico-director, el cual se presenta como aquel que tiene un cuerpo perfecto, un cuerpo que cumple con la norma, a través de esa presencia se crea una relación de poder asimétrica con el paciente, para esto también se puede entender al asilo como partes del cuerpo el mismo director, en todos lados del asilo está el médico-director aunque no lo esté en ninguna. Este poder es fundamentado en la relación de saber-poder, donde el saber es el saber médico. Desde esta centralidad del asilo, el poder psiquiátrico se expande a otras instituciones como la escuela, las prisiones, entre otras (Foucault, 2007).

Esta expansión del poder psiquiátrico a otras instituciones se da a través de la psiquiatrización de la infancia, de la infancia anormal, específicamente de los *niños idiotas*, complementándose con la pedagogía para poder extenderse, la misma se da en el par escuela-hospital, la misma se plantea desde la concepción de lo normal, antes detallada, en palabras de Foucault (2007: 232) la “(...) *psiquiatrización del niño se hace por intermedio del niño no loco, y a partir de ello se produce la generalización del poder psiquiátrico*”, para esta expansión se denomina al niño idiota y el niño retrasado como central. Se establece según el autor que a finales del siglo XVIII no hay diferencia entre la locura y la idiotez. A los principios del siglo XIX en los textos teóricos comienzan a existir algunas pista sobre la distinción de la idiotez y la locura, Esquirol (*apud* Foucault, 2007: 237) define la idiotez de esta forma: “(...) *no es una enfermedad, es un estado en el cual las facultades intelectuales jamás se han manifestado o no han podido*

desarrollarse lo suficiente”, introduciendo de esta forma una definición de la misma y el concepto de desarrollo, se plantea como un concepto binario, se tiene o no se tiene y para tenerlo hay que tener voluntad o inteligencia. Se presenta, -a diferencia de la demencia como algo que no evoluciona-, un estado definitivo, el idiota no tiene pasado, “(...) *siempre ha padecido el infortunio y la miseria*” (Esquirol apud Foucault, 2007: 239).

Ha mediados del siglo XIX se plantea una distinción entre idiota y retrasado, el primero es alguien donde el desarrollo está interrumpido, pero el segundo es alguien que si bien su desarrollo no está interrumpido, se desarrolla más lentamente, rezagado con respecto a los demás, en esta acepción aparece el desarrollo como algo temporal y no estático, una regla, una norma por la cual nos situamos. Este desarrollo se plantea con el punto final del adulto, el adulto es donde se debe llegar, por lo tanto el adulto como último estadio y el resto de los niños como forma de ver la lentitud.

Esto plantea a la psiquiatría desde una no-enfermedad, no hay una enfermedad real, solo un estado más bajo de desarrollo, teniendo como única cura la educación propiamente dicha, pero empleando una pedagogía diferente, una pedagogía más radical. Esto lleva a pensar que surge un niño anormal, no un niño enfermo, el concepto de instinto es crucial, siendo el instinto para lo anormal lo que son los síntomas para la enfermedad. El instinto es conformado por elementos *naturales y anárquicos*, es por lo tanto es “(...) *una forma anárquica de voluntad, consistente en no querer jamás plegarse a la voluntad de los otros; es una voluntad que se niega a organizarse a la manera de la voluntad monárquica del individuo y que rechaza, por consiguiente, cualquier orden y cualquier integración a un sistema*” (Foucault, 2007: 252).

Mientras tanto que se asegura que la idiotez no es una enfermedad mental, por medio de la administración del poder psiquiátrico aparece una forma de abordarla que es la del asilo, acondicionando los pabellones para ello. Este mecanismo funciona desde la escuela, donde los maestros servirán de referencia acerca de los niños/as, aparece la escuela como generadora de los datos del desarrollo, “*la enseñanza primaria sirve, en efecto, de filtro y referencia a los fenómenos del retraso mental*” (Foucault, 2007: 249). La educación para los anormales es el poder psiquiátrico en sí, donde dos voluntades luchan y una de ellas sale victoriosa.

Para anexar por una parte la especificación teórica de la idiotez, como no enfermedad y por otro lado la anexión práctica a través del poder psiquiátrico, aparece la infancia etiquetada como peligrosa, esa infancia anormal, es peligrosa para la sociedad, en la propia infancia y luego en la adultez. A través de esto “(...) *la psiquiatría deja de ser el mero poder que controla y corrige la locura para empezar a convertirse en algo infinitamente más general y peligroso que es el poder sobre el anormal, el poder de definir quién es anormal y controlarlo y corregirlo*” (Foucault, 2007: 260). De esta forma se conforma la psiquiatría como quien puede reclamar todas las anomalías y desviaciones. Para esto es necesario, como se adelantó cuando se habla de peligrosidad hacer una conexión entre el niño anormal y el adulto loco\desviado, aquí surge nuevamente la noción de instinto y por otro lado la de degeneración, siendo el último termino entendido como la predisposición del niño\la a lo anormal que se convertirá en la adultez en locura. En este sentido Foucault (2000: 129) planteará “*todo será posible desde el momento en que el instinto pase a ser el gran problema de la psiquiatría*”.

Por lo tanto se obtiene un poder psiquiátrico encargado de impartir la verdad sobre lo normal y lo anormal, encarnando de esta forma al poder medico también, llevándolo más allá de la enfermedad, es turno de observar a la infancia y como esto la afecta.

Medicalización de la infancia.

Se entiende por medicalización de la infancia aquellos procesos de medicalización que normativizan la infancia, entendiendo la psiquiatría como uno de los dispositivos que interviene en el desarrollo de los mismos.

En este sentido ya se observó como la infancia le facilita la expansión de la psiquiatría más allá del asilo, se entiende que retomando los aportes antes citados sobre psiquiatría, la misma representa un poder que se ocupa de sujetar a los cuerpos, de clasificarlos en normal\anormal y tratar a estos últimos, por lo tanto esto nos deja una primera pista del papel que cumple la psiquiatría en la infancia, la de clasificar,

ordenar y tratar los comportamientos considerados anormales. Es por eso que se puede afirmar que la psiquiatría se presenta como un dispositivo en la normalización de la infancia. Ocurre aquí un adiestramiento que se visualiza “(...) como *disciplinamiento en las sociedades capitalistas, se interioriza directamente en las sensibilidades, naturalizándose de esta manera lo que se debe sentir, pensar, actuar*” (Míguez, 2011, 117). Se observa la instauración de una norma en cuanto al deber ser de la infancia, planteando la existencia de ésta como homogénea.

Los procesos de psiquiatrización de la infancia se plantean en la distancia entre el deber ser y el ser de la infancia, se describen conductas de los niños que no son esperadas desde el discurso adulto, discurso que toma un sentido normalizador, por lo tanto aparece un sujeto a corregir, un cuerpo que corregir, en este sentido Bustelo (2012: 5), refiriéndose al recorrido desde la niñez hacia la adultez, expone “ese recorrido esta *“normalizado” generalmente en una curva de crecimiento cuyo recorrido es universal [el cual] culmina en un adulto racional, autónomo, dueño de sí mismo*”, se retoma aquí los aportes sobre la psiquiatría acerca de los niños idiotas o retrasados, se deviene la concepción de desarrollo en la presente forma de entenderse ese recorrido. Si este camino no es recorrido como es pensado desde la adultez se tiende a normalizar, de esta forma se patologiza a la infancia, y esta patologización tiene diferentes formas pero por lo general se da a través de un diagnóstico y de la medicación con psicofármacos. Es menester retomar los aportes de Míguez (2011: 203), “*toda conducta infantil podrá ser sometida a análisis, inspección, duda, desde el saber psiquiátrico bajo el discurso de la prevención de conductas problemáticas a futuro, en un adulto que las produzca y reproduzca, generando así mayores distorsiones al orden social imperante*”. Se observa, como ya lo planteaba Foucault (2007), la continua vigilancia hacia la infancia y la licencia para poder analizar cualquier conducta que provoque una duda sobre posibles desviaciones que lleven a un adulto anormal, un adulto problemático para la sociedad, se deja claro la intervención por la supuesta peligrosidad.

En este sentido se plantea que “(...) *aparece la relación de saber/poder, en la demarcación de lo que está bien y lo que está mal, subordinación del mundo infantil al*

mundo adulto y la figura del psiquiatra como punto medular del entramado” (Míguez, 2011: 202), esto no es otra cosa que la explicación de lo antes plasmado en palabras de la autora, la subordinación del mundo infantil por el mundo adulto mediada por el saber psiquiátrico, esto queda claro en la situación estudiada, teniendo en cuenta que los medicamentos pasan por las manos adultas en todo momento, muchas veces sin que el niño pueda hablar en la consulta con ella psiquiatra.

Pero no se puede conjeturar que esto siempre fue de esta forma, esto es una construcción histórica, por lo tanto a continuación para profundizar más sobre la concepción de infancia que se tiene a la hora de pensar al niño como dócil, subordinado al mundo adulto, con la necesidad de cuidados. En este sentido se observa como este concepto de infancia fue creado luego de la Edad Media, en la cual se plantea la inexistencia de la misma, fue creado en determinados procesos históricos a través de los cuales *“(…) se configuró y expandió un discurso acerca de la infancia, que supuso además, una forma socialmente aceptada de concebir y experimentar la niñez, definiéndose de esta manera, lo aceptable y deseable para los niños”* (Leopold, 2014: 15). En este momento histórico la infancia es separada del mundo adulto, unión que era recurrente con anterioridad, se podía encontrar en los salones de clases alumnos adultos como niños. Se entiende que dicha concepción se consolida en el siglo XVII, a través del proceso histórico que también consolida el capitalismo y el pensamiento humanista otorgado por el renacimiento. De esta forma se ve de formas distintas la infancia y la adultez (Leopold, 2014). En este momento histórico se plantean otros cambios en cuanto a la higiene, medicina y urbanidad, por los cuales se consigue una menor mortalidad, por lo tanto la muerte de los niños pasa de ser algo normalizado a algo extraño, lo cual lleva a que surja cierta afectividad entre adultos y niños. Este proceso es acompañado por la necesidad económica de las clases populares de tener una familia extendida para el trabajo. Ambos lleva a una mirada crítica en cuanto al infanticidio o la muerte en masa de niños\as, planteándose un nuevo orden familiar, ayudado por la institucionalización de la educación, encarnada en la escuela (Leopold, 2014).

Hasta los inicios del siglo XVIII no se encuentran claros ejemplos de orden familiar como lo conocemos hoy, desde allí se preparan casas para una mayor intimidad y lo privado cobra valor, existe un entramado de tecnologías y arquitecturas que acompañan el presente cambio, esto conlleva a que el niño sea resguardado en la casa y la calle sea satanizada, esto se apareja con la visión del niño como inacabado, necesitado del cuidado adulto. En cuanto a lo último se comienza a limitar el número de integrantes en la familia para un mejor cuidado de la infancia y de la familia entera, el niño entonces comienza a ser cada vez más infrecuente, generando a su alrededor una ideología en la cual es el futuro de la familia y de la nación misma, se lo ve como productor y reproductor del futuro (Leopold, 2014). Como último paso se comienza a gestar en el siglo XX un reconocimiento sobre la infancia que es infancia para todos, para los hijos de los ricos como también los hijos de los pobres, intentando igualar más allá de la clase social de pertenencia.

En esta época queda claro que

Familia, escuela, poder médico e Iglesia se orientarán a domesticar la impetuosidad y el dinamismo de su movimiento corporal, lo llamarán a silencio, le impondrán puntualidad y prolijidad, y lo recluirán en el hogar y en los centros de estudio, en detrimento –entre otros aspectos– de la proximidad con el mundo adulto y de la circulación callejera (Leopold, 2014: 39).

Llegando a la concepción actual en la cual toma forma la idea de domesticar, disciplinar los cuerpos de la infancia, es aquí que tiene lugar la medicalización de la infancia o en la presente situación la psiquiatrización de la infancia, como antes se ha mencionado.

Continuando con la psiquiatrización de la infancia, luego de este paréntesis histórico, se puede entender que la psiquiatría imparte distintos métodos para tratar la anormalidad uno de ellos en la actualidad es el uso de psicofármacos en este sentido se entiende que *“(...) la utilización misma de los medicamentos fue, en general, la prolongación de la disciplina asilar en la superficie del cuerpo o en su interior”* (Foucault, 2007: 210), teniendo la función de genera la calma en el cuerpo del enfermo o no

enfermo, calmar aquellas actitudes supuestamente peligrosas. En este sentido al plantearse una desviación en cuanto al deber ser se piensa en la medicación con psicofármacos como una de las soluciones, sino la única, es palabras de Míguez (2011: 202) *“se les pide que rindan al máximo y cuando no lo hacen, y la manifestación de esto se visibiliza a través de la diferenciación en sus conductas, generalmente se piensa en la medicación con psicofármacos como la forma de lograr el disciplinamiento de estos diferentes con conductas sociales altercéntricas”*.

Esta solución y esta forma de catalogar y clasificar se da por una idea biologizante de la infancia, se da través de un diagnóstico que se plantea:

Como si los sujetos fueran homogéneos, sus conductas, sensaciones y percepciones, respondieran a un genérico humano que trascendiera culturas, espacios sociales, épocas históricas, etc. Generar manuales universales sin que medie en su aplicación las particularidades de cada sociedad y tiempo dado y las singularidades de cada sujeto y su entorno más inmediato da cuenta de pensar a los sujetos a-históricamente y linealmente, encorsetados y cosificados (Míguez y Sanchez, 2015: 42).

De esta forma se entiende que se deja por fuera la singularidad de cada individuo, haciendo una reducción de la problemática a lo externo, sin tener en cuenta la subjetividad de cada individuo (Camiruaga y Mosca, 2015). Se pone en relevancia que el culpable es el sujeto y no toda la sociedad, en palabras de Bafico (2015: 95), *“a diferencia de la contaminación y el calentamiento global según esta lectura no es un problema de todos sino que le pertenece al niño en exclusividad (...) esta “enfermedad” queda dentro del campo de la medicina. La cura propuesta es a través del suministro de psicofármacos (...)”*, se ignora el conflicto atacando solo a la consecuencia.

Por lo tanto se conocen los rasgos patológicos del niño\la y no las subjetividades de cada uno, al momento del diagnóstico, al momento de medicar con psicofármacos, no se tiene en cuenta la historia subjetiva del individuo o su entorno, solo se observa esa “falla”, esa conducta desviada, *“cualquier síntoma psíquico implica sufrimiento. En el caso del niño además, no está ajeno a su entorno inmediato. Muchas veces su sintomatología está directamente ligada a la angustia o inquietud de los padres”* (Bafico, 2015: 98). Desde una vertiente crítica a esta forma de psiquiatrización se plantea la

necesidad de ampliar el diagnóstico y el tratamiento superando ese primer estadio de medicación por la desviación, ya que *“La medicación muchas veces congela definitivamente la posibilidad que ese sufrimiento psíquico puede ser desplegado por el niño, quedando en el lugar de objeto”* (Bafico, 2015: 98).

Es imposible según el autor antes citado no tener en cuenta el contexto social en el momento de diagnosticar. Si se tiene en cuenta los aportes de Míguez y Sanchez (2015) se debe entender que es necesario un enfoque desde otras profesiones no solo la psiquiatría o la medicina, *“(...) la infancia que está siendo diagnosticada y patologizada es la punta del iceberg de realidades que trascienden estas singularidades”* (Míguez y Sanchez, 2015: 44), esta medicación con psicofármacos responde a un intento de respuesta inmediata, de ayuda inmediata.

En este sentido y retomando los aportes de Sartre (2000) ya citados en cuanto a la infancia es importante cuestionar dichos procesos ya que:

En relación a los niños y los adolescentes, esto cobra muchísima importancia, porque termina siendo un pronóstico de su vida, en el momento en que la vida está en construcción (Janin *apud* Míguez y Sanchez, 2015: 54).

Para finalizar el presente capítulo es necesario llevar a cabo un breve repaso de los contenidos del mismo, se comenzó con una conceptualización de la medicalización y de aquellos procesos históricos que han llevado a que se encuentre en la presente situación de ciencia legítima para intervenir en la salud. Para esto también fue necesario un análisis de lo que abarca el concepto de biopolítica y del concepto de normalidad. Estos conceptos se centran en las relaciones entre saber y poder. Esto luego fue retomado desde un dispositivo como la psiquiatría, planteando el proceso que lo en su situación particular hoy, entendiéndolo como un dispositivo que se encuentra en la relación de saber – poder. El poder psiquiátrico como encargado de la normalidad, de clasificar y tratar aquellas personas que se encuentran por fuera de la normalidad. Al terminar el capítulo se presentó como el saber médico a través de la psiquiatría toman forma en la infancia, para esto fue menester plantear que se entiende por infancia, como se llegó a entender la misma de esa manera y diferentes formas de abordarla.

Capítulo II. Modelo médico – modelo social. Dos modelos para el análisis de la discapacidad.

En el presente capítulo se busca comprender el concepto de discapacidad, haciendo énfasis en la discapacidad auditiva la cual ocupa a la investigación presente. Para esto se presentarán dos modelos para su análisis. En primera instancia se presentara el modelo médico para el cual se retomarán aportes de lo planteado por los procesos de medicalización y del par normal/anormal. Este modelo se presentará para luego poder hacer una crítica al mismo y poder plantear otra forma de analizar la discapacidad y la sordera a la cual llamaremos modelo social. Este modelo se representa como contrario al modelo médico, pero se planteará como un devenir de diferentes procesos sociales e históricos. Ambos modelos serán luego representados en el análisis de la discapacidad auditiva. Es necesario para comprender con mayor profundidad la temática, entender los modelos no como absolutos, dado que la realidad es compleja y no se puede plantear la existencia de uno u otro en la forma de se planteados, si la reproducción de ciertos rasgos.

Modelo médico individualizador.

Para comenzar se retomarán los aportes del primer capítulo en cuanto a los procesos de medicalización y de la construcción del par normal/anormal, desde donde se parte para plantear la existencia de un modelo médico de analisis de la discapacidad. Desde dicho modelo se lee a la discapacidad como un problema a ser arreglado, como un déficit del cuerpo del individuo que se plantea por fuera de lo normal, la discapacidad se construye entorno al déficit. De esta forma al individuo se lo caracteriza como alguien a corregir, a ser disciplinado, sujetado. Es por esto que surgen distintos dispositivos para normalizar al individuo, basándose en la normalización y no en otros aspectos de la individualidad.

Para comprender la discapacidad desde el par normal/anormal es necesario entender el concepto de ideología, específicamente de ideología de la normalidad, en

esta situación investigada se trata de una ideología que es planteada como mayoritaria en la forma de entender la discapacidad. La ideología se entiende como algo material, que no solo es expresada en ideas, sino que *“(...) esas ideas son actos materiales insertos en prácticas materiales, reguladas por rituales materiales definidos, a su vez por el aparato ideológico material del que producen las ideas de (un) sujeto”* (Althusser *apud* Angelino, 2009: 137).

En este sentido *“(...) la ideología no tiene como función proporcionar a los sujetos un conocimiento verdadero, sino que, por el contrario, busca insertarlo en las actividades prácticas que sostienen a la sociedad; mediante un discurso relativamente coherente, logra ocultar las diferencias de clase en la vida práctica”* (Angelino, 2009: 147), si esto lo leemos dentro del análisis de saber – poder, se entiende que quien expresa el discurso medicalizador ejerce un poder sobre las otras personas, quienes como aclara Mitjavila (1998) lo legitiman a través de diferentes mecanismos, siendo este discurso presentado como único y verdadero de una vez para siempre. Es en este sentido que Eagleton (*apud* Angelino, 2009: 147) expone,

Un poder dominante se puede legitimar por sí mismo promocionando creencias y valores afines a él; naturalizando y universalizando tales creencias para hacerlas evidentes y aparentemente inevitables; designando ideas que pueden desafiarlo; excluyendo formas contrarias de pensamiento, quizás por una lógica tácita y sistemática; y oscureciendo la realidad social de modo conveniente a sí misma.

Este modelo se plantea desde esta ideología que plantea los discursos de la normalidad, planteando la carga al individuo de la responsabilidad de la discapacidad, no existe de esta forma contexto histórico que se tenga en cuenta, como se vio en la situación de la medicación con psicofármacos, en palabras de Angelino (2009: 45), *“(...) da por sentado que ese otro tiene “individualmente” una dificultad, que es material, tangible e incorregible (...) se trata (...) de posibilitar que en esas condiciones los sujetos puedan acceder a cierto tipo de circuitos de participación y de inclusión social”*.

Desde esta perspectiva se presenta a la discapacidad como una disciplina de control de los cuerpos, que organiza, clasifica y los transforma en dóciles. En este

sentido se presenta como asociado desde un saber con cierto poder la idea de “(...) *normalidad y su hegemónica “destreza” de funcionar como sinónimo de natural*” (Angelino, 2009: 134). Se ubica a la discapacidad en el ámbito de la salud como saber que avala, por lo tanto aparece el médico como quien decide si una persona tiene discapacidad o no, existiendo luego de esto toda una red de instituciones que se hacen cargo de las personas en situación de discapacidad. En este sentido se puede comprender que *“La discapacidad no existe como tal antes de su enunciación en un diagnóstico médico. Sólo existen algunas características del sujeto que pueden corresponderse – bajo la observación de una mirada experta y si existe un conocimiento que permita interpretarlo– con los signos y síntomas de un déficit”* (Vallejos, 2011: 20).

Se plantea desde este modelo que “(...) *está bien ser normal y, si no lo sos, es imperativo hacer los tratamientos de rehabilitación necesarios para acercarse lo más posible a ese estado/condición*” (Kipen y Vallejos, 2009: 165), en este sentido se ve como la corrección – castigo está presente en estas relaciones de poder, se entiende que la presente corrección es impuesta al sujeto y no es una decisión del mismo, sino que a través de las relaciones de poder asimétricas la misma se impone.

Desde este modelo el posible cambio se presenta como *““Voluntarista” porque se fundan en una idea de favorecer la situación de algunos sujetos, sin modificar la estructura social y económica de las sociedades en las que esos sujetos discapacitados son producidos como tales, sino que sólo apelan a la buena voluntad de gobernantes y ciudadanos”* (Vallejos, 2011: 10), de esta forma se observa cómo se plantea desde el modelo médico una medicalización de la discapacidad construida entorno al déficit. El contexto no aparece más que como mera influencia, sin poner en juego la construcción misma de la discapacidad, no tiene el componente de cambio del contexto.

Modelo social: la discapacidad como una situación.

Por otra parte se presenta el modelo social para analizar la discapacidad, en este la misma surge como una construcción social, *“El modelo social de la discapacidad es*

la antítesis del modelo médico, y propugna que ésta es una forma de opresión social a quienes tienen un déficit, un impedimento, construyendo entornos físicos y sociales que castigan a quienes se desvían del estándar de normalidad” (Vallejos, 2011: 6). En este sentido se observa como el modelo social se presenta como el modelo opuesto al modelo médico, entendiendo las relaciones de poder que llevan al modelo médico a impartir verdades sobre la discapacidad. Este modelo surge desde las personas en situación de discapacidad, desde los Disability Studies, los cuales surgen en 1975, emergiendo con una identidad académica en la década de 1990, en la misma década que surge la idea de *modelo social de la producción de la discapacidad* como tal. Dichos estudios buscan cuestionar la inclusión, exclusión, independencia, derechos acerca de la discapacidad (Angelino, 2009). Este discurso tiene un componente de cambio y de lucha en contra de la sociedad capitalista, como sociedad normalizadora.

Desde este modelo la persona en situación de discapacidad se encuentra en tal situación ya que se encuentra sometido a la acción de un tercero (Angelino, 2009). Por lo cual no se carga a la persona con la responsabilidad de la discapacidad sino que resulta de la relación entre las personas, la autora antes citada menciona que existe algo externo que lo discapacita, dicho elemento externo se inscribe en el “(...) *modelo económico, social, político y cultural opresivo y desigual*” (Angelino, 2009: 47). Desde este modelo según la autora antes mencionada se problematiza la idea de normalidad, lo cual se plantea como novedoso ya que desde el modelo médico se problematiza la anormalidad y no en sentido contrario. Dicha concepción de la discapacidad aleja su análisis de la centralidad en el déficit (médico) para observar el contexto, siendo como antes se ha conceptualizado las relaciones de producción la que la generan. Quitando de esta forma la discapacidad del déficit, la discapacidad es social y no corporal.

En este sentido este modelo va más allá, al problematizar el déficit, ya que este también está profundamente relacionado con la idea de normalidad, con la idea de cuerpos únicos. En palabras de la autora *“Hablamos de un déficit construido (inventado) para catalogar, enmarcar, mensurar cuánto y cómo se aleja el otro del mandato de un cuerpo “normal”, del cuerpo Uno (único)”* (Angelino, 2009: 51). Este modelo entiende la

existencia de diferencias alrededor de las cuales se han construido el constructo social de discapacidad, lo cual nos lleva a una reflexión más allá del déficit y la anormalidad.

Desde este segundo modelo se pretende “(...) *problematizar la normalidad y ya no la anormalidad (...)*” (Angelino, 2009: 47), lo aquí planteado se entiende desde una perspectiva que conoce el devenir de la normalidad y su construcción en el par normal/anormal, se tiene en cuenta la historicidad detrás de cada individuo, se plantea de esta forma no observar la anormalidad sino observar aquellas cosas que responden a la normalidad. “(...) *poner en cuestión el “déficit”, dado que es un concepto cuya construcción está anclada en la idea de normalidad, de patrón, de cuerpo normal*” (Angelino, 2009: 51). Por lo tanto se puede decir que;

En este planteo las restricciones sociales impuestas a las personas con discapacidad son pensadas como producto de la normalidad bio-médica que, naturalizada, opera como criterio de demarcación social. Las causas de la discapacidad no son biológicas sino sociales. La discapacidad es producida como tal a partir de la emergencia de la línea demarcatoria que establece la normalidad. Y no es una mera distinción retórica: la naturalización de la normalidad (...) hace “invisible” la línea divisoria, pero potencia sus efectos demarcatorios. (Vallejos, 2011: 19).

Es menester destacar que ambos modelos se presentan en formas de intervenir la discapacidad que no son de una forma u otra, aquí se presentan como modelos opuestos, pero los mismos se pueden fusionar en el momento de analizar la discapacidad, esto puede pasar en una mayor o menor forma.

Modelo médico – modelo social en el análisis de la discapacidad auditiva.

En este sentido se pueden entender estos dos modelos en lo concreto de la sordera. Para esto será necesario hacer un devenir histórico de la forma de concebir la sordera. Por una parte existe una forma de entender la sordera a través de la falta, a través de lo que falta, donde la sordera “(...) *se desplaza hacia un campo donde la referencia a la audición no es más que un pretexto para poner en escena relaciones de saber y de poder entre sordos y oyentes (...)*” (Benvenuto, 2006: 4).

Esta forma de entender la sordera a través de la falta, es entenderla a través del modelo médico, dentro del cual se intenta arreglar “*una falla*”, de normalizar lo anormal, es fácil desde esta perspectiva ubicar a la sordera dentro de lo anormal, dentro de lo que se debe corregir. Desde este modelo se plantean centros de educación que no son más que clínicas de la palabra, se intenta oralizar a la personas sordas para que sean del grupo de lo normal y no de lo anormal, en este sentido Benvenuto (2004b: 90) aclara que “(...) *este modelo [ha] tenido como objetivo, y [sigue] teniendo todavía, el aprendizaje de la palabra oral como solución mágica a los problemas de integración social*”, de esta forma planteara como solución a la discapacidad aprender la palabra oral.

Desde este modelo “(...) *se deja ipso facto de lado al discapacitado como sujeto, miembro de una comunidad y actor de una organización social que participa conjuntamente con él (...)*” (Benvenuto, 2004b: 91). Esto nos lleva a pensar otra forma de entender la sordera, que se ubica como un modelo social, pero antes de exponer este modelo desde la sordera es necesario un devenir histórico de la sordera y exponer las diferentes formas de nombrar a la sordera, dado que la forma de nombrar es también una forma de poner en el juego político y de poder.

Se puede decir que la sordera ha pasado por muchos momentos a lo largo de la historia según Benvenuto (2004b, 2004a, 2006), arrojados desde un precipicio en la antigüedad, para luego ser tratados en libertad pero como los idiotas en la Edad Media, siendo en esta época también donde el sordo era integrado porque era apto para el trabajo manual o para integrar congregaciones religiosas que seguían el silencio como regla. En el siglo XVIII son comparados con monstruos, con bestias, en el siglo XIX pasan al complejo asilar por ser tratados como locos, luego en la Alemania Nazi pasan a ser exterminados y víctimas de las campañas de esterilización. En este sentido desde el siglo XVII hasta el siglo XIX “(...) *la sordera aparece como uno de los paradigmas de la cuestión de los límites entre humanidad y animalidad*” (Benvenuto, 2006: 6), es en este momento donde se pone en juego lo planteado por Foucault (2000), sobre la construcción de la normalidad a través de los monstruos.

En este devenir se pasa por alto la educación para las personas sordas como mediador en la forma de pensar la sordera. Es aquí donde el abbé de l'Épée (Charles-Michel Lespée, pedagogo y cura francés, nació en 1712 y murió en 1789) marca un momento decisivo para la educación de sordos, su camino surge al encontrarse con dos gemelas sordas y mudas. Siendo el quien funda "(...) *las bases de la enseñanza bilingüe, otorgándole una importancia capital al francés escrito*" (Benvenuto, 2006: 7), de esta forma se colectiviza la educación para sordos, llevándose esto la forma de las familias adineradas de educarlos que era a través de un preceptor, es aquí que los sordos pueden relacionarse y difundir la lengua de señas, pero esto es solo el principio ya que luego de la muerte del abbe se retoma la oralización como único método posible de enseñanza, oralización a través de los maestros oyentes, dejándose de lado los maestros sordos. Pero deja planteado la educabilidad de los sordos.

En el siglo XIX al mismo tiempo que surge la idea de los sordos como personas educables se presentan los centros de educación como aquellos lugares donde se pretende corregir lo incorregible, lugares de sujeción del cuerpo. También se da un proceso ortopédico donde se buscan las diferentes tecnologías médicas para corregir la sordera, implementándose prótesis auditivas de todo tipo, inscribiéndose de esta forma en el cruce de la medicina y la educación, se puede entender de la existencia de una medicalización de la sordera, entendiendo que la misma antes no era parte de la intervención médica.

Esto llegará hasta la prohibición de la lengua de señas y la imposición del método oral en el Congreso de Milan que tendrá lugar en 1880, desde aquí se plantea la lengua de señas como el mayor conflicto cultural (Míguez, 1997). Se establece el oralismo como método, método que tiene como técnicas por ejemplo el atar las manos de la persona, como aclara Massone (*apud* Míguez, 1997: 14) "*El objetivo del oralismo es devolverle la vida a los Sordos y la omnipotencia que deriva de este principio hace que sus métodos sean incuestionables. La vida debe ser igual como la vive la persona que pertenece a la mayoría*".

Pero más allá de la discusión de la educación de sordos como tema central y de cómo se debería llevar a cabo, las personas sordas ganan en el colectivo de poder

unirse y expandir la lengua de señas. Cuando muere el abbé de l'Épée en 1789 y comienza la oralización como principal forma de educación pero se continua como una forma de que los sordos puedan encontrarse. Es así que los sordos deciden resistir a la oralización como forma de educar, y es recién en 1834 que en Francia se crea el Comité de Sordos-Mudos, el cual como primera decisión toma la organización de banquetes anuales para celebrar el nacimiento del abbé de l'Épée, quien es pensado como el *“padre de los sordos mudos”* (Benvenuto, 2004b: 94), teniendo lugar el primero en 1838. Cuatro años más tarde aparece la primera asociación de sordos, situando así a las personas sordas en otro lugar, otro lugar más allá del sujeto de instrucción, comienzan a tener otro espacio, un espacio marcado por lo político, mostrando sus capacidades (Benvenuto, 2006). Durante el periodo de prohibición de la lengua de señas los encuentros a través del deporte facilitaron la resistencia y la no perdida de la lengua de señas, ni de la cultura sorda. Es recién en los años de la década de 1970, donde se desata el movimiento en defensa del derecho a la lengua de señas, primero en Estados Unidos para luego esparcirse por otros países como Francia.

Vemos como en este movimiento de las personas sordas se ve en plenitud la idea del modelo social de la discapacidad, planteado como un contra discurso, surgiendo como esto. De esta forma se entiende a las personas sordas como quien tiene una cultura determinada y una lengua determinada, en palabras de Benvenuto (2006: 12) *“Ser sordo para otros es antes que nada expresarse en lengua de señas y tener una cultura propia, ser el fruto de una singularidad cultural”*, esto plantea la necesidad de observar a los sordos en la figura de Otro, otro que hay que reducir, normalizar, sino de personas que tienen su propia cultura y lengua, minoritaria, pero propia.

Se puede constatar que en este discurso *“(...) la deficiencia física es desplazada del cuerpo deficiente a las relaciones, y la dimensión social del problema aparece”* (Benvenuto, 2004b: 89). En esta cita vemos como no se trata a la discapacidad desde la falta, sino como lo que surge en las relaciones sociales, se puede decir que la discapacidad con relación a la sordera aparece cuando se da un encuentro entre una persona oyente con una sorda, la discapacidad entre personas sordas desaparece. Se

toma a la sordera como una forma de estar y ser en el mundo diferente a la que tienen los oyentes, existe la idea de diferencia en este sentido, se aprende a ser y estar de una forma diferente, de esta forma la discapacidad desaparece. De esta forma se entiende que *“El acento está puesto en considerar a las lengua de señas como la mejor garantía para el desarrollo normal del sordo, puesto que es su lengua natural”* (Skliar, et al, 1995: 8), la lengua oral no es la común para las personas sordas, si lo es la lengua de señas, la cual lleva a vivenciar las cosas desde otro lugar.

Se quiere dejar en claro que esta forma de entender la sordera, se comienza a ver y a tomar en cuenta en variados espacios pero se encuentra lejos de ser la predominante, siendo la lectura médica la que prevalece en la mayoría de las situaciones. En este sentido el modelo médico:

En el sentido antes expuesto sobre la lengua de señas como lengua natural se entiende que *“Los sordos conforman una comunidad lingüística minoritaria caracterizada por compartir el uso de una lengua de señas”* (Skliar et al, 1995: 9). En este sentido se entiende fundamental la lengua de señas, lo cual dirige hacia una idea donde la persona sorda necesita de la misma para comunicarse en este sentido los autores agregan la lengua de señas *“(…) constituye su modo de aproximación al mundo, el medio de construcción de su identidad y el mecanismo para significar y “decir” sobre el mundo”* (Skliar et al, 1995: 10).

“La lengua es uno de los principales elementos en el desarrollo del niño como ser social, ya que a través de ella se transmiten los modelos de vida de una sociedad y de una cultura y los patrones éticos y cognitivos” (Skliar et al, 1995: 13), lo que se quiere exponer en este pequeño fragmento es la importancia de la lengua natural adquirida por el niño\la, adquirida como natural, entablando complejas relaciones con el adulto desde un primer momento de relacionamiento.

En este proceso no solo pone en funcionamiento de las capacidades lingüístico-comunicativas sino que al mismo tiempo el niño\la forma una identidad de una cultura determinada. Esto se da tanto en las familias oyentes con niños\as oyentes como en familias sordas con niños\as sordos\as. Es por lo tanto que el niño *“(…) no solo arriesga hipótesis lingüísticas para construir la gramática de su lengua en base a los datos del*

“input”, sino que también sabe que si desea pedir debe pedir de una determinada manera para que se lo den” (Skliar et al, 1995: 17). Se entiende de esta forma que existe un problema en la comunicación y sociabilización del niño sordo que pertenece a una familia oyente, en palabras de los autores antes citados

El niño sordo de padres oyentes (alrededor del 94% de los casos, porcentaje mundial) son los que presentan mayores crisis en su proceso de socialización, ya que tarde o temprano, se les presenta una crisis cultural y de identidad en la que se oponen la cultura oyente propia de su familia con la de las comunidades sordas con las cuales tiene experiencias tempranas al ingresar en las escuelas especial para sordos (Skliar et al, 1995: 19).

Esta crisis lleva a que se bloquen las posibilidades de un desarrollo cognitivo-social esperado, dado que no se tiene una identidad definida en cuanto al proceso comunicativo natural, el cual es un requisito fundamental para todo aprendizaje, de esta forma se observa el problema central en las familias que no aprenden lengua de señas, entendiendo la dificultad que plantea saber la lengua antes del nacimiento del niño\la. También se presenta el problema dado que en lo anterior del encuentro con la lengua de señas el desarrollo lingüístico del niño\la es poco dado la falta de encuentro con otros adultos sordos, y muchas veces durante la etapa escolar también ya que no se consigue que exista un encuentro del niño\la sordo\la con adultos referentes sordos. Perdiendo de esta forma un periodo capital para el aprendizaje de la lengua y los procesos cognitivos que esto conlleva.

Se entiende necesario que se presente la lengua de señas en estadios tempranos de crecimiento del individuo, dado que sin esta tampoco será posible la creación de otra lengua, como segunda lengua, por ejemplo el español escrito, será necesaria para esto la lengua de señas como formadora de socialización del niño\la sordo\la.

Capítulo III. El rol de la familia en los procesos de medicalización con psicofármacos de la infancia sorda.

Se entiende que la población que es objetivo de esta investigación se presenta mediada por los procesos de medicalización con psicofármacos entendiéndolos como antes se ha expuesto en el primer capítulo, como es mediada por las distintas formas de entender la sordera. Es preciso por lo tanto, para cumplir con el objetivo de la investigación, presentar el rol que cumple la familia en estos procesos de medicalización con psicofármacos en la infancia sorda, debiendo develar la mediación de los procesos antes citados.

En este sentido se observa dicha necesidad para la temática dado que como se plantea en la introducción se entiende a la familia como mediación entre lo universal y lo singular, dentro de la misma él niño\va vive lo universal como si fuera lo individual, a través de la misma el individuo conoce a la sociedad, se hace carne dicha sociedad (Sartre 2000), entendiendo que se conforma la identidad del niño\va dentro de la familia y los procesos de medicalización que en ella se inscriben. Adquiriendo total relevancia como se encarnan los mismos en la vida del niño\va tanto en el momento como en un futuro entendiendo que “(...) *Hoy se retorna a la familia como anclaje principal de la socialización de sus miembros*” (Carvalho *apud* De Martino, 2014: 34).

Retomando lo ante mencionado la familia tiene un rol principal en la socialización de sus miembros más pequeños, aparece entonces según Lasch (1984), como el principal agente de socialización reproduciendo los diferentes patrones culturales en cada individuo, entendiendo que:

La socialización consiste en que el individuo quiera hacer lo que debe hacer y la familia es el agente al que la sociedad le confía esta compleja y delicada tarea (...)No sólo imparte normas éticas, proporcionando al niño su primera instrucción sobre las reglas sociales predominantes, sino que también moldea profundamente su carácter, en formas de las que no es consciente. La familia inculca modos de pensar y de actuar que se convierten en hábitos. Debido a su enorme influencia emocional, afecta toda la experiencia anterior del niño (Lasch, 1984: 26).

Es por esto que es necesario plantear desde la teoría algunas concepciones de familia para retomarlas e interpelar los distintos discursos que plantean las familias como también las maestras sobre la misma. Entendiendo que la idea principal acerca del análisis exhaustivo de los discursos se lleva a cabo intentando

(...) develar si se tratan de respuestas naturalizadas de una situación que les trasciende, si es su interiorización de lo hegemónico aquellas familias que no “cumplen” con los estándares exigidos en su exteriorización asumen que el saber de las otras dos instituciones [saber médico y escuela] debe ocupar su “falta” (Míguez, 2011: 280).

En este sentido se deben retomar los aportes de Donzelot (2008) para comprender la idea de naturalización y cómo la familia lleva su rol de socialización que le es asignado de alguna forma por la sociedad toda.

Gobernar a través de la familia.

Para desglosar la concepción del presente autor es menester destacar que

El método que empleamos plantea a la familia no como punto de partida, como realidad manifiesta, sino como una resultante móvil, como forma incierta, cuya inteligibilidad se logra solamente si se estudia el sistema de relaciones que mantiene en el nivel socio-político. Esto requiere detectar todas las mediaciones políticas que existen entre estos dos niveles de registro, identificando las líneas de transformación que se sitúan en ese espacio de intersecciones (Donzelot apud Jelin, 1984: 11).

Es por esto que se plantea la necesidad de encontrar las mediaciones que hacen a la familia, entendiendo que las mediaciones se plantearon anteriormente en cuanto a la discapacidad y la medicalización con psicofármacos. En este sentido se plantea que el médico no es el único que reproduce las normas que el mismo establece, sino que hay otros dispositivos o instituciones que las reproducen, como por ejemplo la familia, por lo tanto es necesario hacer hincapié en el análisis de la misma, como también es necesario para entender más sobre la temática (Mitjavila, 1998).

En este sentido retomando los aportes de Donzelot (2008: 16) la familia se presenta como una de las “(...) *tecnologías políticas que van a abordar el cuerpo, la salud, las maneras de alimentarse y de alojarse, las condiciones de vida, en suma, todo el ámbito de la existencia (...)*”, aparece entonces la familia como una tecnología política, como un espacio aliado del dispositivo psiquiátrico, este se establece, desarrolla y reproduce en la familia, todo esto en marco de estrategias biopolíticas. Donzelot (2008) acuña el concepto de policía para estas tecnologías, teniendo en cuenta que en la época de la aparición de la familia conceptualizada de esta manera, se llamaban así a dichas tecnologías. Este último concepto no es usado en lo que estrictamente concierne a lo represivo, sino que también abarca los métodos que se destinan a la mejora de la calidad de la población y la nación (Donzelot, 2008). Continuando con el concepto se puede decir que “*El objetivo de la policía es garantizar, tanto como sea posible, la felicidad del Estado por la prudencia de sus reglamentos y el desarrollo de sus fuerzas y su poder*” (Von Justi apud Donzelot 2008: 16), por lo tanto se entiende que la familia pasa a tener dicho objetivo.

Para observar con mayor detalle como el autor desmenuza el concepto familia es necesario comprender a la misma como una institución en construcción permanente, no siempre ha tenido la misma forma, espacio y lugar, sino que varía dependiendo el contexto social, en este sentido es que el autor afirma que la familia pasa de ser un “(...) *sujeto político, capaz de instrumentar a sus miembros, de decidir su destino, hacer de ellos un medio para su política, responsable, por cierto, del comportamiento de estos últimos ante el poder real, pero susceptible de apoyarse en él para imponer orden a sus miembros recalcitrantes*” (Donzelot, 2008: 10). Hacia un “(...) *un medio para el desarrollo de los individuos, un medio para introducir en su seno una exigencia normativa en materia de buen comportamiento educativo, conyugal y sexual*” (Donzelot, 2008: 10), se puede entender que se transforma de una forma de gobierno en sí misma a una tecnología más del estado, se pasa a un gobierno a través de la familia.

En este sentido:

(...) esa nueva relación entre tecnologías sobre la vida y las familias ya no puede considerarse como mero criterio interpretativo, sino como una racionalidad que incorpora a la familia ya no como entidad pasiva ante la colonización o invasión técnica respectivamente (...), sino como un agente activo en la implementación de nuevas formas de ejercicio de poder(De Martino, 2014: 34).

Es necesario plantear brevemente el devenir histórico de este cambio, donde se coloca como eje de cambio el cuestionamiento del Estado, se cuestiona en su misma concepción entendiendo que un Estado que asegura salud, educación y trabajo no se encuentra en el mismo camino que se encuentra la libertad de las familias para auto-gobernarse, para presentarse como una forma mínima de gobierno. Este proceso de cambio se comienza a dar en el siglo XVIII, en el momento que pierde vigencia el Antiguo Régimen según Donzelot (2008). Hacia final del siglo se plantea una situación donde el pauperismo y las fracturas sociales hacen tambalear el Estado liberal, de esta forma aparece la familia como posibilidad de ser una “aliada” en el cambio, entendiendo que no alcanza con la mera represión, sino que se debe poner en marcha procedimientos de conservación y formación para la población (Donzelot, 2008).

Esta forma de intervención se separa en dos polos de intervenciones por una parte el polo asistencial, el cual se dará a través de consejos – enseñanzas sobre la forma de salir de la situación de la persona y un polo médico – higienista que pretende separar lo sano de lo no sano, inspirando intervenciones estatales, en este sentido se intenta que el Estado intervenga a través de la norma, esto hace referencia a lo que se ha hablado sobre normal – anormal y el poder – saber médico. En este sentido se presenta “(...) *el consejo eficaz antes que la caridad humillante, la norma preservadora antes que la represión destructiva*” (Donzelot, 2008: 61).

Es aquí donde aparece en la centralidad la familia, como agente que media estos procesos, “*Este primer objeto, la familia, se difuminará entonces en provecho de otro, lo social, del que ella es a la vez reina y cautiva*” (Donzelot, 2008: 17), presentándose tanto como punto de apoyo como blanco de observación e intervención.

Es por esto que el consejo se toma como forma de dominación, se intenta la persuasión desde la idea de que se otorga algo que tiene la total libertad de elegirlo o

rechazarlo, un ejemplo de esto es el ahorro como forma de autonomía futura (Donzelot, 2008). En palabras del autor se puede decir que *“¿Por qué dar consejos? En primer lugar, porque no les cuesta nada a los primeros y, en segundo lugar, porque evita que los otros contraigan malos hábitos. Desde ya, las sociedades filantrópicas siguen otorgando ayudas materiales, pero lo hacen con vistas a servirse de ello como vector de su “influencia moral legítima””* (Donzelot, 2008: 68).

La intervención de agentes externos tiende entonces a darse casos extremos y luego de investigar – vigilar a la familia en detalle, el sentido de esta intervención es el de normaliza” el actuar de la familia, de corregir aquello que no es esperado. Esto implica una continua vigilancia y control de la familia, como también el peligro de intervención como algo latente para las familias (Donzelot, 2008).

Si el polo asistencial eludía la interpelación al estado por el fortalecimiento de la familia y su autonomía a través del ahorro, el polo higienista busca remitir a la norma a través de la familia, es aquí que aparece la escuela como central para reproducir las mismas. La escuela aparece como una institución que reproduce las normas higienistas, no permite el abuso de los niños a través de su trabajo y no remite a una disolución del matrimonio. Esta escuela aparece como gratuita para los bloques dependientes y obligatoria para aquellos que viven al margen. Apareciendo como central en la escuela la educación de normas a través de la mujer (Donzelot, 2008).

En un segundo momento de la construcción de la familia tal cual la conocemos se basa en que *“Apoyándose la una en la otra, la norma estatal y la moralización filantrópica ponen a la familia ante la obligación de retener y vigilar a sus hijos si quiere evitar ser ella misma el objeto de vigilancia y disciplina”* (Donzelot, 2008: 85), aquí se retoma la intervención como forma de control, si es un consejo pero si no se retiene dentro de las normas a los miembros, la familia será vigilada e intervenida.

De esta forma la familia se convierte, pasando de un gobierno de la familia hacia un gobierno a través de la familia, en el cual se le transmite la responsabilidad a la familia de reproducir la moral imperante, por lo tanto de reproducir por ejemplo las normas que son creadas desde lo normal – anormal desde el saber médico. En este sentido se le quita autonomía a la familia en cuanto al qué hacer con sus miembros,

pero se le da el apoyo necesario para que estos puedan ser bien encausados, problemática que figuraba en la lista de problemas para la familia. En este sentido se pasa a gobernar a través de la familia; a través de la misma se instauraran las normas sociales y reproducirán en la sociedad, en este sentido vemos como desde el discurso de las familias se reproducen varias de las normas sociales configuradas desde el poder médico (Donzelot, 2008; Mitjavila 1998).

Se le traslada a la familia un rol de educadora debiendo enseñar y custodiar las actitudes de sus miembros que deben respetar la moral imperante, a esto ayuda la alianza entre el médico y la madre, el cual deja el papel de asociada in situ (Donzelot, 2008), también ayudando a la medicalización de la sociedad.

En este sentido se observa a la familia como reproductora de ciertos discursos asociados a ideas que se encuentran entre la distinción del par normal/anormal, observándose en varios de los discursos, teniendo en cuenta lo expuesto en los capítulos anteriores sobre el establecimiento de normas. Se crean discursos que se plantan desde una ideología de la normalidad, desde el entendido de que lo normal es lo que debe ser, distando de aquello que en realidad es, esta ideología se observa vinculada a la discapacidad entendida como construcción desde esta parte, como también a la infancia, esto se observa en varios de los discursos:

“Y yo lo acepte en el momento porque dije ta, bueno, mi hijo no escucha cabe la posibilidad de implantarlo, que tenga otra posibilidad para que pueda manejarse en la vida, una herramienta, si bárbaro” (Anexo 4. Entrevista madre niño sordo E.E. N° 197).

“Después me paso que en cierto momento sentí como que M. no quería escuchar, llego a una etapa que había dejado el implante, fue cuando el tema de las gotas, porque él lo arrancaba, lo tiraba y ta, fue una lucha constante pero yo siempre lo acepte el tema que él era sordo. Él hoy por hoy, él te dice que implante no quiere, que él quiere ser sordo. Hoy él te lo dice, ya va un par de veces que me lo dice, que implante no que él quiere ser sordo. Uno lidia con eso porque es frustración también a su vez, vos le das una

herramienta para que él pueda manejarse mejor y él no quiere escuchar. Ahora lo está usando, ahora está entendiendo el significado, para que lo tiene. En un principio no quería nada, ahora lo acepto, ¿entendes? Sabe que lo necesita para escuchar, y que escuchar le sirve para repetir, para poder hablar, pero recién ahora lo está entendiendo, nos costó muchísimo, el tema lenguaje de él viene muy atrasado, imagínate que va a hacer cuatro años que tiene los...” (Anexo 4. Entrevista madre niño sordo E.E. N° 197).

[Hablando acerca del madre de la niña, ella es la tía quien tiene la tenencia] “(...) *cuando estaba embarazada se drogaba entonces nació así con nerviosismo, con stress” (Anexo 3. Entrevista tía niña sorda E.E. N° 197).*

“Bueno en los ómnibus, el bullicio de la gente la pone loca y hay que bajarse del bus o hay que medicarla muy bien porque si no grita desde que te subís al ómnibus allá en Colon hasta que te bajas, una hora y pico, no hay con que calmarla (...) Si es una hora, que la tenes que tener bien entretenida, porque se entra a aburrir en el ómnibus y dios nos libre, tenes que tener una coca, unos quesitos, unos caramelos, siempre tenes que tener porque ella va a la mochila directo para ver que hay, si no tenes no la podes llevar, es un escándalo” (Anexo 2. Entrevista madre niña sorda E.E. N° 197).

“No, no, es la reacción del momento nada más, no te muestra por qué” (Anexo 2. Entrevista madre niña sorda E.E. N° 197).

“Ahí la doctora le complemento con una pastillita, no sé cómo es... melatonina algo así, una pastillita para dormir, le complementábamos con eso y ahí se tranquilizó, empezó a mirar tele que no miraba tele, uno le hablaba y se paraba y escuchaba, porque uno antes uno le hablaba y pasaba de largo, entonces yo la tenía que parar y decirle te estoy hablando, entonces ella se quedaba quieta pero no le daba importancia, le hablabas y era como hablarle a la nada” (Anexo 2. Entrevista madre niña sorda E.E. N° 197).

“E: ¿Qué diagnóstico tiene tu sobrina, que dice en el papel del médico? T: No, no sé bien, dice el nombre del medicamento” (Anexo 3. Entrevista tía niña sorda E.E. N° 197).

Se entiende que el saber – poder psiquiátrico que se plantea como único y verdadero para una vez por todas, de forma que no se cuestiona su diagnóstico y se puede observar que existe cierta desinformación acerca del diagnóstico y de psicofármaco y del alcance que tiene el mismo, queda ejemplificado en la desinformación sobre el nombre del psicofármaco.

Se entiende que cuando aparecen las manifestaciones que se observan como conductas desviadas se recurre al saber médico y en palabras de Míguez (2011: 207)

(...) cuando los desbordes conductuales comienzan a manifestarse como formas fenoménicas de esencias con contenidos sumamente complejos, parecería resultar inmanente para los diversos agentes adultos involucrados (especialmente desde la educación, como se ha visto) la solución a través de saber médico

Pero también al pasar queda otra cita importante, al decir que al hablarle la niña no respondía, en esta pequeña frase se entiende que se medicaliza a través de la oralización y de la intención de que a la palabra oral responda, es necesario retomar los aportes de Skliar et al (1995) quienes exponen la centralidad de la lengua de señas en el desarrollo cognitivo y social del niño, es aquí un punto clave donde la familia en su reproducción de normas sociales puede dejar marcas claras en la socialización del niño\la, entendiendo que sin ésta no se puede desarrollar de forma “satisfactoria” y por lo tanto enviar señales desde su actitud desde esta falta, este discurso se reproduce en las distintas familias:

“El padre va a estudiar a X, yo eh aprendido con él, lo que más aprendo me lo ha enseñado M. porque tengo dos nenas más y se me complica. Si bien quiero aprender ahora voy a ver si consigo para ubicarlas a ellas porque yo quiero aprender porque M. se agarró mucho de la lengua de señas y es su fuerte, él te hace todo. Ahora está hablando un poco más pero igualmente él se comunica todo, lo bueno que tiene es que

él me explica, si quiere algo y no le entiendo él me lleva a decirme es esto, esto significa tal cosa, yo aprendí con él, yo estoy siempre con el así que es más fácil” (Anexo 4. Entrevista madre niño sordo E.E. N° 197).

“El empezó con la lengua de señas cuando empezó acá, en la escuela, que tenía 5 años y fue ese año, fue el año de todo este proceso que le quisieron dar ritalina” (Anexo 4. Entrevista madre niño sordo E.E. N° 197).

“(…) a los dos años y medio descubrimos que era sorda. No sabíamos ni que L. era sorda ni que Sofía tenía una parálisis cerebral que no caminaba” (Anexo 2. Entrevista madre niña sorda E.E. N° 197).

“No, no sabe, le cuesta mucho aprender. Nosotros sabemos decir papá, mamá, pero como ella tiene ese estado de nervio, entiende lo que quiere, pero si la agarras tranquila le decís papá, ella te dice papá, ahí empieza a entender. Como de repente a veces aprende alguna seña acá pero nosotros no le entendemos. Si ella quiere comida agarra el plato, si quiere leche, va a la heladera agarra la jarra, ya sé que quiere leche” (Anexo 2. Entrevista madre niña sorda E.E. N° 197).

“E: ¿La familia está aprendiendo lengua de señas? M: No, no, todavía no” (Anexo 2. Entrevista madre niña sorda E.E. N° 197).

Aparece en esta medicalización de la sordera el tema del implante y a la familia como quien se encarga de llevarlo a cabo, pero también aparece como causante de las formas de actuar del niño\

“Aparentemente es por el tema del implante, pasa por el tema del implante, según lo que hablábamos con la psicóloga de acá de la escuela. Es mucha exigencia con tan poca edad, como que una tapa de su vida como que la perdió, de jugar, mediante la

insistencia de repetí, repetí, habla, habla, habla. Ahí es la frustración de él y ahí explota, entonces tratamos de exigirle menos y dedicarle más, ahora para cambiar un poco eso, ahora está bastante mejor, ahora” (Anexo 4. Entrevista madre niño sordo E.E. N° 197).

En síntesis de esta primera parte se puede decir que la familia:

(...) se ven conformados en relación al mundo público de los servicios, de la legislación, del control social, de la cambiante definición del ámbito de aplicación de la medicina, de los mecanismos de regulación de las imágenes sociales prevalecientes sobre la familia y la "normalidad", de las ideologías e instituciones educativas, de las definiciones sociales del lugar y objetivo de la filantropía y la caridad pública (Jelin, 1984: 12).

Esta tarea es desarrollada *“(...) a costa de una pérdida su coextensividad con el campo social, un abandono definitivo de cuanto la situaba en un campo de fuerzas exteriores. Así aislada, en adelante queda expuesta a la vigilancia de sus desvíos”* (Donzelot, 2008: 50).

Es claro en el análisis antes expuesto, que si bien queda a elección de la familia aceptar los consejos y retomar su rol, la misma está en cuestionamiento permanente, de forma que si uno de sus individuos se sale de la norma será interpelada e intervenida, apareciendo en los distintos discursos:

“Inclusive acá en la escuela, en ese entonces él estaba con la maestra S., podés consultarlo con S., ella lo tubo a Mateo, ese fue un año crudo para Mateo, S. apoyo en este momento de que sí que capaz era necesario medicarlo, porque él estaba que se ponía a llorar, que se remachaba contra los bancos, fue el peor año acá, hasta ahora me ve S. y se acuerda de M., fue un periodo difícil con ella” (Anexo 4. Entrevista madre niño sordo E.E. N°197).

[Narrando la forma por la cual se le receto el psicofármaco al niño] *“Por petición del centro de apoyo al implante, ella dio el sí, como quien dice, por los informes, yo siempre*

intento pedir un informe, como me plantean algo así como ahora de llevarlo al psiquiatra” (Anexo 4. Entrevista madre niño sordo E.E. N° 197).

“En Junio más o menos, ahí fue que la inspectora, fue que el esposo es doctor y le empezó a dar medicación para que preste atención, para que no se distraiga en clase” (Anexo 3. Entrevista tía niña sorda E.E. N° 197).

“Que de repente no le prestaba atención a la maestra, en clase, entonces con la medicación sí” (Anexo 3. Entrevista tía niña sorda E.E. N° 197).

Tiene relevancia la autonomía, ya que si bien se le quitó en este cambio de un gobierno de la familia a un gobierno a través de la familia, puede conservarla o aumentarla, en tanto resuelva en el ámbito privado de la misma la normalidad de los sujetos que a ella pertenecen (Donzelot, 2008). La idea es que de aparecer un conflicto se intervenga en lo privado. *“Apoyándose en la defensa de los intereses de sus miembros más frágiles (niños y mujeres), la tutela permite una intervención estatal, correctiva y salvadora, pero al precio de una desposesión casi total de los derechos privados” (Donzelot, 2008: 92).*

“Yo le dije entonces yo te voy a pedir a ti que me hagas un informe y voy a pedir a la escuela que me hagan un informe para ver una evaluación de como es el y que le parece que tiene que modificar, en que no, en que va bien y en que no para yo en el momento que va a pedir llevar un argumento para que no digan que yo soy la mamá que no me banco al nene en casa y quiero que lo medique porque no lo aguanto en casa, los profesionales son los que me están pidiendo que yo te lo traiga, yo te lo traigo por esto y por esto, tu ahí ves, es una decisión de ellos porque yo no apoyo el tema, no me gusta, no quiero que mi hijo viva medicado contra una pared” (Anexo 4. Entrevista madre niño sordo E.E. N°197).

“A. la directora, ella es la responsable de medicarla” (Anexo 3. Entrevista tía niña sorda E.E. N° 197).

“Yo antes no quería que tomara, estábamos un poco negados con el padre a eso, pero se notó el cambio, en ese momento él lo necesito sí, porque él cambio, se amoldo un poco y tuvimos que aceptar que en ese momento fue positivo, también sabíamos que no era algo que fuera para toda la vida, que era un proceso hasta que el aprendiera a estar tranquilo, a concentrarse por sí mismo, a bajar la ansiedad por sí mismo, a no explotar así. Lo terminamos aceptando, pero sí no era lo que queríamos, nos frustraba que lo tuvieran que estar medicando, si nos frustraba” (Anexo 4. Entrevista madre niño sordo E.E. N° 197).

Se observa como si bien la familia puede plantearse en contra de los procesos de medicalización con psicofármacos, a través de otros saberes (médico y educativo) y de la responsabilización de la familia por la cual debe responder por el actuar de sus miembros, la misma familia toma una postura favorable a estos procesos acatando las normas de estos otros saberes, “si el saber médico o a escuela lo dice algo de razón debe de tener.”

En este sentido el saber médico no revela, hace caso omiso a los saberes y percepciones de la familia, tanto sobre la sordera o sobre los efectos de los psicofármacos en el\la niño\la, en este sentido se observa algunos conflictos:

“Al año yo empecé con los trámites para que lo viera el otorrino, lo vieron los pediatras y me decían que era un choque emocional, que no era sordera, hasta que un médico de familia que me había atendido a mi toda la vida y a mi familia, lo analizo, lo vio y me dio un pase urgente para otorrino y me tuvieron que dar” (Anexo 4. Entrevista madre niño sordo E.E. N° 197).

“Yo ya decía que no escuchaba, que no escuchaba y me decían que era cosa mía, que era cosa mía, viste ese sentimiento de madre, uno sabe” (Anexo 4. Entrevista madre niño sordo E.E. N° 197).

“(…) la niña se sienta y no tiene equilibrio, L. se sentaba mirando para la pared pero no te hablaba, para que ella me sintiera yo tenía que (señas de agarrar). Entonces dije vamos a sacarlas de salud pública, yo no entiendo, la niña tiene un año y medio y la niña no me entiende y la pusimos en sociedad. Ahí en X [mutualista privada] me dijeron “La niña no le contesta porque la niña es sorda, y la otra no se para porque tiene una parálisis que le afecto de la cintura para abajo y no va caminar nunca” (Anexo 2. Entrevista madre niña sorda E.E. N° 197).

También se plantea desde la familia una medicalización extrema de su propio cuerpo al decir

“L. venía de cola, pero como yo tengo 8 hijos dijo “ah si ya tuvo 6 partos que lo tenga así”, ella estaba porfiada que fuera así, no sé cuántas horas estuvimos en sala de parto, la niña venía doblada, salía la cadera, la niña se estaba ahogando y les dije yo no puedo, entonces vino otro doctor y la saco y ahí fue que vimos que eran gemelas, venían engatilladas de la mano las dos” (Anexo 2. Entrevista madre niña sorda E.E. N°197).

Se entiende que en:

(...) las familias, entre el desconcierto, la responsabilización constante desde los saberes, la tendencia a la medicación muchas veces “a su gusto” según van viendo se comportan sus hijos e hijas, generan reacciones adversas, por lo general cuestionables desde las otras dos instituciones, que cierra una vez más un círculo vicioso donde quienes quedan atrapados son únicamente los niños y niñas medicados abusivamente con psicofármacos en el Uruguay” (Míguez, 2011: 305).

Es aquí que tiene lugar la escuela, como antes hemos visto una socia inseparable del saber médico y del estado en esta conversión de la familia en una tecnología política, esto se observa en los discursos de las maestras retomados desde la metodología de los ECE, en este sentido se expondrán discursos hablados como algunas conclusiones de lo representado en las diferentes partes por colores y dibujos.

“El niño es reflejo de las familias, y las familias están descontroladas” (Anexo 5. ECE con maestras E.E. N° 197).

“Diálogo (...) con la familia para buscar compromiso” (Anexo 5. ECE con maestras E.E. N° 197).

“Está bueno cuando el padre es receptivo y lo lleva y lo trata. Y una ve que el chiquilín va cambiando y también va cambiando la actitud de los padres” (Anexo 5. ECE con maestras E.E. N° 197).

“Los padres también deben estar medio trastocados. Yo no puedo creer que vengan 8 de la mañana, los traen y se quedan todo el día acá tomando mate, chusmeando. Y no sé si es por lo económico, porque son 4 boletos, pero ves que al mediodía llegan con tremendas bandejas” (Anexo 5. ECE con maestras E.E. N° 197).

“Yo tengo que andar a rastras con el chiquilín (...). Le dije eso a la madre y nada, y le dije “Yo te lo digo por el bien del niño” Otra maestra: “Esa madre se ha alejado de la EE, era una madre que siempre estaba, que colaboraba”” (Anexo 5. ECE con maestras E.E. N° 197).

“Toma trabajo convencer a la familia sobre la medicación” (Anexo 5. ECE con maestras E.E. N° 197).

Se observa en este sentido que dada la dinámica del collage en el ECE se observa que unas maestras hicieron un entrelazado (Anexo 5. ECE con maestras E.E. N° 197) el cual explican de esta forma

“Hicimos un entrelazado en nuestro collage porque hay situaciones entrelazadas que hay para elaborar y trabajar todos juntos porque es un tema de todos”. “Todos necesitamos involucrarnos para avanzar” (Anexo 5. ECE con maestras E.E. N° 197).

Pero al observar el collage se entiende que el mismo no se parece una red, sino que se asemeja a una reja a algo que imposibilita el paso de uno de los lados hacia el otro, en este sentido se entiende que refleja una emoción de cárcel, de no pasar más allá de ese punto, cárcel para los niños o para los padres, que no atravesen ese lugar.

En sentido contrario en la dinámica de línea de tiempo se observa como algunas maestras ponen en juego otros elementos para la familia, en este sentido una de las maestras selecciona el color lila y explica que

“Que los padres ayuden no sólo con la medicación sino también con psicomotricistas, psicólogos” (Anexo 5. ECE con maestras E.E. N° 197).

La necesidad de que los niños puedan ser llevados a diferentes profesionales que lo aborden por varias dimensiones, notándose la preponderancia de la función psi, conceptualizada por Foucault (2007). En este sentido se entiende que desde la escuela se apoya el rol de la familia como tecnología a través de la cual se gobierna, entendiéndola desde un lugar hegemónico y desde la necesidad de que respondan al saber médico, en la situación de medicar a los niños\as con psicofármacos. Es también en este sentido que aparecen otros discursos de las maestras que plantean la necesidad de intervención dentro de la familia apareciendo el Trabajo Social (al momento de dirigirse a los investigadores como ustedes), como forma de llegar a las familias para que estas cumplan su rol:

“Los padres quieren todo, pero cuando les quieres dar apoyo de otra índole se van. Nosotras tenemos un vínculo muy estrecho con los chiquilines, por eso los necesitamos a ustedes como mediadores. En esta red están ustedes como profesionales mediadores que hagan de puente con las familias” (Anexo 5. ECE con maestras E.E. N° 197).

Una de las maestras también observa un cambio positivo hacia el futuro colocando el verde y explicando que:

“Con la ayuda hay cambio. De eso oscuro, feo, “se llega al cambio con la ayuda de un equipo, no sólo pastilla o gotitas” (Anexo 5. ECE con maestras E.E. N° 197).

“Hay que valorar el conocimiento que tiene una familia sobre sus niños” (Anexo 5. ECE con maestras E.E. N° 197).

“Son papás que están muy saturados, por eso el stress” (Anexo 5. ECE con maestras E.E. N° 197).

Aparecen discursos que no simplemente reproducen ciertas normas médicas. En este planteo se cambia la mirada, no solo es bueno la medicalización, sino también un planteo desde otras perspectivas, desde una intervención en conjunto, como es planteado en la forma de intervención desde otra perspectiva no medicalizadora.

Continuando con el concepto de familia se entiendo que la misma *“(…) deja de ser el plexo de una compleja red de relaciones de dependencias y pertenencias, para convertirse en nexo de terminaciones nerviosas de aparatos exteriores a ella”* (Donzelot, 2008: 90). En este sentido se plantea que la familia pasa a ser un nexo entre otros dispositivos. En este sentido existen procesos donde la familia pasa de un saber a otro, o dentro del mismo de un especialista en otro, retomando los aportes de Foucault (2007: 105):

La familia también tiene, creo, otra función; en cierto modo, es el punto cero donde los diferentes sistemas disciplinarios se enganchan entre sí. Es el intercambiador, la confluencia que asegura el paso de un sistema disciplinario a otro, de un dispositivo a otro. La mejor prueba es que, cuando un individuo es rechazado de un sistema disciplinario por anormal, ¿dónde lo envían? A su familia. (...) La familia es el elemento de sensibilidad que permite determinar cuáles son los individuos que, inasimilables para todo sistema de disciplina, no pueden pasar de uno a otro y, en definitiva, deben ser expulsados de la sociedad para entrar en nuevos sistemas disciplinarios que están destinados a ellos.

Teniendo de esta forma una doble función, por una parte sirve de fijación de los individuos en los diferentes sistemas disciplinarios y por otra parte sirve para la circulación entre los diferentes sistemas, esto se observa en los discursos de la familia:

“(...) lo lleve a todo, a todas las reuniones, a todas las consultas, con otorrino, con lo que fuera, viste que te tratan un montón de especialistas trate de darle para adelante” (Anexo 4. Entrevista madre niño sordo E.E. N° 197).

“(...) ella va a pediatra neuropediatra y psiquiatra, ella va a los tres lados” (Anexo 2. Entrevista Tía niña sorda E.E. N° 197).

“De los dos años y medio que descubrimos eso ahí sí. L. entro a X [Centros de Rehabilitación Pediátrica], estuvimos un año entero de médico para arriba y para abajo, y bueno después me dijeron que la anotara acá, la anotamos acá” (Anexo 2. Entrevista madre niña sorda E.E. N° 197).

En este sentido también se observa desde los discursos de las maestras en citas anteriores el pedido hacia la familia que lleve a las\los niñas\los a otros especialistas, como los psicomotricistas, psicólogos, entre otros.

A través de los distintos discursos se afirma que la familia:

(...) Ni destruida ni piadosamente conservada, la familia es una instancia cuya heterogeneidad respecto de las exigencias sociales puede ser reducida o funcionalizada por el establecimiento de un procedimiento de puesta en flotación de las normas sociales y los valores familiares (Donzelot, 2008: 17).

Es esto mismo lo que se ha intentado dejar plasmado en los discursos y análisis teórico de los mismos, entendiendo a la familia como una tecnología del poder y reproductora de lo hegemónico por lo tanto que responde en consonancia al saber – poder imperante de la medicina o de la psiquiatría, siendo el nexo entre los distintos dispositivos, cargando de esta forma con la responsabilidad de sus miembros, siendo observada por otros dispositivos como culpables por el supuesto mal actuar de sus miembros.

Retomando los aportes antes citados acerca de los consejos para la familia y de la inminente intervención en ella en el caso de no cumplir las normas, siendo un doble juego donde las familias quedan atrapadas en un espacio donde si no cumplen con las normas se la puede intervenir por otras profesiones como por ejemplo el Trabajo Social, pero al mismo tiempo se las presenta como libres de elegir aceptar o no los consejos. Se entiende entonces que las familias son funcionales a la reproducción de ciertas pautas, porque se despliegan una serie de medidas de tipo punitivas o que establecen una sanción frente a formas de resistencia. Se observa esto en los discursos de las maestras, por ejemplo:

“Los niños de las familias que se resisten a medicarlos te lleva a la impotencia por no poder llegar a más. A mí me da lástima que la mujer venga, porque el niño no está haciendo nada. Para poder trabajar yo tengo que saber cómo lo trato. La madre me tiene a cuentos hace años. Si el año que viene no viene con un diagnóstico le voy a decir que no lo puede traer más... que no sé si lo puedo hacer, pero yo tampoco puedo trabajar con los otros” (Anexo 5. ECE con maestras E.E. N° 197).

Se observa esto en la cotidianeidad de la escuela, son discursos que están aferrados y que se hacen carne en las familias, que aparecen no de forma consiente,

sino soslayados en contradicciones como por ejemplo la frustración de alguna familia al medicarlo, pero que debe hacerlo igual, la misma familia plantea luego que necesita un informe de la escuela y otra institución para que no se los crea culpable de la medicación, estas citas ya fueron expuestas con anterioridad por lo cual no se citaran nuevamente.

En esta contradicción se encuentran las familias, presas de su rol y deber ser y del ser mismo de su dinámica, pasa igual con la infancia que queda atrapada en entre su deber ser y su ser, siendo medicalizadas o normalizadas ambas contradicciones, es por eso que se lleva a cabo el análisis que antes se ha planteado.

Consideraciones finales

Para comenzar con las consideraciones finales acerca de la temática es necesario retomar algunos aportes acerca de la medicalización de la infancia. En este sentido se entiende que la infancia es intervenida desde una mirada médica, en lo particular de la investigación la medicalización se da a través de los psicofármacos. En este sentido se intenta solucionar lo que es una característica o un síntoma de procesos más complejos con una herramienta medica que se presenta como homogénea para diferentes situaciones. En este sentido se entiende que;

Medicalizar un problema es más desplazarlo que resolverlo, pues no se hace más que autonomizar una de sus dimensiones, trabajarla técnicamente y ocultar así su significación sociopolítica de conjunto para convertirla en una «pura» cuestión técnica, dependiendo en la competencia de un especialista «neutro» (Castel, 1980: 211).

Es por esto que se entiende necesaria la reflexión teórica acerca la temática, para poder comprender la complejidad de la temática tratada y no explicar estos procesos con lo naturalizado. Retomando algunas expresiones de Scribano (2013) se entiende que en la realidad existe una cromaticidad de discursos y actores que hacen a la realidad. La existencia de actores heterogéneos lleva a complejizar la actividad de investigación, es necesario entender también la existencia de discursos estructurales que “se hacen carne” en formas heterogéneas de llevarlos a cabo, que en la presente monografía es un acercamiento a lo mismo. Por esto último es importante analizar, desglosar, plantear los devenires de varios conceptos que parecen naturalizados en la vida cotidiana de los individuos, es necesario plantearlos y analizarlos a través de la teoría para poder objetivarse y desde allí plantear nuevas miradas.

En este sentido es necesario entender que no existen actores que deban ser “satanizados”, poder entender dichos actores, como actores en relaciones de poder – saber que deben ser conceptualizadas y problematizadas para comprender. Esto tampoco quiere decir que no se plantee una postura ética frente a este desarrollo, entendiendo que sería una falta desde el Trabajo Social, como a los derechos humanos, lo que se quiere

plantear en estas consideraciones finales es el intento por excluir cualquier duda de determinismos planteados de una vez para siempre en este trabajo.

En este sentido plantea Foucault (1974: 169):

(...) la medicina no debe ser rechazada ni adoptada como tal; que la medicina forma parte de un sistema histórico; que no es una ciencia pura y que forma parte de un sistema económico y de un sistema de poder, y que es necesario determinar los vínculos entre la medicina, la economía, el poder y la sociedad para ver en qué medida se puede rectificar o aplicar el modelo.

Queda claro aquí la necesidad de no rechazar ninguna de las herramientas, se debe entender en el contexto histórico y en las relaciones de poder que se instauran, es necesario no rechazarlas pero tampoco naturalizarlas. Es necesario entender la distinción entre normal y anormal, entendiendo que existen, como antes se ha dicho, varias cromaticidades en el ser, lo cual implica entender a cada sujeto como individual, entendiendo los procesos estructurales en él, para poder luego llevar a cabo una intervención en lo posible multidisciplinaria para aquellas consecuencias que se entiendan negativas para el desarrollo del niño como sujeto de derecho.

Se plantea que la perspectiva de Foucault (2008) ayuda a la comprensión de esta cromaticidad ya que se plantea desde la misma que el poder se ejerce, nadie lo posee, esto nos deja aventurar acerca de que el mismo no está fijado en un solo tipo de persona de forma permanente, pero si bien esto último se puede plantear que es menester dar aquellos rodeos que expliquen porque el poder se ejerce de la forma que se ejerce en la actualidad, por ejemplo por el saber psiquiátrico, esto implica una continua reflexión sobre el mismo.

Aparecen en los procesos de medicalización otros agentes más allá del propio médico, aparecen encarnando dicho poder, estos otros agentes son las maestras, directoras, inspectoras, que imparten discursos como si fueran verdaderos, a los cuales se debe problematizar para poder entender el resultado de la realidad que se observa.

Existe otro agente que es la familia; ésta queda en un conflicto como quien ejerce poder sobre la infancia pero a su vez como un espacio al cual se le ejerce poder

por otros saberes, aparece como un medio para gobernar, para aquellas estrategias biopolíticas (Foucault, 1974, Donzelot, 2008).

Como se planteó en el capítulo tres es necesario abordar los discursos de la familia como agente socializadora de la infancia y reproductora de ciertas normas sociales que influyen en la infancia y en su futuro. Como es necesario entender la importancia de la lengua de señas para el desarrollo cognitivo y social del niño\la sordo\la, esto se encuentra también dentro de lo reproducido por la familia. En cuanto a esta reproducción de ciertas normas médicas se debe entender que la familia se encuentra dentro de distintas relaciones de poder que en cierta medida la apresan y si es necesario intervienen en la misma para corregir ciertas actitudes de sus miembros, es por esto que se plantea un conflicto en alguna de las familias, por no decir en todas, sobre su propia forma de actuar y un deber ser como familia, muchas veces satanizadas las familias por los otros saberes quedan presas de este conflicto (Míguez, 2011). Es necesario por lo tanto en procesos futuros acompañar dichas familias, escuchar sus historias de vida y cuestionar en conjunto para generar cambios para la infancia sorda.

Retomando lo dicho acerca de la Lengua de Señas, entendiendo que esta investigación se trata de la infancia sorda en particular, se plantea la necesidad de entender a las personas sordas como personas que tienen su propia lengua, la Lengua de Señas Uruguaya (En lo particular de Uruguay). En la presente población, es fundamental para su desarrollo social-cognitivo (Skliar et al, 1995), por lo tanto se observan características en los primeros años de vida del niño\la que son contrarias a lo que se plantea como necesario para su desarrollo, entendiendo que estas manifestaciones que se observan como conductas desviadas pueden ser producto de lo que antes se ha dicho. También es necesario entender que existen otras consecuencias de la reproducción de normas médicas que “se hacen carne” en los primeros años de vida que luego se manifiestan de esta forma o que no dejan ver otras características que pueden develar las causas de la forma de ser de la infancia. Esto es necesario conceptualizarlo desde las competencias de esta monografía y desde el

estudiante de trabajo social que escribe, dado que lleva a cabo un enfoque social y no por ejemplo psicológico.

En cuanto al proceso llevado a cabo es menester destacar que ha sido un proceso de crecimiento y aprendizaje para quien escribe, a través del cual se intentó problematizar la forma de llevarlo a cabo y se entiende un camino por el cual seguir para poder aportar desde el Trabajo Social a la temática. Se entiende crucial y de real importancia que este trabajo se inserte en una investigación de mayor alcance dado el análisis colectivo que surge con mayor riqueza que el solo individual. También se entiende importante porque plantea a posibilidad de continuar el camino trabajado.

Bibliografía:

- ANGELINO, MARIA (2009) “Ideología e ideología de la normalidad” En: ANGELINO, MARÍA; ROSATO, ANA (coordinadoras) (2009) “Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit”. Noveduc, Argentina.
- ANGELINO, MARÍA (2009) “La discapacidad no existe es una invención. De quienes fuimos (somos) siendo en el trabajo y la producción” En: ANGELINO, MARÍA; ROSATO, ANA (coordinadoras) (2009) “Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit”. Noveduc, Argentina.
- BAFICO, JORGE (2015) “Los niños no atienden pero hablan, ¿los escuchamos?”. En: MÍGUEZ, MARIA NOEL (2015) “Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar”. Estudios sociológicos editora, Argentina.
- BENVENUTO, ANDREA (2004a) “¿Cómo Hablar de Diferencias en un Mundo Indiferente? La Sordera de los Oyentes Cuando Hablan de Sordos”. En: Revista DesEncuentros, Año 4, Época 2, Número 8. Mayo - Agosto 2004.
- _____ (2004b) “¿De qué hablamos cuando hablamos de “sordos”?” En Ciudadanos. Revista de crítica política y propuesta, año 4, N° 7 y 8.
- _____ (2006) “El sordo y lo inaudito” En: Revista Contextos, Numero 4, segunda época, Asociación Filosófica del Uruguay.
- BLEGER, JOSÉ (1984) “Temas de psicología: (entrevistas y grupos)”. Editorial Nueva Visión, Argentina.
- BUSTELO, EDUARDO (2012) “Notas sobre infancia y teoría” En: V congreso mundial por los derechos de la infancia y la adolescencia. Infancia, Adolescencia y Cambio Social. Argentina.
- CAMIRUAGA, ANALÍA Y MOSCA, ANA (2015) “Problematizando los diagnósticos en la infancia”. En: MÍGUEZ, MARIA NOEL (2015) “Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar”. Estudios sociológicos editora, Argentina.

- CASTEL, ROBERT (1980) “El orden Psiquiátrico”. Las Ediciones de la Piqueta, España.
- CASTRO, EDGARDO (2012) “El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores”. CONICET, Argentina.
- DE MARTINO, MÓNICA (2014) “Familias y Estado en Uruguay. Continuidades críticas 1948-2009. Lecturas desde el Trabajo Social” Ediciones Universitarias, Uruguay.
- DONZELOT, JACQUES (2008) “La policía de las familias”. Ed Nueva Visión, Argentina.
- FOUCAULT, MICHEL (2007) “El poder psiquiátrico”. Fondo de cultura económica de Argentina, Argentina.
- _____ (1974) “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina” En: Educación médica y salud (1967) Volumen 10, Numero 2.
- _____ (2000) “Los anormales”. Fondo de cultura económica de Argentina, Argentina.
- _____ (2008) “Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión”. Siglo veintiuno editores, Argentina.
- JELIN, ELIZABETH (1984) “Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada” Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Argentina.
- KIPEN, ESTEBAN; VALLEJOS, INDIANA (2009) “La producción de discapacidad en clave de ideología” En: ANGELINO, MARÍA; ROSATO, ANA (coordinadoras) (2009) “Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit”. Noveduc, Argentina.
- LASCH, CHRISTOPHER (1996) “Refugio en un mundo despiadado. Reflexiones sobre la familia contemporánea”. Editorial Gedisa S.A, España.
- LEOPOLD, SANDRA (2014) “Los laberintos de la infancia: discursos, representaciones y crítica”. Ediciones Universitarias (UdelaR-Ucur), Uruguay.
- MÍGUEZ, MARÍA NOEL (1997) “Diferentes culturas en un mismo hogar: Niños Sordos con padres sin antecedentes de discapacidad auditiva”. Monografía de Grado, FCS, Uruguay.

- _____ (2011) “La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez Uruguaya”. Estudios Sociológicos Editora, Argentina.
- MÍGUEZ, MARIA NOEL Y SANCHEZ, LUCÍA (2015) “Etiquetas infantiles”. En: MÍGUEZ, MARIA NOEL (2015) “Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar”. Estudios sociológicos editora, Argentina.
- MITJAVILA, MYRIAM (1998) “El saber médico y la medicalización del espacio social”. Departamento de Sociología, FCS, Uruguay.
- SARTRE, JEAN-PAUL (2000) “Crítica de la razón dialéctica”. Editorial Losada S.A., Argentina.
- SCRIBANO, ADRIAN (2013) “Encuentros Creativos Expresivos: Una metodología para estudiar sensibilidades”. Estudios sociológicos Editora, Argentina.
- SKLIAR, CARLOS, MASSONES, MARÍA IGNACIA Y VEINBERG, SILVANA (1995) “El acceso de los niños sordos al bilingüismo y al biculturalismo”. En: <http://escritorioeducacionespecial.educ.ar/datos/recursos/pdf/skliar-massone-veinberg-acceso-ninos-sordos-al-bilinguismo-1995.pdf> (Recuperado: 05/09/2016, 13:40).
- TAYLOR, STEVE Y BODGAN, ROBERT (1992) “Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de los significados”. Paidós, Argentina.
- VALLEJOS, INDIANA (2011) “Entre el modelo médico y el modelo social, algunas reflexiones sobre conceptos y prácticas”. Primera Reunión Anual de la Comisión Interuniversitaria “Accesibilidad y Derechos Humanos 2011”, UNLU, Argentina. En: <http://www.unsj.edu.ar/descargas/institucional/comisionDiscapacidad/modeloMedicoSocial.pdf> (Recuperado: 05/09/2016, 22:30).
- _____ (2009) “La categoría de normalidad: una mirada sobre viejas y nuevas formas de disciplinamiento social” En: ANGELINO, MARÍA;

ROSATO, ANA (coordinadoras) (2009) "Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit". Noveduc, Argentina.

- VÉLEZ, OLGA (2003) "Reconfigurando el trabajo social: perspectivas y tendencias contemporáneas". Editorial Espacio, Argentina.

Fuentes documentales:

- "Normas de la Licenciatura en Trabajo Social (Plan de estudios 2009)" (2011). FSC, Uruguay. En: <http://cienciassociales.edu.uy/departamentodetrabajosocial/wp-content/uploads/sites/5/2013/archivos/Reglamento%20Licenciatura%20en%20Trabajo%20Social.pdf> (Recuperado: 22/09/2016, 10.20).